

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Exercício e Saúde

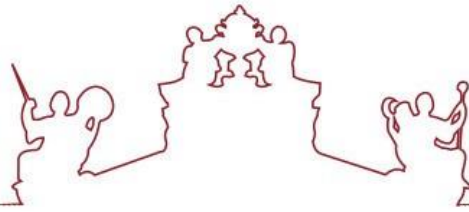
Dissertação

Avaliação da Qualidade de Vida: Tradução e Adaptação Cultural do Questionário 15D para a população Portuguesa. Validação na população com Diabetes tipo 2.

Maria João Branco Costa

Orientador(es) / José Alberto Frade Martins Parraça
Armando Manuel Mendonça Raimundo
Nuno Miguel Prazeres Batalha

Évora 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Exercício e Saúde

Dissertação

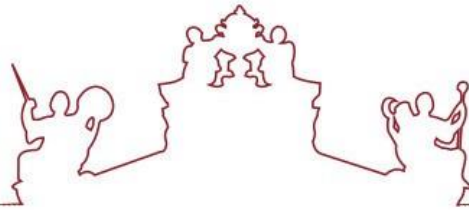
Avaliação da Qualidade de Vida: Tradução e Adaptação Cultural do Questionário 15D para a população Portuguesa. Validação na população com Diabetes tipo 2.

Maria João Branco Costa

Orientador(es) / José Alberto Frade Martins Parraça
Armando Manuel Mendonça Raimundo
Nuno Miguel Prazeres Batalha

Évora 2020





A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

- Presidente | Prof. Doutor Orlando Fernandes (Universidade de Évora)
- Vogal Arguente | Prof. Doutora Catarina Pereira (Universidade de Évora)
- Vogal-orientador | Prof. Doutor José Alberto Parraça (Universidade de Évora)

Agradecimentos

Nesta fase, predomina um sentimento de gratidão para com todos aqueles que me ajudaram a concretizar este projeto, e de dever cumprido por mais uma etapa concluída.

É impossível agradecer a cada um dos que me acompanharam. Ainda assim, quero agradecer aos que, direta ou indiretamente, sinto mais ligados ao percurso deste trabalho.

Para o Prof. Doutor José Alberto Parraça, meu ilustre orientador, vão as primeiras palavras de profundo agradecimento por toda a confiança depositada, pelo estímulo, pelo desafio e pela orientação, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Para o Prof. Doutor Armando Raimundo, coorientador deste projeto, vai uma palavra muito especial de agradecimento e de reconhecimento, por ser o meu mestre. Obrigada por tudo o que me permitiu aprender, obrigada pela amizade e pela insistência.

Para a Doutora Vanda Silva e Centro de Saúde Lusitânia de Évora, que me ajudaram em muito na constituição da minha amostra.

Para todos os pacientes que disponibilizaram parte do seu tempo para me ajudarem neste projecto, pela simpatia e pela partilha.

A todos aqueles que tenho a felicidade de ter por amigos e colegas de profissão, pelo carinho, pelo estímulo e confiança, pelo respeito e compreensão dos momentos de menor disponibilidade. E pelo apoio dado em momentos de desespero.

À minha mãe e irmãs, por tudo, pelo exemplo de força e de determinação, que constitui para mim um referencial e motivo de muito orgulho, por não me deixarem desistir.

Índice

Agradecimentos	4
Índice de Figuras	7
Índice de Tabelas	8
Índice de Abreviaturas	9
Resumo	10
Abstract	11
Capítulo I - Introdução	12
Capítulo II – Revisão da Literatura	15
1. Qualidade de Vida	15
1.1 Definição de Qualidade de Vida	15
1.1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde	16
2. Diabetes Mellitus	17
2.1 Epidemiologia da Diabetes Mellitus.....	17
2.2 Diabetes Mellitus - tipo 2	18
2.2.1 Epidemiologia da Diabetes Mellitus – tipo 2	19
Capítulo III – Pertinência do estudo	20
Capítulo IV - Objectivo	21
Capítulo V - Metodologia	22
1. Questionário 15D	22
2. Processo de Tradução	23
2.1 Tradução Inglesa para português de Portugal.....	23
2.2 Intervenções Cognitivas	26
2.2.1 Caracterização da Amostra	26
2.2.2 Pontos-Chave: Clareza do Instrumento	27
2.3 Tradução do Português de Portugal para Inglês	28
3. Propriedades Psicométricas	28
3.1 Validação	28
3.2 Confiabilidade do Teste-Retest	29
3.3 Amostra	29
4. Transformação da Pontuação do 15D em Utilidade	30
5. Análise Estatística.....	31

Capítulo VI – Resultados	33
1.1 Avaliação da compreensão do Questionário	33
1.2 Média e Desvio Padrão, Fiabilidade e Consistência Interna	34
1.3 Descrição Estatística em Percentagem e Consistência Interna.....	36
Capítulo VII – Discussão.....	38
Capítulo VIII – Limitações do Estudo	41
Capítulo IV – Conclusão	42
Capítulo X - Bibliografia.....	43
Capítulo XI – Anexos	48

Índice de Figuras

Figura 1 : Avaliação da compreensão das 15 Dimensões	33
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1 : Critério de Diagnóstico da Diabetes, AGJ e TDG.....	17
Tabela 2: Caracterização da amostra das Entrevistas Cognitivas.....	26
Tabela 3: Caracterização da amostra - Diabéticos.....	29
Tabela 4: Média e Desvio Padrão, Fiabilidade e Consistência Interna	35
Tabela 5: Descrição Estatística e Consistência Interna	37

Índice de Abreviaturas

QV- Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

DM – Diabetes Mellitus

HS- Harri Sintonen

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

AGJ- Anomalia da Glicémia em Jejum

PTGO- Prova de Tolerância à Glicose Oral

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

INSEF- Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

SRD – Smallest Real Difference

SEM – Standard Error of Measurement

EPM – Erro Padrão de Medida

MDR – Mínima Diferença Real

SD – Standard Deviation

DP – Desvio Padrão

ADA – American Diabetes Association

IDF – International Diabetes Federation

Resumo

Objetivo: O presente estudo consistiu num estudo metodológico, descritivo e transversal que teve como objectivos fazer a tradução e a adaptação, linguística e cultural do Questionário 15D para a Língua Portuguesa e avaliar a fiabilidade do mesmo na população portuguesa com diabetes tipo 2.

Metodologia: Este estudo está dividido em duas partes, criação da versão portuguesa, de Portugal, do questionário 15D e avaliação da sua fiabilidade na população portuguesa com Diabetes tipo 2.

Para as duas partes tivemos amostras distintas, na primeira, 8 indivíduos portugueses com ou sem patologias associadas, e na segunda parte do estudo uma amostra de 43 pacientes diagnosticados com diabetes tipo 2. As duas amostras foram compostas por homens e mulheres. Para a avaliação da fiabilidade do 15D foram realizadas duas aplicações do questionário, com intervalo de 4 a 7 dias, com duração de 5 a 10 minutos.

Resultados: Os resultados indicaram que a adaptação do 15D para utilização em Portugal foi bem sucedida. Podemos considerar a versão portuguesa como um instrumento fiável. Recorrendo ao Coeficiente de Correlação Interna verificámos valores superiores a 0,75 em todas as dimensões e superiores a 0,90 nas dimensões Audição e Actividade Sexual, dotando o nosso estudo de uma confiabilidade boa a “excelente”.

Conclusão: A versão portuguesa do Questionário 15D é confiável. Este parece ser um instrumento adequado para pacientes com diabetes tipo 2, não é extenso e é de fácil aplicação.

Palavras-chave: Questionário 15D; Diabetes Tipo 2; Qualidade de Vida; Saúde, Fiabilidade.

Abstract

“Quality of Life Assessment: Translation and Cultural Adaptation of 15D Questionnaire for the Portuguese population. Validation in the population with Type 2 Diabetes.”

Objective: The present study consisted of a methodological, descriptive and cross-sectional study with the objectives of translating and adapting the Questionnaire 15D for the Portuguese language and evaluate the reliability the Portuguese population with type 2 diabetes.

Methodology: This study is divided into two parts, creation of the Portuguese version of the 15D questionnaire, and evaluate its reliability in the Portuguese population with type 2 diabetes.

For both parts we had distinct samples, in the first, 8 portuguese with or without associated pathologies, in the second part of the study a sample of 43 patients diagnosed with type 2 diabetes. The two samples were composed of men and women. For the reliability of the questionnaire, two applications were performed with an interval of 4 to 7 days, lasting 5 to 10 minutes.

Results: The results indicated that the adaptation of 15D for use in Portugal was successful. We can consider the Portuguese version as a reliable tool. Using the Internal Correlation Coefficient we found values higher than 0.75 in all dimensions and higher than 0.90 in Hearing and Sex Activity dimensions, giving our study good to "excellent" reliability.

Conclusion: The Portuguese version of Questionnaire 15D is reliable. This seems to be a suitable instrument for patients with type 2 diabetes, it is not extensive and is easy to apply.

Keywords: Questionnaire 15D; Type 2 Diabetes; Quality of Life; Health, Reliability.

Capítulo I – Introdução

No início do século XX, um dos principais objetivos da política da Saúde era medir a saúde da população através de indicadores básicos, nomeadamente a mortalidade e morbidade (Akinci et al., 2005). Deste modo, ao longo dos anos, o termo Qualidade de Vida (QV) tem sido alvo de grande interesse por parte de dois principais ramos da ciência, nomeadamente Medicina e as Ciências Sociais, ainda que cada uma tenha uma visão diferente de como este deve ser medido e conceptualizado (Cummins et al. 2004; Michalos, 2004 citado por Cummins, 2005).

A obtenção de uma definição consensual não tem sido fácil, mesmo com as inúmeras investigações feitas. Trata-se de um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspetos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000).

É de salientar que, as discussões sobre o mesmo conduziram a alterações na sua metodologia de avaliação e, conseqüentemente no formato dos instrumentos utilizados. Uma das mudanças, mais importantes, foi a avaliação baseada em parâmetros objetivos para outra onde o próprio indivíduo inclui a sua própria percepção da sua condição. Ressalta-se, também, a mudança de uma avaliação baseada na impressão do investigador para aquela onde o próprio indivíduo avalia objetiva e subjetivamente a sua condição. Com estas considerações, podemos afirmar que o termo qualidade está inegavelmente sobreposto pelo subjetivo, uma vez que a sua designação está vinculada a uma percepção pessoal.

A crescente preocupação com questões relacionadas à QV surge no sentido de valorizar parâmetros mais amplos como a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança média de vida da população. Segundo Squire (2005), é um tema de extrema importância, uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim uma forma de promoção de saúde em vez da doença. Uma complicação adicional à compreensão do significado da QV foi a criação de um novo termo, cujo significado também ambíguo e de aplicação variada: Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), pois como coloca Farquhar (1995a) grande parte da estrutura conceitual do termo na pesquisa em saúde derivou da definição de OMS: “*Saúde é o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade*” (OMS, 1947). Os conceitos de saúde e doença têm evoluído e sofrido alterações ao longo do tempo, acompanhando a história do Homem.

Acompanhando estas alterações vem também surgindo, nos países desenvolvidos, uma nova e recorrente realidade, o aumento das doenças crônicas relacionadas com o estilo de vida e com o envelhecimento das populações. A incidência e a prevalência da doença crônica têm aumentado desde o início do século XX, e ultrapassaram em muito a doença aguda como principal causa de morbidade e mortalidade nos países ocidentais, sendo altamente improvável a mudança desta situação a curto prazo. Segundo a OMS (2001), nos países desenvolvidos, cerca de metade das razões de procura de Cuidados de Saúde deve-se a condições crônicas e perspectiva-se que em 2020 essas condições contribuirão em mais de 60% para a causa global das doenças.

De entre as mais comuns doenças crônicas, a diabetes *mellitus* (DM) é aquela que vai ser abordada ao longo do presente estudo, pois a sua incidência na população é cada vez mais assustadora e começa a ser visível em crianças. O número de pessoas com DM aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014. A prevalência global de diabetes entre os adultos com mais de 18 anos de idade aumentou de 4,7% em 1980 para 8,5% em 2014. A OMS estima que a diabetes será a 7ª principal causa de morte em 2030 (Mathers & Loncar, 2006).

Devido à especificidade de cada doença crônica e o seu impacto sobre o próprio indivíduo, família e comunidade torna-se importante compreender os problemas e complicações associadas às perturbações de saúde, para que se possa intervir com intuito de melhorar a QVRS. A compreensão do processo de adaptação, é fundamental, pois uma má adaptação pode repercutir-se nas diversas capacidades funcionais do indivíduo, qualidade de vida e inclusivamente no desenvolvimento da própria doença (Miguel e Borges, 2002).

Na comunidade científica, surge a necessidade da criação de instrumentos de avaliação psicológica para a mensuração da QVRS. São inúmeros os instrumentos desenvolvidos, que pretendem avaliar esta variável em várias áreas de investigação científica. Segundo o repositório de Cummins, 2006, havia a informação da existência de 960 instrumentos de medida da QVRS (Matos, 2006).

Os questionários que avaliam a QVRS são criados com base na realidade sociocultural do país de origem, e a sua utilização em populações com características socioculturais diferentes requer uma tradução criteriosa e avaliação da necessidade de adaptações culturais (Moura et al., 2011).

Deste modo, o presente estudo surge no âmbito da dissertação de Mestrado em Exercício e Saúde da Universidade de Évora, tendo como finalidade criar a versão portuguesa do questionário 15D e posteriormente avaliar a sua fiabilidade na população portuguesa com DM-tipo 2. Este instrumento avalia as 15 dimensões mais relevantes da QVRS: mobilidade, visão, audição, respiração, dormir, comer, fala, excreção, atividades habituais, função mental, desconforto e sintomas, depressão, ansiedade, vitalidade e atividade sexual (Sintonen, 2001). Mediante a resposta de cada indivíduo por dimensão, este questionário fornece uma única expressão do estado de saúde (Porzsolt & Kaplan, 2006).

Este trabalho está dividido em nove capítulos. No primeiro capítulo consta a introdução onde é feita uma pequena contextualização do tema que será abordado ao longo do estudo. No segundo capítulo é apresentada a revisão da literatura que está dividida por subcapítulos onde são abordadas definições, classificação, epidemiologia da DM-tipo 2.

No terceiro e quarto capítulos é definida a pertinência do estudo e o objetivo, respectivamente.

No quinto capítulo é descrita a metodologia relatando todos os processos do estudo, a caracterização das amostras, os procedimentos utilizados, as variáveis, o instrumento de avaliação e também o software utilizado para tratamento estatístico.

O sexto capítulo é composto pelos resultados obtidos nas diferentes fases do estudo, e a discussão dos mesmos apresentada no sétimo capítulo.

No oitavo capítulo são referidas as limitações do estudo, e no nono são apresentadas as conclusões do mesmo.

Capítulo II – Revisão da Literatura

1. Qualidade de Vida

Com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) podemos considerar que a noção de saúde pode ser uma dimensão independente de doença e conceitos como o de QV e Bem-Estar têm cada vez maior importância na investigação e na prática dos Cuidados de Saúde da população.

Assim, o interesse na QV surgiu associado às práticas assistenciais do quotidiano, da necessidade de avaliação do impacto, quer a nível físico quer a nível psicossocial, que as doenças ou incapacidades e respetivo tratamento podem provocar, permitindo assim um melhor conhecimento do doente, da sua vivência e da sua adaptação.

A utilização do construto QV como técnica de investigação clínica, tem vindo a observar-se de forma crescente, fazendo-se acompanhar por uma profunda mutação da organização dos Cuidados de Saúde nas sociedades ocidentais (Amorim, 1999). Tem vindo a ser implementado, substituindo as tradicionais taxas de morbilidade e mortalidade, utilizadas como medida do nível de saúde da população.

Segundo Testa e Simonson (1996), em 1973 haveria simplesmente cinco referências com palavra-chave na base de dados da Medline e, desde os anos 70, a avaliação da QV cresceu de uma atividade relativamente restrita, para uma disciplina formal. Com uma estrutura teórica coesa, métodos consagrados, tornou-se uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e respetivos tratamentos, a partir da perspectiva do próprio doente (Berlim & Fleck, 2003). Atualmente existem milhares de artigos indexados com a palavra-chave “Qualidade de vida”.

1.1 Conceito de Qualidade de Vida

A QV tornou-se, a partir dos anos 80 do século passado, um conceito de interesse geral e do senso comum, sendo utilizada por vários técnicos para demonstrar o seu interesse pelo bem-estar das pessoas, definindo-a, obviamente, de maneiras diferentes, quer no seu modelo de avaliação quer nos conteúdos a avaliar (Ribeiro, 1994).

A OMS (The WHOQOL Group, 1998) define QV como “...*uma perceção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem e em relação com os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo*”

integrando de uma forma complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspetos salientes do ambiente.”

No entanto este conceito é, de difícil definição, dado as múltiplas variáveis que incidem sobre o seu significado, desde a conceção individual, passando pelos contextos históricos, culturais, filosóficos, sociais e científicos, que interagem na experiência humana. Aliás vários termos têm sido utilizados na literatura para definir este construto de QV, nomeadamente o bem-estar, perceção de satisfação com a vida e grau com que as pessoas aproveitam as possibilidades da sua vida.

Muitos autores são da opinião de que o conceito de qualidade de vida engloba vários fatores considerados como externos à prática dos cuidados, mesmo até à própria pessoa (Ferreira & Rosete, 1996).

1.2 Conceito de Qualidade de Vida relacionada à Saúde

A ampla dimensão da saúde e a sua relação com diversos aspetos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbilidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional (Noronha et al., 2016). Baseado nas questões e na multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de QVRS, bem como instrumentos de medição da mesma.

Os instrumentos de QVRS, criados para transformar sensações subjetivas em pontuações passíveis de mensuração e análise objetiva, têm sido utilizados na literatura nos últimos anos, embora alguns sejam considerados como bastante extensos e/ou complexos para aplicação e análise. Comumente os instrumentos para mensurar QVRS apresentam questões divididas em grupos (também chamados de domínios ou componentes) e visam avaliar alguns aspetos específicos de limitação de saúde e bem-estar.

2. Diabetes Mellitus (conceito e diagnóstico)

A DM engloba um conjunto de doenças metabólicas, de etiologia variada, conseqüentes de alterações da ação da insulina, da sua produção, ou de ambas (ADA, 2011). Embora fenotipicamente distintos, os subtipos de diabetes (tipo 1, tipo 2, gestacional, etc...)

caracterizam-se por uma hiperglicemia crónica, com alteração do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas.

A esmagadora maioria das situações de diabetes integra-se em duas categorias: a DM-tipo 1 e a DM-tipo 2.

O diagnóstico da DM, por vezes sugerido pela apresentação de sintomas, baseia-se na determinação da glicemia em jejum e/ou nos valores da Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO). A PTGO permite ainda diagnosticar situações de tolerância diminuída à glicose (TDG) e diabetes (ADA, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os critérios de diagnóstico, são os que se podem observar (ADA, 2011):

Tabela 1 - Critério de diagnóstico da diabetes, AGJ e TDG (adaptado de ADA, 2011)

	Glicémia em Jejum (mg/dl)	Glicemia 2h após PTGO (mg/dl)
Diabetes	≥126	≥200
Anomalia da Glicémia em Jejum(AJG)	entre 110 e 125	
Tolerância Diminuída à Glicose		entre 140 e 199

2.1. Epidemiologia da Diabetes Mellitus em Portugal

Segundo o Programa Nacional para a Diabetes (2017), foi apurado pelo Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) que a prevalência da diabetes na população residente em Portugal com idades entre os 25 e 74, é de 9,8% (superior à média europeia de 9,1%) sendo mais elevada nos homens que apresentam uma prevalência de 12,1% e de 7,7% nas mulheres (Barreto et al., 2016).

Sobre a prevalência da diabetes, o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2017 reporta que Portugal tinha em 2015 uma taxa de prevalência de diabetes de 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE em cerca de 2% . A prevalência mais elevada, como era expectável, regista-se nas faixas etárias mais envelhecidas, entre os 65-74 anos com uma prevalência de 23,8% (OECD, 2017).

A prevalência de diabetes varia nas diversas regiões do País. Sendo que o valor mais elevado prevalece na região do Alentejo (11,3%) e o mais baixo na região do Algarve (7,7%). De realçar que também é na região do Alentejo que se encontra a prevalência mais elevada de Obesidade no Continente, sendo suplantada só pela Região Autónoma (RA) dos Açores. A menor prevalência de Obesidade regista-se na região do Algarve (Barreto et al., 2016).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2017), a DM tem um contributo significativo nas causas de morte, sendo correntemente responsável por mais de 4% das mortes das mulheres e mais de 3% das mortes nos homens, ou seja, atualmente por ano morrem cerca de 2.200-2.500 mulheres e cerca de 1.600-1.900 homens por diabetes.

2.2 Diabetes tipo 2

A diabetes tipo 2 constitui a forma mais comum de DM (Zimmet, 2001; ADA, 2011), e resulta de um defeito progressivo secretor de insulina. É uma doença crónica que requer cuidados clínicos contínuos bem como de estratégias de redução de outras complicações multifatoriais, além do controlo da glicémia. Para além dos cuidados médicos o autocontrolo é muito importante para o paciente pois pode prevenir o aparecimento de complicações crónicas a longo prazo provenientes da diabetes tipo 2 (ADA, 2014).

Durante muitos anos a diabetes tipo 2 esteve associada à população adulta, no entanto tende a aparecer também em jovens. É uma realidade assustadora, uma vez que é cada vez mais frequente o excesso de peso e a obesidade infantil, complicações estas que poderão encadear a DM.

Estudos apontam que, a diabetes tipo 2 é a mais frequente, correspondendo a cerca de 90% dos casos de diabetes (Góis, 2013). Das principais complicações tardias da diabetes destacam-se: (1) a retinopatia, com potencial perda de visão, (2) a nefropatia, que pode conduzir a insuficiência renal, (3) a neuropatia periférica, a qual, combinada com algum compromisso circulatório, aumenta a probabilidade de ocorrência de úlceras nos pés e amputações – representando um risco de amputações não traumáticas dos membros inferiores de 10-12% – e artropatia de Charcot, e (4) neuropatia autonómica, responsável por sintomas gastrointestinais, genitourinários e cardiovasculares, bem como disfunção sexual (IDF, 2003; ADA, 2011). A diabetes é a principal causa de perda parcial de visão e de cegueira nos adultos.

2.2.1 Epidemiologia da Diabetes *tipo 2*

Esta doença progressiva, cada vez mais frequente, está associada a uma redução da qualidade e da esperança de vida, tendo associados uma mortalidade considerável e um elevado consumo de recursos de saúde.

O aumento do número de pessoas com diabetes está influenciado por diversos factores, entre eles: o crescimento e envelhecimento populacional, a urbanização, o aumento da prevalência da obesidade e o sedentarismo (Wild et al, 2004).

Capítulo III – Pertinência do Estudo

A realização deste estudo surgiu como uma oportunidade para a tradução e adaptação cultural do questionário 15D para a Língua Portuguesa. Este já apresentava várias versões porém ainda não existia a versão Portuguesa, de Portugal.

Trata-se de um questionário multidimensional, denominado 15D, que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde. Este instrumento de avaliação genérico, aborda as principais dimensões da qualidade de vida, mobilidade, visão, audição, respiração, dormir, comer, fala, excreção, atividades habituais, função mental, desconforto e sintomas, depressão, ansiedade, vitalidade e atividade sexual.

O tema da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde tem despertado interesse a vários investigadores da área da saúde, ao longo dos anos. Desta forma, são vários os instrumentos criados para a sua medição, com o intuito de melhorar a compreensão dos diferentes domínios que são afetados pelas características da doença ou pelo tratamento a que o paciente se tem de submeter.

Deste modo, achamos pertinente não só a tradução e adaptação deste questionário para a língua portuguesa como também a avaliação da fiabilidade deste mesmo questionário na população com Diabetes tipo 2, doença crónica cada vez mais recorrente no nosso país.

Com o questionário 15D traduzido para a língua portuguesa, nós, profissionais da área das Ciências do Desporto e do Exercício e Saúde consideramos esta ferramenta útil para várias aplicações, clínicas e populacionais para determinação da QVRS.

Capítulo IV - Objetivo

O principal objetivo deste estudo é fazer a tradução e a adaptação, linguística e do questionário 15D para a população portuguesa e avaliar a fiabilidade do mesmo na população portuguesa com diabetes tipo 2, seguindo uma metodologia que assegure uma equivalência conceptual e semântica, devendo as questões ser igualmente compreendidas em diferentes culturas, e o novo instrumento de medida deverá ser idêntico ao original, mantendo os requisitos relativos a fiabilidade, validade, sensibilidade e especificidade (Alonso et al., 1990).

Capítulo V – Metodologia

O presente estudo é composto por duas fases, nas quais participaram adultos saudáveis e com patologias associadas. Para a primeira fase do estudo, nomeadamente a tradução e adaptação cultural do questionário 15D, a nossa amostra foi menor (N=8) com adultos saudáveis e/ou com patologias associadas. Na segunda fase, para procedermos à avaliação da fiabilidade do questionário 15D, a amostra utilizada foi maior (N=43) e como critério de inclusão, todos os sujeitos tinham de ter DM-tipo 2. Todos os participantes desta segunda fase foram submetidos a duas entrevistas.

1. Questionário 15D

O questionário de saúde 15D, é uma medida, auto-administrada, composta por 15 Dimensões /itens, cujo objetivo é avaliar a QVRS de determinada população. Esta pode ser utilizada como uma medida de perfil ou como um índice de pontuação de utilidade, em cada uma das 15 dimensões, na população adulta. O índice de pontuação de utilidade do 15D é obtido com base na aplicação da teoria de utilidade multiatributos e na população (Sintonen, 1993). As pontuações obtidas do índice variam entre 0 e 1, em que 0 representa um estado “morto” e 1 representa uma perfeita QVRS.

As dimensões deste questionário são: mobilidade, visão, audição, respiração, dormir, comer, fala, excreção, atividades habituais, função mental, desconforto e sintomas, depressão, ansiedade, vitalidade e atividade sexual (Sintonen, 2001), cada uma com cinco níveis diferentes de estado funcional, das quais só uma pode ser selecionada.

A melhor condição possível de saúde do indivíduo é representada pelo nível 1, o pior pelo nível 5, e os 3 níveis descrevem as condições intermédias. O questionário é breve, de fácil compreensão e demora cerca de 5 a 10min a completar.

O 15D foi utilizado em inquéritos para pacientes com patologias e para a população em geral, para medir os efeitos físicos e mentais de intervenções relacionadas com a saúde e ainda para comparar a QVRS de pacientes nas várias fases da doença.

2. Processo de Tradução

A metodologia aplicada é semelhante a outros estudos para tradução e adaptação cultural, incluindo tradução direta e reversa, bem como o uso de entrevistas cognitivas. O presente estudo foi aprovado pelo Comité de Ética para Pesquisa em Áreas de Saúde e Bem-Estar Humano da Universidade de Évora e foi disponibilizado um consentimento informado por escrito a todos os participantes de acordo com a Declaração de Helsinki sobre Estudos Humanos (World Medical Association, 2008).

2.1 Tradução Inglesa para Português de Portugal

Primeiramente foram realizadas duas traduções para a língua portuguesa, da versão original do 15D, por tradutores independentes de diferentes áreas (nomeadamente ciências do desporto e línguas) falantes nativos da língua-alvo, e com um Inglês fluente.

Ambos os tradutores com os responsáveis do projeto, discutiram as traduções e chegaram a uma versão de consenso (versão 1), cujo objetivo era encontrar uma versão da tradução que seria equivalente em termos de conceitos e semântica ao original.

A seguinte etapa resulta em duas traduções da versão 1 para o inglês, comparação das mesmas com a versão original, produção de uma segunda versão integrando as mudanças decididas após a comparação entre as traduções de volta e a versão original.

A concordância foi atingida na maioria dos itens, porém surgiram algumas dúvidas e dificuldades na tradução de alguns termos.

Houve ainda uma grande discussão no que respeita aos termos “ABLE” e “CAN”. Decidiu-se que ABLE seria “SER CAPAZ” e CAN seria “CONSIGO”. Também quando uma frase termina com uma afirmação no sexo masculino, decidimos colocar “/a”, de modo a dar uma abrangência aos 2 sexos (p.e. “estou completamente cego” » “estou completamente cego/a”). Tais alterações foram integradas ao longo de todo o questionário.

Na primeira dimensão, Mobilidade, decidimos acrescentar o termo “subir e descer” antes de escadas. Optamos pelo termo “algumas”, o que significa ligeiras mas com maior facilidade de compreensão e num âmbito mais geral (2). Consideramos que o termo “appliance” era

muito abrangente e em Português pode ter varias interpretações, como tal, decidimos colocar “recurso a equipamento de apoio” (3).

Na segunda dimensão, Visão, a discussão foi consensual respeitando o (*I can* = Eu consigo).

No que diz respeito à dimensão da Audição, “hearing aid” substituímos por “aparelho auditivo” que é um termo mais conhecido na língua portuguesa, a restante discussão foi consensual.

A discussão, relativamente à 4ª dimensão, Respiração, prendeu-se maioritariamente com o termo “heavy work” uma vez que a tradução para a língua portuguesa pode ser muito abrangente e o termo “pesado” possivelmente fosse de difícil compreensão, assim sendo decidimos colocar o termo “intenso” (opção 2). O mesmo se verificou com o termo “sports”, onde decidimos colocar “prática desportiva”, considerando que o desporto engloba uma componente mas específica e formal da atividade física (opção 2).

Na 5ª dimensão, Dormir, a discussão surgiu no tempo verbal do verbo dormir, se participio passado ou pretérito perfeito do indicativo, decidimos colocar o verbo no pretérito perfeito do indicativo “dormi” em vez de “dormido”, pois consideramos que será de melhor entendimento.

Na 6ª dimensão, Comer, a discussão prendeu-se com a aplicação de um sinónimo para as palavras “*slowly*”, “*clumsily*” e “*shakily*”, decidimos usar as palavras “*devagar*”, “*desajeitado*” e trémulo prospectivamente. O termo “*intravenously*” também suscitou algumas dúvidas, ao ser um termo médico, recorremos a um médico colaborador com o nosso departamento que nos indicou que os pacientes portugueses identificam melhor o termo “*endovenoso*” que “*intravenoso*”, assim sendo optamos pelo termo “*endovenoso*”.

Na 7ª dimensão, surgiram algumas dúvidas para a melhor tradução do título, entre as opções, “*Fala e Discurso*”. Ficando a palavra “*Discurso*” o título do item. Na opção 2 da questão, decidimos colocar “*murmuro*” em vez de “*emito murmúrios*”. Consideramos que culturalmente seria mais adequado os termos “*desarticulado*”, “*balbuciente*” e “*a gaguejar*” (opção 3).

Na 8ª dimensão, surgiram também dúvidas no que respeita ao título, entre “*Eliminação*” e “*Excreção*”, pensámos que, no que respeita ao contexto das perguntas, o termo “*Excreção*” seria o mais adequado. A expressão “urinar” culturalmente é mais comum que “*micção*” e decidimos usar esse termo (opção 2). Houve dúvidas acerca da utilização da palavra “incontinência” e o termo “*acidentes*”, o termo “acidentes” é mais abrangente e como tal assumimos usar esse (opção 3).

Atividades Habituais, dimensão 9, “*Able*” = “*Capaz*” / “*Can*” = “*Consigno*”. Decidimos colocar “*trabalho*” em vez de “*emprego*”, consideramos que é um termo mais abrangente (opção 1). A expressão “*de forma incompleta*” é mais correta que “*não completamente*” assim sendo usámos a expressão “*de forma incompleta*” (opção 3).

No dimensão 10, Função Mental, consideramos que seria mais adequado os termos “*pensar de forma clara*” em vez de “*claramente*” e “*lógica*” em vez de “*logicamente*” (opção 1). Na segunda parte da opção 2 optámos pela tradução na íntegra de um dos tradutores, “às vezes tenho falhas de memória”. “*Na realidade*”, culturalmente é um termo mais adequado que “*realmente*” pelo que o utilizamos na opção 3. Na opção 5 deste dimensão, consideramos que a expressão “*no espaço*” é mais adequada que “*no lugar*” .

Na dimensão 11, Desconforto e Sintomas, o termo “*algum*” é mais adequado que “*um suave*” (opção 2). E concordámos com a colocação dos termos “*severo*” (opção 4) e “*insuportável*” (opção 5) depois de “*sintomas*”.

Na dimensão 12, Depressão, decidimos retirar o termo “*de todo*” (opção 1).

Na dimensão 13, optámos por colocar no título “*Ansiedade*” em vez de “*Angustia*”. Definimos não colocar o termo “*de todo*” (opção 1).

Na penúltima dimensão, Vitalidade, o termo “*exausto*” significa que não pode mais, isto é, o máximo cansaço possível, como tal decidimos retirar o termo “*exausto*” de todas as opções de resposta (2, 3 e 4) substituindo-o por “*abatido*”, mantendo-o apenas na última (opção 5) de modo a enfatizar um estado máximo de cansaço.

Por último, na dimensão 15, Atividade sexual, não houve nenhuma dúvida nem dificuldade na sua tradução.

Uma versão foi obtida por consenso entre os autores das traduções, a fim de ser alcançada uma versão perceptível em termos semânticos e de fácil compreensão.

2.2 Intervenções Cognitivas

O questionário traduzido foi aplicado em adultos para determinar se a tradução (itens, instruções e opções de resposta) era de fácil compreensão, permitindo avaliar a clareza do instrumento. Esse parecer foi testado pela aplicação de entrevistas cognitivas, nas quais foi solicitado um feedback do entrevistado sobre possíveis erros ou mal-entendidos que qualquer um dos pontos poderia apresentar, além de sugestões para aperfeiçoamento do questionário.

Estas entrevistas cognitivas foram realizadas frente a frente com adultos, com ou sem patologias associadas e com diferentes tipos de formação. As entrevistas foram aplicadas pelo mesmo nativo português sempre de forma semelhante, e os dados foram compilados e estratificados segundo sexo, idade e doença (saudável ou patologia).

2.2.1 Caracterização da amostra das Entrevistas Cognitivas

A amostra utilizada nas entrevistas cognitivas, foi constituída por 8 adultos, 4 Homens e 4 Mulheres. No que diz respeito à educação, dois dos entrevistados têm o 12º ou mais habilitações literárias, outros dois têm o 6º ano e os restantes a 4ª classe.

Tabela 2 - Caracterização da amostra das Entrevistas Cognitivas

Variáveis demográficas	Média (SD)	N (N=8)	%
Idade (anos)	69,87 (14,55)	-	-
Educação			
4ª Classe	-	4	50,0
6º Ano	-	2	25,0
12º Ano ou mais	-	2	25,0
Género			
Masculino	-	4	50,0
Feminino	-	4	50,0

Peso (kg)	82,81 (13,38)	-	-
Altura (m)	1,67 (0,10)	-	-
IMC (kg/m ²)	29,33 (2,78)	-	-
Com Patologias	-	4	50,0
Saudável	-	4	50,0

Podemos observar ainda a idade e as principais variáveis da composição corporal, bem como o estado de saúde (Saudável ou Com Patologias), os resultados referem a média e o desvio padrão.

2.2.2 Pontos-Chave para Avaliar a Clareza do Instrumento

As entrevistas foram baseadas em quatro pontos:

1. Compreender as instruções e opções de resposta.
2. Avaliação da facilidade de compreensão de cada um dos itens do questionário, feita de forma dicotômica: 1 - clara e compreensível; 2 - dificuldade de compreensão. Todos os entrevistados responderam 1.
3. Avaliação da compreensão de cada um dos itens usando uma escala numérica de 0 a 10 (0 muito fácil de entender até 10 muito difícil de entender), ver figura 1.
4. Análise das interpretações individuais dos entrevistados para os vários itens, com sugestões apropriadas de melhoria, solicitando aos entrevistados que expressassem por suas próprias palavras o significado de cada item, e reescrevam cada item a fim de verificar sua compreensão.

Sempre que foram identificados pequenos problemas na compreensão dos itens, foram propostas modificações de acordo com as sugestões dos inquiridos.

2.3 Tradução do português de Portugal para o Inglês

Com a ajuda de dois tradutores de inglês fluente, a versão 2 em português de Portugal do 15D foi traduzida para o inglês. Estes tradutores nunca tiveram acesso à versão original do 15D nem detinham conhecimentos em saúde. Este último documento foi revisto por um grupo de especialistas, composto por tradutores, pelo responsável do projeto e pelo profissional que aplicou os questionários, com o objetivo de detetar inconsistências ou incompreensões no processo de tradução do questionário, bem como para a aprovação do autor ao respetivo uso.

Após esta reunião o questionário foi aprovado e ficou definido que seria esta última versão a versão a usar na Língua Portuguesa de Portugal.

3. Propriedades Psicométricas

3.1 Validação

A validade é geralmente avaliada pela população-alvo ou por especialistas sobre o conteúdo e a estrutura do questionário.

Assim sendo, na última etapa do processo de tradução, foram entrevistados oito falantes nativos da língua-portuguesa, incluindo indivíduos saudáveis e com patologias. Os entrevistados não deveriam ter contacto com o questionário antes e não deveriam estar ligados às profissões da saúde. Todos os elementos foram informados de que o questionário fora traduzido da língua inglesa.

No que respeita às entrevistas cognitivas optamos por dividir o grupo em 4 homens e 4 mulheres, com uma faixa etária entre os 35 e os 79 anos.

Após a aplicação dos questionários, concluiu-se que os inquiridos não apresentaram nenhuma dificuldade na interpretação das questões, e que estas eram claras e fáceis de entender. O que os inquiridos reportavam muitas vezes era a dificuldade na relação entre a pergunta e o seu sentimento em relação à possível resposta.

Alcançar a equivalência conceitual e linguística ao transferir um questionário de uma cultura para outra não garante inteiramente que a validade da versão original está na nova cultura.

Embora o método utilizado para traduzir o 15D, tenha seguido procedimentos prescritos, os resultados desta tradução foram testados para determinar se este é realizado de forma semelhante ao 15D britânico.

3.2 Confiabilidade de Test-Retest

Para analisar a fidedignidade teste-reteste e a consistência interna do questionário 15D, versão portuguesa de Portugal, foram recrutados por conveniência 43 sujeitos referenciados pelos médicos de família como portadores de DM-tipo 2, na Unidade de Saúde Familiar Lusitânia de Évora. Duas entrevistas foram realizadas para cada participante, com intervalo de quatro a sete dias, dependendo da disponibilidade do utente. As mesmas foram efetuadas pessoalmente, algumas ao domicílio, na Unidade de Saúde Familiar Lusitânea de Évora e a grande maioria no jardim público de Évora.

3.3 Amostra

Tabela 3 - Caracterização da amostra (Diabéticos)

Variáveis demográficas	Média(SD)	N (N=43)	%
Idade (anos)	63,81 (9,5)	-	-
Género	-		
Masculino	-	27	62,79
Feminino	-	16	37,21
Peso (kg)	80,23 (18,70)	-	-
Altura (m)	1,64 (0,11)	-	-
IMC (kg/m ²)	29,47 (4,55)	-	-
HbA1C (%)	7,24 (1,15)	-	-
Anos diagnóstico (anos)	6,25 (3,8)	-	-

A amostra foi composta por 43 indivíduos de ambos os sexos (F-37% e M-63%) e uma média de idades de 64 anos.

Antes de iniciar o estudo, os participantes fizeram um check-up médico na Unidade de Saúde Família Lusitânea uma vez que foram aprovados por um profissional médico, foram feitas várias medições para caracterizar a amostra. Primeiramente, foi aplicado o questionário inicial sobre a sua idade e os anos decorridos desde o diagnóstico de DM-tipo 2.

Em segundo lugar, o peso corporal (kg) dos participantes, sem sapatos, foi medido com uma balança (Seca 760, Hamburgo, Alemanha) e a altura (m) com um estadiometro (Seca 206, Hamburgo, Alemanha), seguindo o procedimento internacional do índice de massa corporal (IMC). Este foi calculado de acordo com a seguinte fórmula : $IMC = \text{peso (Kg)}/\text{altura}^2 \text{ (m)}$. Finalmente, para determinar a hemoglobina A1C (HbA1C), foi realizada uma análise ao sangue após uma medição de rotina normalizada da glicose. Este parâmetro hematológico pôde ser utilizado para avaliar o controlo metabólico, o controlo óptimo foi determinado com HbA1C menor 7% (Grey, Boland, Davidson, MA, & Tamborlane, 2000).

4. Transformação da pontuação do 15D em Utilidade (Sintonen,1995)

A transformação da pontuação do 15D em utilidade, abaixo mencionada, foi concretizada de acordo com os procedimentos mencionados em Sintonen, (1995):

Mobilidade (1=1) (2=0,7129) (3=0,4729) (4=0,2526) (5=0,0780).

Visão (1=1) (2=0,7840) (3=0,4901) (4=0,3137) (5=0,1089).

Audição (1=1) (2=0,7497) (3=0,4611) (4=0,2353) (5=0,1003).

Respiração (1=1) (2=0,6976) (3=0,4771) (4=0,2581) (5=0,0879).

Dormir (1=1) (2=0,7615) (3=0,5124) (4=0,3015) (5=0,1115).

Comer (1=1) (2=0,6462) (3=0,4267) (4=0,1984) (5=0,0710).

Fala (1=1) (2=0,7033) (3=0,4322) (4=0,2471) (5=0,1298).

Excreção (1=1) (2=0,6845) (3=0,3958) (4=0,1764) (5=0,0558).

Atividades Habituais (1=1) (2=0,7210) (3=0,4133) (4=0,2182) (5=0,0785).

Função Mental (1=1) (2=0,6434) (3=0,3750) (4=0,1956) (5=0,0489).

Desconforto e Sintomas (1=1) (2=0,7024) (3=0,3960) (4=0,2083) (5=0,0617).

Depressão (1=1) (2=0,7651) (3=0,5148) (4=0,3053) (5=0,1576).

Ansiedade (1=1) (2=0,7251) (3=0,4786) (4=0,2633) (5=0,1255).

Vitalidade (1=1) (2=0,7713) (3=0,5152) (4=0,2957) (5=0,1253).

Atividade Sexual (1=1) (2=0,7095) (3=0,4424) (4=0,2486) (5=0,1318).

5. Análise Estatística

Na análise estatística utilizamos o *software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 25.0.

O teste Shapiro-Wilks foi realizado para verificar a normalidade da distribuição dos dados. Nenhuma das variáveis incluídas no estudo apresentava uma distribuição normal.

Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o teste e o re-teste, optou-se por utilizar o teste de Wilcoxon. O nível de significância foi determinado em $p < 0,05$.

A fiabilidade foi estudada através de estatísticas de fiabilidade relativa e de fiabilidade absoluta. A fiabilidade relativa foi determinada através do coeficiente de correlação intra-classe (CCI). A seguinte classificação foi utilizada para a interpretação do CCI (Portney & Watkins, 2000): um CCI inferior a 0,5 corresponde a uma fiabilidade “fraca”, um CCI de 0,5 a 0,75 corresponde a uma fiabilidade “moderada”, um CCI de 0,75 a 0,9 corresponde a uma “boa” fiabilidade, um CCI superior a 0,9 corresponde a uma fiabilidade “excelente”.

Os dados CCI foram calculados utilizando os seguintes parâmetros:

- i) modelo: Efeitos aleatórios bidireccionais;
- ii) tipo: um único avaliador;
- iii) definição: consistência.

A fiabilidade absoluta foi determinada pelo cálculo do erro padrão de medida (EPM), que é calculado como SEM e pela menor diferença real (MDR), em inglês SRD (Weir, J.P.,2005). O SEM, foi calculado com a seguinte fórmula $SEM = SD \cdot \sqrt{1 - ICC}$, onde SD é o desvio padrão. Este valor posteriormente é transformado em percentagem. A SRD, menor diferença real, é calculada com $1.96 \cdot SEM \cdot \sqrt{2}$. Esta também convertida em percentagem.

Capítulo VI - Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos no estudo, primeiramente do processo de tradução e adaptação cultural e por fim os resultados obtidos da fiabilidade do questionário 15D na população portuguesa com DM-tipo 2.

1.1 Avaliação da compreensão do questionário

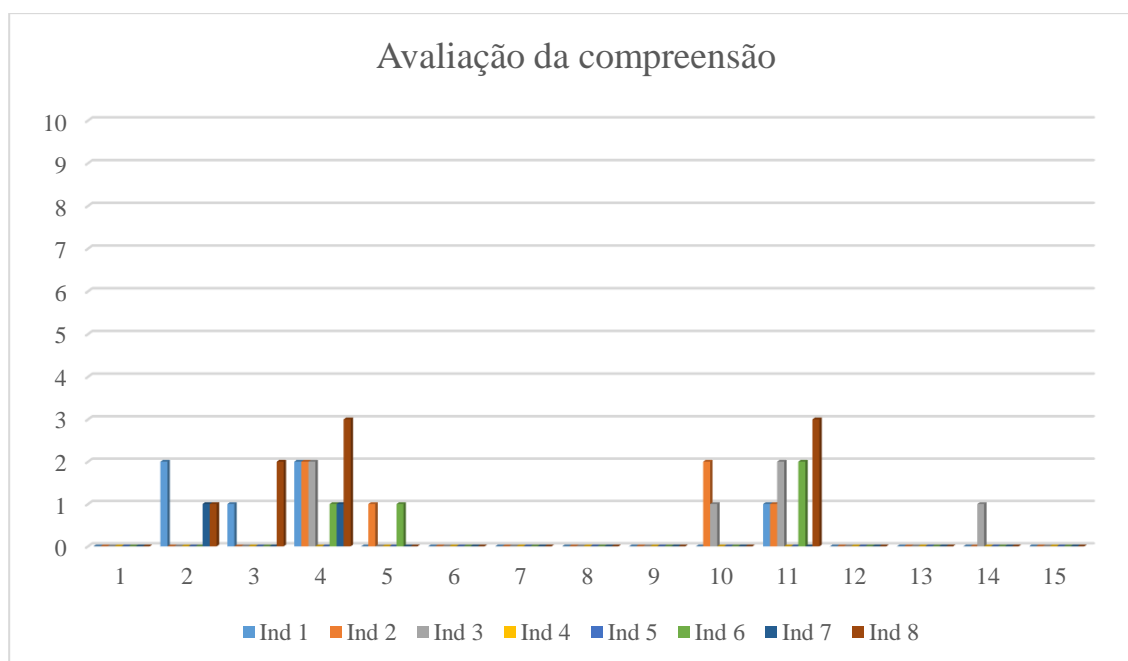


Figura 1 - Avaliação da compreensão do questionário nas entrevistas cognitivas

Na figura 1 são apresentados os resultados referentes à avaliação da compreensão de cada um dos 15 itens do questionário pelos 8 inquiridos nas entrevistas cognitivas.

Podemos verificar que numa escala de 0 a 10, onde o 0 corresponde a “muito fácil de entender” e o 10 “muito difícil de entender”, a resposta dos 8 inquiridos variou entre 0 e 3. Das 15 dimensões podemos ver que 7 suscitaram ligeiras dificuldades de compreensão. As dimensões, Respiração e Desconforto e Sintomas são as que apresentaram o valor mais elevado.

No entanto, não havendo sugestões por parte dos entrevistados mantivemos a versão inalterada.

1.2 Média e Desvio Padrão do Teste e Re-teste, Fiabilidade e Consistência Interna

Na tabela 4, podemos verificar as diferenças entre a primeira aplicação do questionário (Teste) e a segunda aplicação (Re-Teste) bem como desvio padrão. Seguem a mesma tendência nas duas aplicações do questionário, em todas as dimensões. Ao comparar todas as dimensões podemos ainda verificar que as dimensões, Fala e Atividade Sexual, apresentam diferenças significativas $p=0,059$ e $p=0,064$, respectivamente, quando comparadas às restantes.

Todas as dimensões apresentaram “boa” fiabilidade, com valores de CCI que variam entre 0,766 e 0,896. Para as dimensões, Audição e Atividade Sexual resultaram valores de CCI superiores a 0,900; 0,930 e 0,973, respetivamente. No geral, o questionário apresenta boa fiabilidade nas suas 15 dimensões, destacando-se duas delas, com uma “excelente” fiabilidade (Atividade Sexual e Audição).

Nos valores EPM (%) e MDR (%), a dimensão da Ansiedade e Atividade Sexual apresentam maiores percentagens comparativamente às restantes. Querendo dizer que apresentam modificações clinicamente relevantes. A menor diferença real oscilou entre 68,1% e 13,7%. Estes parâmetros aproximam-se dos valores do CCI, ou seja, a maioria das dimensões do questionário apresentam valores mais baixos em relação a uma dimensão, nomeadamente, Atividade Sexual.

Os indicadores de concordância são influenciados pela representatividade de cada classe analisada, o que exige a máxima homogeneidade dos subgrupos. Sendo o 15D um instrumento com 15 dimensões (classes) independentes, mas todas relacionadas com a avaliação da QVRS, os seus valores apresentam uma discrepância.

Tabela 4 - Média e Desvio Padrão, Fiabilidade e Consistência Interna

	Média e Desvio Padrão		<i>p</i>	Fiabilidade e Consistência Interna				
	Teste Média (dp)	Re-teste Média (dp)		CCI (95% CI)	EPM	%EPM	MDR	%MDR
Mobilidade	0,879 (0,196)	0,873 (0,197)	0,783	0,863 (0,748 a 0,925)	0,073	8,303	0,202	23,014
Visão	0,871 (0,191)	0,893 (0,182)	0,301	0,885 (0,789 a 0,938)	0,063	7,171	0,175	19,876
Audição	0,913 (0,191)	0,909 (0,211)	0,713	0,930 (0,872 a 0,962)	0,053	5,837	0,147	16,181
Respiração	0,858 (0,216)	0,832 (0,232)	0,199	0,896 (0,810 a 0,944)	0,072	8,549	0,200	23,696
Dormir	0,803 (0,260)	0,836 (0,243)	0,452	0,800 (0,632 a 0,891)	0,112	13,725	0,312	38,043
Comer	0,983 (0,075)	0,991 (0,53)	0,317	0,796 (0,625 a 0,889)	0,050	5,039	0,138	13,969
Fala	0,958 (0,104)	0,931 (0,140)	0,059	0,854 (0,731 a 0,921)	0,047	4,936	0,129	13,681
Excreção	0,891 (0,177)	0,891 (0,177)	1,000	0,875 (0,770 a 0,932)	0,063	7,023	0,173	19,468
Atividades Habituais	0,812 (0,259)	0,845 (0,257)	0,279	0,854 (0,731 a 0,922)	0,099	11,899	0,273	32,982
Função Mental	0,809 (0,219)	0,787 (0,246)	0,673	0,824 (0,674 a 0,905)	0,098	12,223	0,270	33,880
Desconforto e Sintomas	0,754 (0,241)	0,781 (0,251)	0,834	0,766 (0,566 a 0,874)	0,119	15,505	0,330	42,977
Depressão	0,906 (0,164)	0,907 (0,154)	0,763	0,885 (0,790 a 0,938)	0,054	5,948	0,149	16,487
Ansiedade	0,780 (0,239)	0,786 (0,236)	1,000	0,840 (0,707 a 0,913)	0,096	22,130	0,265	61,340
Vitalidade	0,885 (0,182)	0,874 (0,181)	0,783	0,837 (0,700 a 0,911)	0,073	8,332	0,203	23,094
Atividade Sexual	0,664 (0,337)	0,701 (0,326)	0,064	0,973 (0,950 a 0,985)	0,168	24,575	0,465	68,120

CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC: Intervalo de Confiança; EPM: Erro Padrão de Medição; MDR: Mínima Diferença Real

1.3 Descrição Estatística e Consistência Interna

A tabela 5 resume os resultados obtidos da estatística descritiva das 15 dimensões e a consistência interna. Tanto da 1ª aplicação (Teste) como na 2ª aplicação (Re-Teste) a maioria dos inquiridos selecionou o nível 1 ou 2, à exceção da última dimensão, Atividade Sexual. Esta, apresentou a maior percentagem de resposta no nível 5 comparativamente com as restantes 14 dimensões.

Além disso, mais de 80% dos inquiridos responderam o nível 1 nas dimensões, Audição, Comer e Fala. O coeficiente de alfa de Cronbach para as 15 dimensões variou entre 0,763 e 0,976. Segundo alguns autores (Oiedo & Campos-Arias, 2005) valores de alfa de Cronbach entre 0,700 e 0,900 sugerem uma boa consistência interna, desta forma consideramos o presente estudo com uma “boa” e “excelente” consistência.

Tabela 5 - Descrição estatística e consistência interna do 15D

	Frequência de resposta (%)										α Crombach's
	Teste					Re-Teste					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mobilidade	69,8	16,3	14,0	0,0	0,0	67,4	18,6	14,0	0,0	0,0	0,860
Visão	62,8	20,9	16,3	0,0	0,0	69,8	16,3	14,0	0,0	0,0	0,886
Audição	81,4	4,7	14,0	0,0	0,0	81,4	7,0	7,0	4,7	0,0	0,929
Respiração	62,8	30,2	2,3	2,3	2,3	58,1	32,6	0,0	9,3	0,0	0,897
Dormir	51,2	30,2	7,0	7,0	4,7	58,1	25,6	9,3	2,3	4,7	0,800
Comer	95,3	4,7	0,0	0,0	0,0	97,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,796
Fala	86,0	14,0	0,0	0,0	0,0	79,1	18,6	2,3	0,0	0,0	0,864
Excreção	69,8	25,6	4,7	0,0	0,0	69,8	25,6	4,7	0,0	0,0	0,872
Atividades Habituais	58,1	23,3	11,6	7,0	0,0	65,1	20,9	7,0	2,3	0,0	0,855
Função Mental	53,5	37,2	9,3	0,0	0,0	53,5	32,6	11,6	2,3	0,0	0,821
Desconforto e Sintomas	39,5	41,9	14,0	4,7	0,0	48,8	30,2	18,6	2,3	0,0	0,763
Depressão	69,8	23,3	4,7	2,3	0,0	67,4	27,9	2,3	2,3	0,0	0,883
Ansiedade	44,2	37,2	9,3	9,3	0,0	46,5	32,6	14,0	7,0	0,0	0,837
Vitalidade	65,1	23,3	9,3	2,3	0,0	60,5	27,9	9,3	2,3	0,0	0,834
Atividade Sexual	41,9	18,6	16,3	9,3	14,0	46,5	18,6	16,3	7,0	11,6	0,976

Capítulo VII – Discussão

A versão portuguesa do questionário 15D, resultante do presente estudo foi bem sucedida. A mesma apresenta facilidade na sua compreensão, é de rápida aplicação e, adequada a este tipo de população.

Na fase da tradução e adaptação cultural, foi importante ter em conta que, no processo de transferência de uma medida de saúde de uma cultura para outra é necessária uma tradução exata (Hunt et al., 1981; Küçükdeveci et al., 2000; Sintonen, 2001b). E a metodologia de tradução utilizada para transferir o 15D para a língua portuguesa garantiu uma versão conceptualmente equivalente, respeitando os conceitos bem como a semântica. O 15D já foi traduzido para várias línguas, e em todas as versões nos vários idiomas mostra ter alta consistência interna, confiabilidade teste-reteste e boa validade (Sintonen & Richardson (1994); Yfantopoulos, 2001).

Espera-se que, com esta versão portuguesa do 15D, os serviços de saúde consigam uma melhor alocação de recursos para intervenções por dimensão, que consideramos serem essências nesta população. Uma outra funcionalidade expectável, é a sua aplicação em estudos clínicos e populacionais para medir a QVRS. Segundo um estudo realizado na Grécia, a utilização do questionário também ajuda a esclarecer o possível impacto na prevenção da doença.

As versões turca e grega foram aplicadas em pacientes hospitalares com DM-tipo 2 e doença arterial coronária, respectivamente (Akinci et al., (2005); Aletras et al., 2009). A versão japonesa, por outro lado desenvolveu o seu estudo na população idosa, no geral (Okamoto, Hisashige, Tanaka, & Kurumatani , 2013).

Os coeficientes de Cronbach nas versões Turca e Grega, para todos os itens foram 0,99 e 0,84. Na versão Japonesa os valores de alfa de Cronbach para todos os itens variaram entre 0,793 e 0,792, valores estes mais baixos no entanto, foi confirmada uma consistência interna suficiente. Neste último estudo, verificaram que 2 itens, Atividade Sexual e Comer, diminuía a consistência interna do questionário, mas acabaram por mantê-los.

Nestes estudos verificou-se uma consistência interna bastante boa, assim como no presente estudo, mas recorrendo ao CCI, verificámos valores superiores a 0,75 em todas as dimensões

e superiores a 0,90 nas dimensões Audição e Atividade Sexual, dotando o nosso estudo de uma confiabilidade de “boa” a “excelente”.

Na versão grega, houve uma grande percentagem de sujeitos (cerca de 10 a 60%) que selecionaram entre o nível 3 e 5 cada dimensão. Na versão japonesa, os resultados foram diferentes, ou seja, cerca de 90% dos sujeitos selecionaram o nível 1 e 2 para 14 dimensões, à excepção da última dimensão, Atividade Sexual. Estas diferenças estarão possivelmente relacionadas com o tipo de população, pois no estudo da versão grega os pacientes eram de componente clínica e noutra (Japão) os sujeitos foram voluntários e com estados de saúde relativamente bons. No presente estudo, a maioria dos pacientes, selecionaram entre o nível 1 e 3, sendo a Atividade Sexual a dimensão com maior percentagem no nível 5 (piores condições).

Segundo a literatura, a viabilidade do 15D em indivíduos com a doença de Parkinson, é muito alta comparativamente aos resultados obtidos com outros instrumentos de medição da QVRS, nomeadamente o EQ-5D (instrumento genérico de QVRS) e o PDQ-39, questionário específico para a doença. Concluíram ainda que a mobilidade, fala e atividade sexual são as dimensões mais afectadas e que os valores são mais baixos em pacientes com doença mais severa (Haapaniemi et al., 2004).

Um estudo efetuado por Yfantopoulos (2001), na Grécia, demonstrou que a qualidade de vida dos homens era ligeiramente superior comparativamente às mulheres. Salientou também que a QVRS diminui com a idade, e as dimensões mais afetadas são a mobilidade, audição e vitalidade. Houve também uma relação positiva entre a qualidade de vida e a educação. A maior sensibilidade do 15D, neste estudo, foi encontrada na Depressão, Ansiedade, Atividade Sexual e no Dormir.

Num estudo feito com mulheres com incontinência urinária, o 15D também demonstrou ser um instrumento confiável e válido, e parece ser sensível para detectar mudanças na qualidade de vida relacionada com a saúde. As mulheres foram submetidas a entrevistas antes e após tratamento, e quando comparadas com o grupo de controlo (sem incontinência urinária) os resultados indicam que houve uma melhoria na QVRS. Verificaram ainda, a existência de uma correlação modesta entre as medidas de gravidade da incontinência e o

comprometimento da qualidade de vida (Stach-Lempinen, B., Sintonen, H., & Kujansuu, E. 2004).

A fiabilidade do 15D em pacientes com DM- tipo 2 é elevada pois os valores do CCI variam entre 0,766 e 0,973. É um instrumento de rápida aplicação, cerca de 5 a 10 minutos, e abrange as dimensões mais relevantes da qualidade de vida.

O 15D apresenta boa correlação com outros questionários de saúde, nomeadamente, SF-36, NHP ou EQ-5D. Por exemplo, segundo Rissanen, Sogaard e Sintonen (2000), houve uma concordância bastante próxima entre o 15D e o NHP entre pacientes com prótese de anca e joelho, fornecendo evidências de validade convergentes (Sintonen & Richardson, 1994).

Embora usando abordagens ligeiramente diferentes, os instrumentos 15D e NHP foram desenvolvidos para medir o mesmo constructo, ou seja, a QVRS. De facto, ambos os instrumentos foram aplicados à avaliação de resultados em várias intervenções de saúde como medidas genéricas e multidimensionais de QVRS (Rissanen, Sogaard & Sintonen 2000).

Capítulo VIII – Limitações do Estudo

Consideramos que este estudo tem algumas limitações, entre elas, podemos destacar a ausência de aplicação de outro questionário específico da diabetes e/ou de qualidade de vida, para validação da versão portuguesa do 15D na população com DM-tipo 2. Outro aspecto que consideramos como limitação, relaciona-se com o fato da amostra ser pequena (N=43), não tendo conseguido alcançar o N de 50 sujeitos, defendido como mínimo (Terwer et al., 2007), pois embora tenham sido facultados inúmeros contactos de pacientes com DM-tipo 2, só conseguimos adesão por parte destes 43 pacientes, nas duas entrevistas. Por último, consideramos também como limitação, a ausência de outras faixas etárias.

Capítulo IX – Conclusão

O processo de tradução, adaptação cultural e confiabilidade do questionário 15D para o português de Portugal foi realizado e obteve-se uma versão portuguesa do Questionário 15D, confiável. Consideramos o 15D um instrumento adequado para pacientes com diabetes tipo 2, não é extenso, é de fácil aplicação, e torna-se fácil obter um elevado grau de cumprimento de todos os inquiridos. Apesar da sua brevidade, o mesmo abrange as dimensões mais importantes da qualidade de vida e é um instrumento de fácil compreensão.

O 15D (português de Portugal), surge como uma ferramenta que pode agora ser utilizada no contexto dos cuidados de saúde primários portugueses, como instrumento de diagnóstico e com intuito de informar e avaliar eficientemente a qualidade de vida de pessoas que sofrem DM-tipo 2.

Capítulo X – Bibliografía

- Akinci, F., Yildirim, A., Ogutman, B., Ates, M., Gozu, H., Deyneli, O., . . . & Sayhan, O. Z. (2005). Translation, cultural adaptation, initial reliability, and validation of Turkish 15D's version: a generic health-related quality of life (HRQoL) instrument. *Eval Health Prof*, 28(1), 53-66. doi: 10.1177/0163278704273078
- Aletras, V. H., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. A., Vagia, M. G., Pelteki, H. J., Karatzoglou, G. I., ... & Yfantopoulos, J. N. (2009). Valuation and preliminary validation of the Greek 15D in a sample of patients with coronary artery disease. *Value in health*, 12(4), 574-579.
- Alonso, J., Anto, J. M., & Moreno, C. (1990). Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- American Diabetes Association (ADA) (2011). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* , 34 Suppl 1, pp.S11-61
- American Diabetes Association (ADA) (2014). Standards of medical care in diabetes-2014. *Diabetes care*, 37, S14.
- Amorim, M. I. S. P. L. (1999). Qualidade de vida e coping na doença crónica: Um Estudo com diabéticos não insulín dependentes.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., Vargas P, ... & Gil, A. P. (2016). 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde.
- Berlim, M. T., & Fleck, M. (2003). " Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 169-706.

- Direcção-Geral da Saúde – DGS (2017) Programa Nacional para a Diabetes, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde – DGS, Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao>
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Ferreira, P., & Rosete, M. (1996). Metodologia para avaliação cultural de instrumentos de medição do estado de saúde. *As reformas dos sistemas de saúde*, 255-265.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Góis, C. J. (2013). Estados depressivos em diabetes tipo 2. Universidade de Lisboa. Manuscrito não publicado.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., MA, J. L., & Tamborlane, W. V. (July de 2000). Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *The Journal of Pediatrics*, 137, 107-113. doi:doi.org/10.1067/mpd.2000.106568
- Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Haapaniemi TH, Sotaniemi KA, Sintonen H, Taimela E for the EcoPD Study Group (2004) The generic 15D instrument is valid and feasible for measuring health related quality of life in Parkinson's disease. *J Nerurol Neurosurg Psychiatry* 75: 976–983.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J., & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultation. *Social Science & Medicine*, 15A, 221-229
- International Diabetes Federation (IDF) (2003). Diabetes Atlas. International Diabetes Federation, Second Edition.

- Küçükdeveci, A. A., McKenna, S. P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., & Aras, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23, 31-38.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos med*, 3(11), e442.
- Moura, R., Gonçalves, G., Navarro, T., Britto, R., & Dias, R. (2011). Adaptação transcultural do questionário VEINES/QOL-SYM: avaliação da qualidade de vida e sintomas na doença venosa crônica. *Vasc Bras*, 10 (1), 17-25.
- Noronha, D. D., Martins, A. M., Dias Ddos, S., Silveira, M. F., De Paula, A. M., & Haikal, D. S. (2016). Factors in adult health-related quality of life: a population-based study. *Cien Saude Colet*, 21(2), 463-474. doi: 10.1590/1413-81232015212.01102015
- OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Okamoto, N., Hisashige, A., Tanaka, Y., & Kurumatani, N. (2013). Development of the Japanese 15D Instrument of Health-Related Quality of Life: Verification of Reliability and Validity among Elderly People. (H. K. Berthold, Ed.) PLoS One. doi:10.1371/journal.pone.0061721
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach; An Approach to the Use of Cronbach's Alfa. *Rev. colomb. psiquiatr*, 34(4), 572-580.
- Portney, L.; Watkins, M. (2000) Construct validity. *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice*. Prentice Hall Health. New Jersey, USA, 87-91.
- Porzolt, F., & Kaplan, R. M. (2006). *Optimizing health: improving the value of healthcare delivery*: Springer.
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.

- Rissanen, P., Sjøgaard, J., & Sintonen, H. (2000). DO QOL INSTRUMENTS AGREE?: A Comparison of the 15D and NHP in Hip and Knee Replacements. *International journal of technology assessment in health care*, 16(2), 696-705.
- Sintonen, H. (2001a). Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring healthrelated quality of life. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 156-160.
- Sintonen, H. (2001b). The 15D instrument of health related quality of life: Properties and applications. *Annals of Medicine*, 33, 328-336.
- Sintonen, H. (1995). The 15D measure of health-related quality of life. I. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system (Working Paper No. 42). Melbourne, Australia:National Centre for Health Program Evaluation.
- Sintonen H., & Pekurinen M (1993) A fifteen-dimensional measure of healthrelated quality of life (15D) and its applications. In: Walker SR, Rosser RM, editors. *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer. 185–195
- Sintonen, H., & Richardson, J. (1994). *The 15-d measure of health related quality of life: Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system*. Melbourne: National Centre for Health Program Evaluation.
- Stach-Lempinen, B., Sintonen, H., & Kujansuu, E. (2004). The relationship between clinical parameters and health-related quality of life as measured by the 15D in incontinent women before and after treatment. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 83(10), 983–988. doi.org/10.1111/j.0001-6349.2004.00629.x
- Squire, A., Simnett, I., Godinho, H. P., & Bastos, J. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*.
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34-42.
- Testa, M. A., & Simonson, D. C. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England journal of medicine*, 334(13), 835-840.

- Yfantopoulos, J. (2001). Validation and measurement of quality of life in Greece using EQ-15D. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 279-287.
- Weir, J.P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *Journal of strength and conditioning research*, 19 1, 231-40.
- Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
- World Medical Association (2008). Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *WMJ*, 54, 122–125.
- Zimmet P, Alberti K, Shaw J (2001) Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, 414, pp. 782-787

Anexos

Declaração de consentimento informado

Conforme a lei 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)

“Avaliação da Qualidade de Vida: Tradução e Adaptação Cultural do Questionário 15D para a população Portuguesa. Validação na população com Diabetes tipo 2”

Eu, _____

fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a analisar a qualidade de vida relacionada à saúde, através da utilização de um instrumento de avaliação, nomeadamente um questionário – 15D.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização. Compreendi a informação que me foi dada. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e concordo que sejam efetuados os questionários e a avaliação da condição física para uma melhor análise dos efeitos deste estudo.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Investigadores: Maria João Branco Costa e José Alberto Frade Martins Parraça

Data

____/____/____

Assinatura

QUESTIONÁRIO SOBRE QUALIDADE DE VIDA (15D)

Por favor, leia todas as alternativas de respostas para cada questão antes de colocar uma cruz (x) na alternativa que melhor descreve a sua situação atual. Prossiga desta forma ao longo das 15 questões, selecionando apenas uma resposta.

Questão 1 Mobilidade

- 1 () Sou capaz de andar normalmente (sem dificuldade) dentro de casa, ao ar livre e a subir e descer escadas.
- 2 () Sou capaz de andar sem dificuldade dentro de casa, mas ao ar livre, a subir e a descer escadas tenho algumas dificuldades.
- 3 () Sou capaz de andar sem ajuda dentro de casa (com ou sem recurso a equipamento de apoio), mas ao ar livre, a subir e a descer escadas, ando com dificuldade considerável ou com a ajuda de outros.
- 4 () Sou capaz de andar dentro de casa apenas com a ajuda de outros.
- 5 () Estou completamente acamado e incapaz de me mover.

Questão 2 Visão

- 1 () Eu vejo com normalidade, ou seja, eu consigo ler jornais e legendas na TV sem dificuldade (com ou sem óculos).
- 2 () Eu consigo ler jornais e / ou legendas na TV com ligeira dificuldade (com ou sem óculos).
- 3 () Eu consigo ler jornais e / ou legendas na TV com dificuldade considerável (com ou sem óculos).
- 4 () Eu não consigo ler jornais ou legendas com ou sem óculos, mas posso ver o suficiente para andar sem ajuda de um guia.
- 5 () Não consigo ver o suficiente para andar sem um guia, ou seja, eu estou quase ou completamente cego/a.

Questão 3 Audição

- 1 () Eu consigo ouvir com normalidade, ou seja, uma conversa normal (com ou sem aparelho auditivo).
- 2 () Consigo ouvir uma conversa normal com alguma dificuldade.

3 () Oíço uma conversa normal com uma dificuldade considerável; numa conversaço necessito que as vozes sejam mais elevadas que o normal.

4 () Mesmo quando me falam mais alto, mal consigo ouvir. Estou quase surdo/a.

5 () Estou completamente surdo/a.

Questão 4 Respiração

1 () Eu consigo respirar com normalidade, ou seja, sem falta de ar ou outra dificuldade respiratória.

2 () Tenho dificuldades em respirar durante o trabalho intenso ou na pratica desportiva, ou quando ando rapidamente num terreno plano ou ligeiramente inclinado.

3 () Tenho dificuldades em respirar quando caminho num terreno plano com a mesma velocidade de outras pessoas da minha idade.

4 () Tenho dificuldades em respirar após uma atividade mesmo que ligeira, como por exemplo lavar-me ou vestir-me.

5 () Tenho dificuldades respiratórias quase sempre, mesmo quando estou em repouso

Questão 5 Dormir

1 () Eu consigo dormir com normalidade, ou seja, não tenho problemas com o sono.

2 () Tenho ligeiros problemas com o sono, como por exemplo, dificuldade em adormecer, ou às vezes acordo durante a noite.

3 () Tenho problemas moderados com o sono, como por exemplo, sono perturbado, ou sentimento que não dormi o suficiente.

4 () Tenho grandes problemas com o sono, como por exemplo, tenho que usar comprimidos para dormir, muitas vezes ou por rotina, ou geralmente acordo durante a noite e / ou muito cedo pela manhã.

5 () Sofro de insónia severa, como por exemplo, dormir é quase sempre impossível, mesmo com o recurso pleno a comprimidos para dormir, ou fico acordado a maior parte da noite.

Questão 6 Comer

1 () Sou capaz de comer com normalidade, ou seja, sem a ajuda de outros.

2 () Sou capaz de comer sozinho com pouca dificuldade (como por exemplo, devagar, desajeitado, trémulo, ou com aparelhos especiais).

- 3 () Preciso de alguma ajuda de outra pessoa para comer.
- 4 () Sou incapaz de comer sozinha/o, tenho que ser alimentado por outra pessoa.
- 5 () Sou incapaz de comer, necessito de ser alimentado por tubos ou por via endovenosa.

Questão 7 Fala

- 1 () Sou capaz de falar com normalidade, ou seja, de forma clara, audível e fluente.
- 2 () Tenho algumas dificuldades em falar, como por exemplo, por vezes atrapalho-me com as palavras, murmuro ou faço mudanças no tom.
- 3 () Posso fazer-me entender, mas o meu discurso é por exemplo desarticulado, hesitante, balbuciante ou gaguejante.
- 4 () A maioria das pessoas tem grande dificuldade em entender o meu discurso.
- 5 () Apenas me consigo expressar por gestos.

Questão 8 Excreção

- 1 () A minha bexiga e intestino funcionam normalmente e sem problemas.
- 2 () Tenho ligeiros problemas com a minha bexiga e/ou função intestinal, como por exemplo, dificuldades para urinar, fezes moles ou prisão de ventre.
- 3 () Tenho problemas com a minha bexiga e/ou a função intestinal, como por exemplo, incontinência urinaria ocasional prisão de ventre ou diarreia de forma severa.
- 4 () Tenho sérios problemas com a minha bexiga e / ou função intestinal, como por exemplo, rotina de "acidentes", ou necessidade de cateteres ou clisteres.
- 5 () Não tenho controlo sobre a minha bexiga e/ou a função intestinal.

Questão 9 Atividades Habituais

- 1 () Sou capaz de realizar as minhas atividades habituais (como por exemplo, no trabalho, estudo, tarefas domésticas, atividades de tempos livres) sem dificuldade.
- 2 () Sou capaz desempenhar as minhas atividades habituais apesar de ser menos eficaz ou ter ligeiras dificuldades.
- 3 () Sou capaz de realizar as minhas atividades habituais, de forma muito menos eficaz, com muita dificuldade, ou de forma incompleta.
- 4 () Só consigo fazer uma pequena parte das minhas atividades que antes eram habituais.

5 () Sou incapaz de realizar qualquer uma das minhas atividades que anteriormente eram habituais.

Questão 10 Função Mental

1 () Sou capaz de pensar de forma clara e lógica, e tenho boa memória.

2 () Tenho ligeiras dificuldades em pensar de forma clara e lógica, às vezes tenho falhas de memória.

3 () Tenho na realidade dificuldades em pensar de forma clara e lógica, ou a minha memória está um pouco afetada.

4 () Tenho grandes dificuldades em pensar de forma clara e lógica, ou a minha memória está seriamente afetada.

5 () Estou permanentemente confuso/a e desorientado/a no espaço e no tempo.

Questão 11 Desconforto e sintomas

1 () Não tenho nenhum desconforto físico ou sintomas, como por exemplo, sofrimento, dor, náuseas, comichão etc.

2 () Tenho algum desconforto físico ou sintomas, como por exemplo, sofrimento, dor, náuseas, comichão etc.

3 () Tenho desconforto físico ou sintomas, como por exemplo, dor, náuseas, comichão etc.

4 () Tenho desconforto físico ou sintomas severos, como por exemplo, sofrimento, dor, náuseas, comichão etc.

5 () Tenho desconforto físico ou sintomas insuportáveis, por exemplo, sofrimento, dor, náuseas, comichão etc.

Questão 12 Depressão

1 () Não me sinto triste, melancólico/a ou deprimido/a.

2 () Sinto-me um pouco triste, melancólico/a ou deprimido/a.

3 () Sinto-me moderadamente triste, melancólico/a ou deprimido/a.

4 () Sinto-me muito triste, melancólico/a ou deprimido/a.

5 () Sinto-me extremamente triste, melancólico/a ou deprimido/a

Questão 13 Ansiedade

- 1 () Não me sinto ansioso/a, stressado/a ou nervoso/a.
- 2 () Sinto-me um pouco ansioso/a, stressado/a ou nervoso/a.
- 3 () Sinto-me moderadamente ansioso/a, stressado/a ou nervoso/a.
- 4 () Sinto-me muito ansioso/a, stressado/a ou nervoso/a.
- 5 () Sinto-me extremamente ansioso/a, stressado/a ou nervoso/a.

Questão 14 Vitalidade

- 1 () Sinto-me saudável e enérgico/a.
- 2 () Sinto-me um pouco abatido/a, cansado/a ou fraco/a.
- 3 () Sinto-me moderadamente abatido/a, cansado/a ou fraco/a.
- 4 () Sinto-me muito abatido/a, cansado/a ou fraco/a.
- 5 () Sinto-me extremamente abatido/a, cansado/a, fraco/a estou exausto/a.

Questão 15 Atividade Sexual

- 1 () O meu estado de saúde não tem qualquer efeito adverso sobre a minha atividade sexual.
- 2 () O meu estado de saúde tem um ligeiro efeito sobre a minha atividade sexual
- 3 () O meu estado de saúde tem um efeito considerável sobre a minha atividade sexual.
- 4 () O meu estado de saúde faz com que a atividade sexual seja quase impossível.
- 5 () O meu estado de saúde faz com que a atividade sexual seja impossível.