UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

ESTENIFER MARQUES BALCO

Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para
a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela
Estratégia de Saúde da Família.

Ribeirão Preto
2018

ESTENIFER MARQUES BALCO

Uso da escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.

Versão Corrigida

(A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD))

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Estudos em Atenção Primária e Saúde da Família

Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para uso de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Balco, Estenifer Marques

Uso da escala WHODAS 2.0 na atenção primária à saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela estratégia de saúde da família./ Estenifer Marques Balco; orientador, João Mazzoncini de Azevedo Marques. 2018

155f:il :30cm

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-graduação em Saúde na Comunidade, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. 2018

Versão corrigida

1. Funcionalidade Humana, 2. Atenção Primária à Saúde, 3. Estratégia de Saúde da Família, 4. CIF, 5. WHODAS 2.0, 6. Propriedades Psicométricas

Nome: Balco, Estenifer Marques

Título: Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade para obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade
Orientador: Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____

Julgamento _____

Assinatura _____

Dedicatória

Ao meu esposo Rônei, companheiro, parceiro e amigo, por sempre estar ao meu lado, me apoiando, motivando e ajudando na realização dos meus sonhos. Por acreditar no meu potencial, me impulsionar e me conferir suporte incondicional em todos os momentos que precisei. Gratidão pela paciência, amor e cumplicidade constantes.

À tia Fátima (*in memorian*), minha mãe de coração, a nossa "Mama", por sempre ter me ajudado, apoiado, motivado e acreditado em meu potencial. Pela escuta ativa e incondicional, pelos diálogos e reflexões amorosamente construídos e que serão levados por toda a minha vida.

À minha família amada, especialmente ao meu pai Aldo, minha mãe Lidiana e os meus irmãos Sthefen e Sthefano, por sempre me motivarem a ser uma pessoa melhor, a lutar pelos meus sonhos e jamais desistir. Por acreditarem em mim e em meu potencial.

À querida "Bisa Lydia" (*in memorian*), com eterna gratidão, por ter me acolhido, ajudado, apoiado e incentivado desde os meus primeiros passos em direção à minha formação profissional.

Aos meus filhos de quatro patas, Mabi (*in memorian*), Milu e Missy, pela companhia constante nos momentos de estudo e trabalho.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, pela oportunidade e saúde para desenvolver este trabalho.

Ao Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques por todo o processo de orientação, pela parceria e confiança conferida, por incentivar a minha autonomia, valorizar as minhas ideias e opiniões. Pelos diálogos e reflexões estabelecidos, sempre conferindo um olhar diferenciado e ideias brilhantes que contribuíram significativamente neste trabalho, em meu aprendizado, conhecimento e amadurecimento acadêmico-profissional.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família e às pessoas acompanhadas na unidade, pela participação na pesquisa e pela colaboração direta ou indireta na realização da mesma.

Ao Prof. Dr. Eduardo Santana Cordeiro por despertar o meu interesse na CIF desde a graduação, pelo meu treinamento na classificação, pelas reflexões, sugestões, orientações conferidas e pelos conhecimentos compartilhados.

Às Profa Dra Alessandra Cavalcanti, Profa Dra Grasielle Tavares Silveira e Profa Dra Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo pela prontidão no auxílio sempre que precisei.

A Prof Dra Regina Yoneko Dakuzaku Carreta pela parceria da residência multiprofissional na pesquisa.

À Terapia Ocupacional, esta belíssima profissão, por ser a base e a essência do meu pensar, compreender e lidar com a saúde na perspectiva da funcionalidade humana.

À Organização Mundial de Saúde pela permissão para o uso dos instrumentos de avaliação nesta pesquisa.

À CAPES pelo auxílio com a bolsa de pós-graduação e incentivo para a pesquisa e à Pós-graduação em Saúde na Comunidade pelos conhecimentos adquiridos.

“O dia-a-dia da vida de cada pessoa produz específicas experiências de singulares maneiras. Embora essas vivências sejam únicas para cada indivíduo em seu cotidiano, elas podem ser compartilhadas entre diferentes pessoas. As pessoas são diferentes, as experiências podem ser vividas particularmente, mas o que há em comum é (...) tudo aquilo que é humano é vivido, sentido objetivamente e subjetivamente.”
(Fernandes, 2002, pg.38)

Resumo

BALCO, Estenifer Marques. **Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família**. 2018. 155 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2018.

A “World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0” (WHODAS 2.0) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a avaliação da funcionalidade e incapacidade, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O objetivo deste estudo foi avaliar o uso da versão de 12 itens na Estratégia de Saúde da Família (ESF) brasileira. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e baseado em um estudo de caso, que utilizou uma metodologia mista (técnicas quantitativas e qualitativas). Os participantes do estudo foram 9 profissionais de uma equipe de ESF e 120 pessoas acompanhadas por eles. Os profissionais participaram de um treinamento sobre a CIF e a WHODAS 2.0 e aplicaram essa escala nas 120 pessoas. Sete profissionais e todos os pacientes responderam questionários sobre aplicabilidade da escala. 115 (95,8%) dos pacientes apresentaram alguma incapacidade e foram encontrados de 22,5% a 68,5% das pessoas com dificuldade leve até extrema em qualquer item da escala. A avaliação da confiabilidade e da validade concorrente da escala mostrou: 1) alfa de cronbach de 0,83, com diminuição desse valor quando qualquer um dos doze itens foi deletado; 2) coeficientes de correlação intraclasse das confiabilidades interavaliadores dos doze itens e do escore total variando de 0,73 a 0,97; 3) coeficiente de spearman para validade concorrente com a “World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref” (WHOQOL-Bref) de 0,54. A maioria dos 120 entrevistados considerou como satisfatórias a compreensibilidade das orientações, das perguntas e das respostas da escala (72,5%, 79,2% e 80% respectivamente), assim como a brevidade (97,5%) e a relevância em relação às suas necessidades cotidianas e em relação ao uso por profissionais de saúde (71,7% e 94,2%). Foi encontrada relação estatisticamente significativa entre menor nível de escolaridade dos entrevistados e maior dificuldade na

compreensibilidade das orientações e da maneira de fornecer as respostas. Todos profissionais consideraram como satisfatórias a compreensibilidade das orientações, das perguntas e das respostas, assim como a facilidade de preenchimento, a brevidade e a relevância quanto às necessidades das pessoas acompanhadas no serviço; 4 consideraram que as informações não poderiam ser obtidas de outras maneiras no seu trabalho cotidiano e 2 consideraram viável a inserção da escala na sua rotina diária de trabalho. A análise qualitativa mostrou “barreiras” para o uso da WHODAS 2.0 como: 1) dificuldades pelos profissionais para usar a escala no seu trabalho rotineiro; 2) demandas de adequações em algumas palavras/frases da escala para melhor compreensibilidade; 3) dificuldade da escala realmente refletir o conceito de aplicação universal da CIF pelo fato de avaliar a funcionalidade a partir de condições de saúde, dificultando a expressão de fatores contextuais; 4) necessidade de adequação da tradução do termo “disability” para incapacidade (e não deficiência). “Facilitadores” do seu uso também foram encontrados: 1) demandas de cuidado incluindo a funcionalidade por parte das pessoas acompanhadas no serviço; 2) a estrutura da WHODAS 2.0 com orientações claras e definidas, destacadas em cores diferentes; 3) o curso e treinamento oferecido sobre CIF e WHODAS 2.0 para os profissionais. A WHODAS 2.0 é um bom instrumento para a avaliação da funcionalidade e incapacidade em relação às condições de saúde, mas apresenta limitações por não abranger a avaliação dos fatores contextuais, que são importantes componentes da CIF. Existe uma demanda significativa de prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana na ESF. São necessários mais estudos sobre a aplicação dos conceitos da CIF, incluindo o uso da WHODAS 2.0 nesse nível de atenção.

Palavras-chave: Funcionalidade Humana. Atenção Primária à Saúde. Estratégia de Saúde da Família. CIF. WHODAS 2.0. Propriedades Psicométricas.

Abstract

BALCO, Estenifer Marques. **Use of the WHODAS 2.0 Scale in Primary Health Care: perspectives for disability prevention and promotion of human functionality by the Family Health Strategy.** 2018. 155 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto 2018.

The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) was created by the World Health Organization (WHO) for assessment of functionality and disability, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The objective of this study was to evaluate the use of the 12-item version in the Brazilian Family Health Strategy (ESF). It is an exploratory, descriptive study based on a case study, using a mixed methodology (quantitative and qualitative techniques). Participants in the study were 9 professionals from one ESF team and 120 people accompanied by them. The professionals participated in a training on ICF and of the WHODAS 2.0 and applied this scale to 120 people. Seven professionals and all patients answered questionnaires about the applicability of the scale. 115 (95.8%) of the patients presented some disability and 22.5% to 68.5% of people showed slight to extreme difficulty degree in any item on the scale. The evaluation of reliability and concurrent validity of the scale was: 1) Cronbach alpha of 0.83, with the diminishing of this value for all items was erased; 2) Intraclass correlation coefficient of the inter-rater reliability and total score of 0.73 to 0.97; 3) spearman's coefficient for concurrent validity with "World Health Organization's Quality of Life Instrument - Bref" (WHOQOL-Bref) of 0.54. The majority of the 120 interviewees considered full satisfaction with the guidelines, questions and answers of the scale (72.5%, 79.2% and 80% respectively), as well as the briefness (97.5%) and its relevance regarding their daily needs and its use by health professionals (71.7% and 94.2%). It was found a statistically significant relation between lower levels of schooling and higher difficulty in understating the orientations and answering them was found. All professionals considered as satisfactory the understanding of the guidelines, questions and answers, as well as the ease of completion, the briefness and the relevance regarding the needs

of the people accompanied in the service. Four considered that the information could not be obtained in other ways in their work, and two considered it feasible to insert the scale into their work routine. The qualitative analysis showed "barriers" in the use of WHODAS 2.0 such as: 1) difficulties for professionals to use the scale in their routine work; 2) adaptation demands on some scale words/sentences for better understanding; 3) difficulty of the scale to really reflect the concept of universal application of the ICF due to the fact of evaluate functionality based on health conditions, making it difficult to express contextual factors; 4) need to adapt the translation of the term "disability" to incapacidade (not deficiência). "Facilitators" of its use have also been found: 1) demands for care including the functionality by the people accompanied in the service; 2) the structure of WHODAS 2.0 with clear and defined orientations, highlighted in different colors; 3) The course and training offered on ICF and WHODAS 2.0 to the professionals. The WHODAS 2.0 is a good tool for assessing functionality and disability based on health conditions, but it has limitations because it does not cover the evaluation of the contextual factors, that are important components of the ICF. There is a significant demand for disability prevention and promotion of human functionality in the ESF. Further studies on the application of the ICF concepts are necessary, including the use of WHODAS 2.0 at this level of attention.

Keywords: Human Functioning. Primary Health Care. Family Health Strategy. ICF. WHODAS 2.0. Psychometric Properties.

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Publicações brasileiras sobre a utilização da CIF na APS.....	29
Tabela 2-	Publicações brasileiras sobre o uso da WHODAS 2.0 na APS.....	41
Tabela 3-	Descrição das características das perguntas da WHODAS 2.0 conforme os domínios e categorias relacionadas com a CIF.....	56
Tabela 4-	Caracterização dos profissionais da ESF que participaram da pesquisa.....	69
Tabela 5-	Caracterização das pessoas acompanhadas na ESF que foram entrevistadas.....	71
Tabela 6-	Consistência Interna (Alfa de Cronbach) na primeira e segunda aplicação da WHODAS 2.0 em 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	73
Tabela 7 -	Correlação Total por item e Alfa de Cronbach se o item for deletado na primeira e segunda aplicação da WHODAS 2.0 em 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	74
Tabela 8 -	Coeficientes de Correlação Intraclassa dos itens 1 a 12 e escore total da WHODAS 2.0 entre a primeira e segunda aplicação em 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	75
Tabela 9-	Coeficientes de Correlação Intraclassa das perguntas H1, H2 e H3 entre a primeira e segunda aplicação em 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	76
Tabela 10-	Coeficiente de Spearman entre WHODAS 2.0 e WHOQOL-Bref aplicados em 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	77
Tabela 11-	Frequências de avaliação como satisfatória dos itens do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF.....	78
Tabela 12-	Frequências de avaliação como satisfatória dos itens do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade.....	79

Tabela 13-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 1 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo de Qui-quadrado.....	80
Tabela 14-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 2 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo de Qui-quadrado.....	81
Tabela 15-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 3 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo de Qui-quadrado.....	81
Tabela 16-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 4 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher.....	82
Tabela 17-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 5 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher.....	83
Tabela 18-	Frequências de avaliação como satisfatória da questão 6 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher.....	83
Tabela 19-	Frequências de avaliação como satisfatória dos itens do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 pelos profissionais da ESF	84
Tabela 20-	Frequências de pessoas com alterações no estado de funcionalidade em cada um dos itens da WHODAS 2.0 na primeira e na segunda aplicação.....	87
Tabela 21-	Frequências de pessoas com alterações no estado de funcionalidade conforme nível de dificuldade de realização de atividade em cada um dos itens da WHODAS 2.0 na primeira e na segunda aplicação.....	90

Tabela 22-	Dados Qualitativos: Barreiras para o uso da CIF e da WHODAS 2.0 em toda sua potencialidade pela equipe de saúde da família.....	93
Tabela 23-	Dados Qualitativos: Facilitadores para o uso da CIF e da WHODAS 2.0 em toda sua potencialidade pela equipe de saúde da família.....	98

Lista de Abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CEP-CSE	Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IC	Intervalo de Confiança
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSF	Política Nacional de Saúde Funcional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Temo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNICAMP	Universidade de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

Sumário

1 Introdução.....	18
1.1 A evolução dos conceitos de saúde e de funcionalidade.....	19
1.2 O conceito de funcionalidade a partir do desenvolvimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	22
1.3 O conceito de funcionalidade e a Atenção Primária à Saúde.....	27
1.4 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0).....	38
2 Justificativa.....	44
3 Objetivos.....	47
4 Métodos e casuística.....	49
4.1 Delineamento do estudo.....	50
4.2 Caracterização do contexto e local do estudo.....	50
4.3 Participantes do estudo.....	51
4.4 Aspectos éticos.....	52
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	54
4.6 Escalas para avaliação da aplicabilidade dos instrumentos.....	59
4.7 Diário de campo.....	61
4.8 Uso de fontes secundárias de dados.....	61
4.9 Desenvolvimento da pesquisa.....	61
5 Resultados.....	68
5.1 Caracterização da amostra.....	69
5.2 Propriedades Psicométricas da WHODAS 2.0.....	73
5.3 Frequências das alterações de funcionalidade das pessoas acompanhadas.....	86
5.4 Dados qualitativos	92
6 Discussão.....	102
7 Conclusões.....	113
Referências.....	116
Anexos.....	125
Apêndices.....	140

1 Introdução

1.1 A evolução dos conceitos de saúde e de funcionalidade

O conceito de saúde vem sendo modificado com o passar dos tempos, tendo nas últimas décadas a sua definição ampliada para além da ausência de doenças, na direção de um recurso para ser utilizado no dia-a-dia, relacionado com as condições biológicas, psicológicas e sociais (BUSS; FILHO, 2017). Neste sentido, a saúde passou a ser compreendida como um estado dinâmico (com dimensões objetivas e subjetivas), constituindo um recurso fundamental para manutenção (e ampliação) da autonomia, independência e bem-estar da pessoa (BUSS, 2000).

Dentro desse período, a Declaração de Alma-Ata (1978) (que trazia a proposta de saúde para todos no ano 2000, destacando a estratégia de atenção primária a saúde) e a Carta de Ottawa (1986) (que consistia em uma carta de intenções, com o objetivo de contribuir no desenvolvimento de políticas de saúde universais e equitativas em todos os países) foram alguns dos documentos importantes na expressão dessa mudança de paradigma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, 1986). Novos conceitos, novas políticas e novas práticas foram desenvolvidos ao longo desse período, como aqueles implicados nos termos políticas públicas saudáveis, promoção da igualdade em saúde, criação de ambientes saudáveis, determinantes sociais de saúde, etc (BRASIL, 2011; BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003; STARFIELD, 2002; SULLIVAN, 2003).

As condições de vida e saúde melhoraram significativamente no último século, impulsionadas não apenas pela melhoria dos resultados dos tratamentos, mas também devido às medidas preventivas e de promoção de saúde, tanto em âmbito individual como coletivo (BRASIL, 2011; BUSS, 2000; CZERESNIA, 2003; STARFIELD, 2002; SULLIVAN, 2003). Segundo Czeresnia (2003, p. 45) “a prevenção de doenças exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”, já a promoção de saúde, “define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere as medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”.

Os maiores investimentos em saúde, o desenvolvimento tecnológico, juntamente com as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças

contribuíram significativamente para a redução das taxas de mortalidade e aumento da expectativa de vida. Assim, foram se tornando progressivamente mais importantes as questões relacionadas aos novos padrões de morbidade, incluindo as suas consequências quanto a capacidade funcional ou funcionalidade. Doenças crônicas, eventos como acidentes e outros tipos de violência, frequentemente levam a uma redução na capacidade dos sujeitos exercerem as suas atividades cotidianas e os seus papéis sociais, ou seja, a sua funcionalidade plena (BRASIL, 2010; BUSS, 2000; GIOVANELLA et al., 2009; PEDRINI, 2010; SAMPAIO; LUZ, 2009).

Essa transição epidemiológica gerou um aumento do contingente populacional com dificuldades já existentes ou potenciais na capacidade de realizarem de forma independente e autônoma as atividades cotidianas nos diferentes domínios de vida, tornando-se cada vez mais frequente a necessidade de se conhecer e compreender os acontecimentos que se sucedem na vida das pessoas para o planejamento e estruturação das ações em saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005; PEDRINI, 2010).

Concomitantemente a todos estes fenômenos de modificação do conceito e das práticas de saúde, a necessidade de se compreender melhor os parâmetros intangíveis (qualidade de vida, autonomia, suporte, satisfação, incapacidade, etc.) que influenciam no estado de saúde levou a uma reorientação do modo de se investigar, avaliar e intervir nos processos que envolvem a saúde. Gradualmente a subjetividade adquiriu um papel cada vez mais importante. Desse modo, os pacientes passaram a ser considerados não como receptores passivos das condutas preconizadas pelos profissionais, mas como participantes ativos na definição de metas e objetivos (e maneiras de atingi-los) do seu próprio processo de cuidado de saúde (LOPES, 2005; PEDRINI, 2010; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001; SULLIVAN, 2003).

Como um exemplo destes movimentos de valorização da subjetividade, o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) enfatiza a importância do cuidado centrado no sujeito, enquanto um ser humano dotado de crenças, emoções e uma modo particular de realizar suas atividades diárias (incluindo as atividades de participação nas tarefas e eventos com os outros, dentro da comunidade), os quais devem ser considerados como parte fundamental de todo processo de

cuidado (HINO et al., 2009; LOPES, 2005; STARFIELD, 2002; SULLIVAN, 2003).

Para se fundamentar e nortear todo o processo que abrange esta nova visão de ter e promover saúde é necessário o desenvolvimento de instrumentos para a avaliação da saúde conforme o ponto de vista dos próprios sujeitos do cuidado, considerando os seus valores e concepções. Considerar esses saberes das pessoas é algo complexo, principalmente porque existe uma heterogeneidade nas formas de compreender e lidar com a vida cotidiana, as quais frequentemente tem impacto fundamental em questões como o autocuidado, a aderência a condutas propostas pelo profissional de saúde e outras (LOPES, 2005; PEDRINI, 2010; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001; SULLIVAN, 2003).

Perceber e descrever o funcionamento das pessoas nos diferentes domínios de suas vidas pode ter papel significativo na organização dos processos cotidianos de trabalho das equipes de saúde. Pode facilitar o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, possibilitando uma maior participação das pessoas na definição dos objetivos do seu próprio cuidado e nas maneiras de atingi-los, assim aumentando a chance de realização de intervenções realmente efetivas (BRASIL, 2011; FARIAS; BUCHALLA, 2005; LOPES, 2005; NELSON et al., 1990; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001; SAMPAIO; LUZ, 2009; SULLIVAN, 2003).

Diante disso, foram desenvolvidos instrumentos que consideram a subjetividade dos indivíduos quanto à sua qualidade de vida, capacidade funcional ou funcionalidade, em vários domínios ou em domínios específicos, como, por exemplo: o WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Instrument – Bref), o SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey), WHO-5 (WHO-Five Well-being Index), PSN (Perfil de Saúde de Nottingham), o Questionário de Saúde Geral (QSG), Índice de Katz (Índice de Atividades de Vida Diária), BAI (Barthel's Index of Activities of Daily Living), FIM (Functional Independence Measure), Dartmouth COOP Charts (Dartmouth Primary Care Cooperative Functional Assessment Charts), o World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), dentre outros (NELSON et al., 1990; PEDRINI, 2010; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001; SILVEIRA et al., 2013; SULLIVAN, 2003).

1.2 O conceito de funcionalidade a partir do desenvolvimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Reconhecendo as demandas emergentes não abordados na Classificação Internacional de Doenças (CID), a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps), aprovada em 1976 e publicada em caráter experimental em 1980, passando por revisão e tendo a sua segunda versão em 1993. A ICIDH II foi adotada e utilizada em alguns serviços específicos de reabilitação, mas não chegou a fazer parte da família de classificações por ter o foco ainda centralizado nas consequências de doenças (nas limitações e desvantagens), não refletindo um olhar além do diagnóstico clínico e considerando a influência dos fatores contextuais em todo o processo de saúde (BUCHALLA, 2003; BUCHALLA, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Diante disso, a ICIDH II foi revisada e substituída por uma nova versão testada em mais de 50 países, a International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF, em português: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF), publicada em 2001 pela OMS e aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde. A CIF reflete um novo paradigma de saúde, mediante o reconhecimento do desempenho das pessoas em suas ações cotidianas como essencial à saúde e bem-estar e o reconhecimento da influência dos fatores ambientais e pessoais nesse processo (BUCHALLA, 2003; BUCHALLA, 2007; DI NUBILA, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; SAMPAIO; LUZ, 2009).

Em 2011 foi lançada uma outra versão complementar, a CIF para crianças e jovens, abrangendo aspectos de funcionalidade desses ciclos de vida que não eram abordados na primeira versão. Entretanto, compreendendo a não viabilidade dessa fragmentação da CIF conforme a perspectiva biopsicossocial, em 2015 realizaram a junção das duas versões em uma só, que foi publicada e encontra-se como a versão atual (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015)

Por força da Resolução nº 54.21/2001 – que conclama a adoção da CIF pelos países membros da OMS - foi homologada pelo Ministério da Saúde no

Brasil, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 452, de 10 de Maio de 2012, definindo que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) passa a ter utilização fundamental e obrigatória no Sistema Único de Saúde e até mesmo na Saúde Suplementar (BRASIL, 2012b).

A CIF pertence à “família” das classificações internacionais de saúde, sendo uma classificação de referência, desenvolvida pela OMS para a codificação de informações em saúde, através da utilização de uma linguagem padronizada a nível nacional e internacional. Trata-se de uma classificação da saúde e dos estados relacionados com a saúde, que descreve a situação de uma pessoa em termos de *domínios da saúde* e *domínios relacionados com a saúde*, englobando todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes do bem-estar que possuem relação com a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Desse modo, a descrição de situações relacionadas com o estado de funcionalidade do ser humano é viabilizada através de um modelo multidimensional amparado em uma concepção biopsicossocial e espiritual, abrangendo os aspectos biológicos, individuais e sociais, envolvendo os processos transicionais e variáveis das experiências que os indivíduos vivenciam e da cultura na qual estão inseridos (DI NUBILA, 2010; OLIVEIRA, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; SAMPAIO, 2009).

Mais detalhadamente, os conceitos abordados nessa classificação possuem as seguintes definições operacionais: 1) estruturas do corpo (partes estruturais ou anatômicas do corpo); 2) funções do corpo (todas as funções fisiológicas do corpo orgânico, incluindo também as funções mentais); 3) deficiências (perda ou anormalidade de estruturas do corpo e das funções fisiológicas, perante variações significativas ao padrão populacional, não referindo-se somente aos aspectos físicos, mas também aos processos mentais e sensoriais), 4) atividade (execução de tarefa ou ação pelo sujeito), 5) limitações da atividade (dificuldades que podem ocorrer na realização de uma tarefa ou ação), 6) participação (envolvimento em uma situação real da vida); 7) restrições da participação (problemas enfrentados durante a vivência de uma situação real da vida); 8) fatores contextuais (conjunto de fatores que constituem o contexto completo da vida do sujeito, dividindo-se em fatores ambientais e pessoais) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A partir dessas definições, os conceitos de funcionalidade e incapacidade expressos na CIF são definidos, por sua vez, como termos genéricos que estão relacionados ao que o sujeito consegue ou não realizar em sua vida cotidiana sob uma perspectiva de saúde, ou seja, se consegue ou não desempenhar as demandas de seu dia-a-dia. A funcionalidade é um termo que faz referência às estruturas e funções do corpo, além de atividades e participação, conceituando os aspectos positivos da interação do indivíduo com seus fatores contextuais. A incapacidade refere-se às deficiências, às limitações da atividade e restrições da participação, refletindo os aspectos negativos dessa interação entre indivíduo e fatores contextuais (DI NUBILA, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; SAMPAIO, 2009).

A funcionalidade e a incapacidade são conceitos que se estendem para além das consequências puramente biológicas de saúde e doença, uma vez que sofrem forte influência dos fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), que incluem o ambiente físico, as tecnologias, serviços e produtos, os aspectos políticos, sociais, culturais, atitudinais, dentre outros, que podem funcionar como facilitadores ou barreiras em relação às diversidades individuais e coletivas, na integração comunitária e exercício de suas ocupações e papéis sociais (FRANCESCUCCI et al., 2011). Por serem condições mutáveis e que representam características da vida humana, qualquer sujeito nos diferentes ciclos vitais, pode vivenciar experiências de incapacidade e/ou funcionalidade em diferentes momentos de sua vida (DI NUBILA, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; SAMPAIO, 2009).

Muitas pessoas consideram, erradamente, que a CIF se refere unicamente a pessoas com incapacidades; na verdade, ela aplica-se a todas as pessoas. A saúde e os estados relacionados com a saúde associados a qualquer condição de saúde podem ser descritos através da CIF. Por outras palavras, a CIF tem aplicação universal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003, p. 11).

Neste sentido, a CIF traz uma grande contribuição para a compreensão da incapacidade como uma experiência universal e multidimensional. Essa característica de aplicação universal não só aproxima a CIF dos conceitos de promoção de saúde, mas ressalta a importância de se ter uma política de saúde

voltada para a proteção da funcionalidade humana (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011).

Em consonância com essa demanda, a elaboração e implantação de uma “Política Nacional de Saúde Funcional” (PNSF) foi aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, na perspectiva do desenvolvimento de uma política transversal, interdisciplinar e multiprofissional, voltada para todos os níveis de atenção, ciclos de vida e demandas de saúde, conforme a perspectiva da CIF. A proposta da PNSF foi arquivada no Ministério da Saúde, que a substituiu pela “Rede de cuidados a pessoa com deficiência”, a qual não reflete os mesmos preceitos propostos (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012c; POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011).

Em relação a PNSF, podemos compreender que:

A Saúde Funcional envolve a própria condição de vida saudável, explorada ao máximo pelas competências (motoras, intelectuais, expressivas, relacionais e outras) das pessoas, segundo suas características físicas ou psicológicas, relacionadas aos ciclos de vida, gênero e das identidades sociais e culturais a que pertence e, ainda, em função daquilo que são os seus valores pessoais e as suas necessidades de participação (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011, p. 3).

Segundo a Política Nacional de Saúde Funcional (PNSF), essa característica universal da CIF, também a transforma em uma ferramenta de grande potencialidade para atender as diferentes demandas intersetoriais da população, abrangendo o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a Previdência Social. Essas características viabilizam a utilização da CIF para vários fins, como ferramenta para pesquisa, para a clínica, para planejamento e gestão de serviços de saúde, política social e até mesmo, com uma função pedagógica (FARIAS; BUCHALLA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011; SAMPAIO; LUZ, 2009).

Outra característica da CIF e na perspectiva da Saúde Funcional que necessita ser ressaltada é a concepção centrada na pessoa, pois, conforme a classificação, a sua utilização deve sempre respeitar a autonomia do sujeito, incentivar a sua participação e colaboração, garantir o seu conhecimento e opinião sobre o processo de avaliação e classificação em relação às sua

incapacidade e funcionalidade (ARAUJO, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Para se compreender melhor a funcionalidade humana, o desempenho do sujeito nas suas atividades e na sua participação social, se faz essencial a contribuição dos atores principais deste cenário (os usuários dos serviços de saúde, incluindo as pessoas com incapacidades) no processo de utilização, melhoria e desenvolvimento da CIF, tanto quanto a contribuição dos demais atores (profissionais, pesquisadores, gestores e legisladores). Neste sentido, entende-se a importância de considerar a individualidade do sujeito, o modo como ele enxerga a sua vida e o seu desempenho, o que ele deseja e precisa fazer no seu dia-a-dia em seu contexto real de vida (ARAUJO, 2011; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

1.3 O conceito de funcionalidade e a Atenção Primária à Saúde

A CIF já vem sendo incorporada por equipes multiprofissionais em diferentes países e espaços de saúde, porém é pouco explorada no Brasil, inclusive na atenção primária. Em consonância com esta percepção de utilização clínica e científica da CIF no Brasil, especialmente nos serviços da APS, Araujo e Neves (2014, p.48), ressaltam essa lacuna, reforçando a necessidade de modificação deste cenário:

Embora a CIF seja uma classificação de referência da OMS e tenha as características necessárias para estimular o trabalho trans-setorial, tão importante para melhorar a resolubilidade dos sistemas de saúde ela tem sido encarada de uma forma ainda muito pobre pelo Brasil, já que gestores e técnicos a têm levado unicamente para a atenção especializada, deixando de lado todo o potencial da aplicação dela na atenção primária (ARAUJO; NEVES, 2014, p.48).

Neste contexto, entendemos que a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se importante estratégia na identificação do estado de funcionalidade da população, devido as suas características particulares de definição e funcionamento (ARAUJO; NEVES, 2014), uma vez que segundo o Ministério da Saúde:

A Atenção Primária à Saúde é definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Ela compreende quatro atributos essenciais: o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural (BRASIL, 2010, p. 9).

Para Starfield (2002) a atenção primária consiste em um nível do sistema de saúde que fornece cuidados diferenciados e singulares no contexto de vida em que os sujeitos estão inseridos, com o enfoque em suas demandas

individuais, assim como na repercussão coletiva das mesmas. Comporta o cuidado nos diferentes diagnósticos, necessidades e problemas individuais/partilhados, por isso, mais do que funcionar enquanto porta de entrada para o sistema de saúde, trata-se de uma abordagem orientada para a comunidade, que funciona como o pilar para os demais níveis do sistema.

Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não só constitui o componente estruturante do sistema de saúde brasileiro, como também torna-se um elemento crucial na comunicação e troca de conhecimentos entre profissionais do setor da saúde e comunidade, podendo identificar e intervir nas necessidades reais e melhorar a qualidade de vida da população em geral por oferecer atenção integral, permanente e de qualidade no território (ALMEIDA, 2009; BRASIL, 2010, 2011, 2012a; GIOVANELLA et al., 2009; PEDRINI, 2010).

A ESF é constituída por uma equipe mínima composta por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma clientela adscrita de um território determinado. Deve trabalhar cotidianamente de maneira interdisciplinar, lançando mão de saberes de diversas origens de conhecimento, como dos outros profissionais da saúde (assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, etc.) e da própria população, a fim de atender de forma ampla, multifacetada e contextualizada as verdadeiras necessidades da comunidade, obtendo um efeito positivo, eficaz e resolutivo na saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2010).

Em pesquisa nas principais bases de dados (Pubmed, Scientific Eletronic Library, Google Acadêmico), encontramos apenas oito publicações referentes a CIF na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, as quais estão descritas na Tabela 1 (AMARAL et al., 2012; ARAÚJO, 2016; ARAUJO; JUNIOR, 2014; CALDEIRA, 2009; PELLETEIRO et al., 2013; SOUZA; MARCHESE; FERNANDES, 2007; SOUZA; PIMENTEL, 2012; VIEIRA, 2008).

Tabela 1 - Publicações brasileiras sobre a utilização da CIF na APS.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
SOUZA; MARCHESE; FERNANDES, 2007	Fisioterapia na prevenção de crises asmáticas em crianças moradoras em área do PSF.	Resumo apresentado no 10º Congresso de Iniciação Científica, 4ª Mostra de Pós-Graduação e 1ª Mostra do Ensino Médio	Estudo epidemiológico e clínico. Trabalho que descreve um projeto em processo de desenvolvimento para a organização e intervenção fisioterapêutica na prevenção de crises asmáticas no PSF, com o enfoque na funcionalidade.	Amostra de onze crianças, com idade média de três anos e seis meses, variando de dois a cinco anos, sendo sete meninos e quatro meninas	Ficha de avaliação fisioterapêutica de avaliação funcional desenvolvida a partir de itens da CIF (capítulos Funções do Corpo, Atividades e Participação, e Fatores Ambientais). Instrumento aplicado somente pelos pesquisadores.	O estudo ainda encontra-se em processo de desenvolvimento, entretanto, os achados iniciais permitem classificar a gravidade da asma dos pacientes em persistente moderada, persistente leve ou intermitente, sendo o maior índice de casos persistentes moderado. Os dados referentes à classificação da incapacidade e funcionalidade através da CIF ainda se encontram em fase de coleta.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
VIEIRA,2008	Estudo descritivo da atenção à pessoa com deficiência a partir dos programas agentes comunitários de saúde e saúde da família no município de Angra dos Reis.	Tese apresentada à Pós-Graduação como parte dos requisitos para a obtenção de título de Doutor em Ciências	Estudo epidemiológico do tipo exploratório, descritivo e seccional. Trabalho descreve resultados da capacitação de agentes comunitários de saúde na CIF em relação ao registro no SIAB e em ficha específica desenvolvida no município.	Amostra de cento e quarenta e quatro mil e cento e trinta e seis sujeitos, conforme estimativas do IBGE, residentes da região sul fluminense do município de Angra dos Reis	Dados obtidos através do registro de deficiência pelo SIAB e pelo Projeto de Atenção à Pessoa com Deficiência de Angra dos Reis, conforme preenchidos por agentes comunitários de saúde.	Os resultados encontrados no estudo identificaram a importância da capacitação dos agentes comunitários de saúde para o registro adequado de pessoas com deficiência pelo Programa de Saúde da Família, uma vez que a análise dos registros do SIAB demonstrou que os registros sobre deficiência não eram feitos adequadamente ao início, mas houve melhora na qualidade dos registros após as capacitações. Através desta mudança, viabiliza-se um melhor planejamento em saúde, na ampliação de ações direcionadas e contextualizadas para a essa população através dos dados do SIAB.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
CALDEIRA, 2009	Prática de Terapia Ocupacional em Unidade Básica de Saúde na atenção à pessoas com deficiência	Dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Ciências	Estudo clínico. Investiga e descreve os processos de trabalho dos terapeutas ocupacionais que trabalham em UBS na atenção as pessoas com deficiências físicas, através da técnica de observação participante do trabalho desenvolvido e técnica de entrevista.	Amostra de trinta e seis terapeutas ocupacionais que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo. Dezoito participantes responderam e apenas cinco terapeutas ocupacionais aceitaram continuar na pesquisa	Questionário, observação participante e entrevista semi-estruturada. Todos os dados obtidos foram codificados através da CIF pelos pesquisadores.	O estudo demonstrou que os trabalhos desenvolvidos por terapeutas ocupacionais na APS se encontram interligados com o que é preconizado na APS. Todavia, é necessário o estabelecimento de diretrizes políticas que sanem as diferenças de processos organizacionais, a precariedade de dados sistematizados, de levantamento de dados sobre as necessidades de funcionalidade e de propostas de atenção voltadas para essa população, corroborando diretamente na ampliação da abrangência do trabalho deste profissional na APS, na assistência significativa e contextualizada para essa população.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
AMARAL, 2011	Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS	Artigo científico	Estudo descritivo de delineamento transversal	Amostra aleatória de quinhentos e vinte três pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade, maior de dezoito anos de idade, adscrita em uma das USF sorteadas	Formulário estruturado desenvolvido especificamente para a pesquisa, contendo o diagnóstico clínico através da CID-10, e classificação de funcionalidade e incapacidades conforme a CIF. Apenas os pesquisadores aplicaram o formulário.	Os dados encontrados demonstraram que os participantes da pesquisa encontram limitações significativas em seu nível de acessibilidade, por fatores ligados a impactos nas funções (neuromusculoesqueléticas e ligadas ao movimento) e estruturas do corpo (ligadas ao movimento e relacionadas ao Sistema Nervoso Central), acesso limitado a saúde, ausência de adaptações ambientais e o não cumprimento da legislação que garante os direitos das pessoas com deficiência.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
SOUZA; PIMENTEL, 2012	Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde	Artigo científico	Estudo epidemiológico do tipo descritivo, usando os conceitos da CIF de incapacidade e funcionalidade.	Amostra de duzentos e trinta cinco pessoas com deficiência e/ou incapacidade motora e/ou sensorial numa área com população estimada em vinte mil habitantes coberta por serviços de APS	Questionários desenvolvidos especificamente para a pesquisa, contendo questões com alternativas fechadas de resposta para agentes comunitários de saúde e questões abertas para pacientes identificados pelos agentes com deficiências/incapacidades. Questionários aplicados pelos pesquisadores.	Os resultados do estudo revelaram a necessidade de se atentar as demandas das pessoas com deficiência na APS enquanto estratégia de saúde e inclusão social, uma vez que em sua maioria está composta por uma população de adultos e idosos, negros, do sexo feminino, com renda média entre meio e três salários mínimos, baixa escolaridade, com dificuldades em relação ao acesso a serviços de saúde no bairro e na cidade, bem como privação de vivenciarem a sua própria independência.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
PELLETEIRO et al, 2013	Perfil da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos: Um estudo de caso no PSF em Feira de Santana – BA	Artigo científico	Pesquisa descritiva com o intuito de pesquisar e avaliar o perfil da capacidade funcional conforme definido pela CIF e de qualidade de vida dos idosos frequentadores dos programas de saúde da família (PSF) de Feira de Santana (BA), identificando um planejamento de ação efetivo para as demandas encontradas.	Amostra composta por indivíduos de ambos os sexos, com idade média de sessenta e quatro anos (64,34 ± 3,93 anos), correspondendo a 15% da população cadastrada na unidade do Programa de Saúde da Família de Feira Santana-BA.	“Protocolos do “World Health Organization Quality of Life Instrument-Old” e “Medida de Independência Funcional” aplicados exclusivamente pelos pesquisadores.”	O estudo possibilitou compreender o diagnóstico funcional dos idosos acompanhados no PSF, em relação ao nível de independência nas Atividades de vida diária - AVDs e Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVDs (64% independência completa, 31% independência moderada, 4% dependência mínima), a cognitiva (valores mais baixos) e qualidade de vida (baixa pontuação). Através dos dados obtidos, sugeriu-se a realização de treinos funcionais para as AVD e AIVD, desenvolvimento de programas socioeducativos e a necessidade de se realizar outros estudos na área para o aprofundamento desta compreensão das demandas dos idosos da APS e promoção do envelhecimento saudável e qualitativo.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
ARAUJO; JUNIOR, 2014	A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde	Artigo científico.	Estudo descritivo do tipo relato de experiência.	Agentes comunitários e em torno de 700 pessoas de uma micro área do Bairro Mutinga, em Barueri/SP.	Questionário simples desenvolvido com base em categorias relevantes da CIF, aplicado pelos ACS, anexo ao formulário de cadastramento dos pacientes.	O questionário mostrou-se de fácil aplicação, tabulação e compreensão. Também demonstrou potencial de utilização pelos ACS durante o processo de cadastramento das pessoas acompanhadas na APS, bem como é capaz de gerar dados do diagnóstico situacional de funcionalidade e incapacidade na APS, corroborando com ações de prevenção e promoção neste nível de saúde.

Autores/Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
ARAÚJO, 2016	Análise da atividade e participação de Diabéticos segundo a CIF	Trabalho de conclusão de curso apresentada como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.	Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal qualitativo e quantitativo.	Amostra por conveniência de 60 indivíduos (30 com diabetes mellitus do tipo 2 e 30 saudáveis), ambos os sexos, de 30 a 59 anos, recrutados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde da cidade de Piumhi – MG.	Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Ficha dos dados sociodemográficos, Checklist da CIF (versão 2.1a). Instrumentos aplicados somente pelos pesquisadores.	Demonstrou que o Checklist da CIF tem boa aplicabilidade na avaliação da atividade e participação sujeitos diabéticos e não diabéticos. Embora ambos os grupos apresentaram alterações nos níveis de desempenho e capacidade, o grupo dos diabéticos apresentou maiores qualificadores de nível de dificuldade.

A análise dos materiais encontrados e descritos na tabela evidenciou uma quantidade pequena de publicações sobre a utilização da CIF na APS, sendo na maioria das vezes citada apenas como referencial teórico para a discussão. Apenas duas publicações relatam aspectos metodológicos e práticos na tentativa de utilização da CIF neste nível de atenção (com treinamento dos ACS), sendo que somente uma dessas utilizou um instrumento diretamente baseado na CIF. No Brasil, a CIF ainda tem sido pouco utilizada a nível clínico e epidemiológico, bem como no desenvolvimento e uso de instrumentos de avaliação da funcionalidade humana, principalmente quando se refere à APS (AMARAL et al., 2012; ARAÚJO, 2016; ARAUJO; JUNIOR, 2014; CALDEIRA, 2009; PELLETEIRO et al., 2013; SOUZA; MARCHESE; FERNANDES, 2007; SOUZA; PIMENTEL, 2012; VIEIRA, 2008).

O conteúdo das publicações analisadas ressalta a necessidade de expandir estudos sobre a funcionalidade humana para além daqueles realizados nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Faz-se necessário a ampliação das práticas e dos estudos abordando as potencialidades da utilização da CIF na APS, viabilizando o levantamento de dados e desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção de incapacidades e a promoção da funcionalidade, conforme preconizado na PNSF (ARAUJO; JUNIOR, 2014; POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011).

1.4 World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)

A sua primeira versão (World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHO/DAS), publicada em 1988, foi desenvolvida inicialmente para a avaliação da funcionalidade de pessoas com transtornos psiquiátricos. Essa versão inicial levou ao desenvolvimento progressivo de dois diferentes instrumentos: um destinado especificamente para utilização em pessoas com transtornos psiquiátricos - Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) - atualmente em processo de revisão por Centro Colaborador da OMS na Holanda; e a World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), de aplicação universal (CASTRO; LEITE, 2015; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Em 2010, a OMS publicou a WHODAS 2.0, traduzida e adaptada culturalmente no Brasil como Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0). A WHODAS 2.0 foi desenvolvida para refletir diretamente a CIF em sua concepção e essência, no intuito de facilitar a efetiva incorporação da classificação nos processos que envolvem a atenção à saúde, possibilitando uma utilização ampliada, padronizada e culturalmente adaptada na mensuração da funcionalidade e incapacidade dos sujeitos em seus domínios de vida (ANDREWS et al., 2009; CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-CUESTA et al., 2013; SILVA et al., 2013; SILVA, 2013; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN et al., 2010; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Da mesma forma que a CIF, o WHODAS 2.0 não restringe-se a populações ou condições específicas de saúde, pois ao ser desenvolvida para avaliar o desempenho com base nas limitações nas atividades e restrições na participação, possui aplicação universal em relação as diversas condições de saúde, sendo um instrumento que pode ser aplicado em diferentes culturas e populações, fornecendo um perfil e uma medida resumida da funcionalidade e incapacidade dos sujeitos em seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade) (ANDREWS et al., 2009; CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-

CUESTA et al., 2013; SILVA et al., 2013; SILVA, 2013; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN et al., 2010; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

O desenvolvimento do WHODAS 2.0 envolveu uma extensa revisão de instrumentos de avaliação existentes na literatura (incluindo os aspectos conceituais relacionados a temática) e um estudo multicêntrico em dezenove países, com a colaboração de especialistas de diferentes áreas, para favorecer o processo de adaptação às diferentes culturas (ANDREWS et al., 2009; CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-CUESTA et al., 2013; SILVA et al., 2013; SILVA, 2013; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN et al., 2010; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Um estudo internacional de revisão sistemática do uso clínico e científico da WHODAS 2.0 em 810 publicações, de 1999 a 2015, identificou um aumento do interesse no uso da escala em todas as ciências de vida para avaliação da funcionalidade e incapacidade, demonstrando a adequação de sua utilização com uma diversidade de estados de saúde, populações, condições de saúde, culturas e contextos. A escala já foi traduzida para 47 idiomas e dialetos, utilizada em quase 100 países e em 27 áreas de pesquisa. O seu uso encontra-se em crescente expansão em diversas áreas, tal como geriatria, neurologia, deficiência e reabilitação, ciências da saúde e epidemiologia (FEDERICI et al, 2016).

Um estudo brasileiro que realizou uma revisão de artigos científicos de validação da WHODAS 2.0, no período de 2009 a 2015, encontrou um interesse considerável no estudo das propriedades psicométricas da escala, contando 17 artigos de validação em 16 países. Os estudos analisados, demonstraram que a escala é um instrumento válido e confiável para a avaliação da incapacidade e funcionalidade em grupos populacionais diferentes, incluindo pessoas saudáveis e com diferentes condições de saúde (SILVEIRA, 2016).

Ao pesquisar nas principais bases de dados (Pubmed, Scientific Eletronic Library, Google Acadêmico), encontramos 36 publicações brasileiras citando a WHODAS 2.0 no corpo principal da publicação pelo menos como referencial teórico (compostas por artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses e o próprio manual da escala traduzido). Foram identificados estudos sobre o uso clínico e científico da escala, de validação do instrumento em populações com condições de saúde específicas, utilização como padrão-

ouro na validação de outros instrumentos e alguns que a mencionavam no corpo do texto como instrumento para avaliação da funcionalidade e incapacidade.

Através da revisão do conteúdo desses materiais, foi possível perceber um aumento significativo do uso da WHODAS 2.0 no Brasil, a partir de 2016, uma vez que em 2015 haviam apenas 3 publicações. Dentre essas 36 publicações, apenas 3 eram relacionadas a estudos realizados na Atenção Primária à Saúde (1 artigo científico, 1 trabalho de conclusão de curso e 1 dissertação de mestrado descritos na tabela 2 abaixo) (ALVES; CORREA, 2016; SANTOS, 2015; VALÉRIO; DUTRA, 2016).

Tabela 2 - Publicações brasileiras sobre uso da WHODAS 2.0 na APS.

Autores/ Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
SANTOS, 2015	Reprodutibilidade inter e intra avaliador e a validade concorrente do Teste de Sensibilidade Tátil da planta dos pés por meio dos monofilamentos de Semmes-Weinstein em pessoas idosas	Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Fisioterapia	Pesquisa do tipo observacional transversal.	428 idosos, pertencentes ao Programa de Saúde da Família, localizada na região leste de Juazeiro do Norte, com idade igual e superior à 60 anos de ambos os sexos. Foi considerada uma amostra de 200 participantes	Questionário com dados socio-demográficos, Índice de comorbidades funcional, questionário de avaliação dos problemas nos pés em idosos, monofilamentos de Semmes-Weinstein (SORRI Bauru®), teste com Timed Up and Go (TUG), Short Physical Performance Battery (SPPB), WHODAS 2.0, questionário incidental e planned exercise questionnaire (IPEQ) for older people. Instrumentos aplicados somente pelos pesquisadores.	Percebeu-se relação entre a alterações na capacidade e desempenho funcional com alteração na sensibilidade plantar, evidenciando demanda de utilização de instrumentos padronizados para avaliações preventivas com idosos. Na validade concorrente, não houve relação substancial com a WHODAS 2.0, por se tratarem de instrumentos com características e especificidades diferentes.
ALVES; CORREA, 2016	Identificação do perfil funcional e de incapacidade de idosos da comunidade sob a perspectiva da Classificação Internacional de	Trabalho de Conclusão de Curso apresentada como requisito parcial para obtenção do	Estudo transversal.	idosos da comunidade, residentes de uma microárea de abrangência de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de	Questionário individual em forma de entrevista estruturada em questionário sócio-demográfico, Mini – exame do Estado Mental (MEEM), teste Time Up and Go (TUG), WHODAS	A WHODAS foi considerada um bom marcador de incapacidade, apresentando uma forte correlação com o TUGT. Os dados obtidos identificaram os idosos da amostra com uma boa funcionalidade, mobilidade e capacidade cognitiva, além da

Autores/ Ano	Título	Categoria do material	Categoria do estudo	Participantes do estudo	Instrumentos utilizados e quem aplicou	Resultados
	Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS)	título de Bacharel em Fisioterapia.		Bragança Paulista – SP, Brasil. A amostra selecionada contou com 87 idosos, de ambos os sexos e níveis de escolaridade variados.	2.0, Inventário de Fatores Ambientais do Hospital de Craig (CHIEF). Instrumentos aplicados apenas pelos pesquisadores.	existência de poucas barreiras ambientais. Os aspectos com maior comprometimento foram a mobilidade, e a capacidade cognitiva, decorrentes do processo natural de envelhecimento.
VALÉRIO; DUTRA, 2016	Envelhecimento Funcional e Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores Atendidos pela Atenção Básica	Artigo científico.	Estudo em uma perspectiva observacional, de corte transversal, usando uma abordagem quantitativa,	Amostra por conveniência de 94 trabalhadores adultos, de 18 a 60 anos, ambos os sexos, atendidos pela rede pública em Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Uberaba, MG, Brasil.	Questionário sociodemográfico e ocupacional, Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), WHODAS II. Instrumentos aplicados apenas pelos pesquisadores.	Encontrou-se uma correlação significativa entre capacidade funcional e capacidade para o trabalho, demonstrando a importância a relação entre saúde, funcionalidade e desempenho em atividades laborais. A capacidade para o trabalho encontrada foi boa, apresentando grau leve ou nenhuma incapacidade

Nenhum dos estudos abordava o uso da escala por equipes da Estratégia de Saúde da Família e a validação e/ou aplicabilidade da WHODAS 2.0 na APS, apenas o uso com populações com condições de saúde específicas. Os dados demonstram que no Brasil, a WHODAS 2.0 vem tornando-se mais conhecida e utilizada, entretanto, ainda carece de maior utilização em pesquisas para a generalização de sua validação, incorporação na rotina dos serviços de saúde e utilização com diferentes populações, contextos, níveis de atenção, principalmente sobre o seu uso, adequação e aplicabilidade na APS (ALVES; CORREA, 2016; SANTOS, 2015; VALÉRIO; DUTRA, 2016).

2 Justificativa

A determinação das necessidades em saúde não é uma tarefa simples, pois, a sua definição é influenciada por diferentes fatores, em diferentes épocas, lugares e condições (culturais, socioeconômicas, funcionais, disponibilização de dados e outros), sendo difícil mensurá-las com exatidão e precisão (AZEVEDO-MARQUES, 2009; HINO et al., 2009; PEDRINI, 2010; STARFIELD, 2002).

Considerando o levantamento das necessidades em saúde na atenção primária, Hino et al. (2009), encontraram que em decorrência da inexistência de instrumentos específicos, padronizados e validados, as equipes de saúde da família tem apresentado dificuldades na identificação das reais necessidades em saúde da população sob seus cuidados, devido a uma dificuldade em compreender o impacto que diferentes fatores podem ter na saúde e vida dos sujeitos perante um olhar holístico e, conseqüentemente, apresentam dificuldades no desenvolvimento das estratégias e ações conforme estas demandas.

Para os mesmos autores, as respostas para as verdadeiras necessidades em saúde podem encontrar-se nos espaços de articulação entre os serviços de saúde e a população, onde as equipes de saúde da família possuem um papel de destaque. A carência de medidas que contribuam na avaliação dessas múltiplas necessidades ressalta a urgência de pesquisar instrumentos que possam contribuir para a percepção dos aspectos objetivos e subjetivos relacionados com o estado de saúde (HINO et al., 2009; PEDRINI, 2010; STARFIELD, 2002).

Instrumentos de avaliação centrados na pessoa são indicadores que viabilizam a transposição dos aspectos subjetivos para condições objetivas, ou seja, do nível sensível para o nível lógico, de modo contribuir positivamente ou negativamente com as hipóteses diagnósticas. Para que um instrumento tenha viabilidade de utilização rotineira nos serviços, precisa ter características específicas, como facilidade de compreensão das perguntas e respostas, tempo de aplicação reduzido e, principalmente, fornecer informações que não seriam obtidas (ou seriam obtidas com pior qualidade) sem sua utilização, ao que ressalta-se a importância dos processos de avaliação e validação de instrumentos para a sua inserção na clínica dos espaços de saúde (PASSOS; RUFFINO-NETTO, 2011; PEDRINI, 2010; RAYMUNDO, 2009; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

As motivações para o desenvolvimento do presente estudo consistem: 1) na necessidade de realização de pesquisas para a compreensão do estado de funcionalidade das pessoas acompanhadas na APS; 2) na necessidade do desenvolvimento de estratégias para o uso e inserção da CIF neste nível de atenção através do uso de instrumentos padronizados já validados internacionalmente e adaptados para uso no Brasil (como a WHODAS 2.0, um instrumento desenvolvido sob os auspícios da OMS); e 3) na inexistência de estudos anteriores utilizando a WHODAS 2.0 por membros das equipes da APS no Brasil.

O uso da WHODAS 2.0 é recente, e embora as publicações reforcem o seu potencial de uso para a avaliação da funcionalidade humana também mencionam suas limitações, ressaltando a demanda de mais estudos em diferentes populações e contextos para se compreender melhor as suas propriedades psicométricas, incluindo sua aplicabilidade (FEDERICI et al, 2016).

Acreditamos que o estudo das capacidades psicométricas da Escala WHODAS 2.0, incluindo sua aplicabilidade, pode dar importantes informações sobre a possibilidade da generalização do seu uso como instrumento de avaliação da Saúde Funcional pelas equipes de APS no Brasil. Dentro do modelo de funcionamento proposto pelo Ministério da Saúde para equipes de ESF, a WHODAS 2.0 poderia ser utilizada dentro de um modelo de apoio matricial, como um instrumento de aplicação mais simples e rápida, utilizado pelos profissionais dessas equipes no uso da CIF e na avaliação das demandas de funcionalidade humana, contribuindo tanto para o levantamento de dados epidemiológicos como para o desenvolvimento de práticas de cuidados primários voltadas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade.

3 Objetivos

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral do estudo consistiu em avaliar o uso da WHODAS 2.0 (versão de 12 itens) por membros de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, os quais aplicaram a escala nas pessoas acompanhadas nesse serviço de saúde.

3.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a confiabilidade (interavaliadores e consistência interna) da WHODAS 2.0 (versão de 12 itens) aplicada em 120 pessoas acompanhadas pela equipe de ESF;
2. Avaliar a validade concorrente entre a WHODAS 2.0 (versão de 12 itens) e o WHOQOL-Bref aplicados em 120 pessoas acompanhadas pela equipe de ESF;
3. Avaliar a aplicabilidade da WHODAS 2.0 (versão de 12 itens) na ESF, pelos profissionais de saúde que a aplicaram e pelas pessoas nas quais foi aplicada;
4. Descrever a frequência de alterações de funcionalidade de 120 pessoas acompanhadas na ESF, conforme os resultados do uso da WHODAS 2.0;
5. Descrever e categorizar relatos da pesquisadora principal, dos profissionais de saúde e das pessoas entrevistadas sobre suas experiências relacionadas com o uso da WHODAS 2.0 pelos membros da equipe de ESF.

4 Métodos e Casuística

4.1 Delineamento do estudo

Este trabalho consistiu em um estudo exploratório e descritivo, baseado em estudo de caso.

Exploratório porque tem como objetivo proporcionar uma visão mais detalhada sobre um tema muito pouco explorado nacional e mesmo internacionalmente - a utilização de instrumentos baseados na CIF por profissionais da APS no seu trabalho cotidiano - em relação ao qual, pelo pouco conhecimento disponível atualmente, não é possível formular hipóteses precisas e operacionalizáveis (ARMANDO, 1995; DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; GIL, 2002; GIL, 2008).

Descritivo porque visa descrever relações entre variáveis envolvidas na aplicação da WHODAS 2.0 por membros de uma equipe de ESF nas pessoas por eles acompanhadas (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; GIL, 2002; GIL, 2008).

E baseado em um estudo de caso, porque foi realizado no contexto de uma organização social claramente definida, uma unidade de saúde da família ligada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), que permitiu que seus membros fossem treinados na WHODAS 2.0 e a utilizassem no seu trabalho cotidiano, algo inédito na APS brasileira (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; GIL, 2002; GIL, 2008).

Em coerência com a metodologia proposta para estudos de caso, para diminuir o viés de subjetividade dos pesquisadores e obter uma maior validade do estudo, foi utilizada uma metodologia mista, abrangendo técnicas quantitativas e qualitativas, descritas em mais detalhes à frente (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; GIL, 2002; GIL, 2008).

4.2 Caracterização do contexto e local do estudo

O estudo ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família, do município de Ribeirão Preto e gerenciada pela FMRP-USP, através de convênio com a Secretaria Municipal da Saúde. A unidade é composta por uma Equipe de Saúde da Família, que trabalha conforme as normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a).

Durante a pesquisa, essa unidade de saúde possuía uma equipe composta por 22 profissionais, sendo eles: 4 agentes comunitários de saúde, 3 auxiliares de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médica de família e comunidade sênior, 4 residentes em medicina da família e comunidade, 1 residente de farmácia, 1 residente de fisioterapia, 1 residente de fonoaudiologia, 1 residente de nutrição, 1 residente de odontologia, 1 residente de psicologia e 1 residente de Terapia Ocupacional, além de 1 agente administrativo e 1 auxiliar de limpeza. Residentes de psiquiatria realizam atividades de apoio matricial na unidade uma vez por semana; cada residente de psiquiatria fica quatro meses por ano ligado à equipe, sendo substituído por outro ao final desse período.

A unidade de saúde onde foi realizada a pesquisa, acompanha 682 domicílios e 2227 indivíduos cadastrados, sendo a maioria adultos jovens. Consiste em um território com uma considerável parte da população composta por sujeitos e/ou famílias em situação de vulnerabilidade social (expostas ao tráfico de drogas e ao desemprego, por exemplo) e com baixo nível socioeconômico. Em relação as morbidades mais frequentemente relatadas, encontram-se hipertensos (10,9%), diabéticos (4,3%), fumantes (4,1%), uso de álcool (3,9%), uso de drogas (2,1%), saúde mental (1,7%), gestantes (1,2%), câncer (0,3%), acamado (0,1%), hanseníase (0,1%), tuberculose (0,1%) (FERREIRA, COQUELY, MONTEIRO, 2018).

4.3 Participantes do estudo

O estudo foi composto por uma amostra de conveniência de profissionais de uma Unidade de Saúde da Família e pessoas acompanhadas nessa unidade.

Os critérios de inclusão para os profissionais da equipe de ESF foram: ser integrante da equipe da ESF, aceitar participar da pesquisa e realizar todas as etapas de treinamento (incluindo o curso breve da CIF, o treinamento no uso da escala). Os critérios de exclusão, foram a não aceitação ou não realização de todas as etapas de treinamento da pesquisa.

Os critérios de inclusão para as pessoas acompanhadas pela equipe de ESF consistiram em ter 18 anos ou mais e ter cadastro na unidade de saúde. Já os critérios de exclusão, foram a não aceitação em participar da pesquisa e a

não participação de todas as etapas da coleta de dados ou a incapacidade de responder sozinho (a) as perguntas da escala WHODAS 2.0.

Os profissionais da equipe convidados a participar da pesquisa foram todos aqueles cujo conjunto de ações pudesse implicar, em algum momento, na avaliação da funcionalidade dos pacientes e trabalhassem, em média, pelo menos três dias por semana na unidade. Desse modo, foram excluídos a agente administrativa, a auxiliar de limpeza e os residentes de psiquiatria; sendo convidados os 20 profissionais restantes, dos quais 9 aceitaram participar: agentes comunitários de saúde (3) e residentes de odontologia (1), fisioterapia (1), psicologia (1), terapia ocupacional (1) e medicina de família e comunidade (2). Já para a participação do profissional na avaliação da aplicabilidade da escala na ESF, foi considerado como necessário a realização de no mínimo dez entrevistas com a WHODAS 2.0.

O número de sujeitos a serem entrevistados foi estipulado com base na indicação para estudos psicométricos que estabelece que uma quantidade de dez respondentes por item/pergunta do instrumento/questionário é um tamanho amostral mínimo para avaliação de pelo menos algumas propriedades psicométricas. Sendo assim, definiu-se uma amostra composta por 120 pessoas cadastradas na ESF para a avaliação de propriedades psicométricas da WHODAS 2.0 de 12 itens, quantidade que também foi utilizada na avaliação da aplicabilidade por parte das pessoas que realizam acompanhamento na APS (SAPNAS; ZELLER, 2002; ZANETTI, 2010).

4.4 Aspectos éticos

O projeto foi apresentado para a equipe da ESF, a qual autorizou sua execução.

A submissão do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola (CEP-CSE), aconteceu em 28/09/2015 e foi aprovado em 3 de novembro de 2015, com o número CAAE 47792415.1.0000.5414 (Anexo A), tendo andamento prático iniciado somente após a data de aprovação pelo CEP.

A pesquisadora principal solicitou e obteve permissão da OMS para uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde e utilização do WHOQOL-Bref. As solicitações foram realizadas através do e-mail, mediante o envio de um

formulário preenchido para uso dos instrumentos, conforme especificado no site na World Health Organization (WHO) e respostas com a permissão também foram obtidas por e-mail. A permissão para uso da WHODAS foi recebida em 29 de fevereiro de 2016 (Anexo B), enquanto a do WHOQOL-Bref foi recebida em 09 de dezembro 2016 (Anexo C).

Todos os participantes da pesquisa (tanto os profissionais, quanto as pessoas acompanhadas no serviço) assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndices A e B), após leitura, explicação e concordância com o mesmo. No TCLE constavam os objetivos do projeto, as etapas da entrevista/pesquisa, a importância da participação voluntária, o livre direito de escolha, a garantia da preservação da identidade e do o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que desejar. Os termos de consentimentos foram assinados em duas vias, ficando uma com a profissional responsável pela pesquisa e outra com o participante (profissional de saúde da unidade ou pessoa acompanhada pela equipe) que assinou. A responsável pela pesquisa ficou à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o projeto ou etapas da pesquisa, constando em cada cópia do TCLE o telefone de contato da mesma.

Em nossa avaliação, não houve riscos significativos relacionados à pesquisa proposta, entretanto, foram tomados os cuidados devidos às questões éticas. Acreditamos que o presente estudo pode gerar benefícios generalizáveis a nível individual, social e científico. O foco do projeto possui caráter inédito no Brasil, ao que os dados encontrados podem gerar informações importantes, contribuindo com alguns direcionamentos dos cuidados em saúde primária, perante a consideração das necessidades relacionadas ao estado de funcionalidade dos sujeitos e comunidades.

Esperamos que o instrumento utilizado se mostre adequado para a avaliação da funcionalidade na APS por equipes da ESF, facilitando o desenvolvimento e a contextualização de estratégias e intervenções conforme demandas de saúde funcional específicas.

4.5 Instrumentos de coleta de dados

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados dois instrumentos padronizados, a WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) e a “World Health Organization Quality of Life Instrument - Bref” (WHOQOL-Bref)

4.5.1 WHODAS 2.0 (Anexo D)

Existem duas versões brasileiras da WHODAS 2.0, sendo elas, a versão da Universidade de Campinas (UNICAMP) e a versão da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) (CASTRO; LEITE, 2015; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

A versão da UNICAMP foi publicada em 2013 e a tradução foi referente a versão de 36 itens, podendo ser obtida mediante solicitação por e-mail para o pesquisador principal (SILVEIRA et al., 2013). Em 2015, a UFTM, por meio do Projeto WHODAS 2.0 – coordenado pela OMS - realizou tradução completa e publicação da escala (incluindo o manual) nas suas três versões quanto ao número de itens, disponibilizadas na página do projeto (CASTRO; LEITE, 2015).

As três versões desenvolvidas sobre os auspícios da OMS são: 36 itens, 12 itens e 12+24 itens (versão híbrida) relativos à presença de alterações na funcionalidade. Cada uma dessas versões tem três modalidades de aplicação: pode ser autoaplicada, aplicada por entrevistador no próprio sujeito da avaliação e aplicada por entrevistador em cuidador do sujeito da avaliação. Cada uma dessas modalidades tem diferenças nas orientações sobre como realizar a aplicação (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Optou-se por uma das versões desenvolvidas com a chancela da OMS, a de 12 itens, na modalidade de aplicação por entrevistador no próprio sujeito da avaliação (entrevista). Essa decisão foi baseada: 1) na possibilidade de comparar os resultados com aqueles obtidos com versões em outras línguas desenvolvidas também sob os auspícios da OMS; 2) no menor tempo de aplicação da versão de 12 itens (5 a 10 minutos conforme o Manual da OMS) e, portanto, maior possibilidade de inserção no trabalho rotineiro da equipe; 3) na maior facilidade de conseguir participantes que fossem capazes de responder por si mesmos às questões do instrumento, dentro da atividade cotidiana da

unidade de saúde (CASTRO; LEITE, 2015; SILVEIRA, 2016). Apesar das versões brasileiras estarem disponíveis, é necessário solicitar e receber permissão de uso da WHODAS 2.0 pela WHO.

A escala de 12 itens é dividida em duas seções. A primeira seção corresponde ao preenchimento de dados sociodemográficos e informações pessoais do sujeito a ser avaliado, ou seja, a sua identificação pessoal. A segunda seção avalia, nos últimos trinta dias, o desempenho (no caso, a dificuldade) dos sujeitos em 06 domínios de vida com 02 questões cada: cognição (aprender novas tarefas, manter a concentração e atenção), mobilidade (permanecer de pé e andar longas distâncias), autocuidado (tomar banho e vestir-se), convivência com as pessoas (interagir com pessoas próximas ou desconhecidas), atividades de vida (em atividades do dia-a-dia como responsabilidades domésticas, no trabalho e escola) e participação na sociedade (atividades na comunidade e funções emocionais que interferem na participação). Para cada item, existem 05 opções de resposta variando de “nenhuma dificuldade” a “extrema dificuldade ou não consegue fazer” (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010). Cada item corresponde a uma ou mais categorias da CIF e, quando é adicionado o qualificador de dificuldade respondido em cada item, obtém-se um código específico da CIF, de acordo com critérios estabelecidos pela OMS, que estão disponíveis em relatório específico e descrevemos na tabela abaixo (ÜSTÜN et al., 2010).

Tabela 3 - Descrição das características das perguntas da WHODAS 2.0 conforme os domínios e categorias relacionadas com a CIF.

Domínio WHODAS 2.0	Categoria da CIF	Descrição da categoria da CIF
Cognição		
S3- Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	d1551	Adquirir competências complexas
S6- Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	d160	Concentrar a atenção,
	d110-129	Experiências sensoriais intencionais
	b140	Funções da atenção
Mobilidade		
S1- Ficar em pé por longos períodos, como 30 minutos?	d4154	Permanecer de pé
S7- Andar por longas distâncias com por 1 quilômetro?	d4501	Andar distâncias longas
Autocuidado		
S8- Lavar seu corpo inteiro?	d5101	Lavar todo o corpo
S9- Vestir-se?	d540	Vestir-se
Relações interpessoais		
S10- Lidar com pessoas que você não conhece?	d730	Relacionamento com estranhos
S11- Manter uma amizade?	d7500	Relacionamentos informais com amigos
Atividades de vida		
S2- Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	d6	Vida doméstica
S12- Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?	d850	Trabalho remunerado
	d830	Educação de nível superior
	d825	Formação profissional
	d820	Educação escolar
Participação		
S4- Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	d910	Vida comunitária
S5- Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	b152	Funções emocionais

(ÜSTÜN et al., 2010b)

Após as 12 questões da WHODAS 2.0, há três perguntas que investigam nos últimos 30 dias: 1) a quantidade de dias em que as dificuldades relatadas estiveram presentes; 2) a quantidade de dias nesse período que a pessoa ficou completamente incapaz de realizar as suas atividades; 3) a quantidade de dias nesse período em que a pessoa teve de reduzir ou diminuir as suas atividades cotidianas (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Embora seja um instrumento de fácil compreensão e utilização, é necessária e sugerida a leitura do manual (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Os resultados dos estudos internacionais e nacionais sobre a WHODAS 2.0, demonstraram que ela pode ser utilizado como forma métrica comum entre diferentes populações e culturas. Pode ser utilizada em pesquisas clínicas, avaliações de saúde e de intervenções, corroborando com informações relevantes sobre a funcionalidade e incapacidade dos sujeitos, fornecendo informações sobre as reais demandas da população (ANDREWS et al., 2009; CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-CUESTA et al., 2013; FEDERICI et al., 2016; SILVA et al., 2013; SILVA, 2013; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN et al., 2010; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Durante o desenvolvimento da WHODAS 2.0, estudos de aplicabilidade transcultural foram realizados, demonstrado um alto grau de equivalência funcional e métrica em contextos culturais e ambientais diferenciados (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Em relação a consistência interna, o manual da escala traz valores de alfa de Cronbach obtidos em diversos estudos, variando de aceitável para excelente. Um estudo internacional de revisão sistemática da WHODAS 2.0, encontrou alfa de Cronbach de 0,86 a 0,98. Na maioria dos estudos analisados encontraram valores que indicavam uma excelente consistência interna da versão de 12 itens, com exceção para as versões em português, italiana e em espanhol, sendo que a versão em português apresentou um alfa de 0.86 (o mais baixo dos estudos) (FEDERICI et al., 2016).

Estudos que avaliariam a confiabilidade interavaliadores, encontraram Coeficientes de Correlação Intraclassa (ICC) da WHODAS 2.0, variando de 0,80, a 0,92, que consiste em uma confiabilidade excelente. Estudos que utilizaram o

Coeficiente de Correlação de Spearman encontraram boa a alta confiabilidade (HABTAMU et al., 2017; SALOMÃO, 2016; SILVA et al., 2013; SILVEIRA, 2016). Na avaliação da validade concorrente, estudos encontraram correlações invertidas, indicando que a WHODAS 2.0 mede aspectos além dos abordados em outras medidas. As correlações encontradas foram fracas (0,27 a 0,38) ou moderadas para forte (0,40 a 0,70), ressaltando limitações na avaliação concorrente, possivelmente pela ausência de um instrumento que mede construtos semelhantes de funcionalidade e incapacidade (CASTRO; LEITE, 2015; FEDERICI et al., 2016; SILVEIRA, 2016; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

4.5.2 WHOQOL-BREF (Anexo E)

O WHOQOL-Bref é uma escala de avaliação da qualidade de vida, desenvolvida pela OMS para avaliar a percepção das pessoas sobre a sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida (incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, relacionais e ambientais) (FLECK et al., 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Consiste em uma versão de 26 itens/perguntas, resumida do WHOQOL-100 (versão completa que contém 100 itens/perguntas), possibilitando uma avaliação mais breve e geral da qualidade de vida. Foi traduzida para o português e validada no Brasil em 2000, pelo Grupo WHOQOL Brasil, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e necessita de permissão da OMS para a sua utilização (FLECK et al., 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

As respostas são medidas em escalas likert de "1 a 5", variando da "pior" a "melhor" percepção possível daquele item, relacionado as duas últimas semanas (FLECK et al., 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Apesar do WHOQOL-Bref ser uma escala de avaliação de medidas subjetivas da qualidade de vida e bem-estar (o que e como o sujeito sente aquele domínio) e medir construto diferente da WHODAS 2.0, que avalia a funcionalidade e incapacidade com base no desempenho em um domínio de vida (o que e como o sujeito desempenha, realiza ou faz aquela atividade), as duas escalas apresentam uma relação que possibilita o uso do WHOQOL como

medida de correlação em estudos de avaliação das propriedades psicométricas da WHODAS 2.0, conforme mencionado no manual da mesma (CASTRO; LEITE, 2015; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Conforme o manual da WHODAS 2.0, os dados obtidos em estudos utilizando o WHOQOL-Bref, apresentaram coeficientes de correlação de 0,48 a 0,66, demonstrando alguma similaridade de construtos, mas também diferenças significativas (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

4.6 Escalas para avaliação da aplicabilidade dos instrumentos

Avaliar a aplicabilidade de instrumentos padronizados é um processo essencial para a compreensão da viabilidade do seu uso assim como para a compreensão da sua adequação à rotina dos serviços e da sua adequação conceitual, terminológica e cultural no contexto no qual será utilizado (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

Para avaliação da aplicabilidade da WHODAS 2.0 na atenção primária a saúde foram utilizados dois questionários compostos de escala “likert” (em forma de escala análoga, multi-itens, com quatro opções de escolha para cada resposta), que foram respondidos pelos profissionais da ESF e pelas pessoas que participaram da pesquisa (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

Na avaliação da aplicabilidade da Escala WHODAS 2.0, os profissionais da equipe da ESF responderam a um questionário sobre a sua experiência na utilização dessa escala, enquanto as pessoas acompanhadas pela equipe de saúde responderam um questionário sobre a sua experiência como respondentes da mesma (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

Na Escala de Avaliação da Aplicabilidade destinada aos profissionais da ESF (Apêndice C) foi avaliada a experiência que os mesmos tiveram ao realizar as entrevistas com a WHODAS 2.0, considerando os diversos aspectos relacionados ao seu uso. A escala destinada aos profissionais foi autoaplicada e foi composta por 14 questões, das quais 13 eram de múltipla escolha (com opção de adicionar também uma resposta discursiva a cada uma delas) e uma questão

aberta (opcional) para acrescentar algo que julgassem necessário. Nas perguntas e respostas foram abordadas a compreensão das instruções aos entrevistadores, entendimento das orientações, perguntas e respostas (tanto por parte deles quanto dos entrevistados), a brevidade da aplicação, a relação com as demandas dos sujeitos e comunidade, a viabilidade de uso na rotina do serviço, a adequação do instrumento para uso na APS, as possíveis formas de utilização pela equipe, a relevância da escala para obter informações, e a importância do treinamento prévio na CIF e WHODAS 2.0. As opções de resposta eram de "1 a 4" (com exceção da questão 11, que teve 5 opções de respostas), considerando a resposta "1" a mais satisfatória possível e a resposta "4" (ou "5" no caso da questão 11) como a mais insatisfatória para a avaliação de cada questão (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

Os itens da Escala de Avaliação da Aplicabilidade para as pessoas acompanhadas na unidade (Apêndice D) tiveram enfoque investigativo acerca da experiência ao responder a WHODAS 2.0, considerando as duas rodadas de entrevistas realizadas (pelos profissionais da ESF e pelas terapeutas ocupacionais). A escala destinada aos entrevistados foi aplicada pelas terapeutas ocupacionais e foi composta por 7 questões, sendo 6 perguntas com opção de resposta múltipla escolha e 1 questão discursiva (opcional). Foram abordadas a opinião do entrevistado sobre a relevância pessoal e social da escala, a compreensão que teve das orientações, perguntas e respostas, a facilidade de escolha de resposta, o tempo de duração da entrevista, a identificação das perguntas com as suas necessidades cotidianas e sobre importância da avaliação/cuidado da funcionalidade pelas equipes da ESF. Todas as opções de respostas também variavam de "1 a 4", em que "4" seria uma avaliação insatisfatória e "1" a avaliação mais satisfatória possível (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

4.7 Diário de campo

Durante todas as etapas da pesquisa, a pesquisadora principal realizou o registro no diário de campo, incluindo suas observações e percepções, os comentários da equipe e/ou entrevistados, dúvidas e sugestões.

4.8 Uso de fontes secundárias de dados

Houve uma pesquisa no prontuário de alguns participantes, para completar informações sobre o grau de escolaridade, que apesar de não constar como informação na WHODAS 2.0 (há apenas o espaço para preenchimento da quantidade de anos de estudo), foi solicitada a anotação da informação aos entrevistadores, mas estava ausente em algumas entrevistas.

Consideramos essa informação importante para a melhor caracterização dessa população a nível de perfil de escolaridade, por percebermos que muitas pessoas tinham poucos anos de estudo com formação completa por realizarem o supletivo ou tinham bastante anos de estudo contando com reprovações, fatores que podem ter influenciado na capacidade de compreensão do instrumento.

4.9 Desenvolvimento da pesquisa

4.9.1 Treinamento da pesquisadora principal na CIF

A pesquisadora, terapeuta ocupacional, teve o seu primeiro contato com a CIF em um curso de curta duração durante a sua graduação na UFTM. Após a graduação para a definição de objetivos e planejamento da pesquisa, realizou mais quatro cursos e participou de um simpósio: 1) Curso completo da CIF, pelo Grupo CIFBrasil; 2) Curso Introdutório sobre a CIF na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 3) Curso sobre a CIF, oferecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO; 4) Curso Avançado sobre a CIF, pelo Grupo CIFBrasil; 5) Simpósio Latino-Americano do uso da CIF na Prática Profissional.

No curso da Faculdade de Saúde Pública teve contato com a WHODAS 2.0, ficando claro o seu desenvolvimento a partir do modelo e dos conceitos da CIF, incluindo a correspondência das suas respostas com os códigos dessa classificação. Essa relação de proximidade entre a CIF e a WHODAS 2.0, levou a decisão de usa-la na presente pesquisa.

4.9.2 Observação da rotina da equipe

Durante um período de 4 meses, de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, a pesquisadora principal do projeto realizou o acompanhamento e observação da rotina de toda a equipe da Unidade de Saúde, as atividades desenvolvidas, juntamente à observação das pessoas acompanhadas e da comunidade.

Acompanhou e observou as diferentes atividades desenvolvidas na unidade de saúde e na comunidade, por seus diferentes membros, tais como, as visitas domiciliares, o funcionamento da recepção, agendamentos, atendimentos individuais e grupais, intervenções terapêuticas, avaliações, procedimentos, encaminhamentos, cadastramento, reuniões de equipe, discussão de casos, educação continuada, dentre outros. Nesse período também foi realizada a observação da sala de espera.

Durante esse processo, a pesquisadora apenas observava, analisava e redigia o que acompanhou, seguido do que percebera em um Diário de Campo, fazendo uma correlação com o olhar sobre a CIF. Esse processo teve o intuito de aproximação da realidade da rotina do serviço e atividades realizadas, das demandas de funcionalidade dos sujeitos e em seus contextos de vida, assim como da equipe em relação ao trabalho com a funcionalidade na APS, a fim de identificar as estratégias necessárias para a preparação do treinamento da equipe.

4.9.3 Treinamento dos entrevistadores/equipe

Todos os profissionais que aceitaram entrar na pesquisa, após apresentação da mesma e assinatura do TCLE, participaram de um curso breve

na CIF e um treinamento para o uso da WHODAS 2.0, conforme orientado no Manual da escala (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

O curso e o treinamento foram organizados conforme a disponibilidade dos profissionais, conciliando os dias e horários possíveis, mas com o mesmo conteúdo. Diante disso, foram realizados 3 grupos de curso/treinamento diferentes: o dos agentes comunitários de saúde (durante o mês de março de 2017), dos profissionais da Residência Multiprofissional (no mês de maio de 2017) e outro com as médicas residentes em Saúde da Família (em maio de 2017).

O curso/treinamento da equipe ocorreu durante um mês com frequência semanal, sendo composto de 4 momentos com duração de uma hora a uma hora e meia cada, dependendo das discussões e reflexões levantadas pelos participantes.

No primeiro momento ocorreu a apresentação do projeto, incluindo referenciais teóricos, justificativa para a sua realização, os objetivos, a metodologia, o cronograma e resultados esperados.

O segundo momento consistiu na apresentação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), os seus conceitos, objetivos, formas de utilização, importância e relação com a APS. Neste momento também foi realizada uma dinâmica de sensibilização para as demandas de funcionalidade e incapacidade.

No terceiro momento foi realizada a apresentação da WHODAS 2.0, mencionadas as diferentes versões existentes, a sua relação com a CIF, o potencial de seu uso na APS, os aspectos relacionados a tradução brasileira, o modo de uso e conferidas orientações do manual da escala. Também foi feito um momento prático de demonstração da entrevista com a escala, realizada pela responsável pelo projeto em algum membro da equipe que participava do treinamento, em seguida os profissionais reproduziram as entrevistas com os colegas de treinamento, familiarizando-se com o uso da escala e identificando em si demandas de funcionalidade e incapacidade.

O quarto momento foi caracterizado pelo pré-teste do projeto e o processo de calibragem das entrevistas. Essa etapa foi realizada individualmente com cada profissional participante, junto da pesquisadora principal para a realização da entrevista com uma pessoa cadastrada na

unidade. As entrevistas eram realizadas pelo profissional da equipe com o acompanhamento da terapeuta ocupacional, com ambos anotando os resultados em suas escalas impressas, posteriormente a responsável pelo projeto conferia algumas orientações para o profissional em particular sobre aspectos observados, bem como sanava dúvidas que surgiram durante o momento. Os ACS realizaram duas entrevistas de calibragem, enquanto os residentes necessitaram de apenas uma entrevista de calibragem cada.

A terapeuta ocupacional da Residência Multiprofissional que já possuía um conhecimento prévio da CIF, foi a auxiliar de pesquisa e recebeu um treinamento diferenciado e mais intensivo pela pesquisadora principal, incluindo preparação anterior (no período de janeiro a março de 2017), momentos de discussão e supervisão durante todo o período de coleta, mais etapas de calibragem e leitura de materiais, além da participação junto da equipe no curso, treinamento, pré-teste e calibragem.

Após a realização de cada encontro, a pesquisadora principal enviou para os profissionais por e-mail a apresentação, os materiais para leitura, a escala e vídeos com a temática.

4.9.4 Etapas da entrevista

Durante todo o período de realização da pesquisa, a terapeuta ocupacional responsável pelo projeto, esteve disponível para o auxílio com dúvidas e orientações.

A coleta de dados com as entrevistas ocorreu durante 6 meses, iniciando no mês de abril e finalizando em setembro de 2017 com o alcance da quantidade de entrevistas necessárias. Os profissionais da equipe só iniciaram as entrevistas após a finalização do curso/treinamento e calibragem com a terapeuta ocupacional.

As terapeutas ocupacionais se organizaram para que todos os dias da semana alguma das duas estivesse presente para a coordenação e realização da coleta de dados, além de um período semanal em comum para se encontrarem e discutirem o que fosse necessário.

As entrevistas foram realizadas em ambientes com privacidade na unidade, cuidando para que o entrevistado ficasse à vontade e pudesse se expressar.

O recrutamento dos entrevistados foi realizado pelas terapeutas ocupacionais ou pelos profissionais da equipe que participavam da pesquisa, sendo o convite feito para as pessoas que estavam na sala de espera ou passando por atendimento na unidade, conciliando a entrevista com a rotina da instituição.

A leitura do TCLE era realizada para os entrevistados pelas terapeutas ocupacionais e assinada pelo mesmo em caso de concordância, antes do início da entrevista.

Foi realizada dupla aplicação da WHODAS 2.0 por profissionais diferentes, para avaliação da confiabilidade interavaliadores (uma avaliação logo em seguida da outra). A primeira avaliação utilizando a escala WHODAS 2.0 era realizada por um dos profissionais da equipe da ESF (ACS, dentista, fisioterapeuta, psicóloga ou médica). Logo após o término da primeira avaliação, sempre uma das terapeutas ocupacionais, que estavam cegas para os resultados da primeira, realizava a segunda avaliação com a WHODAS 2.0.

Ao finalizar a segunda avaliação com a WHODAS 2.0, as terapeutas ocupacionais faziam as perguntas da Escala Likert de Aplicabilidade, para avaliar a opinião dos entrevistados sobre a escala que tinham acabado de responder e por último, era realizada a entrevista com o WHOQOL-Bref para a análise da validade concorrente.

O controle das entrevistas foi realizado pelas terapeutas ocupacionais, em duas tabelas de controle mensal, uma constando o nome de todos os entrevistadores e a outra para as terapeutas ocupacionais, onde eram anotadas a quantidade de entrevistas feita por cada entrevistador no dia. Ao final do mês era feito o somatório da quantidade feita por cada entrevistador.

Após a finalização de todas as entrevistas e alcance do número de sujeitos necessários (no mês de Setembro de 2017), os entrevistadores responderam a Escala de Aplicabilidade para os Profissionais da ESF, conferindo a sua opinião com a experiência de uso do instrumento. Participaram dessa etapa apenas os profissionais que conseguiram realizar a quantidade

mínima de 10 entrevistas, considerado como requisito para avaliação do uso do instrumento.

4.9.5 Análise dos dados

Os instrumentos aplicados foram pontuados conforme as especificações de cada manual correspondente. O processo de análise de dados seguiu as orientações especificadas no Manual da Escala WHODAS 2.0 e métodos comumente utilizados nos estudos publicados sobre a escala (CASTRO; LEITE, 2015; RAYMUNDO, 2009; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0 (CASTRO; LEITE, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

A Consistência Interna foi analisada pelo alfa de Cronbach (α). A Confiabilidade Interavaliadores avaliada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) (CASTRO; LEITE, 2015; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A validade concorrente entre o WHODAS 2.0 e o WHOQOL-Bref foi avaliada pelo Coeficiente de Spearman (CASTRO; LEITE, 2015; FEDERICI et al, 2016; SILVEIRA, 2016; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

A avaliação da aplicabilidade dos instrumentos foi analisada através dos dados obtidos nas “escalas likert”, mediante o agrupamento das alternativas de resposta para cada questão em dois grupos, caracterizados como "satisfatório" e “insatisfatório” e então calculadas as frequências e realizado o Teste Qui Quadrado ou o Teste Exato de Fisher quanto à escolaridade, para cada questão (AZEVEDO-MARQUES, 2009; MOSCOVICI, 2013; SALVADOR-CARULLA; SALAS, 2001).

As respostas discursivas dos questionários de aplicabilidade dos profissionais de saúde e das pessoas por eles acompanhadas na unidade e, também, as anotações do Diário de Campo, foram transcritas (no caso das respostas dos entrevistados) ou copiadas e, após, categorizadas pela

pesquisadora principal e seu orientador ao longo de um processo de discussão recorrente (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008; GIL, 2002; GIL, 2008).

Os itens da escala foram classificados em categorias, conforme publicado em relatório específico da OMS e relacionando com a descrição da CIF (ÜSTÜN et al., 2010).

Os dados do prontuário foram utilizados para preencher as informações que faltaram em relação ao grau de escolaridade.

5 Resultados

5.1 Caracterização da amostra

5.1.1 Profissionais

Para a caracterização do perfil dos profissionais da ESF participantes da pesquisa, os dados sobre as informações pessoais deles foram dispostos na tabela abaixo:

Tabela 4- Caracterização dos profissionais da ESF que participaram da pesquisa.

Profissional	Idade	Grau de escolaridade	Categoria Profissional	N de entrevistas
1	55	Ensino superior completo (Letras)	Agente comunitário de saúde	20
2	55	Ensino médio completo	Agente comunitário de saúde	20
3	54	Ensino superior completo (Administração)	Agente comunitário de saúde	21
4	23	Residência Multiprofissional em Saúde (1º ano)	Dentista	21
5	23	Residência Multiprofissional em Saúde (1º ano)	Fisioterapeuta	15
6	27	Residência Multiprofissional em Saúde (1º ano)	Psicóloga	19
7	26	Residência Multiprofissional em Saúde (1º ano)	Terapeuta Ocupacional	20
8	25	Residência Médica (1º ano)	Médica	3
9	29	Residência Médica (2º ano)	Médica	1
Total				140

A maior parte dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foram adultos jovens e/ou residentes do primeiro ano da Residência Multiprofissional ou Médica. Em relação aos profissionais com vínculo de trabalho no núcleo, 3 dos 4 agentes comunitários de saúde participaram da pesquisa. Inicialmente a pesquisa contava com 2 residentes médicas da família, mas ambas não deram continuidade à sua participação, justificando o abandono

da participação na pesquisa pela dificuldade de conciliar a realização da entrevista na sua agenda diária de atendimentos no serviço. Desta forma, as entrevistas que elas realizaram foram contabilizadas no total de entrevistados, porém, elas não participaram da avaliação de aplicabilidade da escala WHODAS 2.0 pelos profissionais, por não terem atingido o número mínimo de entrevistas preconizadas na pesquisa (10 entrevistas) para se responder ao questionário de aplicabilidade.

Dentre os profissionais da equipe que aceitaram participar da pesquisa a maioria não conhecia a CIF. A fisioterapeuta sabia da existência da classificação, mas não teve contato anterior e a terapeuta ocupacional tinha alguma experiência anterior com a sua utilização.

5.1.2 Pessoas acompanhadas na ESF

Muitas pessoas acompanhadas na unidade de saúde mostraram-se interessadas e disponíveis para participar da entrevista, havendo poucos que realmente negaram-se. Apesar da dificuldade encontrada na articulação para a realização de todas as etapas da entrevista conforme a rotina de atendimentos na unidade, apenas duas entrevistas iniciadas não puderam ser finalizadas por causa de aspectos da rotina do serviço, do profissional ou da pessoa a ser entrevistada.

As informações obtidas na aplicação da primeira parte da Escala WHODAS 2.0, referentes aos dados sociodemográficos e identificação pessoal estão descritas abaixo.

Tabela 5 - Caracterização das pessoas acompanhadas na ESF que foram entrevistadas.

Características	n	%
Condição em que vive no momento da entrevista		
Independente na comunidade	114	95,0%
Com assistência na comunidade	6	5,0%
Sexo		
Feminino	92	76,7%
Masculino	28	23,3%
Idade		
de 18 a 39 anos	58	49,0%
de 40 a 64 anos	46	38,0%
65 anos ou mais	16	13,0%
Tempo de estudo (anos)		
0 a 3 anos	16	13,3%
4 a 7 anos	32	26,7%
8 a 11 anos	44	36,7%
12 anos ou mais	28	23,3%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	10	8,3%
ensino fundamental incompleto	47	39,2%
ensino fundamental completo	13	10,9%
ensino médio incompleto	11	9,2%
ensino médio completo	32	26,6%
ensino superior incompleto	4	3,3%
ensino superior completo	3	2,5%
Estado civil		
Solteiro	31	25,8%
Casado(a)	43	35,8%
Separado(a)*	6	5,0%
Divorciado(a)**	6	5,0%
Viúvo(a)	11	9,2%
Mora com companheiro(a)	23	19,2%
Situação de trabalho		
trabalho remunerado	27	22,5%
autônomo(a)	26	21,7%

Características	n	%
trabalho não remunerado***	0	0,0%
Estudante	2	1,7%
dona de casa****	16	13,3%
aposentado(a)	19	15,8%
desempregado(a) (problemas de saúde)	9	7,5%
desempregado(a) (por outras razões)	12	10,0%
outros*****	9	7,5%

*Quando o casal apenas deixa de viver junto como marido e mulher sem recorrer ao judiciário.

**O divórcio é quando o casal recorre ao judicial e rompem todos os laços do casamento.

*** Trabalho voluntário ou caridade.

****Opção anotada como consta na tradução da escala.

*****Aposentado por doença/invalidez, afastado por motivo de saúde, recebendo benefício, em processo de aposentadoria.

As informações descritas na tabela demonstram que a grande maioria dos participantes viviam de forma independente na comunidade e eram do sexo feminino. As faixas etárias foram divididas conforme os ciclos de vida (adulto jovem, adulto de meia idade e idosos) e a maior parte dos entrevistados foram adultos jovens ou adultos de meia idade.

Uma minoria dos entrevistados possuía ensino superior, sendo que a maior parte tinha ensino fundamental, principalmente incompleto.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes se declararam como casados ou vivendo com companheiro(a). A maior parte dos participantes, no momento da entrevista, encontravam-se em situação não ativa de trabalho ou em situação de não remuneração pelo serviço que realiza (como no caso das “donas de casa”). Somente as participantes do sexo feminino se declararam como “dona de casa”.

5.2. Propriedades Psicométricas da WHODAS 2.0

5.2.1 Consistência Interna

A análise dos dados da consistência interna demonstrou um alfa de Cronbach igual na primeira e segunda avaliação, com valores globais de 0,83, o que é considerado como indicando uma “boa consistência interna” da escala (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

Tabela 6 - Consistência Interna (Alfa de Cronbach) na primeira e segunda avaliação da WHODAS 2.0 em 120 pessoas acompanhadas na ESF.

	Alfa de Cronbach	N de itens
Primeira avaliação	0,83	12
Segunda avaliação	0,83	12

Na correlação total por item individual em relação à escala como um todo, os coeficientes dos itens individuais da escala na primeira avaliação variaram de 0,31 a 0,65 e na segunda avaliação de 0,41 a 0,60. A análise individual dos itens demonstrou um alfa semelhante na primeira e segunda avaliação, com exceção dos itens 2 e 4 da escala, que apresentaram diferenças de 0,11 e 0,10, respectivamente. Também foram encontrados valores que indicaram uma diminuição no alfa de Cronbach se qualquer um dos itens fosse deletado (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

Tabela 7 - Correlação Total por item e Alfa de Cronbach se o item for deletado na primeira e segunda avaliação da WHODAS 2.0 em 120 pessoas acompanhadas na ESF.

Item	Correlação Total por item		Alfa de Cronbach se o item for deletado	
	Primeira avaliação	Segunda avaliação	Primeira avaliação	Segunda avaliação
1 - Andar longas distâncias	0,57	0,60	0,81	0,80
2 - Cuidar das responsabilidades domésticas	0,65	0,54	0,80	0,81
3- Aprender uma nova tarefa	0,42	0,41	0,82	0,82
4- Participar em atividades comunitárias	0,31	0,41	0,83	0,82
5- Se sentido emocionalmente afetado por sua condição de saúde	0,59	0,57	0,80	0,81
6 - Concentrar-se durante 10 minutos	0,49	0,51	0,81	0,81
7- Andar por longas distâncias	0,51	0,48	0,81	0,82
8- Lavar o corpo inteiro	0,48	0,49	0,82	0,81
9- Vestir-se	0,52	0,44	0,81	0,82
10- Lidar com pessoas que não conhece	0,39	0,41	0,82	0,82
11- Manter uma amizade	0,37	0,41	0,82	0,82
12- Dia-a-dia no trabalho/escola	0,54	0,57	0,81	0,81

5.2.2 Confiabilidade Interavaliadores

A análise da confiabilidade interavaliadores através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), com Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%) foram medidos no total e por item individual, conforme demonstrado na tabela abaixo (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

Tabela 8 – Coeficientes de Correlação Intraclassa dos itens 1 a 12 e escore total da WHODAS 2.0 entre a primeira e a segunda aplicação em 120 pessoas acompanhadas na ESF.

Itens	Coeficiente de Correlação Intraclassa	Intervalo de Confiança (IC) 95%
1 - Andar longas distâncias	0,89	0,84 - 0,92
2 - Cuidar das responsabilidades domésticas	0,86	0,80 - 0,90
3- Aprender uma nova tarefa	0,79	0,70 - 0,86
4- Participar em atividades comunitárias	0,88	0,82 - 0,91
5- Se sentido emocionalmente afetado por sua condição de saúde	0,89	0,84 - 0,92
6 - Concentrar-se durante 10 minutos	0,73	0,61 - 0,81
7- Andar por longas distâncias	0,91	0,87 - 0,93
8- Lavar o corpo inteiro	0,91	0,87 - 0,94
9- Vestir-se	0,90	0,85 - 0,93
10- Lidar com pessoas que não conhece	0,90	0,86 - 0,93
11- Manter uma amizade	0,85	0,79 - 0,90
12- Dia-a-dia no trabalho/escola	0,83	0,75 - 0,88
Escore Total	0,97	0,95 - 0,98

Encontrou-se um CCI do Escore Total da escala de 0,97 que representa uma “confiabilidade excelente” e um IC 95% que variou de 0,95 - 0,98 (limite inferior-superior) também indicando uma “confiabilidade excelente”. Os CCI dos itens individuais variou de 0,73 a 0,91, sendo que a maioria indicou “boa confiabilidade”, com exceção do item 6 da escala que apresentou uma “confiabilidade moderada” de 0,73 (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

Foi realizada a análise da confiabilidade interavaliadores das 3 perguntas adicionais da escala, referentes as questões H1, H2 e H3 (sobre o número de

dias com dificuldades no desempenho), cujos resultados são apresentados abaixo:

Tabela 9- Coeficientes de Correlação Intraclass das perguntas H1, H2 e H3 da WHODAS 2.0 entre a primeira e a segunda aplicação em 120 pessoas acompanhadas na ESF.

	Coeficiente de Correlação Intraclass	Intervalo de Confiança 95%
H1- Número de dias em que dificuldades estiveram presentes	0,92	0,88 - 0,94
H2- Número de dias em que a pessoa ficou completamente incapaz de realizar suas atividades por causa da sua condição de saúde	0,90	0,86 - 0,93
H3- Número de dias em que a pessoa reduziu as atividades, sem contar os dias em que ficou incapaz, por causa da condição de saúde	0,46	0,23 - 0,62

A análise indicou CCI de 0,92 (questão H1) e 0,90 (questão H2) indicando respectivamente, uma “confiabilidade excelente” e “boa confiabilidade”. Já na questão H3 foi encontrado um CCI de 0,46 que representa uma “baixa confiabilidade”. O IC encontrado para os itens H1 e H2 apresentaram uma “confiabilidade boa para alta”, enquanto o encontrado para o item H3 foi uma “confiabilidade baixa para moderada” (0,23 - 0,62) (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

5.2.3 Validade concorrente

A análise da validade concorrente entre a WHODAS 2.0 e o WHOQOL-Bref apresentou valores do Coeficiente de Correlação de Spearman de 0,54 na primeira avaliação e 0,60 na segunda avaliação, demonstrando “correlação moderada” entre as duas escalas (CICCHETTI, 1994; KOO; LI, 2016).

Tabela 10 - Coeficiente de Spearman entre a WHODAS 2.0 e WHOQOL-Bref aplicados em 120 pessoas acompanhadas na ESF.

	Coeficiente de Spearman (WHOQOL-Bref)
Primeira avaliação com WHODAS 2.0	0,54
Segunda avaliação com WHODAS 2.0	0,60

5.2.4 Aplicabilidade

5.2.4.1 Escala Likert de Aplicabilidade sobre a WHODAS 2.0 para as pessoas acompanhadas pela ESF

Para a análise das respostas das pessoas acompanhadas no serviço sobre a aplicabilidade da WHODAS, as respostas foram classificadas em “satisfatória” e “insatisfatória” para os itens avaliados. Os resultados estão descritos a seguir:

Tabela 11 - Frequência de avaliação como satisfatória nos itens do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF.

Itens do questionário de aplicabilidade	Satisfatória n (%)
Compreensibilidade das orientações da WHODAS 2.0	87 (72,50)
Compreensibilidade das perguntas da WHODAS 2.0	95 (79, 20)
Compreensibilidade das respostas da WHODAS 2.0	96 (80,00)
Brevidade da entrevista com a WHODAS 2.0	117 (97,50)
Relevância da WHODAS 2.0 com as necessidades no dia-a-dia	86 (71,70)
Relevância do uso da WHODAS 2.0 pelos profissionais da ESF	113 (94,20)

Através dos dados da tabela, fica perceptível que a maioria das pessoas entrevistadas deu uma avaliação satisfatória para os itens avaliados na escala de aplicabilidade.

Para uma análise mais aprofundada sobre a aplicabilidade da escala na opinião dos entrevistados, os sujeitos foram divididos em relação ao nível de escolaridade e, então, as respostas distribuídas e classificadas em “satisfatórias” ou “insatisfatórias”. A opção pela divisão e análise conforme o nível de escolaridade partiu da percepção dessa possível relação nas anotações no diário de campo referentes à compreensibilidade da WHODAS 2.0 pelas pessoas acompanhadas no serviço.

Tabela 12 – Frequência de avaliação como satisfatória nos itens do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme o nível de escolaridade.

Características de aplicabilidade do questionário	Analfabetos		Ensino Fundamental		Ensino Médio		Ensino Superior	
	Satisfatória (n/%)	Insatisfatória (n/%)	Satisfatória (n/%)	Insatisfatória (n/%)	Satisfatória (n/%)	Insatisfatória (n/%)	Satisfatória (n/%)	Insatisfatória (n/%)
Compreensibilidade das orientações da WHODAS 2.0	3 (30)	7 (70)	39 (65)	21 (35)	38 (88,4)	5 (11,6)	7 (100)	0 (0)
Compreensibilidade das perguntas da WHODAS 2.0	6 (60)	4 (40)	45 (75)	15 (25)	37 (86)	6 (14)	7 (100)	0 (0)
Compreensibilidade das respostas da WHODAS 2.0	5 (50)	5 (50)	45 (75)	15 (25)	39 (90,7)	4 (9,3)	7 (100)	0 (0)
Brevidade da entrevista com a WHODAS 2.0	9 (90)	1 (10)	59 (98,4)	1 (1,6)	42 (97,7)	1 (2,3)	7 (100)	0 (0)
Relevância da WHODAS 2.0 com as suas necessidades no dia-a-dia	7 (70)	3 (30)	41 (68,4)	19 (31,6)	33 (76,7)	10 (23,3)	5 (71,4)	2 (28,6)
Relevância no uso da WHODAS 2.0 pelos profissionais da ESF	8 (80)	2 (20)	57 (95)	3 (5)	42 (97,7)	1 (2,3)	6 (85,7)	1 (14,2)

A observação geral da tabela demonstra essa relação de dificuldade nas perguntas de compreensibilidade de forma significativa, principalmente entre os níveis de escolaridade "analfabetos" e "ensino superior". Conforme aumenta o nível de escolaridade, mais satisfatória torna-se a compreensibilidade da WHODAS 2.0, por outro lado, observamos um número importante de sujeitos que considerou os aspectos relacionados a compreensibilidade do instrumento como insatisfatório conforme a diminuição do nível de escolaridade.

Para a análise quantitativa desta inferência (dificuldade na compreensibilidade do instrumento x nível de escolaridade), foi realizado o Teste Qui-quadrado nas respostas das 3 primeiras questões da escala de aplicabilidade (para calcular o teste algumas adequações de agrupamentos de nível de escolaridade foram necessários). A tabela abaixo mostra o procedimento de aplicação do Teste Qui-quadrado na primeira questão de aplicabilidade (compreensibilidade das orientações da WHODAS 2.0).

Tabela 13 – Frequências de avaliação como satisfatória da questão 1 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Qui-quadrado.

	Analfabeto	Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	3	39	45
Insatisfatório	7	21	5

Qui quadrado: 18.433

Quiquadrado de Yates: 15.218

p = 0.00049597

Os resultados do teste qui-quadrado mostram uma diferença estatisticamente significativa quanto à compreensão das instruções da escala conforme o nível de escolaridade (quanto menor a escolaridade maior dificuldade de compreensão das instruções) (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

A aplicação do Teste Qui-quadrado na segunda questão de aplicabilidade (compreensibilidade das perguntas), procedeu do modo como descrito na tabela 14. Os resultados evidenciaram que não existiu diferença estatisticamente

significativa quanto à compreensão das perguntas da escala conforme o nível de escolaridade (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Tabela 14 - Frequências de avaliação como satisfatória da questão 2 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Qui-quadrado.

	Analfabeto	Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	6	45	44
Insatisfatório	4	15	6

Qui quadrado: 5.224

Quiquadrado de Yates: 3.481

p = 0.17543266

Para a terceira questão de aplicabilidade (compreensibilidade do modo como dar as respostas), a aplicação do teste se deu da seguinte forma:

Tabela 15 - Frequências de avaliação como satisfatória da questão 3 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Qui-quadrado.

	Analfabeto	Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	5	45	46
Insatisfatório	5	15	4

Qui quadrado: 11.063

Quiquadrado de Yates: 8.339

p = 0.01545999

Os resultados do teste qui-quadrado mostram uma diferença estatisticamente significativa quanto à capacidade de entender como responder às perguntas da escala conforme o nível de escolaridade (quanto menor a escolaridade maior dificuldade de entender como responder às perguntas) (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Nas demais questões de aplicabilidade, não foi possível aplicar o Teste do Qui-quadrado mesmo diminuindo o número de agrupamentos e optamos pelo Teste Exato de Fisher (realizando também as adequações nos agrupamentos dos níveis de escolaridade para calculá-lo), conforme demonstrado nas tabelas que se seguem. Os Testes Exatos de Fisher para a quarta questão (brevidade da entrevista com a WHODAS 2.0), quinta questão (relevância da WHODAS 2.0 em relação as necessidade das pessoas entrevistadas) e sexta questão de aplicabilidade (relevância no uso da WHODAS 2.0 pela ESF) não demonstraram relação estatisticamente significativa com a escolaridade dos entrevistados, conforme pode ser visto nas tabelas abaixo (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Tabela 16 - Frequências de avaliação como satisfatória da questão 4 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher.

	Analfabetos e Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	68	49
Insatisfatório	2	1
Total da Coluna Marginal	70	50

Valor estatístico do Teste exato de Fisher = 1

O resultado foi não significante para $p < .05$

Tabela 17 - Frequências de avaliação como satisfatória da questão 5 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher

	Analfabetos e Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	48	38
Insatisfatório	22	12
Total da Coluna Marginal	70	50

Valor estatístico do Teste exato de Fisher = 0.4165

O resultado foi não significativo para $p < .05$

Tabela 18 - Frequências de avaliação como satisfatória da questão 6 do questionário de aplicabilidade da WHODAS 2.0 por 120 pessoas acompanhadas na ESF conforme escolaridade, para cálculo do Teste Exato de Fisher.

	Analfabetos e Ensino Fundamental	Ensino Médio e Ensino Superior
Satisfatório	65	48
Insatisfatório	5	2
Total da Coluna Marginal	70	50

Valor estatístico do Teste exato de Fisher = 0.6979

O resultado foi não significativo para $p < .05$

5.2.4.2 Escala Likert de Aplicabilidade sobre a WHODAS 2.0 para os profissionais da ESF

As respostas dos profissionais da ESF foram classificadas em "satisfatórias" e "insatisfatórias" e transpostas para a tabela a seguir:

Tabela 19 – Frequências de avaliação como satisfatória dos itens de aplicabilidade da WHODAS 2.0 pelos profissionais de saúde.

Características de aplicabilidade do questionário	Satisfatória (n/%)
Compreensibilidade das orientações sobre como usar a WHODAS 2.0 por parte dos profissionais	7 (100)
Compreensibilidade das perguntas da WHODAS 2.0 por parte dos profissionais	7 (100)
Compreensibilidade do modo de dar as respostas da WHODAS 2.0 por parte dos profissionais	7 (100)
Facilidade no preenchimento da folha de respostas por parte dos profissionais	7 (100)
Brevidade da avaliação com a WHODAS 2.0	7 (100)
Compreensibilidade das perguntas da WHODAS 2.0 por parte das pessoas entrevistadas	7 (100)
Compreensibilidade das orientações sobre como dar as respostas da WHODAS 2.0 por parte das pessoas entrevistadas	7 (100)
Relevância das perguntas da WHODAS 2.0 com as necessidades das pessoas acompanhadas na APS	7 (100)
Relevância e diferencial das informações obtidas com a WHODAS 2.0	4 (57,14)
Viabilidade de inserção e uso da WHODAS 2.0 na rotina de trabalho do profissional membro da equipe da APS	2 (28,58)

Conforme pode ser visto na tabela 19, as avaliações foram satisfatórias em 100% em quase todos os itens da escala de aplicabilidade sobre WHODAS 2.0, com exceção da "relevância dos dados obtidos com a escala" e "viabilidade de inserção do uso da WHODAS 2.0 na rotina de trabalho", sendo este último o com pior porcentagem (28,58) e, portanto, o único classificado como

insatisfatório. Dentre os itens da escala de aplicabilidade, os resultados das respostas de 3 questões (5, 11 e 13) não foram inseridos na tabela 19, por se tratarem de temas cujas respostas não puderam ser categorizadas como “satisfatória” ou “insatisfatória”. Esses resultados são apresentados separadamente abaixo.

O item 5 é relacionado ao tempo de duração da aplicação da WHODAS 2.0 pelos profissionais de saúde. Três deles responderam que mais de 75% das aplicações demoraram de 5 a 10 minutos e quatro que entre 50 e 75% das aplicações demoraram dentro desse intervalo de tempo (não existiu aplicação que demorou menos de 5 minutos).

No item 11, sobre com que frequência a WHODAS 2.0 deveria ser aplicada pela equipe de APS nas pessoas cadastradas, foram encontradas 3 respostas diferentes: 1) 1 profissional de saúde respondeu que deveria ser aplicada somente uma vez em todas as pessoas acompanhadas pela ESF, quando fosse feito cadastro ou em caso novo; 2) 4 profissionais responderam que deveria ser aplicada pelo menos uma vez em todas as pessoas acompanhadas e mais vezes se a equipe julgasse demanda em algum sujeito específico; 3) 2 profissionais responderam que deveria ser aplicada somente nas pessoas que a equipe tivesse decidido anteriormente a necessidade de informações específicas fornecidas pela WHODAS 2.0.

O item 13 investigou a opinião dos profissionais sobre a necessidade de treinamento prévio na WHODAS 2.0 para a sua utilização. Todos responderam que consideram o treinamento prévio necessário.

5.3 Frequências das alterações de funcionalidade das pessoas acompanhadas

Das 120 pessoas entrevistadas, 115 (95,8%) apresentaram pelo menos uma alteração no estado de funcionalidade conforme a WHODAS 2.0 em pelo menos uma das avaliações.

As tabelas 20 e 21 mostram a frequência das alterações no estado de funcionalidade nas pessoas entrevistadas, nas duas rodadas de aplicação da WHODAS 2.0, de modo dicotômico (sem alteração e com alteração) na tabela 20 e conforme nível de dificuldade no desempenho das atividades descritas em cada um dos 12 itens da escala na tabela 21.

Tabela 20 - Frequências de pessoas com alterações no estado de funcionalidade em cada um dos itens/questões e categorias da WHODAS 2.0 na primeira e na segunda aplicação.

Questões	Categorias	Entrevista 1	Entrevista 2
Nos últimos 30 dias quanta dificuldade você teve em:			
S1- Ficar em pé por longos períodos, como 30 minutos?	d4154		
	n absoluto	52	45
	porcentagem (%)	43,33%	37,50%
S2- Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	d6		
	n absoluto	66	55
	porcentagem (%)	55%	45,83%
S3- Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	d1551		
	n absoluto	45	46
	porcentagem (%)	37,50%	38,33%
S4- Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	d910		
	n absoluto	43	52
	porcentagem (%)	35,83%	43,33%
S5- Quanto você tem sido emocionalmente afetado por por sua condição de saúde?	b152		
	n absoluto	82	75
	porcentagem (%)	68,33%	62,50%
S6- Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	d160, d110-129, b140		
	n absoluto	63	57
	porcentagem (%)	52,50%	47,50%

Questões	Categorias	Entrevista 1	Entrevista 2
Nos últimos 30 dias quanta dificuldade você teve em:			
S7- Andar por longas distâncias com por 1 quilômetro?	d4501		
	n absoluto	68	62
	porcentagem (%)	56,66%	51,66%
S8- Lavar seu corpo inteiro?	d5101		
	n absoluto	33	28
	porcentagem (%)	27,50%	23,33%
S9- Vestir-se?	d540		
	n absoluto	27	25
	porcentagem (%)	22,50%	20,83%
S10- Lidar com pessoas que você não conhece?	d730		
	n absoluto	52	48
	porcentagem (%)	43,33%	40%
S11- Manter uma amizade?	d7500		
	n absoluto	36	37
	porcentagem (%)	30%	30,83%
S12- Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?	d850, d830, d825, d820		
	n absoluto	66	68
	porcentagem (%)	55%	56,66%

Conforme descrito na tabela 20, podemos perceber que para todos os itens da WHODAS 2.0 foram encontradas pessoas acompanhadas na ESF com alterações no estado de funcionalidade. As alterações na funcionalidade com maior impacto no desempenho, com uma frequência acima de 50% dos sujeitos na primeira e segunda avaliação, foram: sentir-se emocionalmente afetado pela condição de saúde (b152); dificuldades no dia-a-dia no trabalho/escola (d850, d830, d825, d820) e dificuldades em andar por longas distâncias (d4501). As atividades com menor frequência de alteração na funcionalidade da amostra, foram vestir-se (d540) e lavar o corpo todo (d5101), mesmo assim presentes em uma parcela considerável. Os resultados da Tabela 21 mostram que, dentro do conjunto de 120 pessoas entrevistadas, foram encontrados, para todos os 12 itens da escala, todos os níveis de dificuldade de desempenho, ou seja, em relação a todos itens foram encontradas pessoas apresentando desde nenhuma dificuldade até dificuldade extrema.

Tabela 21 - Frequências de pessoas com alterações no estado de funcionalidade conforme nível de dificuldade de realização de atividade em cada um dos itens da WHODAS 2.0 na primeira e na segunda aplicação.

Questões/Dificuldade	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Ficar em pé por longos períodos					
Avaliação 1 (n/%)	68 (56,67)	18 (15)	20 (16,67)	9 (7,50)	5 (4,16%)
Avaliação 2 (n/%)	75 (62,50)	16 (13,33)	17 (14,16)	9 (7,50)	3 (2,50)
Cuidar das responsabilidades domésticas					
Avaliação 1 (n/%)	54 (45)	29 (24,17)	16 (13,33)	15 (12,50)	6 (5)
Avaliação 2 (n/%)	65 (54,6)	27 (22,50)	14 (11,66)	9 (7,50)	5 (4,16)
Aprender uma nova tarefa					
Avaliação 1 (n/%)	75 (62,50)	19 (15,83)	15 (12,50)	4 (3,33)	7 (5,83)
Avaliação 2 (n/%)	74 (61,66)	26 (21,66)	10 (8,33)	5 (4,16)	5 (4,16)
Participar em atividades comunitárias					
Avaliação 1 (n/%)	77 (64,16)	14 (11,66)	15 (12,50)	9 (7,50)	5 (4,16)
Avaliação 2 (n/%)	68 (56,66)	21 (17,50)	17 (14,16)	8 (6,66)	6 (5)
Emocionalmente afetado					
Avaliação 1 (n/%)	38 (31,66)	23 (19,16)	25 (20,83)	23 (19,16)	11 (9,16)
Avaliação 2 (n/%)	45 (37,50)	20 (16,66)	23 (19,16)	19 (15,83)	13 (10,83)
Concentrar-se para fazer alguma coisa					
Avaliação 1 (n/%)	57 (47,50)	24 (20)	25 (20,83)	8 (6,66)	6 (5)
Avaliação 2 (n/%)	63 (52,50)	27 (22,50)	19 (15,83)	8 (6,66)	3 (2,50)

Questões/Dificuldade	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Andar por longas distâncias					
Avaliação 1 (n/%)	52 (43,33)	14 (11,66)	18 (15)	22 (18,33)	14 (11,66)
Avaliação 2 (n/%)	58 (48,33)	12 (10)	18 (15)	21 (17,50)	11 (9,16)
Lavar o corpo inteiro					
Avaliação 1 (n/%)	87 (72,50)	13 (10,83)	12 (10)	7 (5,83)	1 (0,83)
Avaliação 2 (n/%)	92 (76,66)	14 (11,66)	7 (5,83)	7 (5,83)	0 (0)
Vestir-se					
Avaliação 1 (n/%)	93 (77,50)	15 (12,50)	5 (4,16)	6 (5)	1 (0,83)
Avaliação 2 (n/%)	95 (79,16)	15 (12,50)	5 (4,16)	4 (3,33)	1 (0,83)
Lidar com pessoas que não conhece					
Avaliação 1 (n/%)	68 (56,66)	19 (15,83)	14 (11,66)	11 (9,16)	8 (6,66)
Avaliação 2 (n/%)	72 (60)	16 (13,33)	14 (11,66)	13 (10,83)	5 (4,16)
Manter uma amizade					
Avaliação 1 (n/%)	84 (70)	15 (12,50)	12 (10)	4 (3,33)	5 (4,16)
Avaliação 2 (n/%)	83 (69,16)	16 (13,33)	13 (10,83)	3 (2,5)	5 (4,16)
No dia-a-dia no trabalho/escola					
Avaliação 1 (n/%)	54 (45)	24 (20)	23 (19,16)	12 (10)	7 (5,83)
Avaliação 2 (n/%)	52 (43,33)	26 (21,66)	18 (15)	15 (12,50)	9 (7,50)

5.4 Dados qualitativos

Após a leitura em separado do Diário de Campo e das respostas abertas dadas pelos profissionais de saúde e pessoas acompanhadas no serviço nos questionários de aplicabilidade, a pesquisadora principal e seu orientador discutiram possibilidades de categorização dos dados e, após algumas rodadas de discussão, concordaram em categorizar os dados qualitativos em dois grandes grupos: “Barreiras” e “Facilitadores” do uso da WHODAS 2.0 no trabalho cotidiano da equipe de ESF, com algumas subcategorias. As tabelas a seguir descrevem os dados obtidos classificados em cada um desses agrupamentos, mostrando em separado aqueles obtidos através do Diário de Campo e aqueles obtidos através das respostas abertas dos questionários de aplicabilidade (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008).

A categoria “Barreiras” do uso da WHODAS 2.0 no trabalho cotidiano da equipe de ESF, foi composta por 7 subcategorias: 1) Dificuldade dos profissionais e pessoas acompanhadas no serviço de pensar o cuidado da saúde como algo além do manejo da doença e dos sintomas; 2) Dificuldade de usar toda o potencial dos conceitos relacionados à funcionalidade conforme a CIF devido à estrutura da WHODAS 2.0, que dá ênfase a condições de saúde (doenças); 3) Dificuldade de profissionais e pessoas acompanhadas no serviço de entenderem adequadamente questões específicas WHODAS 2.0 e como respondê-las; 4) Dificuldade das pessoas entenderem palavras usadas na WHODAS 2.0 devido à baixa escolaridade; 5) Dificuldades observadas devido ao comportamento dos profissionais de saúde durante a aplicação da WHODAS 2.0; 6) Dificuldades no treinamento e uso rotineiro relacionadas à organização do processo de trabalho da equipe; 7) Relevância do uso da WHODAS 2.0 na ESF.

Tabela 22- Dados Qualitativos: Barreiras para o uso da CIF e da WHODAS 2.0 em toda sua potencialidade pela equipe de saúde da família

Barreiras	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Dificuldade dos profissionais e pessoas acompanhadas no serviço de pensar o cuidado da saúde como algo além do manejo da doença e dos sintomas	Durante a etapa de observação evidenciou-se que a demanda potencial percebida de aplicação do conceito de funcionalidade e incapacidade geralmente passa despercebida na rotina de trabalho da equipe devido: 1) à ausência de conhecimento dos profissionais sobre o que é esse conceito dentro da perspectiva da CIF; 2) a ênfase dos profissionais geralmente no tratamento de sintomas e de doenças e 3) as próprias pessoas que são atendidas também geralmente buscam ajuda e pensam sobre o cuidado remetendo-se a ideias relacionadas a sintomas e doenças. Durante a etapa de treinamento, houve: 1) dificuldade de alguns profissionais pensarem os conceitos relacionados à funcionalidade e incapacidade conforme a CIF mesmo na ausência de doença e/ou sintomatologia, levando à necessidade de discussão mais extensa, mais passo-a-passo e com mais exemplos práticos com esses profissionais e 2) dúvidas dos profissionais na delimitação dos limites profissionais quanto ao trabalho com funcionalidade conforme as especificidades e competências de cada profissão. Durante as entrevistas também foi perceptível o quanto as pessoas acompanhadas no serviço tinham dificuldades em pensar nas alterações da funcionalidade como podendo ocorrer mesmo sem “relação direta” com a presença de doença e sintomas. Algumas vezes contavam como essa visão havia mudado após passarem pelas suas aplicações.	“...a sugestão seria uma TO ou fisioterapeuta aplicá-la.” (Agente Comunitário de Saúde)

Barreiras	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Dificuldade de usar toda o potencial dos conceitos relacionados à funcionalidade conforme a CIF devido à estrutura da WHODAS 2.0, que dá ênfase a condições de saúde (doenças)	Alguns profissionais e pessoas acompanhadas no serviço questionaram a ênfase da WHODAS 2.0 em condições de saúde (doenças), por dificultar a descrição de alterações na funcionalidade (dificuldades de desempenho em atividades e participação) relacionadas a fatores contextuais (ambientais e pessoais). Essa ênfase está presente nas orientações do instrumento, em algumas perguntas (S5, H1, H2 e H3) e no cartão de resposta 1	“(…) alteração do termo condição de saúde.” (Residente da ESF) “A questão "S5", acredito que precise ser melhor reformulada principalmente o termo "condição de saúde" e as questões "H1, H2 e H3" (Residente da ESF) “Tive dificuldade de assimilar a respostas sobre os 30 dias nas últimas questões, porque tem coisas que não foi dependente da saúde, mas por causa de outros motivos que atrapalharam.” (Está se referindo as questões S5, H1, H2 e H3).”(Pessoa acompanhada na ESF)
Dificuldade de profissionais e pessoas acompanhadas no serviço de entenderem adequadamente questões específicas WHODAS 2.0 e como respondê-las	Todos os profissionais participantes da pesquisa relataram dificuldades em compreender o que esperar e como orientar os entrevistados a responderem as 3 últimas perguntas adicionais da escala (H1, H2 e H3) – sobre número de dias com dificuldades de desempenho - ocorrendo confusão sobre as mesmas. A dificuldade de compreensão e resposta dessas 3 perguntas, também foram mencionadas por alguns entrevistados.	“A minha percepção era que as pessoas tinham dificuldade em compreender a questão “S5”(…) e as questões "H1, H2 e H3".” (Residente da ESF) “As últimas três questões referentes a quantidade de dias que a dificuldade estava presente e a redução da forma de realizar foram difíceis de compreender.” (Residente da ESF) “Acredito que uma explicação do que se espera em cada uma delas facilitaria.” (Residente da ESF) Maior dificuldade de compreender a segunda parte de perguntas do instrumento (perguntas abertas).(Residente da ESF) “Me confundi com algumas perguntas, com o modo que o primeiro profissional me orientou, então, respondi errado. Não entendi a pergunta H1, H2 e H3 e as explicações para ela foram diferentes.”(Pessoa acompanhada na ESF)

Barreiras	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Dificuldade das pessoas entenderem palavras usadas na WHODAS 2.0 devido à baixa escolaridade	Em decorrência do baixo nível de escolaridade, muitas pessoas tiveram dificuldade de compreender alguns termos, sendo necessário buscar sinônimos coloquiais para a facilitação dessa compreensão	“Pelo nível de compreensão de alguns entrevistados, foi difícil que compreendessem claramente como responder. Ficaram meio confusos nas respostas.”(Agente Comunitário de Saúde) “Acredito que dependendo do local onde será aplicado e do nível da escolaridade e entendimento das pessoas, as palavras usadas são de difícil compreensão para os entrevistados, resultando disto uma maior demanda de tempo gasto pois precisei parar várias vezes para explicar ou encontrar palavras que eles pudessem compreender.”(Agente Comunitário de Saúde) “Em pacientes com dificuldade de compreensão ou baixa escolaridade, o tempo ultrapassou os 10 minutos.”(Residente da ESF)

Barreiras	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Dificuldades observadas devido ao comportamento dos profissionais de saúde durante a aplicação da WHODAS 2.0	Dificuldades: 1) Quando alguns profissionais tentavam explicar sozinhos a escala se confundiam, mas quando liam as orientações no momento da aplicação se saíam bem; 2) Às vezes, alguns profissionais realizavam a leitura da escala muito rapidamente, dificultando o acompanhamento, raciocínio e compreensão por parte dos entrevistados; 3) Às vezes, alguns profissionais tendiam a inferir a resposta para os entrevistados, com uma postura de direcionar claramente as respostas, pois, acreditavam que já as conheciam; 4) Às vezes, alguns profissionais liam as orientações e as perguntas de maneira mecânica, sem atentar para as expressões corporais, para-verbais e verbais dos entrevistados que podem dar informações importantes sobre seu entendimento e cooperação com a entrevista; 5) não existir opção de gênero na escala, apenas de sexo; 6) na escala, para pessoa que cuida da casa e não trabalha fora, existe apenas a opção “dona de casa” na versão brasileira	“Acredito que apesar da escala investigar aspectos importantes, ela é formulada de uma forma que distancia o paciente, então, para os atendimentos de rotina, teria que ser reformulada.” (Residente da ESF) “Adequação da questão A1 e considerar as diferentes formas de expressão da sexualidade.” (Residente da ESF)
Dificuldades no treinamento e uso rotineiro relacionadas à organização do processo de trabalho da equipe	A dificuldade de organizar horários para treinamento dos profissionais dentro da sua rotina de trabalho no serviço e também para a aplicação da escala nas pessoas acompanhadas	“Seria difícil não pela WHODAS 2.0, mas pela falta de profissionais na AB e os pacientes nem sempre estão dispostos.” (Agente Comunitário de Saúde) “Não conseguimos dispor de tempo para a aplicação do questionário.” (Agente Comunitário de Saúde)
Relevância do uso da WHODAS 2.0 na ESF	Avaliação de ACS que a escala não traz informações novas	“Pela intimidade com os pacientes, na maioria das vezes sempre conseguimos facilmente essas informações e pela confiança que depositam em nós.” (Agente Comunitário de Saúde)

A categoria "Facilitadores" do uso da WHODAS 2.0 no trabalho cotidiano da equipe de ESF, foi composta por 4 subcategorias: 1) Concepções sobre saúde e atuação dos profissionais mais próximos dos conceitos da CIF; 2) Características facilitadoras da estrutura da WHODAS 2.0; 3) Experiência no uso da WHODAS 2.0 pelos profissionais da ESF; 4) Relevância do uso da WHODAS 2.0 na ESF.

Tabela 23: Dados Qualitativos: Facilitadores para o uso da CIF e da WHODAS 2.0 em toda sua potencialidade pela equipe de saúde da família

Facilitadores	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Concepções sobre saúde e atuação dos profissionais mais próximos dos conceitos da CIF	Essas concepções e atuação mais próximas do conceito de funcionalidade da CIF ocorreram: 1) durante a etapa de observação, na qual encontrou-se que, em algumas situações, os profissionais já abordavam questões não relacionadas “diretamente” à doença e sintomatologia (devido ao seu conhecimento do dia a dia do paciente) e algumas das pessoas acompanhadas já falavam sobre isso espontaneamente; 2) Durante as fases de treinamento e aplicação, progressivamente os profissionais tornaram-se mais atentos à demandas e necessidades dos pacientes relacionadas à funcionalidade antes não percebidas, particularmente após o treinamento ter discutido em profundidade a CIF e a WHODAS 2.0, usando exemplos de aplicação incluindo a autoaplicação pelos profissionais; 3) várias pessoas entrevistadas, após explicação sobre o estudo e participação nas duas rodadas de entrevistas, declararam entender a importância de autoavaliar seu desempenho em atividades e participação e algumas chegaram a solicitar explicitamente ajuda de um profissional de saúde em relação a essas questões.	“O treinamento auxilia principalmente na compreensão do “porque” realizar tal pergunta e isso facilita no seu relacionamento com o entrevistado.” (Residente da ESF) “Acho que deveria ter mais entrevistas como essa, porque tem muitas pessoas que precisam. Assim vocês conseguem ajudar as pessoas no dia-a-dia e que ela não sabia que era uma alteração de saúde.” (Pessoa acompanhada na ESF) “Achei muito interessante, pode ajudar a conhecer mais os pacientes e suas dificuldades, que muitas vezes não falam na hora da consulta.” (Pessoa acompanhada na ESF) “Foi bom saber o dia a dia, não apenas saber quando está doente”(Pessoa acompanhada na ESF)

Facilitadores	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Características facilitadoras da estrutura da WHODAS 2.0	Algumas características foram destacadas pelos profissionais de saúde como importantes facilitadores do seu uso: 1) as orientações aos profissionais constarem no instrumento e possuírem cor específica; 2) o cartão de resposta número 2, com uma escala graduada impressa, que facilitou particularmente para as pessoas de baixa escolaridade responderem; 3) a maneira de perguntar e responder da WHODAS 2.0 pode ser entendida mesmo por pessoas com transtorno mental grave ou com déficit cognitivo significativo, se lhes fossem dados esclarecimentos adicionais quando solicitados e tempo suficiente; 4) A relação estrutural já existente entre os itens da WHODAS 2.0 e as categorias da CIF e a graduação das respostas com os qualificadores, resultando facilmente em códigos de funcionalidade humana e reduzindo a dificuldade relatada na literatura sobre o uso da CIF ser difícil em decorrência pela complexidade do processo de codificação.	“A escala impressa ajudou bastante nas respostas.” (Residente da ESF)
Experiência no uso da WHODAS 2.0 pelos profissionais da ESF	Foi perceptível que quanto mais vezes um profissional de saúde aplicou a escala mais fácil ele referia ser o seu uso.	“Com o passar das aplicações desenvolvi certa habilidade com a WHODAS e não senti mais a dificuldade sentida anteriormente.” (Residente da ESF)

Facilitadores	Informações obtidas através do Diário de Campo	Falas de pessoas acompanhadas no serviço e de profissionais da ESF
Relevância do uso da WHODAS 2.0 na ESF	Nas diferentes fases, de observação, treinamento e aplicação, observou-se aspectos que mostravam a relevância do uso dos conceitos de funcionalidade e incapacidade conforme a CIF e do uso da WHODAS 2.0: 1) durante a observação do funcionamento do serviço constatou-se grande demanda potencial de aplicação do conceito de funcionalidade e incapacidade conforme definido pela CIF no atendimento cotidiano das pessoas acompanhadas (para discutir o que seria prioridade para modificar e/ou aperfeiçoar quanto ao seu desempenho nas atividades e participação cotidiana; para avaliar resultado do cuidado ofertado; e para facilitar sua adesão às propostas de cuidado feitas pelos profissionais); 2) durante o treinamento e aplicação das entrevistas, o conhecimento que ia sendo adquirido pelos profissionais de saúde sobre os conceitos relacionados à funcionalidade e incapacidade conforme a CIF possibilitava um novo olhar sobre as possibilidades de ajudar mesmo pessoas/famílias consideradas “fora de possibilidade terapêutica” (sic.) até então, principalmente ao enfatizar o reconhecimento da própria opinião (subjetividade) do paciente e da importância dos fatores contextuais (ambiental e pessoal); 3) durante as aplicações, as pessoas acompanhadas no serviço com frequência enfatizaram a qualidade da WHODAS 2.0 de trazer para auto-reflexão e transmissão para o profissional de saúde as necessidades e demandas relacionadas com os aspectos mais importantes e próximos do viver o dia-a-dia, bem como a sua relação com o cuidado de saúde ofertado e efetivamente realizado.	“Completo para se obter um olhar biopsicossocial e efetivar uma prática mais integrativa.” (Residente da ESF) “Pode ajudar na saúde, trazer algum projeto novo na Saúde da Família, problemas que você tem e esquece de contar no médico, falar de um problema ou dificuldade que você nunca falou.” (Pessoa acompanhada na ESF) “Eu acho uma necessidade para ter uma ideia correta de como a população está vivendo e o que precisa melhorar no serviço para o que a gente precisa.” (Pessoa acompanhada na ESF) “É legal para ajudar as pessoas que estão passando por algum problema e não sabem explicar. Ajuda muito!” (Pessoa acompanhada na ESF) “Eu acho que é muito legal, porque acabamos participando no dia-a-dia e expressando como vivemos nosso dia-a-dia, para que na área de saúde possamos ter essa liberdade de se expressarmos sem constrangimentos.” (Pessoa acompanhada na ESF) “Muito importante, porque através disso sabe que a pessoa está tendo alguma dificuldade.” (Pessoa acompanhada na ESF) “Eu acredito que todos deveriam fazer essa entrevista, porque pode ter pessoas que precisam, para ter um conhecimento melhor.” (Pessoa acompanhada na ESF) “É bom saber que especialistas estão preocupados com a nossa saúde e bem-estar, tentando melhorar nosso dia-a-dia.” (Pessoa acompanhada na ESF)

“É muito boa sobre o dia-a-dia e saúde da gente, para saber como a pessoa está e o que ela precisa.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Eu acho uma boa, porque nessas respostas a saúde pode avaliar o grau de dificuldade e aproveitando das pessoas na vida, no dia-a-dia.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Achei importante para a melhoria na área da saúde.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Bom a entrevista para melhorar a ciência da pessoa sobre saúde e como lidar no dia-a-dia.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Incentiva a pessoa no cuidado.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Acho ótimo para entender mais as pessoas.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Foi boa, ajuda com coisas do dia-a-dia.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Para mim foi ótima, ajudou bastante a perceber que tem coisas que você não é capaz de fazer ainda, mas pode tentar melhorar.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“É um questionário interessante, porque possibilita a gente identificar as coisas que precisa na vida pessoal e também para ajudar e aproximar dos funcionários. Perceber coisas que não seria encontrada e torna possível de perceber, vai possibilitar de ter um contato ou ajuda no problema que estou.”(Pessoa acompanhada na ESF)

“Acho que com isso pode ajudar muitas outras pessoas da comunidade”(Pessoa acompanhada na ESF)

---

6 Discussão

Os resultados quantitativos e qualitativos se mostraram complementares, viabilizando um processo reflexivo aprofundado e uma discussão mais contextualizada sobre o uso da WHODAS 2.0 por equipes da ESF.

A quase totalidade dos profissionais que participaram desse estudo não possuíam conhecimento da CIF e tampouco da WHODAS 2.0, por isso consideramos como essencial a realização de um curso breve e treinamento com os profissionais que compuseram a amostra, seguindo essa orientação do manual. Essa realidade reflete o que é expresso em alguns estudos demonstrando que a maioria dos profissionais no Brasil ainda não conhecem a classificação ou possuem um conhecimento precário da mesma (ANDRADE et al., 2017; PERNAMBUCO; LANA; POLESE, 2015).

A análise dos resultados da avaliação das propriedades psicométricas vão na direção dos achados na literatura, demonstrando que a WHODAS 2.0 é um instrumento interessante para a avaliação do estado de funcionalidade humana de diferentes sujeitos e grupo populacionais (ANDREWS et al., 2009; CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-CUESTA et al., 2013; SILVA et al., 2013; SILVA, 2013; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN et al., 2010; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010), mas em consonância com Federici et al. (2016) o estudo das suas propriedades psicométricas não trazem valores tão surpreendentes, necessitando de mais estudos para o seu aperfeiçoamento.

Os valores encontrados para a consistência interna (0,83) estão dentro de um padrão "excelente", entretanto, esses valores foram um pouco menores daqueles normalmente encontrados nos estudos (0,86 a 0,98), onde o valor mais baixo já é referente a consistência interna de estudo anterior da versão brasileira (FREDERICI et al, 2016).

A confiabilidade interavaliadores encontrada (0,97) está de acordo com o relatado na literatura (0,80 a 0,92) e, inclusive, apresentou um CCI mais elevado (CASTRO; LEITE, 2015; DE PEDRO-CUESTA et al., 2013; HABTAMU et al., 2017; SALOMÃO, 2016; SILVA et al., 2013; SILVEIRA, 2016; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Acreditamos que o valores significativos da confiabilidade interavaliadores (CCI total, CCI por item, IC total e IC por item) tiveram relação com o processo de treinamento sobre a CIF e a WHODAS 2.0 realizado com os profissionais

participantes, com discussões aprofundadas, sensibilização e relacionamento com experiências da prática cotidiana da equipe. A importância do treinamento para uso da escala também foi mencionado pelos profissionais participantes, conforme descrito nos dados qualitativos. Esses valores também demonstram o potencial de uso da WHODAS 2.0 por profissionais que possuem pouco conhecimento sobre a CIF, desde que realizado um curso breve sobre a classificação e um treinamento para uso da escala. Esse treinamento e a experiência no uso da escala podem ajudar na inserção da funcionalidade dentro das perspectivas de cuidado à saúde, através do levantamento de indicadores para o desenvolvimento de políticas relacionadas à funcionalidade humana.

Em relação aos resultados da confiabilidade interavaliadores das questões H1, H2 e H3, não foi possível realizar comparações com os valores de outras pesquisas, porque não foram encontrados estudos que analisassem essa parte da escala. Em relação à questão H3, foi encontrado um CCI de baixa confiabilidade (0,46; IC 95% 0,23-0,62), assim como os profissionais e as pessoas acompanhadas no serviço descreveram dificuldades na compreensibilidade dessa questão e da questão H2 nas respostas abertas dos questionários de aplicabilidade e em frases ditas à pesquisadora principal registradas diário de campo. Esses achados parecem indicar a necessidade de uma adequação dessas perguntas de modo a facilitar seu entendimento pelos entrevistados.

A análise da validade concorrente com o WHOQOL, nas duas rodadas de entrevistas, trouxe valores que representam uma correlação moderada (0,54 e 0,60), correspondentes aos encontrados na literatura de correlações fracas para moderadas. Esses valores reforçam a ideia de que ambos os instrumentos possuem certas similaridades, mas a WHODAS 2.0 avalia construtos não avaliados no WHOQOL. Esse aspecto também sinaliza para a contribuição diferenciada da WHODAS 2.0 na perspectiva da avaliação da funcionalidade humana conforme a CIF (CASTRO; LEITE, 2015; FREDERICI et al, 2016; SILVEIRA, 2016; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Sobre a avaliação da aplicabilidade da WHODAS 2.0 na ESF encontramos que apesar de ser um instrumento com um bom potencial para a avaliação funcionalidade humana, necessita de adequações para o uso com a população brasileira, cuja maioria tem um baixo nível de escolaridade, muitas

vezes apresentando dificuldades de compreensão de alguns termos e demandando um maior tempo de aplicação do que o descrito no manual e no instrumento. Esse dado se aproxima do que foi encontrado em um estudo brasileiro sobre a confiabilidade e aplicabilidade da Camberwell Assessment of Needs for the Elderly Scale - CANE (em que a WHODAS 2.0 foi utilizado para a avaliação da validade concorrente) e que os mesmos apontamentos foram destacados para a escala em estudo quando utilizada com uma população com baixa escolaridade e um baixo nível socioeconômico (SOUSA et al., 2009).

A análise das respostas das pessoas acompanhadas no questionário de aplicabilidade (em relação a compreensibilidade das orientações, perguntas e respostas) correlacionadas com o nível de escolaridade dos mesmos, corroborou para confirmar essa inferência relatada no diário de campo e trazida pelos profissionais nas respostas discursivas da escala de aplicabilidade. O Teste Qui-quadrado demonstrou relações estatisticamente significativas na compreensibilidade das orientações e no modo de conferir as respostas conforme a escolaridade, evidenciando demandas de adequação para o uso com essa população (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

Por outro lado, percebemos a sua viabilidade de uso e aplicação com pessoas analfabetas ou com baixo nível de escolaridade, assim como com pessoas com transtornos mentais graves e déficit cognitivo (geralmente relatados na literatura como não conseguindo ou tendo grande dificuldade para responder), se presentes alguns fatores facilitadores: 1) o uso da escala graduada impressa; 2) o conhecimento do profissional sobre os conceitos da CIF (adquiridos no treinamento); 3) o uso de uma abordagem que estimule a manifestação das ideias e sentimentos do entrevistado; 4) um tempo estendido para a aplicação da escala, com fala mais lenta, pausada e repetida das instruções e respostas conforme houver necessidade (CASTRO; LEITE, 2015; FREDERICI et al, 2016; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010).

Em relação a brevidade da WHODAS 2.0, tanto os profissionais quanto os entrevistados acharam satisfatória, apesar de na maioria dos casos ultrapassar um pouco o que é descrito na literatura e em raros casos mais complexos o tempo aumentar significativamente (vide acima). A relevância do uso da escala conforme as necessidades das pessoas acompanhadas pela ESF, foi considerada como satisfatória pelos entrevistadores e entrevistados, assim

como as pessoas entrevistadas também consideraram altamente satisfatória a possibilidade de utilização da WHODAS 2.0 pela equipe da ESF para a avaliação da funcionalidade das pessoas por ela acompanhadas.

Apesar da avaliação da brevidade e relevância da escala conforme as necessidades da população acompanhada na ESF ser considerada satisfatória pelos profissionais e entrevistados e a relevância do uso da WHODAS 2.0 pela equipe da ESF também ser importante na opinião desses últimos, a inserção do seu uso na rotina do serviço foi considerada como inviável na opinião da maioria dos profissionais (5 dentre 7 que responderam o questionário de aplicabilidade). Esses membros da equipe de ESF justificaram suas avaliações pela carência de profissionais na equipe e limitações de tempo disponível para a aplicação na sua rotina diária de trabalho. Esse dado, descrito anteriormente na literatura, nos mostra o desafio existente para a inserção da CIF na rotina dos serviços e dos profissionais, seja por dificuldades encontradas na organização dos processo de trabalho, seja pela falta de mecanismos claros e efetivos de incentivo e cobrança para o seu uso no SUS (mesmo existindo uma resolução de sua obrigatoriedade), seja pelo desconhecimento dos profissionais do seu uso como uma linguagem universal na área da saúde (BIZ, 2015; FARIAS; BUCHALLA, 2005; TAVARES, 2017; FARIAS E BUCHALLA).

Em relação a relevância quanto às informações trazidas pela avaliação com a WHODAS 2.0, 3 profissionais consideraram como não satisfatórias, alegando conseguirem obter facilmente essas informações. Entretanto, observações do diário de campo e respostas discursivas dos entrevistados que ressaltaram a demanda existente de avaliação e acompanhamento da funcionalidade humana no contexto da ESF, também indicaram com frequência essa demanda como sendo algo ainda não abordado pela equipe e a necessidade de um espaço para a avaliação da funcionalidade nas unidades de saúde em geral. Outro fator que também evidencia essa necessidade até então não identificada, foi a própria solicitação de algumas pessoas entrevistadas e/ou a busca ativa para acompanhamento profissional dos aspectos do desempenho encontrados com algum nível de incapacidade após a aplicação da WHODAS 2.0. Esses achados parecem apontar para a necessidade de se obter informações confiáveis sobre a funcionalidade para além da inferência de opiniões provenientes do senso comum dos membros das equipes de saúde,

através do uso da CIF e/ou de questionários específicos relacionados com a classificação (como a WHODAS 2.0) para o levantamento de informações estatísticas e políticas de saúde funcional que possam redirecionar a assistência à saúde (ARAUJO, 2014a; ARAUJO, 2014b; ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015; BIZ, 2015; MARTINS; MENEZES, 2017).

Em relação a frequência de uso da WHODAS 2.0 pela equipe da ESF, os profissionais deram respostas e opiniões diversificadas, em que a maioria das respostas (5 profissionais) se referiam a frequência de aplicação ao menos 1 vez em todas as pessoas acompanhadas na ESF e mais vezes quando necessário (opinião de 4 profissionais), enquanto 2 profissionais acharam viável a aplicação apenas em pessoas que a equipe julgasse previamente necessário. Essas respostas demonstram a necessidade de mais pesquisas sobre o uso da escala pelos profissionais das equipes de saúde, para identificação de necessidades da população e para uso na atividade clínica cotidiana (durante os atendimentos individuais e grupais, durante as discussões de caso e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, por exemplo), adequando a frequência do seu uso com a demanda existente e a organização da rotina do serviço (ARAUJO, 2014a; ARAUJO, 2014b; MAGGI; REICHERT, 2015; PERNAMBUCO; LANA; POLESE, 2015).

Concordamos que a implementação da CIF e de instrumentos com ela relacionados demandam um processo de (re)direcionamento e (re)reorganização da assistência envolvendo ações específicas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, monitoradas por indicadores específicos dentro de uma política de saúde funcional (ou seja, orientada para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade) (ARAUJO, 2014a; ARAUJO, 2014b; ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015; BIZ, 2015; CORDEIRO, 2017).

Outro aspecto evidenciado, foi a dificuldade dos profissionais compreenderem como se daria o uso interprofissional da CIF na prática cotidiana do serviço, somando-se os diferentes saberes compartilhados e ao mesmo tempo respeitando os limites e especificidades de cada profissão. Buscando na literatura encontramos discussões que associam esse fato com a enraização da lógica do modelo biomédico na formação dos profissionais e, consequentemente, no seu modo de pensar e cuidar da saúde de forma

fragmentada, sendo esse um dos grandes desafios a serem superados para o desenvolvimento de práticas integralizadas no SUS, centradas na pessoa e perante a lógica do modelo biopsicossocial e espiritual da CIF (ANDRADE et al., 2017; BIZ; LIMA; MACHADO, 2017; PERNAMBUCO, LANA; POLESE, 2015).

A análise dos resultados das respostas da WHODAS 2.0 evidenciou uma demanda real de cuidado com a funcionalidade humana na APS. Os dados demonstraram uma frequência altíssima (95,8%) de percepção de alterações no estado de funcionalidade nas diferentes categorias avaliadas pela WHODAS 2.0 na versão de 12 itens. Além disso, todos os itens individualmente mostraram alterações que variaram desde leve a extrema dificuldade no desempenho, gerando limitações das atividades e restrições da participação desses sujeitos. Esses achados nos ressaltam a situação de invisibilidade dos dados de funcionalidade humana no Brasil, especialmente na APS, carecendo de maior conhecimento sobre a incidência e frequência de incapacidades nos sujeitos e comunidades (ARAUJO, 2014a; ARAUJO, 2014b; ARAUJO; JUNIOR, 2014; ARAUJO; MAGGI; REICHERT, 2015).

Essas frequências de incapacidades poderiam ser ainda maiores se a escala considerasse dificuldades de desempenho mesmo quando não relacionadas às condições de saúde. Algumas pessoas, ao responderem a WHODAS 2.0, explicaram não possuírem dificuldades devido a condição de saúde, mas por situações provenientes de fatores ambientais que se configuravam como barreiras e geravam incapacidades, como por exemplo, a dificuldade em arrumar um emprego (falta de oportunidade, mercado de trabalho escasso, crise econômica, dificuldade de inserção de ex-presidiário no mercado de trabalho), mudanças no ambiente doméstico/de trabalho ou comunitário (reforma na casa/serviço ou local próximo, barulho gerado pelas pessoas que convivem junto), dificuldades financeiras, mudança temporária de/na residência (residir longe de casa por motivo de doença/tratamento, morar junto com parentes), dificuldades devido a responsabilidade no cuidado de outrem (filhos, familiar, pai, mãe ou esposo) e problemas relacionais/familiares/afetivos. Embora, conforme o manual da CIF, tais alterações de funcionalidade causadas exclusivamente por fatores ambientais, principalmente socioeconômicos, sem condição de saúde associada não devam ser categorizadas dentro do seu esquema classificatório, o fato desses importantes problemas de vida terem sido

descritos pelas pessoas ao responderem a WHODAS 2.0 pode favorecer que a equipe de APS forneça algum tipo de ajuda para que sejam melhor manejadas.

Em um estudo nacional, os entrevistados apresentaram dificuldade para a identificação de fatores ambientais como barreiras, atribuindo as suas dificuldades apenas as condições de saúde (ALVES; CORREA, 2016). Diferentemente, neste estudo que realizamos, alguns entrevistados não só identificaram a alteração na funcionalidade, mas também a associavam com influências provenientes do ambiente que refletiam o fatores ambientais abordados na CIF, reforçando o quanto seria importante que a avaliação considerasse esse aspecto em sua totalidade (LYSACK et al., 2007; FRANCESCUTTI et al., 2011).

Além disso, os entrevistados também mencionaram fatores pessoais, como crenças e expectativas, relacionadas com sua personalidade, estilo de vida e visões culturais que as levavam a ter opiniões específicas sobre o seu desempenho nas atividades e na participação (por exemplo, gostar de ter uma vida sedentária/ficar dentro de casa como levando a não dar muita importância para um desempenho físico melhor ou ser capaz de participar mais de atividades comunitários). Esse achado reforça a importância da consideração dos fatores pessoais para a avaliação e cuidado centrado na pessoa, respeitando as suas singularidades, os seus pontos de vista, desejos e autonomia nas decisões diante das suas necessidades cotidianas e de saúde (FRANCESCUTTI et al., 2011; GEYH et al., 2010)

Devido à estrutura da WHODAS 2.0, que orienta os entrevistados a pensarem suas necessidades quanto à funcionalidade a partir de condições de saúde, essas questões podem passar despercebidas embora sejam claramente importantes para a decisão do paciente sobre o que é prioritário no seu cuidado de saúde em um determinado momento. Esse achado corrobora com o que foi apontado em estudos, ao mencionarem como limitação a escala não abranger a influência dos fatores ambientais (e acrescentamos os pessoais) para a avaliação da funcionalidade e incapacidade, visto que os mesmos possuem grande importância na perspectiva da CIF (CASTRO et al., 2016; ALVES; CORREA, 2016).

Algo que reflete o potencial de característica universal da CIF e também mencionado na WHODAS 2.0, é que em nenhum momento os entrevistados

foram questionados sobre diagnósticos de eventuais doenças e mesmo assim foram evidenciadas alterações no estado de funcionalidade, demonstrando que é possível realizar essa avaliação sem vinculá-la obrigatoriamente à avaliação pelo profissional de saúde de quais doenças a pessoa tem.

Identificamos essa característica de abrangência da WHODAS 2.0 especificamente quanto às diferentes condições de saúde, para a avaliação da funcionalidade e incapacidade (diferentemente dos “core sets”, que abrangem uma única condição de saúde em cada um). No entanto, também observamos que não é completamente universal conforme a essência da CIF, devido a este enfoque específico voltado para as condições de saúde (refletido nas orientações do manual da escala), não incorporando a avaliação dos aspectos relacionados aos fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Compreendemos que se faz essencial o desvinculamento da lógica de avaliação da funcionalidade humana na perspectiva da “condição de saúde” e que a correlação com o “estado de saúde” (“health state”), embora feita em apenas um ponto específico da tradução da UNICAMP, representaria melhor a essência da CIF, uma vez que de acordo com a classificação, esse termo considera a influência dos fatores contextuais relacionados a funcionalidade e incapacidade (BRASIL, 2013; CASTRO; LEITE, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2015; SILVEIRA et al., 2013; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Outro aspecto que julgamos importante ressaltar é a opção pela aplicação da pergunta relacionada ao trabalho/estudo mesmo na população não ativa no momento da entrevista (diferente do que é orientado no manual) por considerarmos que o fato de não estar ativo no trabalho/estudo, pode também gerar um impacto significativo na percepção de funcionalidade do sujeito e ser uma demanda a ser modificada (ALVES; CORREA, 2016). Em consonância com esse raciocínio é possível observar nos dados das respostas da escala que a presença de dificuldades no desempenho relacionado ao trabalho/escola foi o segundo item avaliado com maior frequência de alteração.

Acreditamos que o fato das limitações da escala e da versão traduzida do manual terem sido mencionados durante a capacitação/treinamento (a avaliação da funcionalidade pelas condições de saúde, a não avaliação dos fatores ambientais e pessoais, a diferenciação dos conceito de funcionalidade x

incapacidade x deficiência perante a CIF), assim como dos potenciais da escala (seu desenvolvimento baseado na CIF, sua relação com as categorias/qualificadores e códigos da classificação, seu uso internacional e transcultural, aplicação universal, avaliação diferenciada dos desempenho nas atividades e participação, ser centrado na pessoa, ter um roteiro direcionado) promoveu maior sensibilidade dos profissionais para captarem as diferentes demandas durante as entrevistas, atentando-se tanto aos aspectos positivos quanto negativos que surgiam, o que poderia ter sido diferente se seguissem a risca o raciocínio promovido pelas orientações do instrumento para a condição de saúde e se não mantivessem o olhar aberto para os aspectos referentes ao contexto de vida dos sujeitos que acompanham, mesmo que esses aspectos não pudessem ser pontuados no momento da aplicação da escala.

Um outro aspecto do uso da WHODAS 2.0 observado durante a pesquisa foi em relação a tradução do termo “disability”. Conforme a CIF, o termo “disability” refere-se a “incapacidade” (adotado pela OMS e constando na tradução brasileira da classificação), compreendendo limitações da atividade e restrições da participação, podendo ou não haver deficiência. Na versão brasileira oficial da WHODAS 2.0, traduzida pela UFTM, “disability” foi traduzido como “deficiência” (na capa da escala, na tradução do título do manual e no corpo do texto do mesmo). Segundo a CIF, “deficiência” pode ser compreendida como toda alteração em funções e estruturas do corpo e a sua retrotradução se refere ao termo “impairment” (CASTRO; LEITE, 2015; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; MARTINS; ARAUJO, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Avaliar a funcionalidade na lógica da deficiência, é tomar como ponto de partida as alterações apenas do aspecto físico/biológico, remetendo a um raciocínio biomédico e fragmentado da saúde, ou seja, correndo o risco de perder a avaliação dos aspectos pessoais e ambientais e a própria essência de aplicação universal da classificação e da escala que deveria refleti-la (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; MARTINS; ARAUJO, 2015).

Assim como a WHODAS 2.0 e seu manual, há outros materiais publicados em que é possível identificar esse mesmo problema na tradução brasileira, tal como o “World Report on Disability” que foi traduzido como “Relatório Mundial sobre a Deficiência”. Os conceitos da CIF representam uma linguagem universal

em relação a funcionalidade humana e a adoção adequada de suas conceituações são essenciais para a ampliação e fortalecimento do uso da classificação. É preciso compreender que incapacidade é um conceito mais amplo, não é um atributo do sujeito, mas de uma situação vivenciada (mesmo quando a pessoa não apresenta alguma deficiência) e pode ter considerável influência dos fatores contextuais. Portanto, se traduzirmos “disability” como “deficiência” e tomarmos isso como concepção dentro da funcionalidade humana, perderemos a noção da incapacidade como uma experiência universal, assim como todos os desdobramentos decorrentes dessa compreensão (BIZ; LIMA; MACHADO, 2017; CASTRO; LEITE, 2015; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008; MARTINS; ARAUJO, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, 2015; ÜSTÜN; CHATTERJI; REHM, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011, 2013).

Diante dos resultados obtidos com a pesquisa, percebemos o quão emergente é a demanda de inserção da CIF desde o início da formação profissional, como parte do currículo das diferentes formações, iniciando na graduação, perpassando a pós-graduação e estendendo-se com educação permanente no cotidiano dos serviços. O uso da CIF, inclusive através de instrumentos padronizados (como a WHODAS 2.0), poderia favorecer o estabelecimento de uma linguagem comum e exercer um papel importante na transformação do cuidado à saúde na direção de uma abordagem biopsicossocial e centrada na pessoa, mais efetiva e humana (BIZ, 2015, 2016; BIZ; LIMA; MACHADO, 2017; MENEZES; MARTINS; BACHION, 2017; POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011; RUARO et al, 2012; SYNMAN; VON PRESSENTIN; CLARKE, 2015; VASCONCELOS et.al, 2017)

7 Conclusões

O estudo foi desenvolvido, analisado e discutido embasando-se nos preceitos da CIF como norteadores de todo o processo para a avaliação do uso da WHODAS 2.0 na ESF.

A análise dos dados mostrou a existência de uma demanda de cuidado à funcionalidade humana na ESF ainda não explorada e que esse nível de atenção, devido a sua proximidade com o contexto real de vida das pessoas, é um espaço potencial para a proteção da funcionalidade humana através da prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade. No entanto, para que isso ocorra, se faz necessário a ultrapassagem da perspectiva biomédica estrita de cuidado à saúde, tanto no desenvolvimento de instrumentos de avaliação quanto na formação dos profissionais de saúde, na direção de uma heurística de cuidados que integre fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais dentro de uma abordagem centrada na pessoa.

As propriedades psicométricas da WHODAS 2.0 encontradas nesse estudo são boas de modo geral, mas são necessários mais estudos em outros contextos de APS para avaliar se esses resultados podem ser generalizados.

A WHODAS 2.0 é boa para avaliar as alterações no estado de funcionalidade relacionadas as condições de saúde, mas foi estruturada de uma maneira que não permite captar a relação com os fatores contextuais (ambientais e pessoais), que são componentes importantes na perspectiva da CIF. É um instrumento útil, pois, pode ser aplicada por profissionais sem formação de nível superior (como agentes comunitários de saúde), além das pessoas acompanhadas no serviço gostarem de serem abordadas sobre aspectos relacionados à funcionalidade (geralmente não discutidos nos atendimentos).

Porém, a escala não avalia a contribuição dos fatores contextuais (ambientais e pessoais), inclusive na ausência de doenças e sintomas, o que é fundamental para uma avaliação universal da funcionalidade e incapacidade de acordo com os conceitos da CIF. Diante disso, acreditamos que para o seu uso na APS há uma necessidade de adaptação na escala dentro dessa perspectiva e/ou a associação de seu uso com outros instrumentos que incorporem os fatores contextuais, além da necessidade de mais estudos sobre o uso e desenvolvimento de outros instrumentos dentro dessa proposta.

De maneira mais sistemática, acreditamos que existe a necessidade de adequações e reflexões sobre o uso da WHODAS 2.0 na ESF, tais como:

- 1) algumas substituições por palavras coloquiais para facilitação da compreensão das pessoas com baixo nível de escolaridade;
- 2) desvinculação do raciocínio partindo da “condição de saúde” (“health condition”) e sua substituição pela perspectiva do “estado de saúde” (“health state”), com a inserção dos fatores ambientais e pessoais no processo avaliativo;
- 3) tradução correta do termo “disabilty” como “incapacidade”, de acordo com os conceitos da CIF.
- 4) cuidado de utilização/aplicação conforme as capacidades e nível educacional dos entrevistados;

Os desafios encontrados para a aplicabilidade da WHODAS 2.0 na rotina dos profissionais da ESF, são os mesmos encontrados para a inserção da CIF na rotina dos serviços. Entendemos como algumas possíveis estratégias para a superação desses desafios:

- 1) o cumprimento da Resolução do Ministério da Saúde no 452, de 10 de Maio de 2012, a existência de uma Política Nacional de Saúde Funcional vigente e a inserção da Saúde Funcional como uma das áreas estratégicas de cuidado na APS;
- 2) a inserção do ensino da CIF no currículo das graduações e pós-graduações e a educação continuada sobre a CIF nos serviços de saúde;
- 3) desenvolvimento de uma proposta de rotina de trabalho, clara e detalhada, com quais os profissionais e em que momento das suas atividades vão usar a CIF no dia-a-dia do serviço;

Ressaltamos mais uma vez que os resultados encontrados neste estudo não podem ser generalizados, pois, refletem a realidade da amostra estudada (uma única equipe de ESF e pessoas acompanhadas por essa equipe). Incentivamos a realização de estudos semelhantes para se obter mais informações sobre o tema.

Referências

ALMEIDA, P. **Núcleo de Apoio as Equipes de Saúde da Família (NASF):** Uma breve reflexão. Ganhães: Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. 20f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

ALVES, C.P.; CORREA, G.E. **Identificação do perfil funcional de incapacidade de idosos da comunidade sob a perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS).** Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2016. Monografia.

AMARAL, F.L.J et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.7, p.1833-1840, 2012.

ANDRADE, L.E.L. et al. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.41, n.114, p.812-823, jul-set. 2017.

ANDREWS, G. et al. Normative Data for the 12 Item WHO Disability Assessment Schedule 2.0. **PLoS ONE**, v.4, n.12, dec. 2009. English. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0008343>.

ARAUJO, E.S. Manual de utilização da CIF em Saúde Funcional. São Paulo: Andreoli; 2011.70 p.

ARAUJO, E.S. Health indicators about functioning and disability. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.27-33. 2014.

ARAUJO, E.S. USO DA CIF NO SUS: A EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE BARUERI/SP. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.10-17. 2014.

ARAUJO, E.S.; JUNIOR, J.C.O. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.1, n.1, p.18-26. 2014.

ARAUJO, E.S.; NEVES, S.F.P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, v.21, n.1, p.46-48. 2014.

ARAUJO, E.S.; MAGGI, L.E.; REICHERT, T.T. CIF nos Sistemas Municipais de Saúde. **Revista Científica CIF Brasil**, v.3, n.3, p.49-61. 2015.

ARAÚJO, G.P. **Análise da atividade e participação de diabéticos segundo a CIF.** Formiga/MG: UNIFOR, 2016. 81f. Monografia.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Pública**, v.29, n.4, p.318-25.1995.

AZEVEDO-MARQUES, J.M. **Deteção e Diagnóstico de Transtornos Mentais pela Equipe do Programa de Saúde da Família.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: 2009. Tese.

BIZ, M.C.P. A CIF e sua importância nas Políticas Públicas. **Revista Científica CIF Brasil**, v.3,n.3,p.40-48. 2015.

BIZ, M.C.P. Oficinas sobre a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde: A Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde como norteadora da discussão. **Revista Científica CIF Brasil**, v.6, n.6, p.42-51. 2016.

BIZ, M.C.; LIMA, D.P.; MACHADO, W.F. Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar. **Revista Científica CIF Brasil**, v.7, n.7, p.2-11. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos/Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011.197p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452, de 10 de maio de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html>. Acesso em: Jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de Abril de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: Jan 2017.

BRASIL, A.C.O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana [editorial]. **Rev Bras Promoç Saúde** (Fortaleza). 2013, jan-mar, 26(1):1-4.

BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **ACTA FISIÁTRICA**, v.10, n.1, p.29-31. 2003.

BUCHALLA, C.M. A Família de Classificações da OMS. Seminário Regional de Informações Hospitalares de Ribeirão Preto. 2007

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93. 2007.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5,n.1, p.163-177. 2000.

CALDEIRA, V.A. **Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão preto. 2009. Dissertação.

CALEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Digital: Editora Artmed. 2003. p.264.

CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização resolu da Saúde. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/cod/1532/t/PROJETO+WHODAS>.

CASTRO, S.S. et al. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev Bras Epidemiol**, v19, n.3, jul-set. 2016.

CICCHETTI, D. Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. **Psychological Assessment**, v.1, n.4, p.284-290. 1994.

CORDEIRO E.S. Funcionalidade, desenvolvimento humano, uso estatístico e pequeno histórico de envolvimento. In: CORDEIRO, E.S.; BIZ, M.C.P. **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2017. cap.4, p.75-85.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.(org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 2003. p.45.

DE PEDRO-CUESTA et al. Disability transitions after 30 months in three community dwelling diagnostic groups in Spain. **PLoS ONE**, v.8.n.10, oct. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3879317/>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S.(org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 27ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DI NUBILA, H.B.V; BUCHALLA, C.M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol**, v.11, n.2, p.324-35. 2008.

DI NUBILA, H.B.V. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.35, n.121, p.122-123. 2010. Nota técnica.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.2, p.187-193. 2005.

FEDERICI, S. et al. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. **Disability and Rehabilitation**, v.39, n.23. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>. Acesso em: nov 2017.

FERNANDES, I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: GUIMARÃES, G.D. (org.). **Aspectos da Teoria do Cotidiano**: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIOUCRS, 2002. Cap.3, p.38.

FLECK, M.P.A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.2, apr. 2000.

FRANCESCUTTI, C. et al. Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. **BMC Public Health**, v.11, n.4. 2011.

GEYH, Z. et al. The Personal Factors of the International Classification of Functioning, Disability and Health in the literature – a systematic review and content analysis. **Disability and Rehabilitation**, v.1, n.14. 2010.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.783-794. 2009.

HABTAMU, K. et al. Validation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule in people with severe mental disorders in rural Ethiopia. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.15, n.64. 2017. Disponível em: DOI 10.1186/s12888-016-1022-3. Acesso em: dez 2017.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, n.2, p.1156-67. 2009.

FERREIRA, J.B.B; COQUELY, N.P.E.; MONTEIRO, R.A. Projeto qualificação da informação em saúde nos Núcelos da Saúde da Família da FMRP-USP – Ribeirão Preto – SP. 2018.

KOO, T.K; LI, M.Y. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. **Journal of Chiropractic Medicine**, v.15, p.155-163. 2016.

LOPES, J.M.C. **A Pessoa como Centro do Cuidado**: a abordagem centrada na Pessoa no processo de produção do Cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação. 2005. 222f. Dissertação.

LYSACK, C. et al. Environmental factors and their role in community integration after spinal cord injury. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v.74. 2007. ICF Special Issue.

MARTINS, A.C.; ARAUJO, E.S. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? **Revista Científica CIF Brasil**, v.3, n.3, p.18-27. 2015.

MARTINS, A.C.; MENEZES, R.L. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): evidências e desafios na sua implementação. In: CORDEIRO, E.S.; BIZ, M.C.P. **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2017. cap.1, p.33-48.

MENEZES, R.L.; MARTINS, A.C.; BACHION, M.M. Ensino da Classificação Internacional de Funcionalidade na Pós-Graduação Stricto Sensu: Relato de Experiência. In: CORDEIRO, E.S.; BIZ, M.C.P. **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2017. cap.16, p.249-264.

MOSCOVICI, L. **Avaliação de propriedades psicométricas e de resultados da aplicação da versão brasileira do 'Mini International Neuropsychiatric Interview - TRACKING' em usuários da Estratégia de Saúde da Família acompanhados com ou sem cuidado colaborativo em saúde mental**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013. 49f. Dissertação.

NELSON, E.C. et al. The Functional Status of Patients: How Can It Be Measured in Physicians' Offices? **Medical Care**, v.28, n.12, p.1111-1126, dec.1990.

OLIVEIRA, A.C. Promoção de saúde e a funcionalidade humana [editorial]. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.26, n.1, p.1-4, jan./mar. 2013. Editorial.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial sobre a deficiência. Traduzido pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Tradução: Cássia Maria Buchalla. 1ed. 2reimpr.atual. São Paulo: Editora USP.2015.333p.

PASSOS, A.D.C.; RUFFINO-NETTO, A. Introdução aos Estudos Epidemiológicos Analíticos. In: FRANCO, L.J.; PASSOS, A.D.C. **Fundamentos de Epidemiologia**. 2ed., Barueri, Manole, 2011.

PEDRINI, G.S. **Adaptação cultural e validação do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida COOP function charts**. Ribeirão Preto:

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010. Dissertação.

PELLETEIRO, A.A. et al. Perfil da Capacidade Funcional e Qualidade de Vida dos Idosos: Um Estudo de Caso do Psf em Feira de Santana – Ba. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.3, n.2, p.1-16, jul/dez. 2013.

PERNAMBUCO, A.P.; LANA, R.C.; POLESE, J.C. Opinião de profissionais acerca da viabilidade do uso da CIF. **Revista Científica CIF Brasil**, v.2, n.2, p.25-33. 2015.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL. 13º Conferência Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde Funcional: Construindo MAIS saúde para a população. 2011. Disponível em: http://www.crefito8.org.br/site/servicos/pnsf_07_01_12.pdf. Acesso em: mar.2017.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v.44, n.3, p.86-9, jul/set. 2009.

RUARO, J.A. et al. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil – uma década de história. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, 2012.

SALOMÃO, A.E. **Validação da versão brasileira do World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) e Perfil Sociodemográfico e aspectos clínicos de adultos com baixa visão**. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2016. 80f. Dissertação.

SALVADOR-CARULLA, L.; SALAS, D. Assessment instruments in psychiatry: description an psychometric properties. In: Thornicroft G, Tansella M. **Mental Health Outcome Measures**. 2ed, 2001. p. 229-257.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.475-483, mar. 2009.

SANTOS, A.D. **Reprodutibilidade Inter e intra avaliador e a validade concorrente do Teste de Sensibilidade Tátil da planta dos pés por meio dos monofilamentos de Semmes-Weinstein em pessoas idosas**. São Paulo: Universidade Cidade de São Paulo, 2015. 95f. Dissertação.

SILVA, C. et al. Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor Musculoesquelética. **Rev Saúde Pública**, v.47, n.4, p.752-8. 2013.

SILVA, S.A. **Depressão e incapacidade funcional em idosos: um estudo de base populacional**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.Tese.

SILVEIRA, C. et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial da Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. **Rev Assoc Med Bras.**, v.59, n.3, p.234-240. 2013.

SILVEIRA, L.S. **World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)**: Revisão de literatura dos processos de validação em grupos distintos e aferição das propriedades psicométricas da versão brasileira para cegos. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2016. Dissertação.

SOUSA, R.M.M. et al. Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): results from the São Paulo Ageing & Health Study. **Rev Bras Psiquiatr**, v.31, n.1, p.34-8. 2009.

SOUZA, A.A.F.; MARCHESE, D.M.A.; FERNANDES, E.B. Fisioterapia na Prevenção de Crises Asmáticas em Crianças Moradoras em Área do PSF. 10º Congresso de Iniciação Científica, 4ª Mostra de Pós-Graduação do Ensino Médio. 2007. São Paulo, BR: Universidade de Santo Amaro. p.303-305.

SOUZA, F.R.; PIMENTEL, A.M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. **Cad.Ter.Ocup.UFSCar**, São Carlos, v.20, n.2, p.229-237. 2012.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SULLIVAN, M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. **Social Science & Medicine**, v.56, n.7, p.1595-1604, apr. 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00159-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00159-4). Acesso em: fev 2016

SYNMAN, S.; VON PRESSENTIN, K.B.; CLARKE, M. International Classification of Functioning, Disability and Health: Catalyst for interprofessional education and collaborative practice. **J Interprof Care**, v.29, n.4, p.313-9, jan. 2015. Disponível em: doi: 10.3109/13561820.2015.1004041. Acesso em: mar 2017.

TAVARES, M.J.R. Implantando a CIF: O que acontece na prática? In: CORDEIRO, E.S.; BIZ, M.C.P. **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2017. cap.12, p.191-200.

ÜSTÜN, et al. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Geneva: World Health Organization; 2010.

ÜSTÜN, T.B. et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **Bulletin of the World Health Organization**. v.88, n.11, p.815-823, nov. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231/en/>. Acesso em: jan 2017.

VALÉRIO, R.C.; DUTRA, F.C.M.S. Envelhecimento Funcional e Capacidade para o Trabalho entre Trabalhadores Atendidos pela Atenção Básica. **Ciencia & Trabajo**, v.18, n.57, p.190-195, sep. 2016.

VASCONCELOS, C.R. et al. Inserção da CIF na formação em fisioterapia, facilitador ou barreira? In: CORDEIRO, E.S.; BIZ, M.C.P. **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro: WAK Editora, 2017. cap.2, p.49-61.

VIEIRA, D.K.R. **Estudo descritivo da atenção à pessoa com deficiência a partir dos programas agentes comunitários de saúde e saúde da família no município de angra dos reis.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2008.Tese.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12, September 1978. [citado 13 mai 2014]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [citado 13 mai 2014]. Disponível em: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Report on Disability. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO.

ZANETTI, A.C.G. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa do *Family Questionnaire* (FQ) para avaliação do ambiente familiar de pacientes com esquizofrenia.** Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2010.129f. Tese.

Anexos

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Uso dos Dartmouth COOP Charts e da Escala WHODAS 2.0 para a avaliação do estado de funcionalidade de pacientes de Equipe de Saúde da Família.
Pesquisador Responsável: Estenifer Marques Balco
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 47792415.1.0000.5414
Submetido em: 28/09/2015
Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_561689

LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento ^	Nome ^	Atribuição	E-mail ^	Currículo	Tipo de Análise ^	Ação
156.156.578-47	João mazzoncini de azevedo marques	Equipe do Projeto	jmaq@uol.com.br	Lattes CV	PROPONENTE	
370.748.058-58	Estenifer Marques Balco	Contato Científico, Contato Público, Pesquisador principal	estenifer.m@gmail.com	Lattes CV	PROPONENTE	
195.026.478-58	João Paulo Dias de Souza	Equipe do Projeto	jp.souza@icloud.com	Lattes CV	PROPONENTE	

LISTA DE COMITÊS DE ÉTICA DO PROJETO

Comitê de Ética ^	Tipo de Vínculo ^	Ação
5414 - USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP	COORDENADOR	

LISTA DE INSTITUIÇÕES DO PROJETO

CNPJ da Instituição ^	Razão Social ^	Tipo de Instituição ^	Comitê de Ética ^	Ação
	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP	PROPONENTE	5414 - USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP	

LISTA DE PROJETOS RELACIONADOS

Tipo ^	CAAE ^	Versão ^	Pesquisador Responsável ^	Comitê de Ética ^	Instituição ^	Origem ^	Última Avaliação ^	Situação ^	Ação
P	47792415.1.0000.5414	2	Estenifer Marques Balco	5414 - USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP	Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP	PO	PO	Aprovado	

ANEXO B – Permissão da WHO para uso da WHODAS 2.0 na pesquisa

WHODAS 2.0

Entrada x

---

whodas <whodas@who.int>

29/02/2016 ☆

para whodas ▾

Good afternoon,

With thanks we acknowledge receipt of the WHODAS 2.0 user agreement. We are pleased to grant you herewith a non-exclusive, royalty free, non-commercial license to use the WHODAS 2.0 and related material for the purpose outlined in the user agreement. **Please note that this agreement does not allow for alterations of WHODAS 2.0 including, among other things, changes to the questions, reproduction of the WHODAS 2.0 instrument in either a publication or an electronic health records system, or translation of WHODAS 2.0.** Translation requests or application licenses should be submitted using the appropriate forms as outlined on our website here: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.

Attached you will find the WHODAS 2.0 instrument versions and an order form for the WHODAS 2.0 manual which provides further background information on the population norms, scoring algorithm, development history, psychometric properties and applications. Additional available translations may be accessed through our website at http://www.who.int/classifications/icf/form_whodas_downloads/en/.

Also attached are the SPSS Algorithms, should you wish to use them in your analysis. If you do not have access to the SPSS statistical software program, or prefer an alternate scoring method, we also provide a set of user-friendly scoring templates using Excel. These scoring templates may be accessed on our website here: <http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>.

Thank you for your interest in the work of the World Health Organization, and in the WHO Disability Assessment Schedule 2.0.

Sincerely,

Dr M. Meri Robinson Nicol
 Technical Officer
 Classifications, Terminologies and Standards (CTS)
 World Health Organization | Avenue Appia 20 | 1211 Geneva | Switzerland
 Email: robinsonm@who.int | Tel: [+41 22 791 18 45](tel:+41227911845) | Mobile: [+41 79 468 25 88](tel:+41794682588)
 Web: <http://www.who.int/classifications/en/>

ANEXO C – Permissão da WHO para uso do WHOQOL-Bref na pesquisa

whoqol <whoqol@who.int>
 09/12/2016

para mim ▾

Hello,

Thank you for the form. Please find attached the Portuguese version of the questionnaire, along with related materials.

Best regards,

Sibel Volkan (Mrs)
 WHOQOL
 Information, Evidence and Research (IER) Department
 The World Health Organization
 20 Avenue Appia
 CH-1211 Geneva 27
 Switzerland

From: Estenifer Marques [mailto:estenifer.m@gmail.com]
Sent: 05 December 2016 16:11
To: whoqol
Subject: Permission

...

5 anexos

ANEXO D – WHODAS 2.0

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão de 12 itens, administrada por entrevistador

Introdução

Este documento foi desenvolvido pela equipe de *Classificação, Terminologia e Padronizações* da OMS, com a estrutura do Projeto Conjunto de Avaliação e Classificação de Incapacidade - OMS/ Institutos Nacionais de Saúde.

Antes de usar este instrumento, os entrevistadores devem ser treinados usando o manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010), que inclui um guia de entrevista e outros materiais de treinamento.

As versões de entrevistas disponíveis são as que se seguem:

- 36 itens – Administrada por entrevistador^a
- 36 itens – Auto-administrada
- 36 itens – Administrada ao proxy^b
- 12 itens – Administrada por entrevistador^c
- 12 itens – Auto-administrada
- 12 itens – Administrada ao proxy^b
- 12+24 itens – Administrada por entrevistador

^a Uma versão computadorizada da entrevista (*iShell*) está disponível para entrevistas assistidas por computador ou para a entrada de dados.

^b Parentes, amigos ou cuidadores.

^c A versão de 12 itens explica 81% da variância da versão mais detalhada de 36 itens.

Para mais detalhes das versões, por favor, consulte o WHODAS 2.0 manual *Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual para o WHO Disability Assessment Schedule – WHODAS 2.0* - (WHO 2010).

Permissões para tradução deste instrumento em qualquer idioma devem ser obtidas da OMS, e todas as traduções devem ser preparadas de acordo com as diretrizes para tradução da OMS, como detalhado no manual de acompanhamento.

Para informações adicionais, por favor, visite www.who.int/whodas ou contate:

Dr T Bedirhan Üstün
Classification, Terminology and Standards
Health Statistics and Informatics
World Health Organization (WHO)
1211 Geneva 27
Switzerland

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Este questionário contém a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

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

Por favor, continue na próxima página ...

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 5-10 minutos.

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

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

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

Por favor, continue na próxima página ...

WHODAS 2.0

 WORLD HEALTH ORGANIZATION
 DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

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

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

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

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

Esforço aumentado
 Desconforto ou dor
 Lentidão
 Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

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

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

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

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

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

Por favor, continue na próxima página ...

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Entrevista

Seção 4 Questões centrais

Mostre o cartão resposta nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	Cuidar das suas responsabilidades domésticas?	1	2	3	4	5
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	1	2	3	4	5
S4	Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	1	2	3	4	5
S5	Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?	1	2	3	4	5

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S6	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	1	2	3	4	5
S7	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?	1	2	3	4	5
S8	Lavar seu corpo inteiro?	1	2	3	4	5
S9	Vestir-se?	1	2	3	4	5
S10	Lidar com pessoas que você não conhece?	1	2	3	4	5
S11	Manter uma amizade?	1	2	3	4	5
S12	Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?	1	2	3	4	5

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

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

Página 5 de 5 (versão de 12 itens, administrada por entrevistador)

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

Condições de saúde:

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

Ter dificuldade com atividades significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade

Pense somente nos últimos 30 dias.

WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta n°2

ANEXO E – WHOQOL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais

ESTUDO “Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.”

Prezado(a) senhor(a),

Sou terapeuta ocupacional e estou convidando o(a) Sr(a) para participar de um estudo cujo objetivo é avaliar e validar um instrumento para o rastreamento, identificação e classificação das necessidades em Saúde Funcional das pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS). A sua participação poderá contribuir no levantamento de informações que viabilizem o uso deste instrumento na avaliação rotineira das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na reorientação das estratégias, intervenções e no desenvolvimento de políticas públicas de prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana na APS.

Para isso, pedimos, que o(a) Sr(a) participe de um curso breve que será oferecido sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) e um treinamento para aplicação da Escala WHODAS 2.0, um instrumento que detecta demandas do estado de funcionalidade, aplique esses questionários em alguns pacientes e posteriormente responda algumas perguntas sobre a importância e viabilidade de utilização desses questionários no seu trabalho.

Acreditamos que o desenvolvimento do projeto não causará qualquer dano ou desconforto significativo à sua pessoa, mas destacamos aspectos relacionados a possível desconforto em relação ao tempo disponibilizado para participação na pesquisa e a quebra do sigilo dos dados, todavia, nos comprometemos a repará-los através de indenização, caso necessário. A fim de minimizar quaisquer possíveis riscos, garantimos que, caso o(a) Sr. (a) não queira participar ou queira interromper a sua participação, terá toda liberdade de fazê-lo em qualquer momento da pesquisa e que isso não causará qualquer problema ao seu emprego na ESF. Além disso, garantimos que as suas respostas aos questionários não serão fornecidas a ninguém, que os dados

obtidos através delas serão utilizados apenas em caráter científico e que o anonimato será preservado, garantido o sigilo de sua identidade enquanto respondente. O contato da pesquisadora responsável pelo projeto, se encontra ao final deste termo e poderá entrar em contato com a mesma a qualquer momento, caso seja necessário.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, assim sendo você não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos com a mesma. Todavia, ressaltamos que a sua participação é de grande importância para a aquisição de informações que podem contribuir no redirecionamento da assistência primária em saúde, inclusive em seu próprio benefício no que diz respeito a facilitação de identificação de demandas dos sujeitos e comunidade em sua rotina de trabalho.

Após ter sido esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO PELO PROFISSIONAL DA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado,
profissional da equipe de Estratégia Saúde da Família
_____

aceito participar do curso e treinamento acima citado e participar da coleta de dados da pesquisa **“Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.”** Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora abaixo assinada sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes do seu desenvolvimento. Estou ciente que não receberei pagamento pela participação na pesquisa, recebi a garantia de indenização caso algum dano me aconteça, assim como a garantia de que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade em meu ambiente de trabalho, de que a minha identidade será preservada, que os dados obtidos serão utilizados apenas em caráter científico e que não terei nenhum gasto com a pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2017

_____
Assinatura do profissional

Pesquisador orientador: _____
Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Pesquisador responsável: _____
Estenifer Marques Balco

Contatos com os pesquisadores:
Estenifer Marques Balco
(16) 98117-9344
estenifer.m@gmail.com

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os pacientes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.”**

Este estudo tem por objetivo pesquisar qual a melhor forma dos membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) avaliarem em pouco tempo e com maior facilidade as necessidades relacionadas à funcionalidade humana que as pessoas apresentam no dia-a-dia. Essa descoberta seria importante para facilitar o trabalho dos membros das equipes da ESF em oferecer ajuda para as pessoas que apresentarem alterações no estado de funcionalidade.

Esteja ciente que esta pesquisa será realizada em duas etapas, por 2 entrevistadores diferentes com 3 questionários diferentes, sendo que na primeira etapa você responderá uma entrevista e na segunda etapa responderá a mesma entrevista feita por outro entrevistador, dará a sua opinião sobre a mesma em uma escala de avaliação e responderá mais um questionário. As etapas da pesquisa ocorrerão na unidade de saúde, em sua residência ou em outro local de sua preferência para realiza-las, no mesmo dia (de preferência) ou dentro do período de uma semana.

Acreditamos que o desenvolvimento do projeto não causará qualquer dano ou desconforto significativo à sua pessoa, mas destacamos aspectos relacionados a possível desconforto em relação as etapas da pesquisa, ao tempo para a resposta dos questionários e a quebra do sigilo dos dados, todavia, nos comprometemos a repará-los caso necessário. A fim de minimizar quaisquer possíveis riscos, garantimos que, caso o(a) Sr. (a) não queira solicitar a saída do estudo a qualquer momento, antes ou depois da entrevista, terá toda liberdade de fazê-lo e que esta decisão não lhe trará nenhum prejuízo na utilização do Sistema de Saúde. Além disso, garantimos que as suas respostas aos

instrumentos e questionários não serão fornecidas a ninguém, que serão utilizadas apenas com fins de divulgação científica, mas que a sua identidade será preservada, possibilitando o anonimato. O contato do pesquisador responsável pelo projeto, se encontra ao final deste termo e poderá entrar em contato com o mesmo a qualquer momento, caso seja necessário.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária, assim sendo você não receberá qualquer quantia em dinheiro para participar e nem terá qualquer tipo de gastos com esta. Todavia, ressaltamos que a sua participação é de grande importância para a aquisição de informações que podem contribuir no redirecionamento da assistência primária em saúde, inclusive em seu próprio benefício.

Após ter sido esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado,
concordo em participar do estudo **“Uso da Escala WHODAS 2.0 na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a prevenção de incapacidades e promoção da funcionalidade humana pela Estratégia de Saúde da Família.”**
Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de indenização caso algum dano me aconteça, assim como a garantia de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isto me cause qualquer penalidade na utilização do serviço de saúde, de que os dados obtidos através das minhas respostas serão utilizados apenas com fins científicos, de que a minha identidade será preservada e que não terei nenhum gasto com a pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2017

_____
Assinatura do sujeito

Pesquisador orientador: _____
Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques

Pesquisadora responsável: _____
Estenifer Marques Balco

Contatos com os pesquisadores:
Estenifer Marques Balco
(16) 98117-9344
estenifer.m@gmail.com

APÊNDICE C - Escala de Avaliação da Aplicabilidade destinada aos profissionais da ESF

**QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
APLICAÇÃO DA WHODAS 2.0**

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre a utilização da Escala WHODAS 2.0. Estamos pedindo que você dê a sua opinião sobre como foi a sua experiência em aplicar essa escala.

Não existe resposta certa ou errada e você não está sendo avaliado(a) de nenhuma maneira, apenas gostaríamos de saber o que achou da experiência de aplicar a WHODAS 2.0.

Se você desejar, além de responder às questões escolhendo as alternativas disponíveis, você também pode escrever quaisquer observações sobre a entrevista especificamente após cada uma das perguntas e também após a realização de todas elas.

Muito obrigado!

Nome: _____

Data: ____/____/____

Quantidade de entrevistas realizadas: _____

Por favor, em relação a Escala WHODAS 2.0 responda às questões abaixo:

1) Na sua opinião, quanto foi fácil para você compreender as instruções sobre como aplicar a WHODAS 2.0?

Todas as instruções sobre como aplicar a WHODAS 2.0 foram fáceis de compreender _____

A maioria das instruções sobre como aplicar a WHODAS 2.0 foi fácil de compreender _____

Uma minoria das instruções sobre como aplicar a WHODAS 2.0 foi fácil de compreender _____

Nenhuma das instruções sobre como aplicar a WHODAS 2.0 foi fácil de compreender _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

2) Na sua opinião, quanto você conseguiu entender as perguntas da WHODAS 2.0?

Entendi todas as perguntas da WHODAS 2.0 ____
Entendi muitas perguntas da WHODAS 2.0 ____
Entendi poucas perguntas da WHODAS 2.0 ____
Não entendi nenhuma das perguntas da WHODAS 2.0 ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

3) Na sua opinião, quanto você conseguiu entender as instruções sobre a maneira como os participantes deveriam dar as respostas da WHODAS 2.0?

Entendi totalmente as instruções sobre a maneira como os participantes deveriam dar as respostas ____
Entendi a maior parte das instruções sobre a maneira como os participantes deveriam dar as respostas ____
Entendi pouco as instruções sobre a maneira como os participantes deveriam dar as respostas ____
Não entendi nada das instruções sobre a maneira como os participantes deveriam dar as respostas ____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

4) Na sua opinião, quanto foi fácil para você completar (preencher) a folha de respostas WHODAS 2.0?

Foi muito fácil para mim completar (preencher) a folha de respostas da WHODAS 2.0 ____

Foi fácil para mim completar (preencher) a folha de respostas da WHODAS 2.0 _____

Não foi fácil nem difícil para mim completar (preencher) a folha de respostas da WHODAS 2.0 _____

Foi difícil para mim completar (preencher) a folha de respostas da WHODAS 2.0 _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

5) Você realizou __ aplicações da WHODAS 2.0. Em relação a essas aplicações:

Mais de 75% dessas aplicações demoraram entre 5 e 10 minutos _____

Entre 50 e 75% dessas aplicações demoraram entre 5 e 10 minutos _____

Entre 25 e 50% dessas aplicações demoraram entre 5 e 10 minutos _____

Menos de 25% dessas aplicações demoraram entre 5 e 10 minutos _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

6) Qual a sua opinião sobre o tempo de duração da aplicação da WHODAS 2.0?

Na maioria das vezes eu consegui aplicá-la em um tempo muito curto _____

Na maioria das vezes eu consegui aplicá-la em um tempo curto _____

Na maioria das vezes eu consegui aplicá-la em um tempo nem curto nem longo (demorado) _____

Na maioria das vezes eu consegui aplicá-la em um tempo longo (demorado) _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

7) Na sua opinião, nas pessoas nas quais você aplicou a WHODAS 2.0, como foi a compreensão (entendimento) delas especificamente sobre as perguntas que essa escala faz?

Todas as perguntas da WHODAS 2.0 foram facilmente entendidas pela maior parte das pessoas _____

A maioria das perguntas da WHODAS 2.0 foi facilmente entendida pela maior parte das pessoas _____

Poucas perguntas da WHODAS 2.0 foram facilmente entendidas pela maior parte das pessoas _____

Nenhuma das perguntas da WHODAS 2.0 foi facilmente entendida pela maior parte das pessoas _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

8) Na sua opinião, nas pessoas nas quais você aplicou a WHODAS 2.0, quanto foi a compreensão (entendimento) delas sobre as instruções de como dar as respostas para essa escala?

Todas as pessoas compreenderam facilmente a maneira de como responder a WHODAS 2.0 _____

A maioria das pessoas compreendeu facilmente a maneira de como responder a WHODAS 2.0 _____

Poucas pessoas compreenderam facilmente a maneira de como responder a WHODAS 2.0 _____

Nenhuma das pessoas compreendeu facilmente a maneira de como responder a WHODAS 2.0 _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

9) Na sua opinião, quanto que a WHODAS 2.0 traz perguntas sobre necessidades ou dificuldades que as pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde podem apresentar no dia-a-dia?

Todas as perguntas são sobre necessidades ou dificuldades que as pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde podem apresentar no dia-a-dia _____

A maioria das perguntas são sobre necessidades ou dificuldades que as pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde podem apresentar no dia-a-dia _____

Apenas algumas das perguntas são sobre necessidades ou dificuldades que as pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde podem apresentar no dia-a-dia _____

Nenhuma das perguntas é sobre necessidades ou dificuldades que as pessoas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde podem apresentar no dia-a-dia _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

10) Na sua opinião, quanto que a aplicação da WHODAS 2.0 te ajudou a obter informações que você não obteria ou não seriam facilmente obtidas de outra forma?

Em todas as aplicações surgiram informações que você não obteria ou não seriam facilmente obtidas sem a aplicação da WHODAS 2.0 _____

Na maioria das aplicações surgiram informações que você não obteria ou que não seriam facilmente obtidas sem a aplicação da WHODAS 2.0 _____

Em poucas aplicações surgiram informações que você não obteria ou que não seriam facilmente obtidas sem a aplicação da WHODAS 2.0 _____

Em nenhuma das aplicações surgiram informações que você não obteria ou que não seriam facilmente obtidas sem a aplicação da WHODAS 2.0 _____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

11)Na sua opinião, com que frequência a WHODAS 2.0 deveria ser aplicada por uma equipe de Atenção Primária à Saúde nos seus pacientes?

Deveria ser aplicada em todo atendimento que os pacientes fizessem____

Deveria ser aplicada somente uma vez em todos os pacientes acompanhados por uma equipe de Atenção Primária à Saúde (por exemplo, quando fosse feito o cadastro ou o caso novo)_____

Deveria ser aplicada pelo menos uma vez em todos os pacientes acompanhados por uma equipe de Atenção Primária à Saúde (por exemplo, quando fosse feito o cadastro ou o caso novo) e mais vezes se a equipe decidir que existe um motivo específico para aplicá-la novamente em um determinado paciente _____

Deveria ser aplicada somente nos pacientes em relação aos quais a equipe tivesse decidido anteriormente que precisaria das informações que a WHODAS 2.0 fornece_____

Não deveria ser aplicada em nenhum paciente_____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

12)Na sua opinião, quanto seria fácil você inserir a aplicação da WHODAS 2.0 na sua rotina de trabalho como membro de uma equipe de Atenção Primária à Saúde?

Seria muito fácil_____

Seria fácil_____

Não seria fácil nem seria difícil_____

Seria difícil_____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

---

13) Na sua opinião, um treinamento prévio na Escala WHODAS 2.0, como o que você fez, é necessário para a utilização do instrumento?

Com certeza, é fundamental ter um treinamento antes de utilizar o instrumento

Sim, acho que ter um treinamento antes de utilizar o instrumento ajuda_____

Talvez, pode ser que o treinamento antes de utilizar o instrumento ajude_____

Não, acho que é possível utilizar o instrumento sem fazer nenhum treinamento prévio_____

Se você quiser fazer algum comentário sobre a pergunta, escreva-o abaixo:

Utilize o espaço abaixo se desejar dar alguma opinião adicional sobre o questionário WHODAS 2.0

(Não é obrigatório escrever nada, você só escreve se quiser).

[illegible]

Agradecemos a sua participação!

APÊNDICE D- Escala de Avaliação da Aplicabilidade destinada as pessoas acompanhadas pela ESF**QUESTIONÁRIO SOBRE A WHODAS 2.0 PARA OS PACIENTES**

Esse questionário tem como objetivo conhecer a sua opinião em responder a Escala WHODAS 2.0. Você dará a sua opinião sobre como foi a experiência em responder o questionário, ajudando para que possamos analisar o seu uso. A sua opinião é muito importante. Não existe resposta certa ou errada, você não está sendo avaliado(a) de nenhuma maneira, apenas gostaríamos de saber o que achou dessa experiência.

Nome do sujeito: _____

Data: ____/____/____

Em relação a Escala WHODAS 2.0, responda às questões colocadas abaixo.

1) Conseguiu compreender facilmente as instruções da Escala WHODAS 2.0?

Todas instruções da entrevista foram fáceis de compreender _____

Muitas instruções da entrevista foram fáceis de compreender _____

Poucas instruções da entrevista foram fáceis de compreender _____

Nenhuma das instruções da entrevista foram fáceis de compreender _____

2) Você entendeu as perguntas da entrevista?

Entendi todas as perguntas da entrevista _____

Entendi muitas perguntas da entrevista _____

Entendi poucas perguntas da entrevista _____

Não entendi nenhuma das perguntas da entrevista _____

3) Você entendeu as respostas da entrevista?

Entendi todas as respostas da entrevista _____

Entendi muitas respostas da entrevista _____

Entendi poucas respostas da entrevista _____

Não entendi nenhuma das respostas da entrevista _____

4) Qual a sua opinião sobre o tempo de duração da aplicação da entrevista?

Foi ótimo, demorou menos do que eu esperava _____

Foi bom, não levou muito tempo _____

Foi razoável, demorou um pouco mais do que eu esperava _____

Foi ruim, demorou mais do que pensei que fosse demorar _____

5) Na sua opinião a entrevista traz perguntas sobre necessidades ou dificuldades que você tem no dia-a-dia?

Sim, todas as perguntas são sobre necessidades que tenho no meu dia-a-dia

Sim, a maioria das perguntas são sobre necessidades que tenho no meu dia-a-dia

Apenas algumas perguntas tinham relação com as necessidades que tenho no dia-a-dia _____

Não, nenhuma das perguntas eram sobre necessidades que tenho no meu dia-a-dia

6) Na sua opinião, o uso dessa entrevista pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família seria importante para ajudar na identificação e cuidado das suas dificuldades no dia-a-dia e necessidades em saúde?

Com certeza, seria de grande importância_____

Sim, seria importante_____

Talvez, pode ser que seja importante_____

Não, acredito que não seja importante_____

7) Utilize o espaço abaixo se desejar dar alguma opinião adicional sobre o questionário WHODAS 2.0

(Não é obrigatório escrever nada, você só escreve se quiser).

[illegible]

Agradecemos a sua participação!