

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE –
ADLQ - PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM A DOENÇA
DE ALZHEIMER.**

MARIA ESTELA DE MEDEIROS

Natal / RN

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maria Estela de Medeiros

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE – ADLQ -
PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM A DOENÇA DE
ALZHEIMER.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra.

Natal / RN

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde:

Prof^a. Dr^a. Técia Maria de Oliveira Maranhão

Maria Estela de Medeiros

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES
PSICOMÉTRICAS DO ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE – ADLQ -
PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM A DOENÇA DE
ALZHEIMER.**

Presidente da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra (UFRN)

Profª. Dr^a. Rosângela Corrêa Dias (UFMG)

Prof. Dr. João Carlos Alchieri (UFRN)

CATALOGAÇÃO NA FONTE

B333a

Medeiros, Maria Estela de.

Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do Activities of Daily Living Questionnaire – ADLQ – para avaliação funcional de pacientes com a doença de Alzheimer / Maria Estela de Medeiros. – Natal, 2009.

124p.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Doença de Alzheimer – Dissertação. 2. Avaliação – Dissertação. 3. Activities of Daily Living Questionnaire – ADLQ – Dissertação. I. Guerra, Ricardo Oliveira. II. Título.

RN-UF/BS-CCS

CDU: 616.892.3(043.3)

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo a todos os idosos com a doença de Alzheimer, pois foram eles que continuaram a me impulsionar na idealização deste trabalho, pela necessidade de serem criados novos caminhos e perspectivas para lhes proporcionarem um viver mais digno e com uma melhor qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela força necessária nos momentos mais difíceis, fazendo-me acreditar na concretização de mais esta importante etapa de minha história.

Ao orientador Ricardo Oliveira Guerra, pela confiança depositada.

Aos idosos com a doença de Alzheimer que, apesar da pouca compreensão e, muitas vezes, sem perceber, passaram verdadeiras lições de vida e ensinaram o quanto é difícil, mas possível, enfrentar a doença.

À enfermeira Betânia Maciel e a todos os integrantes do Grupo CUIDANDO DE QUEM CUIDA – Candelária/Natal-RN, pela acolhida e pela contribuição com a fase inicial do trabalho, recebendo-me em seus domicílios para a avaliação e orientações junto ao seu familiar com Alzheimer.

À Keithlen e Diana, companheiras de jornada, pela torcida e disponibilidade constante em ajudar.

Aos meus pais, pelas orientações e pelo estímulo constante, ajudando-me a acreditar que era preciso seguir.

A todas as minhas amigas, fisicamente próximas e distantes, pela torcida e vibrações positivas durante todo o árduo processo de realização do trabalho.

À amiga Luciana Protásio, pelo apoio e ajuda durante o cansativo período de intervenção prática à época da coleta dos dados.

À amiga Adriana, pelo estímulo e descobertas ao longo do processo, por aprendermos juntas que nada é por acaso e tudo acontece no momento certo.

Em especial, à amiga Tatiana pelo caminho percorrido, pela torcida, pelo apoio nos momentos mais críticos, pelo suporte no trabalho e pela irmandade de sempre.

Ao meu amigo Marlos, pelo estímulo durante toda a minha caminhada, fazendo-me acreditar que sempre é possível sustentar o fazer diferente.

A todos que contribuíram e me incentivaram: o meu sincero muito obrigada!

Maria Estela de Medeiros

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Figuras.....	xii
Lista de Abreviaturas.....	xiii
RESUMO.....	xiv
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 Objetivos.....	29
2.1.1 Objetivo Geral.....	29
2.1.2 Objetivos Específicos.....	29
3 MÉTODOS.....	31
3.1 Caracterização da Pesquisa.....	31
3.2 População e Amostra.....	31
3.3 Procedimentos.....	32
3.3.1 Tradução e Adequação Cultural do ADLQ.....	32
3.3.2 Composição da Amostra.....	34
3.3.3 Estudo Piloto.....	34
3.3.4 Instrumento da Coleta de Dados - ADLQ - Versão Traduzida.....	35
3.3.5 Coleta de Dados – Aplicação do ADLQ - Versão Traduzida e MEEM.....	35
3.4 Análise de Dados.....	37
4 RESULTADOS.....	40
4.1 Elaboração da Versão Traduzida e Adequação Cultural do ADLQ.....	40
4.2 Análise das Propriedades Psicométricas.....	42
4.2.1 Validade da Versão Traduzida do ADLQ em Relação a um Padrão.....	42
4.2.2 Validade de Conteúdo.....	44
4.2.3 Validade de Construto.....	44
5 DISCUSSÃO.....	59
5.1 Elaboração da Versão Traduzida e Adequação Cultural do ADLQ.....	59
5.2 Análise das Propriedades Psicométricas.....	60
5.2.1 Validade da Versão Traduzida do ADLQ em Relação a um Padrão.....	60
5.2.2 Validade de Conteúdo.....	60
5.2.3 Validade de Construto.....	61
6 CONCLUSÃO.....	65

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICES.....	73
	ANEXOS.....	85
	ABSTRACT.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características dos pacientes portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	41
Tabela 2	Características dos cuidadores dos portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	42
Tabela 3	Estatísticas das variáveis MEEM e ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	43
Tabela 4	Relação das variáveis que compõem o ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	45
Tabela 5	Matriz de correlação entre os itens das atividades de autocuidado e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	46
Tabela 6	Matriz de correlação entre os itens dos afazeres domésticos e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	47
Tabela 7	Matriz de correlação entre os itens do trabalho e atividades recreativas e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	48

Tabela 8	Matriz de correlação entre os itens de compras e dinheiro e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	49
Tabela 09	Matriz de correlação entre os itens da forma de locomoção e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	50
Tabela 10	Matriz de correlação entre os itens da forma de comunicação e os demais itens do ADLQ para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	51
Tabela 11	Correlação dos itens internos e o ADLQ total para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	53
Tabela 12	Comparação dos modelos propostos com relação ao número de fatores, número de variáveis e variância explicada para os portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	54
Tabela 13	Arbitrando o número de fatores a ser derivado para os dados de portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	55

Tabela 14	Rotação Varimax da matriz dos componentes do ADLQ para os dados de portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	56
Tabela 15	Análise de confiabilidade com cada uma das questões deletada dos portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Correlação entre o valor bruto do MEEM e o nível de dependência funcional dos portadores da doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.....	43
------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DA	Doença de Alzheimer
ADLQ	Activities daily living questionnaire
MEEM	Miniexame do estado mental
AVD	Atividades da vida diária
ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke
ADRDA	Alzheimer's Disease and Related Disorders Association.
DSM-IV	Manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais – 4ª Edição
AVC	Acidente vascular cerebral
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
BTS	Bartlett test of sphericity

RESUMO

O *Activities daily living questionnaire* - ADLQ foi elaborado para avaliar atividades básicas e instrumentais em pacientes com a doença de Alzheimer. O objetivo principal deste estudo consistiu em realizar a tradução do ADLQ para a língua portuguesa, adaptação transcultural e análise das suas propriedades psicométricas. A amostra foi composta por 60 pacientes e os respectivos 60 cuidadores. O estudo iniciou-se com a tradução do instrumento pela técnica de retrotradução associada ao método bilíngüe. A versão traduzida foi respondida pelo cuidador e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) aplicado ao paciente. A análise psicométrica foi realizada através da validade das medidas do instrumento. Os resultados verificaram uma correlação inversamente significativa ($r=-0,793;p<0,05$) entre os instrumentos avaliados, com uma explicação da variância total de 62%. A coerência interna do instrumento foi realizada através da correlação com os resultados do MEEM sugerindo uma versão condensada do ADLQ. Avaliando-se através do teste t para amostras correlacionadas, as médias do ADLQ-versão traduzida e versão condensada não apresentaram diferenças significativas, demonstrado assim que a simplificação do instrumento não alterou os valores do nível de dependência funcional observados. A análise fatorial realizada através da rotação Varimax indicou seis dimensões. Atividades como; comer, vestir-se, banho, necessidades fisiológicas, tomar comprimidos, participação em grupos, administrar finanças, manusear dinheiro, locomover pela vizinhança, usar telefone, compreensão, dentre outras, são os mais importantes preditores da capacidade funcional, no grupo estudado. Atividades com desempenho pouco comum a ambos os sexos, e no desempenho de papéis sociais enquanto gênero na sociedade brasileira (afazeres domésticos, consertos

e manutenção em casa), na amostra estudada, não demonstraram ter importância na determinação da capacidade funcional com o paciente com a Doença de Alzheimer. O presente estudo disponibiliza uma nova ferramenta de avaliação funcional, visando contribuir para a mensuração mais cuidadosa do estado funcional do paciente por todos os profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Avaliação, Activities of Daily Living Questionnaire-ADLQ.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial é um fato recente, universal e inexorável. Suas causas são multifatoriais e diferentes em países desenvolvidos e em desenvolvimento, mas suas consequências são igualmente importantes do ponto de vista social, médico e de políticas públicas¹. Uma das principais consequências do crescimento desta parcela da população é o aumento da prevalência das demências, especialmente da doença de Alzheimer (DA)².

A doença de Alzheimer (DA) é um dos tipos mais comuns de demência. É uma doença neurológica, progressiva, degenerativa, lenta e irreversível, que dura em média oito anos, podendo variar de dois a vinte anos³. O diagnóstico exige a constatação de deterioração ou declínio cognitivo em relação à condição prévia do indivíduo, suficiente para prejudicar as atividades de vida diária^{2, 4}.

Nesse contexto, é inserido o que se denomina avaliação funcional, através da qual se busca verificar em que nível a demência impede o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Essa avaliação se torna, portanto, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários⁵.

Desta forma, com o crescimento mundial da população idosa e a preocupação em relação à capacidade funcional vêm surgindo como novo destaque para a estimativa da saúde desse segmento etário. Esse aumento

gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e, com isso, o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento. O diagnóstico baseado somente na avaliação clínica torna-se inadequado com a real condição de saúde da população idosa, já que, para essa faixa etária, os níveis de funcionalidade e independência são dados mais relevantes do que somente a presença de condições mórbidas. O diagnóstico das moléstias continua sendo importante para o tratamento clínico, porém, associado a isso, deve haver compreensão quanto aos aspectos funcionais. Eles não envolvem somente a saúde física e mental, mas também a capacidade de autocuidado, a qual irá revelar o grau de independência funcional do idoso. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos⁶.

Novas estratégias terapêuticas têm surgido no tratamento da doença de Alzheimer, retardando a progressão dos sintomas e possibilitando melhora na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Essas novas abordagens terapêuticas e a pesquisa de fatores de risco para demência, em estudos epidemiológicos, têm estimulado a busca de instrumentos de avaliação, que permitam identificar na prática clínica e na comunidade os casos dessa doença⁷.

A escolha do tema desta dissertação deu-se em função da necessidade de instrumentos de avaliação funcional específicos para a doença de Alzheimer, adaptados ao contexto brasileiro para que a partir de uma avaliação detalhada e específica, políticas públicas eficazes de intervenção possam ser desenvolvidas e aplicadas junto à população de idosos com a doença de Alzheimer.

O desenvolvimento de instrumentos de avaliação funcional adequados à nossa realidade é essencial para desenvolver estudos epidemiológicos consistentes em nosso meio e auxiliar na elucidação diagnóstica na prática clínica, identificando os pacientes em estágios precoces de demência, quando a intervenção terapêutica pode ser mais eficaz^{6,7}.

O trabalho em questão gira em torno do processo de envelhecimento associado às doenças crônico-degenerativas como a doença de Alzheimer e da necessidade da detecção precoce dos casos a partir de uma avaliação precisa do idoso, considerando, não apenas o déficit cognitivo, mas também a sua capacidade funcional por meio de instrumentos de avaliação sensíveis o suficiente para detectar as reais limitações funcionais do idoso, para que políticas públicas eficazes de intervenção sejam realizadas.

Baseado em estudos teóricos e práticos na área do envelhecimento e visando contribuir para o campo da ciência da saúde, o presente estudo surge com a proposta de realizar a tradução, adaptação cultural e análise das propriedades psicométricas do *Activities of daily living questionnaire* – ADLQ, questionário de atividades de vida diária, disponibilizando assim, para a população brasileira, bem como para os profissionais da área da saúde, um instrumento específico para avaliação do desempenho das atividades de vida diária de pacientes com a doença de Alzheimer.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Entre os problemas de saúde que ocorrem com mais frequência nesta fase da vida está a demência, caracterizada pela presença do declínio da função cognitiva, incluindo a memória, e interferência no funcionamento ocupacional ou social. A prevalência de demência dobra a cada cinco anos de aumento da idade, indo de 3%, aos 70 anos, para 20-30%, aos 85 anos⁸.

A demência é uma síndrome clínica de diversas etiologias, caracterizada por um decréscimo adquirido e persistente da memória e da função cognitiva, que se manifesta por uma deficiência de memória somada à perda de outras funções corticais como linguagem, habilidades para realizar tarefas físicas complexas, para identificar objetos ou pessoas ou para construir objetos, pensamento abstrato, julgamento e personalidade³.

A DA é o tipo mais comum de demência, acometendo de 1-6% da população mundial. No Brasil, estima-se que, dos 15 milhões de brasileiros com mais de 60 anos de idade, 6% são portadores da DA. As taxas de incidência na população brasileira são comparáveis às aquelas relatadas em estudos ocidentais e asiáticos^{9,10}.

Na DA, ocorrem mudanças na estrutura do cérebro. Inicialmente verifica-se a presença de placas senis que são lesões encontradas em todas as estruturas do córtex cerebral e no hipocampo, formadas por uma parte central de material amilóide revestida por terminações axonais aumentadas, os neuritos. A presença de emaranhados neurofibrilares também é verificada; lesões intracelulares constituídas pelo acúmulo de material fibrilar anormal, ocorrendo principalmente no hipocampo e posteriormente também em todo o

córtex cerebral. Por fim, vem a perda celular, acompanhada de uma diminuição do número das arborizações dendríticas e a atrofia do córtex cerebral, cujo processo geralmente é difuso, podendo ser mais grave nos lobos frontal, parietal e temporal^{3,11-13}. Na medida em que as células morrem e são formadas as placas senis, o cérebro não consegue funcionar como deveria, de modo que as áreas afetadas por estas mudanças degenerativas são aquelas que controlam as funções da memória, concentração e raciocínio^{14,15}. A presença de placas beta-amiloide e de redes neurofibrilares são consideradas fundamentais para o desenvolvimento da doença de Alzheimer e sua concentração e distribuição têm sido consistentemente correlacionada com a gravidade da demência¹⁶.

Desta forma, o estabelecimento da DA deve-se ao acúmulo de eventos genéticos e ambientais. Cada um desses eventos contribui com pequenos efeitos que resultam, em conjunto, no estabelecimento da doença com diferentes graus de severidade¹⁷. A evolução da doença pode ser caracterizada de acordo com o nível de comprometimento cognitivo e o grau de dependência do indivíduo^{16,18}.

Os primeiros sintomas da DA aparecem usualmente após os 65 anos, podendo a evolução do quadro clínico ser dividida em fase leve, moderada e avançada. Nos estágios iniciais da doença, o paciente demonstra dificuldade em pensar com clareza, tende a cometer lapsos e a se confundir facilmente, além de apresentar queda em seu rendimento funcional em tarefas complexas. Observa-se tendência ao esquecimento de fatos recentes e dificuldade para registrar novas informações. À medida que a doença progride, já na fase moderada, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar as tarefas

mais simples, como utilizar utensílios domésticos, ou ainda para vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentar-se. Na doença mais avançada, o indivíduo acaba por perder a capacidade de agir de modo independente, tornando-se dependente de um cuidador. O quadro se agrava quando o paciente desenvolve sintomas psicóticos ou alterações comportamentais, muitas vezes disruptivas, impondo grande desgaste para o próprio paciente e sobrecarga ao cuidador. O óbito geralmente advém após 10 a 15 anos de evolução, como complicação de comorbidades clínicas ou quadros infecciosos em indivíduos que se tornaram progressivamente fragilizados pela doença crônica. Em cada uma destas etapas sucessivas, pode-se observar gradativa perda da autonomia e, conseqüente, aumento das necessidades de cuidados e supervisão de terceiros para os portadores da doença^{3,4}.

O indivíduo torna-se progressivamente incapaz de desempenhar atividades da vida diária (trabalho, lazer, vida social) e de cuidar de si mesmo (cuidar do próprio asseio pessoal, vestir-se, alimentar-se), passando a depender de um cuidador. Na doença avançada, observa-se ainda a tríade afasia, apraxia e agnosia, caracterizada pela perda significativa da linguagem, da capacidade de desempenhar tarefas e de nomear pessoas e objetos. Alterações psíquicas e comportamentais, tais como psicose, alterações do humor e do sono, agitação psicomotora e agressividade, estão presentes em até 75% dos casos, em algum estágio da evolução da demência^{2,4}.

A apresentação clássica da doença envolve, portanto, prejuízos nas habilidades para aprender e lembrar materiais aprendidos recentemente; prejuízo adicional em outros aspectos cognitivo como atenção, linguagem, função visuoespacial e passividade aumentada e espontaneidade diminuída. A

taxa de deterioração clínica normalmente progride mais lentamente durante os estágios iniciais da doença de Alzheimer e acelera à medida que esta se torna mais severa^{19,20}.

Desta forma, o prejuízo cognitivo é a principal queixa clínica do paciente com a doença de Alzheimer, caracterizada pelo déficit na memória episódica de longo termo (devido à baixa performance na evocação) e na memória de curto prazo que pode estar relacionada com a gravidade do quadro. Percebe-se que pacientes com DA desempenham baixa atividade em tarefas que envolvem nomeação, fluência verbal e uso correto de sentenças e vocabulários, todos estes utilizados para formar a memória semântica, mais bem definida como uma representação mental de palavras, objetos e significação de ações para memória de longo prazo. Assim, ações para realizar atividades da vida cotidiana estariam comprometidas, quer por esquecimento, quer por déficit no próprio conceito da ação em si⁴.

Sendo assim, dentre os critérios clínicos mais utilizados para o diagnóstico da doença de Alzheimer, incluem-se o comprometimento da memória e, ao menos, um outro distúrbio, como apraxia, agnosia ou afasia. Tal declínio interfere nas atividades da vida diária e, portanto, na autonomia do indivíduo. A abordagem do paciente com demência deve incluir, sempre, a avaliação e monitoramento das habilidades cognitivas, da capacidade para desempenhar atividades da vida diária, do comportamento e da gravidade global do quadro^{2,4,18}.

Apesar de ainda gerar controvérsias, o diagnóstico precoce das demências possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, prolonga autonomia e, talvez, em alguns casos, evite ou retarde o

início do processo demencial². A tomografia computadorizada e, particularmente, a ressonância magnética revelam atrofia da formação hipocampal e do córtex cerebral, de distribuição difusa ou de predomínio em regiões posteriores. O diagnóstico definitivo só é possível por exame anatomopatológico^{18,21}.

O diagnóstico da doença baseia-se, portanto, no uso de dados indicadores da presença de deterioração da capacidade intelectual e funcional do indivíduo, decorrente da existência de declínio em habilidades intelectuais como a memória, linguagem, percepção, atividades motoras, abstração e planejamento²².

Desta forma, numa avaliação clínica do paciente, faz-se necessária a identificação do grau de comprometimento cognitivo, para que programas de reabilitação eficazes sejam propostos como parte de uma intervenção terapêutica não-medicamentosa, esta última com o objetivo de retardar o avanço da doença, além de favorecer a melhora da qualidade de vida do paciente^{3, 22,23}.

A utilização de instrumentos de avaliação cognitiva mostra-se fundamental, visto que o prejuízo cognitivo é a principal queixa clínica do paciente com a doença de Alzheimer²².

O Miniexame do estado mental (MEEM) é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois é simples, de aplicação rápida e autoexplicativa. Determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa. É composta por diversas questões, caracteristicamente agrupadas em sete categorias, cada uma com a finalidade de avaliar funções cognitivas específicas como orientação, retenção ou registro

de dados, atenção e cálculo, memória e linguagem. O escore pode variar de um mínimo de 0 a 30 pontos. A escala tem boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (0,8% a 0,95%), e o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade (54% a 100%) e especificidade (62% a 100%) para os casos de indivíduos com alta escolaridade sem diagnóstico de demência⁴.

Por outro lado, a disfunção cognitiva das formas iniciais de DA é frequentemente mal interpretada como fazendo parte do processo normal de envelhecimento, contribuindo para dificuldades de reconhecimento de formas precoces. Outro fator é a possibilidade de os indivíduos mais idosos terem atividades menos exigentes do ponto de vista cognitivo, tornando o declínio cognitivo silencioso. Pelo lado dos cuidadores e familiares existem fatores como o conhecimento geral sobre a DA e os apoios disponíveis que são determinantes na procura de diagnóstico²⁴.

A avaliação dos pacientes com demência não termina, no entanto, com a demonstração de que dificuldades cognitivas estão presentes. Alterações no desempenho das atividades de vida diária também são observadas na maioria desses indivíduos, embora a detecção de vários desses sintomas dependa, com frequência, de informações fornecidas pelo cuidador do paciente^{6,25}. A avaliação do desempenho funcional mostra-se como um aspecto importante para o diagnóstico da demência, devendo ser utilizada para orientar os profissionais de saúde, bem como os cuidadores destes pacientes sobre os cuidados adequados. Por todas essas razões, a avaliação de atividades de vida diária é reconhecida cada vez mais como uma medida valiosa de resultado em testes clínicos²⁶.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, na prática, trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade²⁷. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de atividades da vida cotidiana, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las²⁵. Dois tipos principais de habilidades são medidas por escalas de avaliação funcional: as atividades básicas de vida diária – ABVD, que consistem em atividades realizadas habitualmente, tais como vestir-se, tomar banho e comer. Em contraste, as atividades instrumentais de vida diária - AIVD - requerem organização e planejamento e incluem tarefas como fazer compras, usar transporte público, preparar refeições, organizar finanças, manter a casa e usar telefone^{27,28}.

No Brasil, comprometimento cognitivo associado à dependência nas atividades da vida diária, verificado na doença de Alzheimer, está fortemente relacionado com mortalidade em idosos residentes em centros urbanos. Pesquisadores sugerem que a combinação de uma escala funcional, que avalia atividades da vida diária e um teste cognitivo (por exemplo, o MEEM) seria complementar em indivíduos com suspeita de síndrome demencial e, como consequência, aumentariam a sensibilidade e especificidade para rastrear a doença em uma população não homogênea como a nossa, do ponto de vista cultural e socioeconômico⁴.

A prática clínica geriátrica deve se preocupar com a qualidade de vida, contendo assim uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis de tais funções. O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação

geriátrica, resumindo os fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes idosos. Outras dimensões, como a avaliação social e cognitiva, são também necessárias na avaliação geriátrica, mas interagem de tal forma com o estado funcional, que uma alteração nesta dimensão pode indicar problemas nestas outras¹.

A avaliação funcional mostra-se, portanto, como um aspecto importante, devendo ser utilizada para orientar a população sobre os cuidados adequados, medidas de gravidade da doença e determinadas necessidades dos cuidadores²⁶.

Segundo as diretrizes para o diagnóstico de demência, a abordagem do paciente com demência deve incluir sempre a avaliação e monitoramento das funções cognitivas, comprometimento das atividades da vida diária, do comportamento, e da gravidade do quadro clínico, de modo que apenas a investigação do comprometimento cognitivo pode apresentar várias limitações²⁹.

Desta forma, o uso de instrumentos combinados tem mostrado resultados promissores na melhora da precisão ou classificação correta do rastreio de demência, em especial na fase leve da doença. Pesquisadores têm investigado a combinação de um teste cognitivo com uma escala funcional, os quais seriam complementares para a avaliação dos pacientes com suspeita de demência⁷.

Com uma avaliação precisa, torna-se possível também conhecer a heterogeneidade clínica e os fatores que influenciam o início e o curso da doença de Alzheimer, bem como a possibilidade de traçar tratamentos específicos para cada paciente³⁰.

A investigação da gravidade do quadro demencial é um dos aspectos

fundamentais da avaliação do paciente com demência. Isso possibilita uma maior constatação do comprometimento causado pela doença, bem como da capacidade funcional do paciente.

Muitas das escalas iniciais de atividades de vida diária (AVD's) foram designadas para uso na reabilitação, enfatizando mais as atividades físicas em relação às cognitivas. Essas escalas são menos aplicáveis para a população com demência, cujas limitações nas AVD's são mais frequentemente em decorrência do declínio cognitivo, com as habilidades físicas permanecendo relativamente intactas por um longo tempo²⁶.

Os métodos habituais de se realizar uma avaliação funcional estruturada consistem na observação direta e por questionários, sistematizados por meio de escalas que aferem os principais componentes da dimensão. Tais escalas, portanto, compõem os instrumentos de avaliação funcional¹.

A dimensão de estado funcional é central para uma avaliação geriátrica. Os instrumentos de avaliação funcional podem ser utilizados como medidas de saúde geral ou específica, além de servir como instrumentos de pesquisa, triagem ou avaliação clínica, medir graus de dependência mais grave e até incapacidade para funções físicas e sociais. A escolha dos instrumentos dependerá do ambiente operacional e dos objetivos^{1,26}.

Muitos instrumentos requerem observação clínica do paciente e consomem tempo, sendo impraticável a utilização num grupo clínico ambulatorial. Várias escalas têm sido designadas para detectar sinais precoces de demência, mas na identificação de sintomas em estágios mais tardios de demência ou na progressão dos sintomas depois do início da doença não tem sido estabelecido²⁶.

Faz-se necessário, portanto, um mapeamento mais sistemático e elaborado de instrumentos de avaliação funcional, principalmente em relação ao idoso com demência, permitindo assim uma avaliação apurada da real capacidade funcional do idoso, bem como a utilização adequada dos instrumentos nos meios científico e clínico¹.

O *Activities of daily living questionnaire-ADLQ* é um questionário elaborado para avaliar atividades básicas e instrumentais em pacientes com DA, quantificando as habilidades funcionais de indivíduos com déficits cognitivos, como a doença de Alzheimer. Esse instrumento foi originalmente desenvolvido com base na experiência clínica com pacientes com demência e conhecimento de áreas de declínio funcional com provável impacto nestas atividades. Em adição ao escore de prejuízo global, seis escores da subescala são calculados para avaliar declínio nas seguintes áreas: cuidados pessoais, cuidados em casa/família, trabalho e lazer, compras e dinheiro, viagem e comunicação. Foi usada num estudo por Locascio e colaboradores e tem sido consistente com outras medidas na detecção do declínio funcional em indivíduos com provável DA²⁶.

Uma avaliação geriátrica eficiente e completa deve visar o diagnóstico precoce dos problemas de saúde e a orientação dos serviços de apoio, com a finalidade de manter as pessoas saudáveis e em seus lares, de forma ainda que um tratamento iniciado cedo e sendo adequado pode influenciar na qualidade de vida, bem como nos resultados médicos^{1,25}.

As novas estratégias terapêuticas que têm surgido para o tratamento da demência e em especial da doença de Alzheimer, além de retardar a progressão e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, têm estimulado a

busca de instrumentos de rastreio que permitam identificar os casos leves e moderados da doença na prática clínica e na comunidade⁷. A incapacidade nas atividades de vida diária tem um grande impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores, sendo um aspecto que prediz mais fortemente o uso de serviços de saúde e a institucionalização, mais do que outras medidas de gravidade³¹.

Num momento em que se torna claro o benefício do início precoce de terapêuticas farmacológicas e de sessões de estimulação cognitiva e funcional, só o diagnóstico precoce da DA e uma avaliação cognitiva e funcional por todos os profissionais de saúde a partir de instrumentos específicos poderão permitir a utilização das estratégias de tratamento de uma forma mais rentável na fase da doença quando serão mais eficazes²³. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a eficácia e a eficiência das intervenções propostas⁵.

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo Geral

- Traduzir, adaptar culturalmente e analisar as propriedades psicométricas do Questionário de Atividades de Vida Diária (ADLQ) para pacientes com a doença de Alzheimer, desenvolvido originalmente em inglês, proposto por Johnson *et al* (2004).

2.1.2 Objetivos Específicos

Verificar a validade de conteúdo das medidas obtidas com o instrumento.

Comparar e analisar a validade da versão traduzida do ADLQ em relação a um padrão – Mini-exame do estado mental (MEEM).

Verificar a validade de construto através da consistência interna das medidas obtidas com o instrumento.

Sugerir um instrumento de avaliação funcional mais condensado, a partir da correlação significativa com os itens do MEEM.

3 MÉTODOS

3.1 Caracterização da Pesquisa

A pesquisa consiste num estudo exploratório, visto que leva ao conhecimento de variáveis importantes de um dado problema; mediante análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do questionário de atividades de vida diária para pacientes com a doença de Alzheimer³².

3.2 População e Amostra

O presente estudo foi desenvolvido com pacientes portadores da doença de Alzheimer e seus cuidadores, participantes do grupo de apoio “Cuidando de quem cuida”, na Cidade do Natal/RN. A amostra foi composta por 60 cuidadores de 60 pacientes com DA, de acordo com os critérios de inclusão. Os idosos deveriam apresentar diagnóstico médico provável da DA baseado nos critérios utilizados na prática clínica médica (NINCDS-ADRDA e do DSM-IV), não apresentar patologias neuroevolutivas (doença de Parkinson) ou doença neurovascular (AVC), idade igual ou superior a 60 anos, encontrando-se em qualquer estágio da DA. Como critérios de inclusão do cuidador, estabelecidos pelo pesquisador, ele deveria ser a pessoa com maior contato e responsabilidade em assistir o paciente. Além disso, o paciente pelo qual é responsável deveria estar enquadrado inicialmente nos critérios de inclusão acima mencionados.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Tradução e Adequação Cultural do ADLQ

A tradução e adequação cultural para a população brasileira do ADLQ (Anexo 1) ocorreu inicialmente com a autorização dos autores do estudo original (Anexo 2). A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nº 187/05 – CEP/UFRN, instituição de ensino onde foi realizado o estudo (Anexo 3).

O ADLQ é dividido em seis seções endereçadas a avaliar áreas diferentes de atividade de vida diária como cuidados pessoais, cuidados em casa/família, trabalho/lazer, compras/dinheiro, viagem e comunicação, tendo cada sessão de 3 a 6 itens. Cada um dos itens é pontuado numa escala de 4 pontos, variando de 0 (“sem problemas”) a 3 (“não é capaz de desempenhar a atividade”). Para cada item, existe também um valor (9) fornecido, por exemplo, naqueles que o paciente pode nunca ter realizado aquela atividade no passado (“nunca fiz essa atividade”), parou a atividade anteriormente ao início da demência (como parou de trabalhar antes de os sintomas da demência estarem aparentes), ou porque o marcador (cuidador), por uma variedade de razões, pode não ter a informação (“não sei”). A pontuação é calculada da seguinte forma: para cada seção (exemplo: autocuidado; afazeres domésticos, etc.), conta-se o número total de questões respondidas (exceto as questões de número “9”: “não sei” ou “nunca foi responsável por esta atividade”) e multiplica-se por 3 o número total de questões respondidas, representando a pontuação máxima para aquela sessão. Em seguida, soma-se a pontuação total (i.e., a soma das respostas) para aquela sessão e divide-se pela pontuação máxima. Por fim, multiplica-se por 100 para obter a porcentagem da

diminuição de capacidade. Por exemplo se as questões foram respondidas da seguinte maneira na seção Auto Cuidado (Item A= 0, B= 2, C=9, D=0, E=1, F= 9), o número total de questões respondidas seria 4 (A, B, D e E). A pontuação máxima é 12. A pontuação total para aquela sessão é 3. E a porcentagem da diminuição de capacidade é $3/12$ ou $0,25 \times 100 = 25\%$. Repete-se esse procedimento para cada seção e soma o total para obter a pontuação de porcentagem de diminuição de capacidade equivalente ao teste inteiro. O valor de 0-33% indica incapacidade leve, 34%-66%, incapacidade moderada e 67%-100%, incapacidade grave²⁶.

O procedimento para a tradução e adequação foi adaptado de um protocolo aceito internacionalmente proposto pelo *International Quality of Life Assessment Project*^{33,34}. A técnica utilizada foi a retrotradução associada ao método bilíngüe, como realizado em estudo similar³⁵. As etapas adaptadas do protocolo e realizadas no presente estudo serão descritas a seguir: inicialmente, dois professores bilíngües, responsáveis pelas versões em inglês de diversos programas de pós-graduação da UFRN, cientes do objetivo da pesquisa, traduziram o questionário, visando a uma equivalência de conteúdo, semântica e conceitual com a versão original. Diante disso, foi obtida a primeira versão em português do questionário original. Posteriormente, a versão em português foi enviada para uma colaboradora bilíngüe (português/inglês), desprovida de qualquer conhecimento prévio do material a ser retrotraduzido. Com o retorno da nova versão do questionário em inglês, os professores bilíngües participantes da primeira fase do estudo, realizaram uma análise comparativa minuciosa desta nova versão com a versão original em inglês. Após um consenso obtido entre as duas versões em inglês e a sua tradução

para a língua portuguesa, foi obtida a segunda versão do questionário em português, ADLQ – versão traduzida, sendo esta aplicada no estudo. Para isso, a tradução do texto original foi revisada pelo pesquisador da versão brasileira do questionário original e dois profissionais com experiência clínica na área, familiarizados com o conteúdo, visando verificar se a tradução adequava-se à realidade da população local a ser estudada. Foi realizado apenas um ajuste na seção 3, do questionário (“trabalho e atividades recreativas”) – opção 2, do item B (“nas atividades recreativas”), que abordava como exemplo de atividade recreativa o golfe. Por não se enquadrar como atividade praticada na realidade brasileira, optou-se pela retirada do referido termo e sua substituição pelo dominó, por se tratar de uma modalidade recreativa usualmente praticada pela população idosa no País e por ambas terem relativamente o mesmo nível de exigência física.

3.3.2 Composição da Amostra

Para a composição da amostra, foi possível contar com a colaboração de familiares de idosos com a Doença de Alzheimer, integrantes do grupo de apoio CUIDANDO DE QUEM CUIDA, na Cidade do Natal/RN. Cerca de 100 familiares foram contatados pessoalmente ou por telefone pelo pesquisador para a explicação do estudo. Aquele cuidador cujo familiar com a DA estava dentro dos critérios de inclusão e que concordou em colaborar com a pesquisa recebeu uma visita domiciliar marcada previamente com o pesquisador para a aplicação do questionário, totalizando assim 60 cuidadores e 60 pacientes.

3.3.3 Estudo Piloto

Dentre o grupo formado pelos 60 cuidadores e 60 pacientes com DA que concordaram em participar do estudo, foram selecionados aleatoriamente,

seis cuidadores para a coleta dos dados num pré-teste, correspondendo a 10% da amostra. Para a adequação cultural do instrumento, foi acrescentado a todos os itens a alternativa “não compreendi a pergunta”. Após análise dos dados do pré-teste, foi constatado que nenhum item obteve percentual superior a 15% de incompreensão, o que atestou a adequação do instrumento, sem a necessidade de alteração do seu conteúdo e novo pré-teste ³⁵.

3.3.4 Instrumento da Coleta de Dados - ADLQ - Versão Traduzida

Para a coleta de dados, foi utilizada a versão em português do Questionário de Atividades de Vida Diária (ADLQ).

Além dos itens do instrumento original, foram acrescentados dados de identificação do paciente, bem como do cuidador, visto que tais questões poderiam fornecer subsídios para uma análise descritiva da amostra.

Os itens do instrumento ADLQ foram respondidos pelo cuidador, de modo que cada item deveria ser marcado de acordo com a capacidade atual do paciente em desempenhar as suas atividades de vida diária.

3.3.5 Coleta de Dados – Aplicação do ADLQ - Versão Traduzida e MEEM

Inicialmente à coleta de dados, o pesquisador foi submetido a um treinamento com um estudo teórico-prático aprofundado da forma de aplicação dos instrumentos *ADLQ – versão traduzida* e do Miniexame do estado mental (MEEM), também utilizado no estudo. O mesmo foi utilizado, no sentido de se verificar a validade do instrumento traduzido em relação a um parâmetro de avaliação cognitiva reconhecidamente aceito, tendo em vista a forte associação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional, além do fato de que o mesmo pode funcionar como forte preditor da incapacidade física e do declínio nas

atividades básicas e instrumentais de vida diária⁴. A aplicação dos instrumentos foi realizada apenas pelo pesquisador.

O cuidador principal, após preencher o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) sobre a sua participação e a do paciente pelo qual é responsável na pesquisa, foi instruído a responder o ADLQ-versão traduzida (Apêndice 2), marcando cada item de acordo com a capacidade atual do paciente em desempenhar as atividades. Durante a mesma visita, ocorreu a aplicação do MEEM (Apêndice 3) junto ao paciente portador da DA pelo pesquisador. O MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos); orientação para local (5 pontos); registro de 3 palavras (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); lembrança das 3 palavras (3 pontos); linguagem (8 pontos); e capacidade construtiva visual (1 ponto). O *escore* do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. Os pontos de corte para o MEEM, segundo o nível de escolaridade em nosso meio, são: 13 pontos para analfabetos, 18 para escolaridade média (até 8 anos de instrução formal) e 26 para indivíduos de alta escolaridade (mais de 8 anos). A escala foi traduzida por Bertolucci (1994) e validada para uso em nosso País³⁶.

Durante o presente estudo, por um determinado período, é importante destacar a participação do pesquisador no Grupo de Cuidadores CUIDANDO DE QUEM CUIDA, mediante palestras sobre temas solicitados, assim como a colaboração em eventos voltados para a discussão, divulgação e conscientização do tema em questão, não deixando de registrar o imenso

aprendizado através das histórias de vida e experiências compartilhadas com os integrantes do grupo.

3.4 Análise dos Dados

Para o processamento dos dados, foi utilizado o programa SPSS versão 15.0. Inicialmente, foi realizada a estatística descritiva da amostra e, em seguida, avaliadas as propriedades relacionadas à validade do instrumento, tendo como objetivo verificar se sua adaptação cultural atendia aos padrões psicométricos estabelecidos. Seguem descritas as medidas realizadas.

A análise psicométrica das medidas do instrumento consistiu na análise de alguns tipos de validade e a confiabilidade do questionário. Dos tipos de validade, foi realizada a validação em relação a um padrão, as validações de conteúdo e de construto.

A validade em relação a um padrão consiste na relação do resultado de uma medição com um padrão ou critério reconhecidamente aceito³⁷. Já na validade de conteúdo analisa-se o instrumento, verificando se seus itens se ajustam aos seus objetivos. Consistiu no exame sistemático do conteúdo do questionário, a fim de assegurar sua representatividade, ou seja, que todos os aspectos fundamentais da avaliação foram abrangidos^{37,38}. A validade de Construto é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, constituindo a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação dos traços latentes^{39,40}. Para avaliar este tipo de validade, foram utilizadas matrizes multitraço-multimétodo no sentido de identificar a consistência da correlação interitens do instrumento de medidas através do teste de correlação de Spearman. A partir da análise da consistência interna do instrumento, ou seja, da correlação existente entre cada

item e os demais itens, optou-se por sugerir um novo instrumento de medida mais condensado, composto por aquelas variáveis que tiveram correlações significativas com o instrumento MEEM, utilizado como referência.

Assim, uma nova versão condensada do instrumento foi criada a partir das variáveis que tiveram correlações significativas com o escore total do MEEM, a qual foi denominada de ADLQ-versão brasileira. Em seguida, foi verificada, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, a condição de normalidade dos dados dos escores totais do ADLQ, ADLQ-versão brasileira e MEEM. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson para verificar associação entre os escores dos instrumentos avaliados. O teste t de Student para amostras pareadas foi utilizado para verificar a igualdade de médias entre as variáveis ADLQ e ADLQ-versão brasileira. Finalmente, para identificar a estrutura fatorial dos indicadores de capacidade funcional do novo instrumento, os dados foram submetidos à análise multivariada mediante análise fatorial.

Previamente à análise fatorial, levou-se em consideração a medida de melhor adequação dos dados, denominada de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como o teste de *Bartlett test of sphericity* (BTS), o qual verifica a hipótese de que não há correlação entre as variáveis em questão. Para a escolha do número de fatores, teve-se por base o critério de Kaiser, no qual são considerados somente aqueles fatores com autovalor maior que 1. Para identificar a estrutura fatorial dos indicadores de capacidade funcional, foi utilizada a rotação Varimax, com o intuito de agrupar as variáveis correlacionadas entre si. A confiabilidade do novo instrumento foi avaliada através do *alpha* de Cronbach. Este coeficiente reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do questionário

ao medir o impacto da variabilidade, quando da retirada de determinados itens^{41,42}.

4 RESULTADOS

4.1 Elaboração da Versão Traduzida e Adequação Cultural do ADLQ

O processo de tradução e retrotradução do questionário, associada ao método bilíngue, mostrou resultados satisfatórios, indicando equivalência e reconciliação dos itens traduzidos, equivalência semântica entre as duas traduções e ausência de dificuldades de tradução. A análise qualitativa dos itens pelo pesquisador e dois profissionais fisioterapeutas com experiência clínica na área de Fisioterapia Neurológica e Geriátrica, a realização do pré-teste, adequação cultural e posterior refinamento do instrumento para a população estudada, asseguraram-lhe forma e vocabulário adequados para o propósito do estudo.

A aplicação da versão brasileira do *ADLQ* na população estudada permitiu caracterizar a amostra, como mostrado nas tabelas 1 e 2. A média de idade foi de 81,7 anos ($\pm 7,245$). A partir da tradução do instrumento *ADLQ* para a língua portuguesa, sentiu-se a necessidade de analisar suas propriedades psicométricas no sentido de permitir a elaboração da medida de dependência funcional adequada à população brasileira. O tempo médio de aplicação do instrumento foi de 20 (vinte) minutos.

Tabela 1. Características dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007

Variáveis	f	%
Sexo		
- Feminino	41	68,3
- Masculino	19	31,7
Profissão		
- Do lar	24	40,0
- Aposentado	13	21,7
- Outros	23	38,3
Grau de instrução		
- Analfabeto	6	10,0
- Ensino Fundamental	27	45,0
- Ensino Médio	19	31,7
- Superior	8	13,3
Reside com		
- Cônjuge	24	34,3
- Filhos	34	48,6
- Cuidador profissional	9	12,8
- Outros	3	4,3
Doenças associadas		
- Hipertensão	14	19,2
- Diabetes	14	19,2
- Osteoporose	21	28,8
- Outras	8	10,9
- Nenhuma	16	21,9
Renda familiar		
- 1 salário mínimo	8	13,4
- 3 a 6 salários mínimos	20	33,3
- 7 a 10 salários mínimos	20	33,3
- Acima de 10 salários mínimos	12	20,0

Dados obtidos pelos pesquisadores

Tabela 2. Características dos cuidadores dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Variáveis	f	%
Instrução do cuidador		
- Analfabeto	0	0,0
- Ensino Fundamental	11	18,3
- Ensino Médio	28	46,7
- Superior	21	35,0
Cuidador		
- Cônjuge	9	11,7
- Filhos	34	44,1
- Cuidador profissional	32	41,6
- Outros familiares	2	2,6
Número de cuidadores		
- Apenas um	19	31,7
- Dois	25	41,6
- Três ou mais	16	26,7

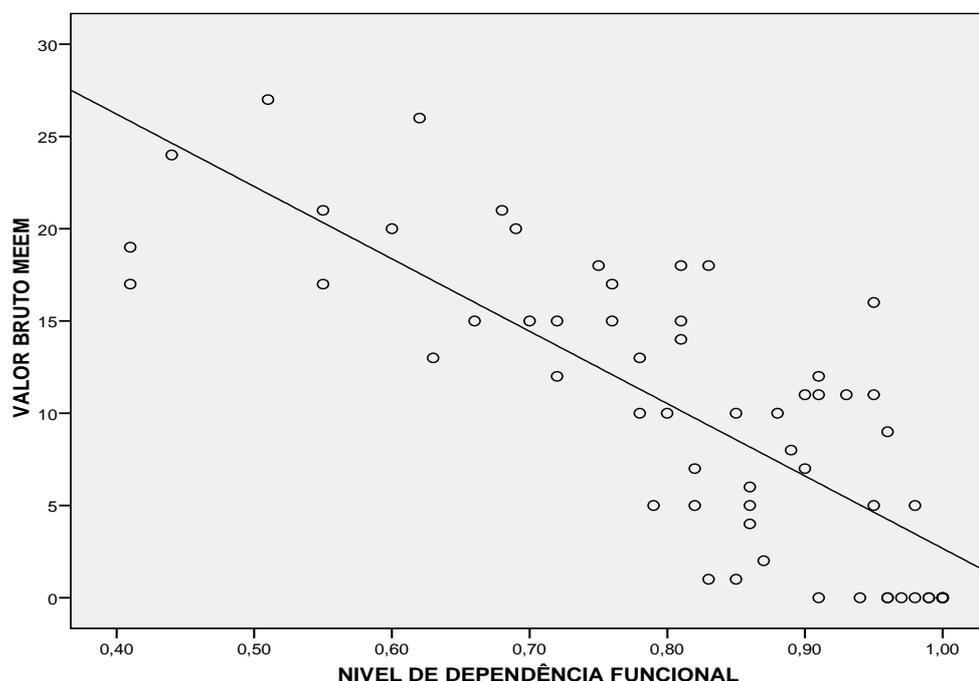
Dados obtidos pelos pesquisadores

4.2 Análise das Propriedades Psicométricas

4.2.1 Validade da Versão Traduzida do ADLQ em Relação a um Padrão

No sentido de verificar a validade do instrumento traduzido em relação a um parâmetro de avaliação cognitiva reconhecidamente aceito, optou-se pela utilização do MEEM. Os resultados permitiram verificar uma correlação inversamente significativa (-0,793) no nível de 5% entre os instrumentos utilizados na coleta de dados, o que resulta numa explicação da variância total de 62%, como mostrado na Figura 1.

Figura 1. Correlação entre o valor bruto do MEEM e o nível de dependência funcional dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.



Através da Tabela 3, pode-se verificar a média de pontuação obtida no MEEM, bem como no ADLQ-versão traduzida.

Tabela 3. Estatísticas das variáveis MEEM e ADLQ para os pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Variáveis	Casos válidos	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio-Padrão
- Orientação temporal	60	0	5	0,9	1,44
- Orientação espacial	60	0	5	1,7	1,85
- Registro	60	0	3	2,1	1,33
- Cálculo e atenção	60	0	5	0,8	1,59
- Memória recente	60	0	2	0,2	0,50
- Linguagem	60	0	9	4,2	3,03
- Valor bruto do MEEM	60	0	27	9,9	7,74
- Nível de dependência funcional (ADLQ - versão traduzida)	60	0,4	1,0	0,8	0,16

Dados obtidos pelos pesquisadores

4.2.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo do instrumento mostrou-se satisfatória, visto que seus itens contemplam os principais aspectos que representam o constructo da capacidade funcional através das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além disso, a realização do pré-teste, a adequação cultural e o refinamento do instrumento para a população estudada, realizado pelo pesquisador, bem como por dois profissionais com experiência clínica na área, reforçam a forma e o vocabulário, adequados ao propósito da mensuração.

4.2.3 Validade de Construto

As variáveis de capacidade funcional apresentaram, em geral, maiores correlações com as questões relativas a atividades de autocuidado e as menores correlações com as questões relativas a atividades relacionadas a *afazeres domésticos*, assim como itens do trabalho e atividades recreativas e locomoção. A matriz de correlação interitens também permitiu observar que as correlações mais altas ocorreram entre itens de uma mesma dimensão da capacidade funcional, principalmente os itens relacionados a atividades de autocuidado, como mostrado nas Tabelas de 4 a 10.

Tabela 4. Relação das variáveis que compõem o ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

Código	Descrição
V1	Ao comer
V2	Ao vestir-se
V3	No banho
V4	Necessidades fisiológicas
V5	Ao tomar comprimidos ou remédios
V6	Preocupação com a aparência pessoal
V7	Ao preparar refeições
V8	Ao pôr a mesa
V9	Ao arrumar a casa
V10	Ao realizar a manutenção da casa
V11	Ao realizar consertos em casa
V12	Ao lavar roupas
V13	No trabalho
V14	Nas atividades recreativas
V15	Participação em grupos
V16	Ao sair de casa
V17	Ao fazer compras
V18	Ao manusear dinheiro
V19	Ao administrar finanças
V20	Ao usar o transporte público
V21	Ao dirigir
V22	Ao se locomover pela vizinhança
V23	Ao viajar para lugares desconhecidos
V24	Ao usar o telefone
V25	Ao conversar
V26	Compreensão
V27	Ao ler
V28	Ao escrever

Tabela 5. Matriz de correlação entre os itens das Atividades de Auto Cuidado e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	Ao comer	Ao vestir-se	No banho	Necessidades fisiológicas	Ao tomar comprimidos ou remédios	Preocupação com a aparência pessoal
V1	1,00	0,54**	0,66**	0,69**	0,33**	0,49**
V2	0,54**	1,00	0,69**	0,58**	0,45**	0,52**
V3	0,66**	0,69**	1,00	0,74**	0,40**	0,51**
V4	0,69**	0,58**	0,74**	1,00	0,38**	0,49**
V5	0,33**	0,45**	0,40**	0,38**	1,00	0,33**
V6	0,49**	0,52**	0,51**	0,49**	0,33**	1,00
V7	0,28*	0,13	0,28*	0,25	0,24	0,35**
V8	0,21	0,09	0,25	0,11	0,23	0,32*
V9	0,02	0,02	0,09	-0,08	0,15	0,03
V10	0,18	0,13	0,18	0,17	0,03	0,26*
V11	0,09	-0,05	0,06	0,22	0,06	0,06
V12	-0,09	-0,07	0,02	-0,05	0,07	0,00
V13	0,20	0,04	0,05	0,21	-0,12	-0,00
V14	0,06	-0,05	-0,08	0,10	0,05	0,09
V15	0,15	0,01	0,11	0,23	0,12	0,10
V16	0,59**	0,33**	0,61**	0,59**	0,40**	0,36**
V17	0,25	0,37**	0,34**	0,41**	0,34**	0,38**
V18	0,46**	0,41**	0,45**	0,58**	0,58**	0,36**
V19	0,16	0,21	0,20	0,45**	0,15	0,24
V20	0,10	0,03	0,08	0,27*	0,49**	0,04
V21	-0,29	-0,05	-0,09	-0,00	-0,07	-0,09
V22	0,26*	0,16	0,32*	0,43**	0,46**	0,13
V23	0,29*	0,21	0,40**	0,45**	0,23	0,17
V24	0,37**	0,27*	0,49**	0,55**	0,31*	0,40**
V25	0,57**	0,29*	0,42**	0,58**	0,17	0,24
V26	0,57**	0,31*	0,31*	0,49**	0,19	0,18
V27	0,27*	0,22	0,32*	0,34**	0,13	0,05
V28	0,46**	0,17	0,33*	0,56**	0,23	0,24

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 6. Matriz de correlação entre os itens dos Afazeres Domésticos e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	Ao preparar refeições	Ao pôr a mesa	Ao arrumar a casa	Ao realizar a manutenção da casa	Ao realizar consertos em casa	Ao lavar roupas
V1	0,28*	0,21	0,02	0,18	0,09	-0,08
V2	0,12	0,09	0,01	0,13	-0,05	-0,06
V3	0,28*	0,25	0,09	0,18	0,05	0,02
V4	0,25	0,11	-0,08	0,16	0,22	-0,04
V5	0,24	0,22	0,15	0,02	0,06	0,07
V6	0,36**	0,32*	0,03	0,26*	0,06	0,00
V7	1,00	0,64**	0,57**	0,29*	0,10	0,40**
V8	0,64**	1,00	0,71**	0,42**	0,25*	0,48**
V9	0,57**	0,71**	1,00	0,20	0,07	0,64**
V10	0,29*	0,42**	0,20	1,00	0,42**	0,18
V11	0,10	0,25*	0,07	0,42**	1,00	0,27*
V12	0,49**	0,49**	0,65**	0,18	0,27*	1,00
V13	0,00	-0,03	-0,08	0,33**	0,45**	-0,02
V14	0,05	0,07	-0,08	0,05	0,13	-0,20
V15	0,17	0,19	0,13	0,03	0,10	0,08
V16	0,31*	0,17	-0,00	0,10	0,09	0,10
V17	0,21	0,24	0,03	0,28*	0,31*	0,14
V18	0,35**	0,38**	0,19	0,21	0,30*	0,19
V19	-0,03	0,00	-0,21	0,33**	0,56**	-0,03
V20	0,26*	0,12	0,08	-0,10	0,09	0,12
V21	-0,27*	-0,39**	-0,48**	0,03	0,07	-0,33**
V22	0,11	-0,04	-0,08	-0,08	0,01	-0,10
V23	0,04	0,00	-0,18	0,15	0,20	-0,22
V24	0,13	0,25	0,01	0,12	0,26*	0,05
V25	0,19	0,09	-0,03	0,03	0,14	-0,03
V26	0,19	0,08	-0,04	0,01	-0,09	-0,15
V27	0,24	0,39**	0,15	0,34**	0,19	0,02
V28	0,25*	0,27*	0,00	0,16	0,12	-0,03

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 7. Matriz de correlação entre os itens do Trabalho e Atividades Recreativas e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	No trabalho	Nas atividades recreativas	Participação em grupos	em Ao sair de casa
V1	0,20	0,05	0,15	0,58**
V2	0,03	-0,05	0,01	0,33**
V3	0,05	-0,08	0,10	0,61**
V4	0,20	0,10	0,23	0,58**
V5	-0,12	0,05	0,12	0,40**
V6	-0,00	0,09	0,10	0,36**
V7	0,00	0,05	0,17	0,30*
V8	-0,03	0,07	0,19	0,17
V9	-0,08	-0,08	0,13	-0,00
V10	0,33**	0,05	0,03	0,108
V11	0,45**	0,13	0,10	0,09
V12	-0,02	-0,20	0,08	0,10
V13	1,00	0,32*	0,19	0,00
V14	0,32*	1,00	0,24	0,10
V15	0,19	0,24	1,00	0,18
V16	0,06	0,10	0,18	1,00
V17	0,13	0,04	0,36**	0,30*
V18	0,19	0,29*	0,38**	0,37**
V19	0,40**	0,23	0,22	0,16
V20	-0,23	-0,01	0,16	0,24
V21	0,17	0,11	0,21	-0,02
V22	-0,05	-0,00	0,32*	0,45**
V23	0,23	0,23	0,20	0,42**
V24	0,09	0,12	0,26*	0,35**
V25	0,11	0,06	0,18	0,48**
V26	0,02	0,00	0,11	0,35**
V27	0,09	0,04	0,21	0,09
V28	0,09	0,32*	0,25	0,30*

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 8. Matriz de correlação entre os itens de Compras e Dinheiro e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	Ao fazer compras	Ao manusear dinheiro	Ao administrar finanças
V1	0,25	0,45**	0,16
V2	0,37**	0,40**	0,20
V3	0,34**	0,45**	0,20
V4	0,40**	0,57**	0,44**
V5	0,33**	0,58**	0,15
V6	0,37**	0,36**	0,24
V7	0,20	0,35**	-0,03
V8	0,24	0,38**	0,00
V9	0,03	0,19	-0,21
V10	0,28*	0,22	0,33**
V11	0,31*	0,30*	0,56**
V12	0,14	0,19	-0,03
V13	0,13	0,19	0,40**
V14	0,04	0,29*	0,23
V15	0,35**	0,38**	0,22
V16	0,30*	0,37**	0,15
V17	1,00	0,59**	0,46**
V18	0,59**	1,00	0,36**
V19	0,46**	0,36**	1,00
V20	0,24	0,34**	0,09
V21	0,04	0,03	0,24
V22	0,19	0,25	0,15
V23	0,49**	0,38**	0,48**
V24	0,49**	0,61**	0,33**
V25	0,13	0,32*	0,27*
V26	0,11	0,34**	0,13
V27	0,36**	0,31*	0,21
V28	0,05	0,38**	0,22

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 9. Matriz de correlação entre os itens da forma de Locomoção e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a da Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	Ao usar o transporte público	Ao dirigir	Ao se locomover pela vizinhança	Ao viajar para lugares desconhecidos
V1	0,10	-0,21	0,26*	0,28*
V2	0,03	-0,05	0,16	0,20
V3	0,08	-0,08	0,32*	0,40**
V4	0,27*	-0,00	0,43**	0,44**
V5	0,49**	-0,07	0,46**	0,22
V6	0,04	-0,09	0,13	0,17
V7	0,26*	-0,26*	0,11	0,04
V8	0,12	-0,39**	-0,04	0,00
V9	0,08	-0,48**	-0,08	-0,18
V10	-0,10	0,03	-0,08	0,15
V11	0,09	0,06	0,01	0,20
V12	0,12	-0,33**	-0,10	-0,22
V13	-0,23	0,17	-0,05	0,23
V14	-0,01	0,11	-0,00	0,23
V15	0,16	0,21	0,32*	0,20
V16	0,24	-0,02	0,45**	0,42**
V17	0,25	0,04	0,19	0,49**
V18	0,34**	0,03	0,25	0,38**
V19	0,09	0,24	0,15	0,48**
V20	1,00	-0,09	0,40**	0,10
V21	-0,09	1,00	0,22	0,09
V22	0,40**	0,22	1,00	0,37**
V23	0,10	0,09	0,37**	1,00
V24	0,31*	0,04	0,22	0,42**
V25	0,20	-0,07	0,44**	0,29*
V26	0,08	-0,00	0,30*	0,28*
V27	0,13	-0,02	0,15	0,26*
V28	0,17	-0,02	0,23	0,17

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Tabela 10. Matriz de correlação entre os itens da forma de Comunicação e os demais itens do ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

	Ao usar o telefone	Ao conversar	Compreensão	Ao ler	Ao escrever
V1	0,36**	0,57**	0,56**	0,27*	0,46**
V2	0,27*	0,28*	0,30*	0,22	0,17
V3	0,49**	0,42**	0,32*	0,32*	0,32*
V4	0,55**	0,58**	0,49**	0,33**	0,55**
V5	0,31*	0,17	0,19	0,13	0,23
V6	0,40**	0,24	0,18	0,05	0,24
V7	0,13	0,19	0,19	0,24	0,25*
V8	0,24	0,09	0,08	0,39**	0,27*
V9	0,01	-0,03	-0,04	0,15	0,00
V10	0,12	0,03	0,01	0,33**	0,16
V11	0,25*	0,14	-0,09	0,19	0,12
V12	0,05	-0,03	-0,15	0,02	-0,03
V13	0,09	0,11	0,02	0,08	0,09
V14	0,12	0,06	0,00	0,03	0,32*
V15	0,26*	0,18	0,11	0,21	0,24
V16	0,35**	0,48**	0,34**	0,09	0,30*
V17	0,49**	0,13	0,11	0,36**	0,05
V18	0,61**	0,32*	0,34**	0,31*	0,38**
V19	0,33**	0,27*	0,13	0,21	0,21
V20	0,31*	0,20	0,08	0,13	0,17
V21	0,04	-0,07	-0,00	-0,02	-0,02
V22	0,22	0,44**	0,30*	0,15	0,23
V23	0,42**	0,29*	0,28*	0,26*	0,17
V24	1,00	0,33**	0,31*	0,37**	0,53**
V25	0,33**	1,00	0,58**	0,14	0,35**
V26	0,31*	0,58**	1,00	0,32*	0,45**
V27	0,37**	0,14	0,32*	1,00	0,45**
V28	0,53**	0,35**	0,45**	0,45**	1,00

Correlação de Spearman. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Na Tabela 11, é possível visualizar a posterior correlação realizada entre os itens internos do ADLQ-versão traduzida com o MEEM, com o intuito de testar assim a coerência interna do instrumento em questão com um já validado e aplicado nos dias atuais nas unidades de saúde. Foram selecionadas as variáveis correlacionadas significativamente com o MEEM, a fim de sugerir um instrumento mais condensado, renomeado de ADLQ –versão brasileira (Apêndice 4). A correlação entre o ADLQ-versão traduzida e o ADLQ-versão brasileira é de 0,818 ($p < 0,05$). Tal resultado explica uma variabilidade total de, aproximadamente, 67%. Através do teste t para amostras correlacionadas, as médias do ADLQ-versão traduzida e ADLQ-versão brasileira não diferem estatisticamente ($p < 0,05$). Portanto, a simplificação do instrumento não altera a média do nível de dependência funcional, tornando assim o instrumento adequado para utilização.

Tabela 11. Correlação dos itens internos do ADLQ e o MEEM total para os pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Domínio	Variável	ADLQ - versão traduzida		MEEM total categorizado	
		r	p-valor	r	p-valor
Atividades de autocuidado	Ao comer	0,45 **	0,00	-0,59**	0,00
	Ao vestir-se	0,60 **	0,00	-0,52**	0,00
	No banho	0,57 **	0,00	-0,48**	0,00
	Necessidades fisiológicas	0,61 **	0,00	-0,68**	0,00
	Ao tomar comprimidos ou remédios	0,48**	0,00	-0,29*	0,02
Afazeres domésticos	Preocupação com a aparência pessoal	0,30*	0,01	-0,46**	0,00
	Ao preparar refeições	0,14	0,27	-0,11	0,37
	Ao pôr a mesa	0,02	0,83	-0,14	0,27
	Ao arrumar a casa	-0,13	0,31	0,14	0,28
	Ao realizar a manutenção da casa	0,02	0,82	0,00	0,98
	Ao realizar consertos em	-0,07	0,56	-0,05	0,70
Trabalho e atividades recreativas	Ao lavar roupas	-0,08	0,53	0,21	0,09
	No trabalho	0,04	0,72	-0,14	0,27
	Nas atividades recreativas	0,12	0,36	-0,07	0,59
Compras e dinheiro	Participação em grupos	0,21	0,10	-0,27*	0,03
	Ao sair de casa	0,33**	0,00	-0,24	0,05
	Ao fazer compras	0,49**	0,00	-0,40**	0,00
Locomoção	Ao manusear dinheiro	0,59**	0,00	-0,55**	0,00
	Ao administrar finanças	0,29*	0,024	-0,32*	0,01
	Ao usar o transporte público	0,19	0,12	-0,12	0,33
	Ao dirigir	0,12	0,34	-0,05	0,69
Comunicação	Ao se locomover pela vizinhança	0,31*	0,01	-0,27*	0,03
	Ao viajar para lugares desconhecidos	0,39**	0,00	-0,266*	0,04
	Ao usar o telefone	0,48**	0,00	-0,480**	0,00
	Ao conversar	0,36*	0,00	-0,526**	0,00
	Compreensão	0,51**	0,00	-0,597**	0,00
	Ao ler	0,32*	0,01	-0,436**	0,00
	Ao escrever	0,36**	0,00	-0,470**	0,00

Correlação de Spearman (r). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Dados obtidos pelos pesquisadores

Com o intuito de identificar fatores que expliquem as variáveis escolhidas de acordo com os critérios mencionados anteriormente, utilizou-se como técnica multivariada de análises de dados a análise fatorial e especificamente a rotação do tipo Varimax. Previamente, no entanto, levou-se em consideração a medida de melhor adequação dos dados à análise fatorial, denominada de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como o teste de *Bartlett test of sphericity* (BTS), o qual testa a hipótese de que não há correlação entre as variáveis em questão^{41,42}. Tais resultados se mostraram significativos ($p < 0,05$), indicando uma aceitação adequada dos dados à análise fatorial e existência de correlação entre as variáveis. De acordo com as hipóteses apresentadas, chegou-se a uma representação contendo seis fatores que explicassem as 17 variáveis previamente selecionadas, como mostrado na Tabela 12.

Tabela 12. Comparação dos modelos propostos com relação ao número de fatores, número de variáveis e variância explicada para os pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Fatores	Nº de variáveis	KMO	BTS	% variância
6	28	0,61	0,00	60,95
8	28	0,61	0,00	70,51
10	28	0,61	0,00	77,93
6	17	0,66	0,00	71,02

A escolha do número de fatores teve por base o critério de Kaiser, no qual são considerados somente aqueles fatores com autovalor maior que 1. Os seis fatores resultantes correspondem a aproximadamente 71% do total de autovalores do modelo, ou seja, juntos explicam 71% das variações das

medidas originais^{41,42,43}. Os componentes extraídos, a variação explicada para cada fator e a variação acumulada são apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13. Número de fatores arbitrados a serem derivados para os dados dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Fator	Autovalor	% de variância	% acumulado
1	3,05	17,95	17,95
2	2,34	13,74	31,70
3	1,79	10,16	41,87
4	1,67	9,82	51,69
5	1,65	9,69	61,39
6	1,64	9,62	71,01

KMO = 0,667. Significância do teste de BTS = 0,000

É possível verificar ainda na Tabela 14 que após o método de rotação Varimax realizado, os 17 itens selecionados entre as dimensões resultantes foram agrupados entre as variáveis correlacionadas entre si.

Tabela 14. Rotação Varimax da matriz dos componentes do ADLQ para os dados dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Item	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
Ao comer						0,64*
Ao vestir-se	0,85*					
No banho	0,83*					
Necessidades fisiológicas	0,72*					
Ao tomar comprimidos ou remédios						0,88*
Preocupação com a aparência pessoal	0,42*					
Participação em grupos					0,77*	
Ao fazer compras					0,66*	
Ao manusear dinheiro					0,46*	
Ao administrar finanças				0,41*		
Ao se locomover pela vizinhança		0,75*				
Ao viajar para lugares desconhecidos				0,87*		
Ao usar o telefone				0,75*		
Ao conversar		0,86*				
Compreensão		0,76*				
Ao ler			0,86*			
Ao escrever			0,74*			

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

* Associado ao fator correspondente.

O resultado sugere uma nova reestruturação do instrumento. O primeiro domínio reteve quatro itens relacionados a atividades de autocuidado (vestir-se, tomar banho, executar necessidades fisiológicas e preocupar-se com a aparência pessoal). O segundo reteve três itens com aspectos relacionados à interação (locomover-se pela vizinhança, conversar e compreender). O terceiro domínio reteve fatores voltados à atividade intelectual (ler e escrever), o quarto

concentrou aspectos voltados à organização e planejamento (viajar para lugares desconhecidos, administrar finanças, usar o telefone). Por fim, o quinto domínio reteve itens relacionados à participação social (participar de grupos, fazer compras, manusear dinheiro), enquanto o sexto e último domínio, atividades relacionadas à alimentação (comer, tomar comprimidos ou remédios).

A confiabilidade do novo instrumento sugerido foi calculada através do alpha de Cronbach, cujo valor correspondeu a 0,75. Através da tabela 15, o resultado ilustra que a retirada de nenhum dos itens provoca aumento consistente no coeficiente alpha de Cronbach. Podem-se observar apenas dois itens, “preocupação com a aparência pessoal” (0,15) e “ao ler” (0,13), que apresentaram uma baixa correlação com os demais itens, elevando, no entanto, o coeficiente alpha de Cronbach apenas para 0,76 e 0,76, respectivamente, caso fossem eliminados. A outra menor correlação encontrada foi entre o item “participação em grupos” (0,27), com os demais itens do instrumento, cujo aumento no coeficiente alpha de Cronbach se torna insignificante, caso fosse eliminado. Portanto, visto que o valor do alpha de Cronbach total e de todos os 15 itens selecionados são aceitáveis, podemos então admitir uma consistência interna geral satisfatória. Analisando a média da escala, pode-se notar que a maior contribuição vem das variáveis “ao comer” e “necessidades fisiológicas”, cujos itens são de relevância maior para o modelo.

Tabela 15: Análise de confiabilidade com cada uma das questões retirada dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Item (se retirado)	Média da Escala	Correlação total do item	Alfa de Cronbach
Ao comer	45,07	0,491	0,738
Ao vestir-se	44,50	0,404	0,746
No banho	44,83	0,522	0,742
Necessidades fisiológicas	45,23	0,728	0,726
Ao tomar comprimidos ou remédios	43,77	0,277	0,754
Preocupação com a aparência pessoal	44,73	0,155	0,762
Participação em grupos	41,93	0,272	0,767
Ao fazer compras	43,77	0,274	0,754
Ao manusear dinheiro	43,93	0,467	0,744
Ao administrar finanças	42,87	0,338	0,749
Ao se locomover pela vizinhança	42,75	0,374	0,747
Ao viajar para lugares desconhecidos	43,77	0,269	0,754
Ao usar o telefone	43,87	0,363	0,746
Ao conversar	44,50	0,550	0,726
Compreensão	44,32	0,410	0,743
Ao ler	43,83	0,139	0,764
Ao escrever	43,80	0,413	0,741

Coeficientes de confiança para os 17 itens. Alpha = 0,759. Alpha do item padronizado = 0,803.

5 DISCUSSÃO

5.1 Elaboração da Versão Traduzida e Adequação Cultural do ADLQ

As novas estratégias terapêuticas que têm surgido para o tratamento da demência e em especial da DA, além de retardar a progressão e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, têm estimulado a busca de instrumentos de avaliação que permitam identificar com maior precisão os casos de dependência cognitiva e funcional. No entanto, a maioria das escalas disponíveis para a avaliação das demências apresenta sérias limitações devido a pouca sensibilidade e especificidade, a sua complexidade e prolongado tempo de administração, fazendo-as inadequadas para pacientes com cognição deteriorada^{7,30}. No presente estudo, o objetivo de realizar a tradução para língua portuguesa e adaptação transcultural do ADLQ²⁶ para a realidade brasileira foi alcançado. Cada questão apresentava cinco alternativas, não houve nenhuma dificuldade de compreensão para respondê-las de acordo com o quadro clínico do paciente avaliado. A maioria dos instrumentos utilizados na avaliação é baseada em questionários. No entanto, não há como aplicar um instrumento estrangeiro de avaliação sem realizar a sua validação para o país em que se deseja aplicá-lo, quando se objetiva usá-lo em uma população de cultura e idioma diferentes do país onde o instrumento foi gerado⁴⁴.

A falta de uma padronização na metodologia para o processo de tradução e adaptação da maioria dos instrumentos de pesquisa dificulta a comparação com estudos semelhantes. As traduções devem ser avaliadas em termos de equivalência conceitual, principalmente para que alterações gramaticais necessárias possam ser conceitualmente semelhantes a uma outra cultura. Quanto à adaptação cultural, fatores culturais tais como hábitos e atividades de

uma população devem ser levados em conta, porque uma atividade não habitual a uma determinada população pode tornar a adaptação de um instrumento inválida^{45,46}. No presente, não foram encontrados quaisquer impedimentos, seja no tocante às questões ligadas à língua portuguesa, como a respeito de aspectos culturais que pudessem inviabilizar a aplicabilidade da tradução e adequação cultural do instrumento analisado.

5.2 Análise das Propriedades Psicométricas

5.2.1 Validade da Versão Traduzida do ADLQ em Relação a um Padrão

Os resultados encontrados entre MEEM e o nível de dependência funcional medidos pela versão traduzida do ADLQ, evidenciaram que quanto menor o valor bruto no MEEM, maior será a dependência funcional do indivíduo. Estes resultados expressam uma correlação negativa significativa entre os dois instrumentos, o que reforça a forte associação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional^{47,48}, e sugerem que a demência funciona como forte preditor da incapacidade física e do declínio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária⁴⁹, interferindo fortemente na qualidade de vida do idoso^{3,50}.

5.2.2 Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo do instrumento mostrou-se satisfatória. A tradução do texto original foi revisada pelo pesquisador e por dois profissionais fisioterapeutas com experiência clínica na área, familiarizados com o contexto do instrumento avaliado, visando verificar se a tradução adequava-se à realidade da população local a ser estudada. Na análise das respostas às questões do instrumento, todos os itens contemplaram os principais aspectos

que representam o constructo da capacidade funcional através das atividades básicas e instrumentais de vida diária, apresentando cada questão alternativas de respostas coerentes com a função avaliada e fácil entendimento.

5.2.3 Validade de Construto

Os resultados obtidos no presente estudo a partir da análise das propriedades psicométricas da versão traduzida do ADLQ sugerem um novo instrumento de avaliação da capacidade funcional para a utilização na prática clínica. A importante relação entre capacidade funcional e déficit cognitivo mostra que o prejuízo cognitivo, avaliado no MEEM, é a principal queixa clínica do paciente com a DA, repercutindo diretamente na sua capacidade funcional⁵¹, aspecto avaliado no ADLQ-versão traduzida. Os itens do instrumento ADLQ-versão traduzida que tiveram correlação significativa com o MEEM englobam atividades básicas, assim como instrumentais, de vida diária, sendo importante, portanto, que um instrumento englobe a avaliação de ambas as atividades. Em seu estudo, Nitrini (2005) mostrou que alterações no desempenho das atividades de vida diária podem ocorrer desde os estágios iniciais da doença. Acredita-se haver relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional; inicialmente as perdas são detectadas nas AIVDs, sendo as ABVDs prejudicadas somente nos estágios demenciais mais avançados⁵². Diante da análise estatística verificada nos resultados, os itens do novo instrumento (ADLQ – versão brasileira) foram distribuídos em seis domínios, englobando atividades básicas e instrumentais relevantes, normalmente comprometidas durante o processo da doença, importantes para avaliação funcional²⁵. Trata-se de atividades como: comer, vestir-se, tomar banho, resolver as necessidades fisiológicas, tomar comprimidos, participar de

atividades em grupos, administrar finanças, manusear dinheiro, locomover-se pela vizinhança, usar telefone, compreender, dentre outras, importantes o suficiente para predizer o grau de comprometimento funcional de um indivíduo.

Foi possível observar ainda, no novo instrumento sugerido, que as questões não correlacionadas com o MEEM englobam atividades com desempenho pouco comum a ambos os sexos, e no desempenho de papéis sociais enquanto gênero na sociedade brasileira. As questões relacionadas aos afazeres domésticos (como preparar refeições, pôr a mesa, arrumar a casa, lavar roupas, etc.) que não apresentaram correlação com o MEEM são mais aplicáveis ao sexo feminino. Enquanto os itens “realizar a manutenção da casa” e “realizar consertos em casa” estão mais relacionados ao sexo masculino. Os demais itens que não tiveram correlação significativa com o MEEM integram, na sua maioria, o grupo de AIVD (como dirigir, usar transporte público, sair de casa, trabalhar, participar de atividades recreativas). Estes itens não fazem parte do grupo de atividades desempenhadas com frequência pelo grupo de idosos estudado (tendo como resposta no questionário: “nunca desempenhou esta atividade”), assim, não apresentaram relevância para mensurar o grau de comprometimento funcional atual dos sujeitos avaliados, visto que já não eram atividades desempenhadas pelo idoso em sua rotina antes do processo da doença.

A DA caracteriza comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória, sendo as funções executivas, a linguagem ou a atenção seletiva e dividida as mais precocemente acometidas após a memória. Assim, ações para realizar atividades da vida cotidiana estariam comprometidas, quer por esquecimento, quer por déficit no próprio conceito da ação em si⁴⁹.

Pesquisadores sugerem que a combinação de uma escala funcional que avalie atividades da vida diária e um teste cognitivo seriam complementares em indivíduos com suspeita de síndrome demencial e, como consequência, aumentariam a sensibilidade e especificidade para rastrear a doença em uma população não homogênea como a nossa, do ponto de vista cultural e socioeconômico⁵³. Fica claro, portanto, que a simples mensuração do desempenho cognitivo por meio de escalas pode ter várias limitações, de forma que, ao longo dos anos, algumas escalas foram desenvolvidas com a finalidade específica de investigar a gravidade da demência a partir da capacidade cognitiva e funcional do paciente³⁶. Sendo assim, a combinação de um teste cognitivo e questionários aplicados ao informante para avaliação funcional podem melhorar a detecção de demência^{1,52}. Desta forma, o ADLQ – versão brasileira (ver Anexo), novo instrumento proposto, engloba atividades de vida diária, nas quais funções cognitivas importantes comprometidas são consideradas. O instrumento apresentou boa confiabilidade expressa pelo alpha de Cronbach (0,759), visto que o coeficiente pode variar de 0 a 1,0, obedecendo à regra em que entre 0 a 0,6 a confiabilidade é insatisfatória, 0,6 a 0,7 satisfatória e entre 0,7 e 1,0 confiabilidade elevada⁵⁴.

A detecção e o tratamento precoce aumentam a probabilidade de retardar a progressão da doença de Alzheimer. Além disso, os instrumentos devem ser aplicados de uma maneira fácil e rápida, visto que o profissional de saúde nem sempre se encontra em condições de aplicar baterias que requerem muito tempo⁵⁵.

Finalmente, este estudo, ao traduzir e adaptar, torna disponível mais um instrumento para uso em pesquisa, de forma prática e condensada,

considerando aspectos relevantes das atividades de vida diária, podendo contribuir para uma mensuração mais cuidadosa do estado funcional do paciente por todos os profissionais da área da saúde, em especial, o fisioterapeuta, e para uma terapêutica adequada a ser adotada^{56,57}.

6 CONCLUSÃO

Com a realização do presente estudo, os objetivos propostos foram alcançados, de modo que os resultados obtidos puderam sugerir uma versão brasileira do questionário para a avaliação funcional de idosos com a doença de Alzheimer.

A validade de conteúdo do instrumento mostrou-se satisfatória. A validade da versão traduzida do ADLQ em relação a um padrão (MEEM) expressou uma correlação negativa significativa entre os dois instrumentos, o que reforça a forte associação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional. A validade de constructo, conforme a análise das propriedades psicométricas, sugere um novo instrumento de avaliação da capacidade funcional para a utilização na prática clínica, a partir dos itens que tiveram correlação significativa com o MEEM.

Os resultados demonstraram, a partir das dimensões emergentes, que as atividades como: comer, vestir-se, banhar-se, realizar necessidades fisiológicas, tomar comprimidos, participar de atividades em grupos, administrar finanças, manusear dinheiro, locomover-se pela vizinhança, usar telefone, compreender, dentre outras, são os mais importantes preditores da capacidade funcional no grupo estudado. Atividades com desempenho pouco comum a ambos os sexos e ou implicando papéis sociais enquanto gênero na sociedade brasileira (afazeres domésticos, consertos e manutenção em casa), na amostra estudada, não demonstraram ter importância na determinação da capacidade funcional com o paciente portador da doença de Alzheimer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, ao traduzir, adequar culturalmente e analisar as propriedades psicométricas do ADLQ, não apenas disponibiliza, mas também propõe um novo instrumento de avaliação da capacidade funcional de pacientes com a doença de Alzheimer para a utilização na prática clínica brasileira. Acreditamos tratar-se de um parâmetro útil, disponível para a fisioterapia e demais áreas da saúde.

A combinação deste com uma avaliação cognitiva é indicada para orientar a investigação do quadro clínico e oferecer aos profissionais de saúde informações úteis para o manejo com o paciente, possibilitando a realização de estratégias terapêuticas eficazes e a potencialização do tratamento. Apenas a simples investigação do comprometimento cognitivo na abordagem de um paciente com a doença de Alzheimer apresenta algumas limitações, ficando claro que a avaliação deve incluir também a avaliação do comprometimento das atividades da vida diária, já que o déficit cognitivo, sendo o principal acometimento na doença de Alzheimer, reflete em sérias implicações no desempenho das atividades cotidianas do indivíduo.

Enfatizamos ainda a necessidade da realização de novas pesquisas na área, numa população idosa mais abrangente, bem como a padronização no processo de validação e regras para o uso homogêneo dos instrumentos, permitindo comparabilidade de resultados entre os estudos que venham a ser realizados posteriormente.

REFERÊNCIAS

1. Paixão, CMJ, Reichenheim, ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 7-19.
2. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshina K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27: 79-82.
3. Melo MA, Driusso, P. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. *Rev Envelhecimento e Saúde* 2006; 12: 11-18.
4. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiq Clín* 2005; 32: 131-136.
5. Duarte YAO. Andrade CL. Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41: 317-25.
6. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2005; 39: 655-62.
7. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. *Arquivos de neuropsiquiatria* 2003; 61: 601-
8. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública* 2002; 36: 773-8.
9. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 241-246.
10. Fratiglioni L, Ronchi D. Worldwide Prevalence and Incidence of Dementia. *Drugs & Aging* 1999; 15: 365-375.

11. Vilela LP, Caramelli P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes de serviço. Rev Assoc Med Bras 2006; 52: 148-52.
12. Almeida OP. Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel? Rev Assoc Med Bras 1997; 43: 77-81.
13. Carazo TE, Blanco NMJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Revista Semergen 2001 dez; 27: 575-86
14. Charchat H, Nitrini R, Caramelli P. Investigação de Marcadores Clínicos dos Estágios Iniciais da doença de Alzheimer com Testes Neuropsicológicos Computadorizados. Psicol Reflex Crit 2001; 14: 305-16.
15. Price JL. Aging, Preclinical Alzheimer Disease, and Early Detection. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2003; 17: 60–2.
16. Bottino CMC, Carvalho IAM, Alvarez AMMA. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: Relato de trabalho em equipe multidisciplinar. Arquivos de neuropsiquiatria 2002; 60: 70-9.
17. Fridman C, Gregório SP, Ojopi EPB, Neto ED. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. Revista Psiq Clín 2004; 31: 19-25.
18. Caramelli P, Barbosa MT. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24: 7-10.
19. Carazo TE, Blanco NMJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. Revista Semergen 2001 dez; 27: 575-86.
20. Ortiz KZ, Bertolucci PHF. Alterações de linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. Arquivo de Neuropsiquiatria 2005; 63(2-A): 311-317.
21. Ojopi EPB, Bertoncini AB, Neto ED. Apolipoproteína E e a doença de Alzheimer. Rev Psiq Clín 2004; 31: 26-33.

22. Almeida OP, Crocco EI. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. Arquivos de neuropsiquiatria 2000; 58: 292-99.
23. Bertolucci PHF, Nitrini R. Proposta de uma versão brasileira para a escala ADCS-CGIC. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61:881-890.
24. Cruz VT, Pais J, Teixeira A. Sintomas iniciais de demência de Alzheimer: A Percepção dos Familiares. Acta Med Port 2004; 17: 437-444
25. Rosa TEC, Benício MH. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saúde Pública 2003; 37: 40-8.
26. Johnson N, Barion A, Rademaker A, Rehkemper G, Weintraub S. The Activities of Daily Living Questionnaire: A Validation Study in Patients with Dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord 2004; 18: 223-30.
27. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Avaliação das Atividades de Vida Diária de Idosos com diferentes níveis de demência. Rev Bras Fisioter 2007; 11: 267-273.
28. Goulart MTC, Fegyveres RA, Schultz RR. Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidade em Demência. Arq Neuropsiquiatr 2007; 65:916-919.
29. Almeida, O.P. Instrumentos para avaliação de pacientes com demência. Revista psiquiatria clínica 1999, 26(2):
30. Taylor JL, Kraemer HC. On disentangling states versus traits: demonstration of a new technique using the Alzheimer's disease assessment scale. Alzheimer disease and association disorders 2002 ; 16: 254-258.

31. Goulart MTC, Fegyveres RA, Schultz RR. Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidade em Demência. Arq Neuropsiquiatr 2007; 65: 916-919.
32. Ribas SA. Metodologia Científica Aplicada. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.110p.
33. Ware JE, Gandek B. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. J Ment Healt. 1994; 23: 49-73.
34. Bullinger M, Alonso J, Apoloni G. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach. J Clin Epidemiol 1998; 51: 913–923.
35. Mendonça KMPP. Satisfação do paciente com a fisioterapia: tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento de medida [dissertação]. Natal (RN): UFRN; 2004.
36. ALMEIDA OP. Mini Exame de Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. Arq Neuro-Psiquiatr 1998; 56: 605-612.
37. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3ª ed. Montigelli Jr N, Farias AA, tradutores. Porto Alegre: Bookman; 2001. 719p.
38. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 1ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
39. Bunchaft G, Cavas CST. Sob medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações. São Paulo: Vetor; 2002.
40. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e Validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia. Rev Bras Fisioter 2007; 11: 369-376.

41. Pereira JCR. Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
42. Mingoti SA. Análise de Dados Através de Métodos de Estatística Multivariada: Uma Abordagem Aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
43. Pires DA. Validação do Questionário de Burnout para Atletas. São Paulo: USJT; 2006.
44. Marx FC, Oliveira LD, Belini CG. Tradução e Validação Cultural do Questionário Algofuncional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadris para a Língua Portuguesa. Rev Bras Reumatol 2006; 46: 253-260.
45. Duarte OS, Miyazaki MA. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). Rev Assoc Med Bras 2003; 49: 375-81.
46. Lopes AD, Stadniky SP, Masiero D. Tradução e adaptação cultural do worc: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. Rev Bras fisioter 2006; 10: 309-315.
47. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56: 638-43.
48. Teunisse S, Mayke MA, Derix MA, Van Crevel H. Assessing the severity of dementia. Arch Neurol 1991; 48: 274-7.
49. Sauvaget C, Yamada M, Fujiwara Seal. Dementia as a predictor of functional disability: A four-year follow-up study. Gerontology 2002; 4: 226-33.
50. Novelli MMPC, Rovere HHD. Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on alzheimer disease. Arq Neuropsiquiatr 2005; 63: 201-206

51. Arcoverde C, Deslandes A. Role of Physical Activity on the Maintenance of Cognition and Activities of Daily Living in Elderly with Alzheimer's Disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2008; 66: 323-327.
52. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63:720-727.
53. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiq Clín* 2005; 32: 131-136.
54. Pavan K, Schmidt K, Marangoni B. Esclerose múltipla: Adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. *Arq Neuropsiquiatr* 2007; 65: 669-673.
55. Vegas FC, González MM. Descripción de un nuevo test para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 2007; 44: 469-474.
56. Marcolino JÁ, Iacoponi E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23:88-5.
57. Carvalho IAM, Mansur LL. Validation of ASHA FACS–Functional Assessment of Communication Skills for Alzheimer Disease Population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2008; 22: 375-381.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR

TÍTULO: Tradução, Adequação Cultural e Validação de um Instrumento de Medida para Avaliação Funcional de Pacientes com a Doença de Alzheimer.

INVESTIGADORES: Maria Estela de Medeiros e Ricardo Oliveira Guerra (Orientador)
Este termo de consentimento livre e esclarecido poderá conter palavras que você não entende. Peça a uma pessoa da equipe de estudo para explicar qualquer palavra, ou informação que você não tenha entendido claramente.

PROCEDIMENTOS: Se você, cuidador, concordar em participar do estudo, será orientado a responder o questionário de atividades de vida diária (ADLQ) através do qual será verificado o nível funcional do paciente com a Doença de Alzheimer. Posteriormente, a domicílio, ocorrerá a aplicação sequencial de dois outros instrumentos, o MMSE (Mini Exame do Estado Mental), bem como o CDR (Avaliação Clínica da Demência) junto ao paciente, visando a detecção do comprometimento cognitivo e a consequente comparação com o comprometimento funcional captado através da aplicação inicial do questionário de atividades de vida diária (ADLQ).

BENEFÍCIOS ESPERADOS: Este projeto proporcionará uma versão brasileira de um questionário validado e específico para a avaliação funcional de idosos com a Doença de Alzheimer. A utilização deste instrumento permitirá o conhecimento sobre o nível de independência funcional de cada idoso, possibilitando assim aos profissionais de saúde envolvidos na reabilitação uma melhor análise e escolha adequada da terapêutica a ser utilizada, condizente com o quadro clínico específico.

CUSTOS: Todos os serviços profissionais exigidos como parte desse estudo, serão gratuitos, sendo o pesquisador responsável por qualquer despesa eventual comprovada que surja durante o decorrer da pesquisa, ocorrendo o ressarcimento num prazo de até 2 meses após a comprovação.

DANOS ADVINDOS DA PESQUISA: Se houver algum dano comprovado decorrente deste estudo, será fornecido tratamento sem ônus providenciado pela pesquisadora responsável. A UFRN não fornecerá compensação se o dano não for decorrente de procedimentos realizados no decorrer desta pesquisa.

RISCOS POSSÍVEIS: Tendo em vista que o procedimento empregado para obter as informações não é invasivo, esta pesquisa oferece risco e/ou desconforto mínimos por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE: Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo. Os registros de cada pessoa serão guardados, e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

PARTICIPAÇÃO/RETIRADA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO: Sua participação é voluntária. Você é livre para aceitar participar desse estudo ou poderá retirar-se a qualquer momento.

QUEM CONTACTAR EM CASO DE DÚVIDA

Se você tiver alguma dúvida sobre esse estudo ou algum problema relacionado à pesquisa, deverá entrar em contato com a investigadora responsável pelo estudo: Maria Estela de Medeiros – Fones: 3231 3306 / 9988 3909.

Não assine nem date este formulário a menos que você tenha tido a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e tenha recebido respostas satisfatórias a todas as suas perguntas.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Li e entendi as informações acima. Perguntei e discuti os detalhes do estudo com uma pessoa da equipe de pesquisa. Concordo em participar desse estudo baseado nas informações fornecidas. Entendo que receberei uma cópia assinada e datada deste termo de consentimento.

Natal, _____ 2006

Assinatura do Cuidador



Impressão Datiloscópica do Cuidador

Assinatura do Pesquisador.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PACIENTE

TÍTULO: Tradução, Adequação Cultural e Validação de um Instrumento de Medida para Avaliação Funcional de Pacientes com a Doença de Alzheimer.

INVESTIGADORES: Maria Estela de Medeiros e Ricardo Oliveira Guerra (Orientador)

Este termo de consentimento livre e esclarecido poderá conter palavras que você não entende. Peça a uma pessoa da equipe de estudo para explicar qualquer palavra, ou informação que você não tenha entendido claramente.

PROCEDIMENTOS: Caso você autorize a participação do idoso neste estudo, ocorrerá inicialmente a aplicação do questionário de atividades de vida diária (ADLQ) junto ao cuidador e uma posterior aplicação sequencial de um outro instrumento, o MMSE (Mini Exame do Estado Mental), visando a detecção do comprometimento cognitivo e a consequente comparação com o comprometimento funcional captado através da aplicação inicial do questionário de atividades de vida diária (ADLQ).

BENEFÍCIOS ESPERADOS: Este projeto proporcionará uma versão brasileira de um questionário validado e específico para a avaliação funcional de idosos com a Doença de Alzheimer. A utilização deste instrumento permitirá o conhecimento sobre o nível de independência funcional de cada idoso, possibilitando assim aos profissionais de saúde envolvidos na reabilitação uma melhor análise e escolha adequada da terapêutica a ser utilizada, condizente com o quadro clínico específico.

CUSTOS: Todos os serviços profissionais exigidos como parte desse estudo, serão gratuitos, sendo o pesquisador responsável por qualquer despesa eventual comprovada que surja durante o decorrer da pesquisa, ocorrendo o ressarcimento num prazo de até 2 meses após a comprovação.

DANOS ADVINDOS DA PESQUISA: Se houver algum dano comprovado decorrente deste estudo, será fornecido tratamento sem ônus, providenciado pela pesquisadora responsável. A UFRN não fornecerá compensação se o dano não for decorrente de procedimentos realizados no decorrer desta pesquisa.

RISCOS POSSÍVEIS: Tendo em vista que o procedimento empregado para obter as informações não é invasivo, esta pesquisa oferece risco e/ou desconforto mínimos por sua participação.

CONFIDENCIALIDADE: Os registros da participação do idoso neste estudo serão mantidos em sigilo. Os registros de cada pessoa serão guardados, e somente os pesquisadores responsáveis terão acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do paciente não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada.

PARTICIPAÇÃO/RETIRADA VOLUNTÁRIA DO ESTUDO: A participação do idoso é voluntária, podendo o mesmo retirar-se da pesquisa a qualquer momento.

QUEM CONTACTAR EM CASO DE DÚVIDA

Se você tiver alguma dúvida sobre esse estudo ou algum problema relacionado à pesquisa, deverá entrar em contato com a investigadora responsável pelo estudo: Maria Estela de Medeiros – Fones: 3231 3306 / 9988 3909.

Não assine nem date este formulário a menos que você tenha tido a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e tenha recebido respostas satisfatórias a todas as suas perguntas.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Li e entendi as informações acima. Perguntei e discuti os detalhes do estudo com uma pessoa da equipe de pesquisa. Autorizo a participação do idoso pelo qual sou responsável neste estudo baseado nas informações fornecidas.

Entendo que receberei uma cópia assinada e datada deste termo de consentimento.

Natal, _____ 2006

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador



Impressão Datiloscópica do Cuidador

APÊNDICE 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

Caro participante,

Este questionário será o instrumento utilizado em uma pesquisa realizada pelo Departamento de Fisioterapia da UFRN, com o objetivo de elaborar uma versão brasileira de um questionário validado para a avaliação funcional de idosos com a Doença de Alzheimer.

A utilização deste questionário na avaliação de idosos possibilitará aos profissionais de saúde envolvidos na reabilitação, uma melhor análise e escolha adequada da terapêutica a ser utilizada, condizente com o quadro clínico específico de cada paciente.

INSTRUÇÕES:

1. Leia com atenção e marque um número por cada item.
2. Por favor, não deixe nenhum item em branco.
3. Em caso de dúvidas, pergunte à instrutora que se encontrará próximo a você.

PROTOCOLO PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

I. DADOS PESSOAIS

Nome o portador:

Data de nascimento:

Data da visita:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

Fone:

Profissão:

Nível de Escolaridade: () analfabeto () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo

() 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo () Não sei.

II. REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

Responsável pelo portador:

Grau de parentesco:

Além do responsável, possui mais algum cuidador? () Sim () Não Quantos?

Nome do cuidador 1:

Há quanto tempo cuida do paciente?

Grau de instrução: () analfabeto () 1º Grau Incompleto () 1º Grau Completo

() 2º Grau Incompleto () 2º Grau Completo () 3º Grau Incompleto () 3º Grau Completo ()

Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Outros

III. DADOS CLÍNICOS

Doenças Associadas:

() AVC () Parkinson

() HAS () Cardiopatia

() Osteoporose () Tabagismo

() Diabetes () Alcoolismo

() Outras: -

Internamento nos últimos 2 meses? () Sim () Não Durante quanto tempo?

Usa medicação para a doença de Alzheimer? () Sim () Não Qual? Há quanto tempo?

Usa outras medicações? Quais?

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
(ADLQ – Versão Traduzida)

Instruções:

Circule um número por cada item

1. Atividades de auto cuidado

Ao comer

0 = Nenhum problema

1 = Independente, porém de forma lenta ou com alguns derramamentos.

2 = Necessita de ajuda para cortar ou despejar líquidos; derrama frequentemente.

3 = Com a maioria dos alimentos, não consegue se alimentar sozinho.

9 = Não sei.

Ao vestir-se

0 = Nenhum problema

1 = Independente, porém de forma lenta ou desajeitada.

2 = Seqüência errada, com o esquecimento de itens.

3 = Precisa de ajuda para se vestir

9 = Não sei.

C) No Banho

0 = Nenhum problema.

1 = Toma banho sozinho, mas precisa ser lembrado.

2 = Toma banho com ajuda.

3 = O banho deve ser dado por outras pessoas.

9 = Não sei.

D) Necessidades Fisiológicas

0 = Vai ao banheiro sozinho.

1 = Vai ao banheiro quando é lembrado; alguns acidentes.

2 = Precisa de ajuda ao fazer suas necessidades fisiológicas.

3 = Não possui nenhum controle sobre suas necessidades fisiológicas.

9 = Não sei.

E) Ao tomar comprimidos ou remédios

0 = Lembra sem ajuda.

1 = Lembra, se sempre for guardado num lugar específico.

2 = Precisa de lembretes orais ou escritos.

3 = Os remédios devem ser administrados por outros.

9 = Não toma comprimidos ou remédios de forma regular OU Não sei.

F) Preocupação com aparência pessoal:

0 = A mesma de sempre.

1 = Preocupa-se somente ao sair.

2 = Deixa que outros lhe arrumem ou faz o mesmo se for solicitado.

3 = Resiste aos esforços do responsável ao tentar limpá-lo e arrumá-lo.

9 = Não sei.

2. Afazeres Domésticos

Ao preparar refeições

- 0 = Planeja e prepara as refeições sem nenhuma dificuldade.
- 1 = Alguma preparação, porém menos que o usual, ou com menos variedade.
- 2 = Alimenta-se somente se a comida já estiver pronta.
- 3 = Não faz nenhum esforço para preparar refeições.
- 9 = Nunca realizou essa atividade OU Não sei.

Ao pôr a mesa

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Independente, porém de forma lenta ou desajeitada.
- 2 = Esquece de itens ou os põe em lugares errados.
- 3 = Não pratica mais esta atividade.
- 9 = Nunca realizou esta atividade OU Não sei.

Ao arrumar a casa

- 0 = Arruma a casa de forma usual.
- 1 = Realiza, no mínimo, metade de suas tarefas.
- 2 = Espanamento esporádico ou realização de pequenas tarefas.
- 3 = Não arruma mais a casa.
- 9 = Nunca realizou esta atividade OU Não sei.

Ao realizar a manutenção da casa

- 0 = Realiza todas as suas tarefas usuais.
- 1 = Realiza, no mínimo, metade de suas tarefas usuais.
- 2 = Faz a jardinagem ocasionalmente ou alguma outra tarefa pequena.
- 3 = Não realiza mais nenhuma manutenção.
- 9 = Nunca realizou esta atividade OU Não sei.

Ao realizar consertos em casa

- 0 = Realiza todos os consertos usuais.
- 1 = Realiza, no mínimo, metade dos consertos usuais.
- 2 = Ocasionalmente realiza pequenos consertos.
- 3 = Não realiza mais nenhum conserto.
- 9 = Nunca realizou esta atividade OU Não sei.

Ao lavar roupas

- 0 = Lava roupas de forma usual (mesmos horários e mesma rotina).
- 1 = Lava roupas com menos frequência.
- 2 = Lava roupas apenas quando é lembrado; esquece o detergente/etapas.
- 3 = Não pratica mais esta atividade.
- 9 = Nunca realizou esta atividade OU Não sei.

3. Trabalho e Atividades recreativas

A) No Trabalho

- 0 = Continua trabalhando de forma usual.
- 1 = Pequenos problemas com responsabilidades rotineiras.
- 2 = Trabalha num emprego mais fácil ou trabalha meio expediente; ameaçado com a perda de emprego.
- 3 = Não trabalha mais.
- 9 = Nunca trabalhou OU aposentou-se antes da doença OU Não sei.

B) Nas atividades recreativas

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Pratica atividades recreativas com menos frequência.
- 2 = Perdeu algumas das habilidades necessárias para a prática de atividades recreativas (exemplo: baralho, golfe; necessita da insistência de outros para participar).
- 3 = Não pratica mais atividades recreativas.
- 9 = Nunca praticou atividades recreativas OU Não sei.

C) Participação em grupos.

- 0 = Comparece às reuniões e assume responsabilidades de forma usual.
- 1 = Comparece às reuniões com menos frequência.
- 2 = Comparece ocasionalmente; não tem nenhuma responsabilidade importante.
- 3 = Não comparece mais.
- 9 = Nunca participou de grupos OU Não sei.

D) Ao sair de casa:

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Sai somente se outra pessoa dirigir.
- 2 = Sai em cadeira-de-rodas.
- 3 = Restrito a casa ou hospital.
- 9 = Não sei.

4. Compras e Dinheiro.

A) Ao fazer compras

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Esquece de comprar itens ou compra itens não necessários.
- 2 = Precisa estar acompanhado ao fazer compras.
- 3 = Não mais realiza esta atividade.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

B) Ao manusear dinheiro

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Dificuldade em pagar a quantia certa e em contar dinheiro.
- 2 = Perde ou esquece onde coloca o dinheiro.
- 3 = Não mais manuseia dinheiro.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

C) Ao administrar as finanças

- 0 = Nenhum problema em pagar contas e ir ao banco.
- 1 = Paga as contas com atraso, apresenta dificuldades no preenchimento de cheques.
- 2 = Esquece de pagar contas; dificuldades ao administrar a conta bancária; precisa da ajuda de outros.
- 3 = Não mais administra as finanças.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

5. Locomoção:

Ao usar o transporte público

- 0 = Usa o transporte público de forma usual.
- 1 = Usa o transporte público com menos frequência.
- 2 = Já se perdeu usando o transporte público.
- 3 = Não usa mais o transporte público.
- 9 = Nunca usou o transporte público de forma regular OU Não sei.

Ao dirigir

- 0 = Dirige de forma usual.
- 1 = Dirige com mais cautela.
- 2 = Dirige com menos cautela; já se perdeu.
- 3 = Não dirige mais.
- 9 = Nunca dirigiu OU Não sei.

Ao se locomover pela vizinhança

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Sai com menos frequência.
- 2 = Já se perdeu perto de casa.
- 3 = Não sai mais desacompanhado.
- 9 = Esta atividade foi restrita no passado OU Não sei.

Ao viajar para lugares desconhecidos.

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado em ambientes desconhecidos.
- 2 = Fica muito desorientado, mas enfrenta a situação, se acompanhado.
- 3 = Não consegue mais viajar.
- 9 = Nunca praticou esta atividade OU Não sei.

6. Comunicação

Ao usar o telefone

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Liga para alguns números de telefones conhecidos.
- 2 = Apenas atende o telefone (não faz ligações)
- 3 = Não faz uso do telefone.
- 9 = Nunca teve telefone OU Não sei.

Ao conversar

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Conversa menos; apresenta dificuldades para lembrar de palavras ou nomes.
- 2 = Ocasionalmente, ao falar, comete erros.
- 3 = Sua fala é quase incompreensível.
- 9 = Não sei.

Compreensão

- 0 = Entende tudo que é dito, como sempre.
- 1 = Pede para repetir.
- 2 = Ocasionalmente, apresenta dificuldades para entender conversações ou palavras específicas.
- 3 = Não entende o que as pessoas estão dizendo, na maior parte do tempo.
- 9 = Não sei.

Ao ler

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Lê menos frequentemente
- 2 = Apresenta dificuldades para entender ou lembrar o que leu.
- 3 = Não lê mais.
- 9 = Nunca leu OU Não sei.

Ao escrever

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Escreve com menos frequência; ou comete alguns erros.
- 2 = Apenas assina seu nome
- 3 = Nunca escreve.
- 9 = Nunca escreveu muito OU Não sei.

APÊNDICE 3

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (MINI –EXAME DO ESTADO MENTAL)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Dia da semana Certo () Errado ()
Mês Certo () Errado ()
Data do mês Certo () Errado ()
Ano Certo () Errado ()
Hora aproximada Certo () Errado () Escore (máximo cinco pontos) _____

(Para o dia do mês admite-se uma tolerância de um dia a mais ou a menos. Com relação às horas sem olhar para o relógio, admite-se uma tolerância de uma hora a mais ou a menos)

ORIENTAÇÃO ESPACIAL- Onde estamos

Local em que se encontra Certo () Errado () (CREAI, Clínica, Hospital etc)
Local específico Certo () Errado () (sala, consultório etc)
Bairro ou rua próxima Certo () Errado ()
Cidade Certo () Errado ()
Estado Certo () Errado () Escore (máximo cinco pontos) _____

REGISTRO- Repita as seguintes palavras

Vaso Certo () Errado ()
Carro Certo () Errado ()
Tijolo Certo () Errado () Escore (máximo três pontos) _____

(Caso o paciente repita as três palavras em qualquer ordem, computa-se três pontos. Cada palavra 1 ponto)

CÁLCULO E ATENÇÃO

$100 - 7 =$ _____ Certo () Errado ()
 $93 - 7 =$ _____ Certo () Errado ()
 $86 - 7 =$ _____ Certo () Errado ()
 $79 - 7 =$ _____ Certo () Errado ()
 $72 - 7 =$ _____ Certo () Errado () Escore (máximo 5 pontos) _____

MEMÓRIA RECENTE: Quais foram as palavras que eu pedi que você repetisse há pouco?

1.Vaso Certo () Errado ()
2.Carro Certo () Errado ()
3.Tijolo Certo () Errado () Escore (máximo três pontos) _____

LINGUAGEM – Vou lhe mostrar dois objetos para que você me diga o nome deles

Relógio Certo () Errado ()
Caneta Certo () Errado () Escore (máximo dois pontos) _____

LINGUAGEM – Por favor, repita a seguinte frase:

“**Nem aqui, nem ali, nem lá**” Certo () Errado () Escore (máximo um ponto) _____

COMANDO DE TRES ESTÁGIOS – Pegue este papel com a mão direita, dobre-o pela metade e coloque-o em cima da mesa.

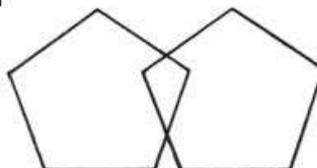
Pegar o papel com a mão direita Certo () Errado ()
Dobrar pela metade Certo () Errado ()
Colocar sobre a mesa Certo () Errado () Escore (máximo três pontos) _____

LEIA ESSA FRASE E FAÇA O QUE ELA PEDE: “FECHE OS OLHOS” Escore (máximo um ponto) _____

POR FAVOR, ESCREVA OU DIGA UMA FRASE OU PENSAMENTO QUALQUER. Escore (máximo um ponto) _____

AGORA TENDE COPIAR ESSE DESENHO

Escore (máximo um ponto) _____



Escore total _____

APÊNDICE 4

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (ADLQ – Versão Brasileira)

Instruções:

Circule um número por cada item

1. ATIVIDADES DE AUTO CUIDADO

Ao vestir-se

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Independente, porém de forma lenta ou desajeitada.
- 2 = Seqüência errada, com o esquecimento de itens.
- 3 = Precisa de ajuda para se vestir.
- 9 = Não sei.

No Banho

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Toma banho sozinho, mas precisa ser lembrado.
- 2 = Toma banho com ajuda.
- 3 = O banho deve ser dado por outras pessoas.
- 9 = Não sei.

Necessidades Fisiológicas

- 0 = Vai ao banheiro sozinho.
- 1 = Vai ao banheiro quando é lembrado; alguns acidentes.
- 2 = Precisa de ajuda ao fazer suas necessidades fisiológicas.
- 3 = Não possui nenhum controle sobre suas necessidades fisiológicas.
- 9 = Não sei.

Preocupação com aparência pessoal

- 0 = A mesma de sempre.
- 1 = Preocupa-se somente ao sair.
- 2 = Deixa que outros lhe arrumem ou faz o mesmo se for solicitado.
- 3 = Resiste aos esforços do responsável ao tentar limpá-lo e arrumá-lo.
- 9 = Não sei.

2. INTERAÇÃO

Ao se locomover pela vizinhança

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Sai com menos freqüência.
- 2 = Já se perdeu perto de casa.
- 3 = Não sai mais desacompanhado.
- 9 = Esta atividade foi restrita no passado ou Não sei.

Compreensão

- 0 = Entende tudo que é dito, como sempre.
- 1 = Pede para repetir.
- 2 = Ocasionalmente, apresenta dificuldades para entender conversações ou palavras específicas.
- 3 = Não entende o que as pessoas estão dizendo, na maior parte do tempo.
- 9 = Não sei.

Ao conversar

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Conversa menos; apresenta dificuldades para lembrar de palavras ou nomes.
- 2 = Ocasionalmente, ao falar, comete erros.
- 3 = Sua fala é quase incompreensível.
- 9 = Não sei.

3.ATIVIDADE INTELECTIVA

Ao ler

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Lê menos frequentemente
- 2 = Apresenta dificuldades para entender ou lembrar o que leu.
- 3 = Não lê mais.
- 9 = Nunca leu OU Não sei.

Ao escrever

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Escreve com menos frequência; ou comete alguns erros.
- 2 = Apenas assina seu nome.
- 3 = Nunca escreve.
- 9 = Nunca escreveu muito OU Não sei.

4. ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

Ao viajar para lugares desconhecidos.

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado em ambientes desconhecidos.
- 2 = Fica muito desorientado, mas enfrenta a situação, se acompanhado.
- 3 = Não consegue mais viajar.
- 9 = Nunca praticou esta atividade OU Não sei.

Ao administrar as finanças

- 0 = Nenhum problema em pagar contas e ir ao banco.
- 1 = Paga as contas com atraso, apresenta dificuldades no preenchimento de cheques.
- 2 = Esquece de pagar contas; dificuldades ao administrar a conta bancária; precisa da ajuda de outros.
- 3 = Não mais administra as finanças.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

Ao usar o telefone

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Liga para alguns números de telefones conhecidos.
- 2 = Apenas atende o telefone (não faz ligações)
- 3 = Não faz uso do telefone.
- 9 = Nunca teve telefone OU Não sei.

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Participação em grupos

- 0 = Comparece às reuniões e assume responsabilidades de forma usual.
- 1 = Comparece às reuniões com menos frequência.
- 2 = Comparece ocasionalmente; não tem nenhuma responsabilidade importante.
- 3 = Não comparece mais.
- 9 = Nunca participou de grupos OU Não sei.

Ao manusear dinheiro

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Dificuldade em pagar a quantia certa e em contar dinheiro.
- 2 = Perde ou esquece onde coloca o dinheiro.
- 3 = Não mais manuseia dinheiro.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

Ao fazer compras

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Esquece de comprar itens ou compra itens não necessários.
- 2 = Precisa estar acompanhado ao fazer compras.
- 3 = Não mais realiza esta atividade.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

6. ALIMENTAÇÃO

Ao comer

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Independente, porém de forma lenta ou com alguns derramamentos.
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou despejar líquidos; derrama frequentemente.
- 3 = Com a maioria dos alimentos, não consegue se alimentar sozinho.
- 9 = Não sei.

Ao tomar comprimidos ou remédios

- 0 = Lembra sem ajuda.
- 1 = Lembra, se sempre for guardado num lugar específico.
- 2 = Precisa de lembretes orais ou escritos.
- 3 = Os remédios devem ser administrados por outros.
- 9 = Não toma comprimidos ou remédios de forma regular OU Não sei.

ANEXOS

ANEXO 1

ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE (ADLQ)

Instructions: circle one number for each item

1. Self-care activities

A. Eating

- 0 = No problem
- 1 = Independent, but slow or some spills
- 2 = Needs help to cut or pour; spills often
- 3 = Must be fed most foods
- 9 = Don't know

B. Dressing

- 0 = No problem
- 1 = Independent, but slow or clumsy
- 2 = Wrong sequence, forgets items
- 3 = Needs help with dressing
- 9 = Don't know

C. Bathing

- 0 = No problem
- 1 = Bathes self, but needs to be reminded
- 2 = Bathes self with assistance
- 3 = Must be bathed by others
- 9 = Don't know

D. Elimination

- 0 = Goes to the bathroom independently
- 1 = Goes to the bathroom when reminded; some accidents
- 2 = Needs assistance for elimination
- 3 = Has no control over either bowel or bladder
- 9 = Don't know

E. Taking pills or medicine

- 0 = Remembers without help
- 1 = Remembers if dose is kept in a special place
- 2 = Needs spoken or written reminders
- 3 = Must be given medicine by others
- 9 = Does not take regular pills or medicine OR Don't know

F. Interest in personal appearance

- 0 = Same as always
- 1 = Interested if going out, but not at home
- 2 = Allows self to be groomed, or does so on request only
- 3 = Resists efforts of caretaker to clean and groom
- 9 = Don't know

2. Household care

A. Preparing meals, cooking

- 0 = Plans and prepares meals without difficulty
- 1 = Some cooking, but less than usual, or less variety
- 2 = Gets food only if it has already been prepared
- 3 = Does nothing to prepare meals
- 9 = Never did this activity OR Don't know

B. Setting the table

- 0 = No problem
- 1 = Independent, but slow or clumsy
- 2 = Forgets items or puts them in the wrong place
- 3 = No longer does this activity
- 9 = Never did this activity OR Don't know

C. Housekeeping

- 0 = Keeps house as usual
- 1 = Does at least half of his/her job
- 2 = Occasional dusting or small jobs
- 3 = No longer keeps house
- 9 = Never did this activity OR Don't know

D. Home maintenance

- 0 = Does all tasks usual for him/her
- 1 = Does at least half of usual tasks
- 2 = Occasionally rakes or some other minor job
- 3 = No longer does any maintenance
- 9 = Never did this activity OR Don't know

E. Home repairs

- 0 = Does all the usual repairs
- 1 = Does at least half of usual repairs
- 2 = Occasionally does minor repairs
- 3 = No longer does any repairs
- 9 = Never did this activity OR Don't know

F. Laundry

- 0 = Does laundry as usual (same schedule, routine)
- 1 = Does laundry less frequently
- 2 = Does laundry only if reminded; leaves out detergent, steps
- 3 = No longer does laundry
- 9 = Never did this activity OR Don't know

3. Employment and recreation

A. Employment

- 0 = Continues to work as usual
- 1 = Some mild problems with routine responsibilities
- 2 = Works at an easier job or part-time; threatened with loss of job
- 3 = No longer works
- 9 = Never worked OR retired before illness OR Don't know

B. Recreation

- 0 = Same as usual
- 1 = Engages in recreational activities less frequently
- 2 = Has lost some skills necessary for recreational activities (eg, bridge, golfing); needs coaxing to participate
- 3 = No longer pursues recreational activities
- 9 = Never engaged in recreational activities OR Don't know

C. Organizations

- 0 = Attends meetings, takes responsibilities as usual
- 1 = Attends less frequently
- 2 = Attends occasionally; has no major responsibilities
- 3 = No longer attends
- 9 = Never participated in organizations OR Don't know

D. Travel

- 0 = Same as usual
- 1 = Gets out if someone else drives
- 2 = Gets out in wheelchair
- 3 = Home- or hospital-bound
- 9 = Don't know

4. Shopping and money

A. Food shopping

- 0 = No problem
- 1 = Forgets items or buys unnecessary items
- 2 = Needs to be accompanied while shopping
- 3 = No longer does the shopping
- 9 = Never had responsibility in this activity OR Don't know

B. Handling cash

- 0 = No problem
- 1 = Has difficulty paying proper amount, counting
- 2 = Loses or misplaces money
- 3 = No longer handles money
- 9 = Never had responsibility for this activity OR Don't know

C. Managing finances

- 0 = No problem paying bills, banking
- 1 = Pays bills late; some trouble writing checks
- 2 = Forgets to pay bills; has trouble balancing checkbook; needs help from others
- 3 = No longer manages finances
- 9 = Never had responsibility in this activity OR Don't know

5. Travel

A. Public transportation

- 0 = Uses public transportation as usual
- 1 = Uses public transportation less frequently
- 2 = Has gotten lost using public transportation
- 3 = No longer uses public transportation
- 9 = Never used public transportation regularly OR Don't know

B. Driving

- 0 = Drives as usual
- 1 = Drives more cautiously
- 2 = Drives less carefully; has gotten lost while driving
- 3 = No longer drives
- 9 = Never drove OR Don't know

C. Mobility around the neighborhood

- 0 = Same as usual
- 1 = Goes out less frequently
- 2 = Has gotten lost in the immediate neighborhood
- 3 = No longer goes out unaccompanied
- 9 = This activity has been restricted in the past OR Don't know

D. Travel outside familiar environment

- 0 = Same as usual
- 1 = Occasionally gets disoriented in strange surroundings
- 2 = Gets very disoriented but is able to manage if accompanied
- 3 = No longer able to travel
- 9 = Never did this activity OR Don't know

6. Communication

A. Using the telephone

- 0 = Same as usual
- 1 = Calls a few familiar numbers
- 2 = Will only answer telephone (won't make calls)
- 3 = Does not use the telephone at all
- 9 = Never had a telephone OR Don't know

B. Talking

- 0 = Same as usual
- 1 = Less talkative; has trouble thinking of words or names
- 2 = Makes occasional errors in speech
- 3 = Speech is almost unintelligible
- 9 = Don't know

C. Understanding

- 0 = Understands everything that is said as usual
- 1 = Asks for repetition
- 2 = Has trouble understanding conversations or specific words occasionally
- 3 = Does not understand what people are saying most of the time
- 9 = Don't know

D. Reading

- 0 = Same as usual
- 1 = Reads less frequently
- 2 = Has trouble understanding or remembering what he/she has read
- 3 = Has given up reading
- 9 = Never read much OR Don't know

E. Writing

- 0 = Same as usual
- 1 = Writes less often; makes occasional spelling errors
- 2 = Signs name but no other writing
- 3 = Never writes
- 9 = Never wrote much OR Don't know

ANEXO 2

De: <johnson-n@northwestern.edu>
Assunto: The Activities of Daily Living Questionnaire
Para: <roguerra@ufrnet.br>
Data: Quarta-feira, 6 de Julho de 2005, 12:37

> Dear Dr. Guerra,
> Sorry for the delay. Please feel free to
> translate the ADLQ scale. I am happy to give
> you whatever information you need. I am
> attaching a copy of the paper, although it seems
> like you have already read it. Please let me
> know what other information you would like.

>
> Sincerely,
>
> Nancy Johnson

>
>
>De: <roguerra@ufrnet.br>
Assunto: The Activities of Daily Living Questionnaire
Para: <johnson-n@northwestern.edu>
Data: Terça-feira, 15 de Março de 2005, 12:37

>>
>>Dear N. Johnson,
>>
>> I am sending this message to kindly request some information in regards
>>to your article "The activities of daily living questionnaire – a
>>validation study in patients with dementia", which appeared on Alzheimer
>>Disease Association Disord in October-December,2004. I am currently
>>working on a master dissertation about "translation and cultural
>>customization" of the instrument used by yourself and your team. I have
>>worked here in Brazil in translating the instrument and customizing it to
>>the Brazilian population. I wanted to ask your authorization to build the
>>brazilian version of ADLQ.

>>
>> I would be enormously grateful if you could give me more informations
>>about the instrument. Should you have any queries or need any further
>>information, please do not hesitate to contact me.

>>
>> I thank you very much in advance for your time and attention, and I
>> remain,

>>
>> Yours faithfully,

>>
>>
>> Ricardo Oliveira Guerra, Ph.D. , PT
>> Federal University of Rio Grande do Norte
>> Natal, Brazil

ANEXO 3



MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Parecer Consubstanciado (Final)

Prot. nº	187/05 – CEP/UFRN
CAAE	Não tem
Projeto de Pesquisa	Tradução, Adequação Cultural e Validação de um Instrumento de Medida para Avaliação Funcional de Pacientes com a Doença de Alzheimer
Área de Conhecimento	Fisioterapia - Grupo III
Pesquisador Responsável	Ricardo Oliveira Guerra
Instituição Onde Será Realizado	UFRN - Departamento de Fisioterapia/Centro de Ciências da Saúde
Revisão Ética	19 de maio de 2006

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, embora atendidas, deixou de cumprir algumas recomendações, que não constituem impeditivos éticos para que a pesquisa seja realizada, este Comitê enquadra o protocolo de pesquisa em pauta na categoria de APROVADO COM RECOMENDAÇÕES.

Recomendamos ao pesquisador responsável observar o seguinte:

- 1- excluir o primeiro parágrafo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual deve ser realizado numa linguagem acessível ao pesquisador;
- 2- deve constar no TCLE a previsão de ressarcimento ao sujeito da pesquisa de qualquer gasto efetuado por ele comprovadamente decorrente da pesquisa;
- 3- apor no TCLE um local para assinatura do pesquisador responsável.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

- 1 – entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
 - 2 – desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item iii.3z);
 - 3 – apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
 - 4 – apresentar ao CEP/UFRN relatórios parciais semestralmente e final (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);
- Os formulários para os relatórios parciais e final encontram-se na página do CEP. (www.ética.ufrn.br)

Natal, 19 de maio de 2006


Selma Maria Bezerra Jerônimo
Coordenadora do CEP-UFRN

Comitê
de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, CP 1666, Natal, RN, 59078-970,
Brasil, fone/fax: xx (84) 3215-3135, e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br, <http://www.ética.ufrn.br>

ANEXO 4: ARTIGO CIENTÍFICO



REVISTA BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA/ BRAZILIAN JOURNAL OF PHYSICAL THERAPY
Rod. Washington Luis, Km 235 · Caixa Postal 676 · CEP 13565-905 · São Carlos, SP - Brasil
Telefone: +55 (16) 3351 8755 · E-mail: rbfisio@power.ufscar.br · Site: www.ufscar.br/rbfisio

São Carlos, 29 de Janeiro de 2009.

Prezados(as) Senhores(as)

Informamos V.Sas. que o manuscrito nº S-542
(184/2008), título “**Tradução, adaptação cultural e análise das propriedades
psicométricas do Activities of Daily Living Questionnaire – ADLQ – para
avaliação funcional de pacientes com a doença de Alzheimer**” de: *Maria
Estela Medeiros e Ricardo Oliveira Guerra*, foi aceito para publicação na Revista
Brasileira de Fisioterapia em 21/01/2009 para o ahead of print.

Atenciosamente.

Tania de Fátima Salvini

Revista Brasileira de Fisioterapia

Editor

ARTIGO TIPO METODOLÓGICO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E ANÁLISE DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE – ADLQ - PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE PACIENTES COM A DOENÇA DE ALZHEIMER.

TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND ANALYSIS OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE- ADLQ- FOR FUNCTIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER’S DISEASE

MARIA ESTELA DE MEDEIROS¹, RICARDO OLIVEIRA GUERRA²

¹ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal (RN), Brasil

² Departamento de Fisioterapia, UFRN

Correspondência para: Maria Estela de Medeiros, Rua Sta Tereza D’ávila, nº 3282, Bairro: Candelária, Cep: 59065-670, Natal/RN, e-mail: medeiros.estela@yahoo.com.br

Titulo para as páginas do artigo:

Tradução e Adequação de Instrumento para Avaliação Funcional.

Translation and Adequacy of Instrument for Functional Evaluation.

RESUMO

Objetivo: Realizar a tradução e adaptação transcultural de um instrumento de medida do desempenho das atividades de vida diária de pacientes com a doença de Alzheimer e analisar as suas propriedades psicométricas. **Métodos:** A amostra foi composta por 60 pacientes e os respectivos 60 cuidadores. A pesquisa ocorreu com a tradução do instrumento pela técnica de retrotradução associada ao método bilíngue. A versão traduzida foi respondida pelo cuidador e o MEEM aplicado ao paciente. A análise psicométrica foi realizada através da validade das medidas do instrumento. **Resultados:** Os resultados verificaram uma correlação inversamente significativa (-0,793), ($p < 0,05$) com uma explicação da variância total de 62%. A correlação realizada entre os itens do instrumento traduzido com o MEEM permitiu testar a coerência interna do instrumento com um já validado. As variáveis correlacionadas significativamente com o MEEM foram selecionadas, sugerindo um instrumento mais condensado. Através do teste t para amostras correlacionadas, as médias do ADLQ-versão traduzida e versão condensada não diferem estatisticamente ao nível de 5% de significância, de forma que a simplificação do instrumento não alterou a média do nível de dependência funcional. A análise fatorial realizada através da rotação Varimax indicou seis dimensões. **Conclusão:** O estudo disponibiliza uma nova ferramenta de avaliação funcional, visando contribuir para a mensuração mais cuidadosa do estado funcional do paciente por todos os profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Avaliação, Validade.

ABSTRACT

Objective: Perform the translation and transcultural adaptation of an instrument measuring the performance of the activities of daily living of patients with Alzheimer's disease and analyze their psychometric properties. **Methods:** The sample was composed of 60 patients and their 60 respective caregivers. The instrument was translated using the back translation technique associated to the bilingual method. The translated version was responded to by the caregiver and MMSE was applied to the patient, Psychometric analysis was conducted using the validity of the measuring instruments. **Results:** The results showed an inversely significant correlation (-0.793), ($p < 0.05$) between the instruments, with an explanation of total variance of 62%. The correlation performed between the items of the translated instrument and MMSE, allowed us to test the internal coherence of the instrument with one already validated. The variables that correlated significantly with MMSE were selected, suggesting a more condensed instrument. The t-test for correlated items showed that the measures of the translated ADQL version and the condensed version did not differ statistically at a significance level of 5%, such that instrument simplification did not alter the mean level of functional dependency. The factorial analysis carried out using varimax rotation indicated six dimensions. **Conclusion:** The study provides for a new functional assessment tool, aimed at contributing a more accurate measure of the functional status of patients by all health professionals.

Keywords: Alzheimer's Disease, Assessment, Validity.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Entre os problemas de saúde que ocorrem com mais frequência nesta fase da vida está a demência, caracterizada pela presença do declínio da função cognitiva, incluindo a memória, e interferência no funcionamento ocupacional ou social. A prevalência de demência dobra a cada cinco anos de aumento da idade, indo de 3%, aos 70 anos, para 20-30%, aos 85 anos ¹. A doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais comum de demência, acometendo de 1-6% da população mundial. No Brasil, estima-se que dos 15 milhões de brasileiros com mais de 60 anos de idade, 6% são portadores da DA. As taxas de incidência na população brasileira são comparáveis àquelas relatadas em estudos ocidentais e asiáticos ^{2,3}.

O prejuízo cognitivo é a principal queixa clínica do paciente com DA. Na avaliação clínica do paciente, faz-se necessário a identificação do grau de comprometimento cognitivo, para que programas de reabilitação eficazes sejam propostos como parte de uma intervenção terapêutica não-medicamentosa, esta última com o objetivo de retardar o avanço da doença, além de favorecer a melhora da qualidade de vida do paciente ^{4,5,6}. A avaliação dos pacientes com demência não termina, no entanto, com a demonstração de que dificuldades cognitivas estão presentes. Alterações no desempenho das atividades de vida diária também são observadas na maioria desses indivíduos, embora a detecção de vários desses sintomas dependa, com frequência, de informações fornecidas pelo cuidador do paciente ^{7, 8}. A avaliação do desempenho funcional mostra-se como um aspecto importante para o diagnóstico da demência, devendo ser utilizada para orientar os profissionais

de saúde, bem como os cuidadores destes pacientes sobre os cuidados adequados. Por todas essas razões, a avaliação de atividades de vida diária é reconhecida cada vez mais como uma medida valiosa de resultado em testes clínicos⁹.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade¹⁰. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las⁷. Dois tipos principais de habilidades são medidas por escalas de avaliação funcional: as atividades básicas de vida diária – ABVD, que consistem em atividades realizadas habitualmente, tais como vestir-se, tomar banho e comer. Em contraste, as atividades instrumentais de vida diária - AIVD - requerem organização e planejamento, e incluem tarefas como fazer compras, usar transporte público, preparar refeições, organizar finanças, manter a casa e usar telefone^{10, 11}.

O *Activities of daily living questionnaire-ADLQ* foi elaborado para avaliar atividades básicas e instrumentais em pacientes com DA, quantificando as habilidades funcionais de indivíduos com déficits cognitivos, como demência.

Esse instrumento foi originalmente desenvolvido com base na experiência clínica com pacientes com demência e conhecimento de áreas de declínio funcional com provável impacto nestas atividades. Foi usada num estudo por Locascio e colaboradores e tem sido consistente com outras medidas na detecção do declínio funcional em indivíduos com provável DA⁹. O presente

estudo teve como principal objetivo realizar a tradução para língua portuguesa e adaptação transcultural do ADLQ para a realidade brasileira e análise de suas propriedades psicométricas.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido com cuidadores e pacientes com a doença de Alzheimer participantes do grupo de apoio CUIDANDO DE QUEM CUIDA na Cidade do Natal/RN. A amostra foi composta por 60 cuidadores de 60 pacientes com DA. Os idosos deveriam apresentar diagnóstico médico provável da DA baseado nos critérios utilizados na prática clínica médica (NINCDS-ADRDA e do DSM-IV), não apresentar patologias neuroevolutivas (doença de Parkinson) ou doença neurovascular (AVC), idade igual ou superior a 60 anos, encontrando-se em qualquer estágio da doença de Alzheimer. Como critérios de inclusão do cuidador, estabelecidos pelo pesquisador, ele deveria ser a pessoa com maior contato e responsabilidade em assistir o paciente. Além disso, o paciente pelo qual é responsável deveria estar enquadrado inicialmente nos critérios de inclusão acima mencionados.

Procedimentos - Tradução e Adequação Cultural do ADLQ

A tradução e adequação cultural para a população brasileira do ADLQ ocorreram inicialmente com a autorização dos autores do estudo original bem como mediante o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa nº 187/05 – CEP/UFRN.

O ADLQ é dividido em seis sessões endereçadas a avaliar áreas diferentes de atividade como cuidados pessoais, cuidados em casa/família, trabalho/lazer, compras/dinheiro, viagem e comunicação, tendo cada seção de 3 a 6 itens. Cada um dos itens é pontuado numa escala de 4 pontos variando

de 0 (“sem problemas”) a 3 (“não é capaz de desempenhar a atividade”). Para cada item, existe também uma taxa (9) fornecida, por exemplo, naquelas que o paciente pode nunca ter realizado aquela atividade no passado (“nunca fiz essa atividade”), parou a atividade anteriormente ao início da demência (como parou de trabalhar antes dos sintomas da demência estarem aparentes), ou porque o marcador (cuidador), por uma variedade de razões, pode não ter a informação (“não sei”). A pontuação é calculada da seguinte forma: Para cada seção (exemplo: auto cuidado; afazeres domésticos etc.) conta-se o número total de questões respondidas (exceto as questões de número “9”: “não sei” ou “nunca foi responsável por esta atividade”) e multiplica-se por 3 o número total de questões respondidas, representando a pontuação máxima para aquela sessão. Em seguida, soma-se a pontuação total (i.e, a soma das respostas) para aquela sessão e divide-se pela pontuação máxima. Por fim, multiplica-se por 100 para obter a porcentagem da diminuição de capacidade, de forma que valor de 0-33% indica incapacidade leve, 34%-66%, incapacidade moderada e 67%-100%, incapacidade severa⁹.

O procedimento para a tradução e adequação foi adaptado de um protocolo aceito internacionalmente proposto pelo International Quality of Life Assessment Project^{12, 13}. A técnica utilizada foi a retrotradução associada ao método bilíngue, como realizado em estudo similar¹⁴. As etapas adaptadas do protocolo e realizadas no presente estudo serão descritas a seguir: Inicialmente dois professores bilíngues, cientes do objetivo da pesquisa, traduziram o questionário visando uma equivalência de conteúdo, semântica e conceitual com a versão original. Diante disso, foi obtida a primeira versão em português do questionário original. Posteriormente a versão em português foi enviada

para uma colaboradora bilíngue (português/inglês), desprovida de qualquer conhecimento prévio do material a ser retrotraduzido. Com o retorno da nova versão do questionário em inglês, os professores bilíngües, participantes da primeira fase do estudo, realizaram uma análise comparativa minuciosa desta nova versão com a versão original em inglês. Após um consenso obtido entre as duas versões em inglês e a sua tradução para a língua portuguesa, foi obtida a segunda versão do questionário em português, ADLQ – versão traduzida, sendo esta aplicada no estudo. Para isso, a tradução do texto original foi revisada pelo pesquisador da versão brasileira do questionário original e dois profissionais com experiência clínica na área, familiarizados com o conteúdo, visando verificar se a tradução adequava-se à realidade da população local a ser estudada.

Estudo Piloto - Foi realizado um pré-teste para adequação cultural do instrumento, sendo acrescentado a todos os itens a alternativa “não compreendi a pergunta”. A coleta foi realizada com seis cuidadores selecionados aleatoriamente, correspondendo a 10% da amostra. Após análise dos dados do pré-teste, foi constatado que nenhum item obteve percentual superior a 15% de incompreensão, o que atestou sua adequação, sem necessidade de alteração do seu conteúdo e novo pré-teste.

Aplicação do ADLQ - versão traduzida - Para a coleta de dados, inicialmente o pesquisador foi submetido a um treinamento com um estudo teórico-prático aprofundado da forma de aplicação dos instrumentos ADLQ – versão traduzida e do Miniexame do estado mental (MEEM), também utilizado no estudo. O mesmo foi utilizado no presente estudo, no sentido de verificar a validade do instrumento traduzido em relação a um parâmetro de avaliação

cognitiva reconhecidamente aceito, tendo em vista a forte associação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional e que o mesmo pode funcionar como forte preditor da incapacidade física e do declínio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. A aplicação dos instrumentos foi realizada apenas pelo próprio pesquisador. Para a composição da amostra, foi possível contar com a colaboração de familiares integrantes do grupo de apoio CUIDANDO DE QUEM CUIDA, na Cidade do Natal/RN. Cada indivíduo foi contatado pessoalmente ou por telefone pelo pesquisador para a explicação do estudo. Aquele cuidador, cujo familiar com a DA estava dentro dos critérios de inclusão e que concordou em colaborar com a pesquisa, recebeu uma visita domiciliar marcada previamente com o pesquisador para a aplicação dos questionários.

O cuidador principal, após preencher o termo de consentimento livre e esclarecido referente à sua participação e a do paciente pelo qual é responsável na pesquisa, foi instruído a responder o ADLQ-versão traduzida sem a interferência do pesquisador, marcando cada item de acordo com a capacidade atual do paciente em desempenhar as atividades. Durante a mesma visita ocorreu a aplicação do MEEM junto ao paciente portador da DA pelo pesquisador. O MEEM é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos); *orientação para local* (5 pontos); registro de 3 palavras (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); lembrança das 3 palavras (3 pontos); linguagem (8 pontos); e *capacidade* construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala foi traduzida por Bertolucci (1994) e validada para uso em nosso país ¹⁵.

Análise dos dados - Para o processamento dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 15.0. Inicialmente foram avaliadas as propriedades relacionadas à validade do instrumento, tendo como objetivo verificar se sua adaptação cultural atendia os padrões psicométricos estabelecidos. Seguem descritas as medidas realizadas. A análise psicométrica das medidas do instrumento consistiu na análise de alguns tipos de validade e a confiabilidade do questionário. Dos tipos de validade, foi realizada a validação em relação a um padrão, as validações de consenso, conteúdo e de construto.

Validade em relação a um padrão - Consiste na relação do resultado de uma medição com um padrão ou critério reconhecidamente aceito¹⁶.

Validade de Conteúdo - Neste tipo de validade, analisa-se o instrumento verificando se seus itens se ajustam aos seus objetivos. Consistiu no exame sistemático do conteúdo do questionário a fim de assegurar sua representatividade, ou seja, que todos os aspectos fundamentais da avaliação foram abrangidos^{16, 17}.

Validade de Construto - É considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos, constituindo a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação dos traços latentes^{18, 19}. Para avaliar este tipo de validade foram utilizadas matrizes multitraço-multimétodo no sentido de identificar a consistência da correlação interitens do instrumento de medidas através do teste de correlação de Spearman. A partir da análise da consistência interna do instrumento, ou seja, da correlação existente entre cada item e os demais itens, optou-se por sugerir um novo instrumento de medida mais condensado, composto por aquelas variáveis que tiveram correlações significativas com o instrumento MEEM, utilizado como referência.

Assim, uma nova versão condensada do instrumento foi criada a partir das variáveis que tiveram correlações significativas com o escore total do MEEM, a qual foi denominada de ADLQ-versão brasileira. Em seguida, foi verificada, através do teste de Kolmogorov-Smirnov, a condição de normalidade dos dados dos escores totais do ADLQ, ADLQ-versão brasileira e MEEM. Foi utilizado o teste de correlação de Pearson para verificar associação entre os escores dos instrumentos avaliados. O teste t de Student para amostras pareadas foi utilizado para verificar a igualdade de médias entre as variáveis ADLQ e ADLQ-versão brasileira. Finalmente, para identificar a estrutura fatorial dos indicadores de capacidade funcional do novo instrumento, os dados foram submetidos à análise multivariada mediante análise fatorial.

Previamente à análise fatorial, levou-se em consideração a medida de melhor adequação dos dados, denominada de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como o teste de *Bartlett test of Sphericity* (BTS), o qual verifica a hipótese de que não há correlação entre as variáveis em questão. Para a escolha do número de fatores, teve-se por base o critério de Kaiser, no qual são considerados somente aqueles fatores com autovalor maior que 1. Para identificar a estrutura fatorial dos indicadores de capacidade funcional foi utilizada a rotação Varimax, com o intuito de agrupar as variáveis correlacionadas entre si. A confiabilidade do novo instrumento foi avaliada através do *alpha* de Cronbach. Este coeficiente reflete o grau de covariância dos itens entre si, servindo de indicador da consistência interna do questionário, ao medir o impacto da variabilidade quando da retirada de determinados itens.

RESULTADOS

Elaboração da versão traduzida e Adequação Cultural do ADLQ - O processo de tradução e retrotradução do questionário associada ao método bilíngue mostrou resultados satisfatórios, indicando equivalência e reconciliação dos itens traduzidos, equivalência semântica entre as duas traduções e ausência de dificuldades de tradução. A análise qualitativa dos itens pelo pesquisador e dois profissionais com experiência clínica na área, a realização do pré-teste, adequação cultural e posterior refinamento do instrumento para a população estudada, asseguraram-lhe forma e vocabulário adequados para o propósito do estudo.

A aplicação da versão brasileira do ADLQ na população estudada permitiu caracterizar a amostra, como mostrado nas Tabelas 1 e 2. A média de idade foi de 81,7 anos ($\pm 7,245$). A partir da tradução do instrumento ADLQ para a língua portuguesa, sentiu-se a necessidade de analisar suas propriedades psicométricas, no sentido de permitir a elaboração da medida de dependência funcional adequada à população brasileira. O tempo médio de aplicação do instrumento foi de 20 (vinte) minutos.

*Análise das Propriedades Psicométricas: **Validade da versão traduzida do ADLQ em relação a um padrão*** - No sentido de verificar a validade do instrumento traduzido em relação a um parâmetro de avaliação cognitiva reconhecidamente aceito, optou-se pela utilização do MEEM. Os resultados permitiram verificar uma correlação inversamente significativa (-0,793) ($p < 0,05$) entre os instrumentos utilizados na coleta de dados, o que resulta numa explicação da variância total de 62%. Através da Tabela 3, pode-se verificar a média de pontuação obtida no MEEM, bem como no ADLQ-versão traduzida.

Validade de Conteúdo - A validade de conteúdo do instrumento mostrou-se satisfatória, visto que seus itens contemplam os principais aspectos que representam o construto da capacidade funcional através das atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além disso, a realização do pré-teste, a adequação cultural e o refinamento do instrumento para a população estudada, realizado pelo pesquisador, bem como por dois profissionais com experiência clínica na área, reforçam a forma e vocabulário, adequados ao propósito da mensuração.

Validade de Construto - As matrizes de correlação interitens demonstraram que alguns itens se correlacionam com as medidas globais de capacidade funcional de forma pouco positiva e significativa ($p < 0,05$). Essas medidas de capacidade funcional global apresentaram, em geral, maiores correlações com as questões relativas a atividades de autocuidado e as menores correlações com as questões relativas a atividades relacionadas a afazeres domésticos, assim como itens do trabalho e atividades recreativas e locomoção. A matriz de correlação interitens também permitiu observar que as correlações mais altas ocorreram entre itens de uma mesma dimensão da capacidade funcional, principalmente os itens relacionados a atividades de autocuidado.

Na Tabela 4, é possível visualizar a posterior correlação realizada entre os itens internos do ADLQ-versão traduzida com o MEEM, com o intuito de testar assim a coerência interna do instrumento em questão com um já validado e aplicado nos dias atuais nas unidades de saúde. Foram selecionadas as variáveis correlacionadas significativamente com o MEEM, com o intuito de sugerir um instrumento mais condensado, renomeado de ADLQ – versão brasileira. A correlação entre o ADLQ-versão traduzida e o

ADLQ-versão brasileira é de 0,818 com significância estatística ($p < 0,05$). Tal resultado explica uma variabilidade total de, aproximadamente, 67%. Através do teste t para amostras correlacionadas, as médias do ADLQ-versão traduzida e ADLQ-versão brasileira não diferem estatisticamente ($p < 0,05$). Portanto, a simplificação do instrumento não altera a média do nível de dependência funcional, tornando assim o instrumento adequado para utilização.

Com o intuito de identificar fatores que expliquem as variáveis escolhidas de acordo com os critérios mencionados anteriormente, utilizou-se como técnica multivariada de análises de dados a análise fatorial e especificamente a rotação do tipo varimax. Previamente, no entanto, levou-se em consideração a medida de melhor adequação dos dados à análise fatorial, denominada de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), bem como o teste de Bartlett *test of sphericity* (BTS), o qual testa a hipótese de que não há correlação entre as variáveis em questão. Tais resultados se mostraram significativos ao nível de 5% indicando uma aceitação adequada dos dados à análise fatorial e existência de correlação entre as variáveis. De acordo com as hipóteses apresentadas, chegou-se a uma representação contendo seis fatores que explicassem as dezessete variáveis previamente selecionadas.

A escolha do número de fatores teve por base o critério de Kaiser, no qual são considerados somente aqueles fatores com autovalor maior que 1. Os seis fatores resultantes correspondem a aproximadamente 71% do total de autovalores do modelo, ou seja, juntos explicam 71% das variações das medidas originais. Os componentes extraídos, a variação explicada para cada fator e a variação acumulada são apresentados na Tabela 5. É possível verificar ainda na Tabela 6, que após o método de rotação varimax realizado,

os 17 itens selecionados entre as dimensões resultantes foram agrupados entre as variáveis correlacionadas entre si. O resultado sugere uma nova reestruturação do instrumento. O primeiro domínio reteve quatro itens relacionados a atividades de *Autocuidado* (vestir-se, tomar banho, necessidades fisiológicas e preocupação com a aparência pessoal). O segundo reteve 3 itens com aspectos relacionados à interação (locomover-se pela vizinhança, conversar e compreensão). O terceiro domínio reteve fatores voltados à atividade intelectual (ler e escrever), o quarto concentrou aspectos voltados à organização e planejamento (viajar para lugares desconhecidos, administrar finanças, usar o telefone). Por fim, o quinto domínio reteve itens relacionados à participação social (participação em grupos, fazer compras, manusear dinheiro), enquanto o sexto e último domínio, atividades relacionadas à alimentação (comer, tomar comprimidos ou remédios). A confiabilidade do novo instrumento sugerido foi calculada através do *alpha* de Cronbach, cujo valor correspondeu a 0,75. O valor do *alpha* de Cronbach total e de todos os 17 itens selecionados são aceitáveis; podemos então admitir uma consistência interna geral satisfatória. Analisando a média da escala se pode notar que a maior contribuição vem das variáveis “ao comer” e “necessidades fisiológicas”, cujos itens são de relevância maior para o modelo.

DISCUSSÃO

Elaboração da versão traduzida e Adequação Cultural do ADLQ - As novas estratégias terapêuticas que têm surgido para o tratamento da demência e em especial da DA, além de retardar a progressão e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, têm estimulado a busca de instrumentos de avaliação que permitam identificar com maior precisão os casos de dependência cognitiva e

funcional. No entanto, a maioria das escalas disponíveis para a avaliação das demências apresentam sérias limitações devido a pouca sensibilidade e especificidade, a sua complexidade e prolongado tempo de administração, fazendo-as inadequadas para pacientes com cognição deteriorada^{20,21}. No presente estudo, o objetivo de realizar a tradução para língua portuguesa e adaptação transcultural do ADLQ⁹ para a realidade brasileira foi alcançado. Cada questão apresentava cinco alternativas, não houve nenhuma dificuldade de compreensão para respondê-las, de acordo com o quadro clínico do paciente avaliado.

A falta de uma padronização na metodologia para o processo de tradução e adaptação da maioria dos instrumentos de pesquisa dificulta a comparação com estudos semelhantes. As traduções devem ser avaliadas em termos de equivalência conceitual, principalmente para que alterações gramaticais necessárias possam ser conceitualmente semelhantes a uma outra cultura. Quanto à adaptação cultural, fatores culturais tais como hábitos e atividades de uma população devem ser levados em conta, porque uma atividade não habitual a uma determinada população pode tornar a adaptação de um instrumento inválida^{22, 23}. No presente, não foram encontrados quaisquer impedimentos, seja no tocante às questões ligadas à língua portuguesa, como a respeito de aspectos culturais, que pudessem inviabilizar a aplicabilidade da tradução e adequação cultural do instrumento analisado.

*Análise das Propriedades Psicométricas: **Validade da versão traduzida do ADLQ em relação a um padrão*** - Os resultados encontrados entre MEEM e o nível de dependência funcional, medidos pela versão traduzida do ADLQ, evidenciaram que quanto menor o valor bruto no MEEM, maior será a

dependência funcional do indivíduo. Estes resultados expressam uma correlação negativa significativa entre os dois instrumentos, o que reforça a forte associação entre o nível cognitivo e a habilidade funcional^{24, 25} e sugerem que a demência funciona como forte preditor da incapacidade física e do declínio nas atividades básicas e instrumentais de vida diária²⁶.

Validade de Conteúdo - A validade de conteúdo do instrumento mostrou-se satisfatória. A tradução do texto original foi revisada pelo pesquisador e por dois profissionais fisioterapeutas com experiência clínica na área, familiarizados com o contexto do instrumento avaliado, visando verificar se a tradução adequava-se à realidade da população local a ser estudada. Na análise das respostas às questões do instrumento, todos os itens contemplaram os principais aspectos que representam o constructo da capacidade funcional através das atividades básicas e instrumentais de vida diária, apresentando, cada questão, alternativas de respostas coerentes com a função avaliada e fácil entendimento.

Validade de Construto - Os resultados obtidos no presente estudo a partir da análise das propriedades psicométricas da versão traduzida do ADLQ, sugerem um novo instrumento de avaliação da capacidade funcional para a utilização na prática clínica. A importante relação entre capacidade funcional e déficit cognitivo mostra que o prejuízo cognitivo, avaliado no MEEM, é a principal queixa clínica do paciente com a DA, repercutindo diretamente na sua capacidade funcional, aspecto avaliado no ADLQ-versão traduzida. Os itens do instrumento ADLQ-versão traduzida que tiveram correlação significativa com o MEEM englobam atividades básicas, assim como instrumentais de vida diária, sendo importante, portanto, que um instrumento englobe a avaliação de ambas

as atividades. Alguns estudos têm mostrado que alterações no desempenho das atividades de vida diária podem ocorrer desde os estágios iniciais da doença. Acredita-se haver relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional; inicialmente as perdas são detectadas nas AIVDs, sendo as ABVDs prejudicadas somente nos estágios demenciais mais avançados¹⁰. Diante da análise estatística verificada nos resultados, os itens do novo instrumento (ADLQ – versão brasileira) foram distribuídos em seis domínios englobando atividades básicas e instrumentais relevantes, normalmente comprometidas durante o processo da doença, importantes para avaliação funcional ⁷. Trata-se de atividades como: comer, vestir-se, banho, necessidades fisiológicas, tomar comprimidos, participação em grupos, administrar finanças, manusear dinheiro, locomover-se pela vizinhança, usar telefone, compreensão, dentre outras, importantes o suficiente para predizer o grau de comprometimento funcional de um indivíduo.

Foi possível observar ainda, no novo instrumento sugerido, que as questões não correlacionadas com o MEEM englobam atividades com desempenho pouco comum a ambos os sexos e no desempenho de papéis sociais enquanto gênero na sociedade brasileira. As questões relacionadas aos afazeres domésticos (como preparar refeições, pôr a mesa, arrumar a casa, lavar roupas, etc.) que não apresentaram correlação com o MEEM são mais aplicáveis ao sexo feminino. Enquanto os itens realizar a manutenção da casa e realizar consertos em casa estão mais relacionados ao sexo masculino. Os demais itens que não tiveram correlação significativa com o MEEM integram, na sua maioria, o grupo de AIVD (como dirigir, usar transporte público, sair de casa, trabalho e participar de atividades recreativas). Estes itens não fazem

parte do grupo de atividades desempenhadas com frequência pelo grupo de idosos estudado (tendo como resposta no questionário: “nunca desempenhou esta atividade”); assim, não apresentaram relevância para mensurar o grau de comprometimento funcional atual dos sujeitos avaliados, visto que já não eram atividades desempenhadas pelo idoso em sua rotina antes do processo da doença.

A DA caracteriza comprometimento de pelo menos uma função cognitiva além da memória, sendo as funções executivas, a linguagem ou a atenção seletiva e dividida as mais precocemente acometidas após a memória. Assim, ações para realizar atividades da vida cotidiana estariam comprometidas, quer por esquecimento, quer por déficit no próprio conceito da ação em si ²⁷. Pesquisadores sugerem que a combinação de uma escala funcional, que avalie atividades da vida diária, e um teste cognitivo seriam complementares em indivíduos com suspeita de síndrome demencial e, como consequência, aumentariam a sensibilidade e especificidade para rastrear a doença em uma população não homogênea como a nossa, do ponto de vista cultural e socioeconômico ²⁸. Fica claro, portanto, que a simples mensuração do desempenho cognitivo por meio de escalas pode ter várias limitações, de forma que, ao longo dos anos, algumas escalas foram desenvolvidas com a finalidade específica de investigar a gravidade da demência a partir da capacidade cognitiva e funcional do paciente ¹⁴. Sendo assim, a combinação de um teste cognitivo e questionários aplicados ao informante para avaliação funcional podem melhorar a detecção de demência ^{27,29}. Desta forma, o ADLQ – versão brasileira (ver anexo), novo instrumento proposto, engloba atividades de vida diária, nas quais funções cognitivas importantes comprometidas são

consideradas. O instrumento apresentou boa confiabilidade, expressa pelo *alpha* de Cronbach (0,75), visto que o coeficiente pode variar de 0 a 1,0, obedecendo à regra em que entre 0 a 0,6 a confiabilidade é insatisfatória, 0,6 a 0,7, satisfatória e entre 0,7 e 1,0, confiabilidade elevada ³⁰.

Finalmente, este estudo, ao traduzir e adaptar, torna disponível mais um instrumento para uso em pesquisa, de forma prática e condensada, considerando aspectos relevantes das atividades de vida diária, podendo contribuir para uma mensuração mais cuidadosa do estado funcional do paciente por todos os profissionais da área da saúde, em especial o fisioterapeuta, e para uma terapêutica adequada a ser adotada ³¹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. Rev Saúde Pública. 2002; 36:773-8
2. Nitrini R, Caramelli P, Herrera E. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2004; 18: 241-246.
3. Fratiglioni L, Ronchi D. Worldwide Prevalence and Incidence of Dementia. Drugs & Aging. 1999; 15: 365-375
4. Almeida O P, Crocco E I. Percepção dos déficits cognitivos e alterações do comportamento em pacientes com doença de Alzheimer. Arq Neuropsiquiatr. 2000; 58: 292-99.
5. Melo MA, Driusso P. Proposta Fisioterapêutica para os cuidados de Portadores da Doença de Alzheimer. Envelhecimento e Saúde. 2006; 12: 11-18.

6. Bertolucci PHF, Nitrini R. Proposta de uma versão brasileira para a escala ADCS-CGIC. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61:881-890.
7. Rosa TEC, Benício MH. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37: 40-8.
8. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39: 655- 62.
9. Johnson N, Barion A, Rademaker A, Rehkemper G, Weintraub S. The Activities of Daily Living Questionnaire: A Validation Study in Patients with Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2004; 18: 223-30.
10. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Avaliação das Atividades de Vida Diária de Idosos com diferentes níveis de Demência. *Rev. bras. fisioter.* 2007; 11: 267-273.
11. Goulart MTC, Fegyveres RA, Schultz RR. Adaptação Transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidade em Demência. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007; 65:916-919.
12. Ware JE, Gandek B. The SF-36 health survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *J Ment Healt.* 1994; 23: 49-73.
13. Bullinger M, Alonso J, Apoloni G. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQOLA Project Approach. *J Clin Epidemiol.* 1998; 51: 913–923.
14. Mendonça KMPP. Satisfação do paciente com a fisioterapia: tradução, adaptação cultural e validação de um instrumento de medida [dissertação]. Natal (RN): UFRN; 2004.
15. Almeida OP. Mini Exame de Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 1998; 56: 605-12.

16. Malhotra NK. Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada. 3ª ed. Montigelli Jr N, Farias AA, tradutores. Porto Alegre: Bookman; 2001. 719p.
17. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. 1ª ed. Brasil: Vozes; 2003.
18. Bunchaft G, Cavas CST. Sob medida: um guia sobre a elaboração de medidas do comportamento e suas aplicações. Brasil: Vetor; 2002.
19. Mendonça KMPP, Guerra RO. Desenvolvimento e Validação de um instrumento de medida da satisfação do paciente com a Fisioterapia. Rev. Bras. Fisioter. 2007; 11: 369-376.
20. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. Arquivo de neuropsiquiatria. 2003; 61: 601-6.
21. Taylor JL, Kraemer HC. On disentangling states versus traits: demonstration of a new technique using the Alzheimer's disease assessment scale. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002; 16: 254-258.
22. Duarte OS, Miyazaki MA. Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). Rev Assoc Med Brás. 2003; 49: 375-81.
23. Lopes AD, Stadniky SP, Masiero D. Tradução e adaptação cultural do worc: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. Rev. bras. fisioter. 2006; 10: 309-315.
24. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001; 56: 638-43.

25. Teunisse S, Mayke MA, Derix MA, Van Crevel H. Assessing the severity of dementia. *Arch Neurol*. 1991; 48: 274-7.
26. Sauvaget C, Yamada M, Fujiwara Seal. Dementia as a predictor of functional disability: A four-year follow-up study. *Gerontology*. 2002; 4: 226-33.
27. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC. Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2005; 63:720-727.
28. Abreu ID, Forlenza OV, Barros HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev. Psiq. Clín.* 2005; 32: 131-136.
29. Paixão CMJ, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:7-19.
30. Pavan K, Schmidt K, Marangoni B. Esclerose múltipla: Adaptação transcultural e validação da escala modificada de impacto de fadiga. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007; 65: 669-673.
31. Marcolino JÁ, Iacoponi E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23:88-5.

ANEXO 1

Tabela 1. Características dos pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

Variáveis	f	%
Sexo		
- Feminino	41	68,3
- Masculino	19	31,7
Profissão		
- Do lar	24	40,0
- Aposentado	13	21,7
- Outros	23	38,3
Grau de instrução		
- Analfabeto	6	10,0
- Ensino Fundamental	27	45,0
- Ensino Médio	19	31,7
- Superior	8	13,3
Reside com		
- Cônjuge	24	34,3
- Filhos	34	48,6
- Cuidador profissional	9	12,8
- Outros	3	4,3
Doenças associadas		
- Hipertensão	14	19,2
- Diabetes	14	19,2
- Osteoporose	21	28,8
- Outras	8	10,9
- Nenhuma	16	21,9
Renda familiar		
- 1 salário mínimo	8	13,4
- 3 a 6 salários mínimos	20	33,3
- 7 a 10 salários mínimos	20	33,3
- Acima de 10 salários mínimos	12	20,0

Dados obtidos pelos pesquisadores

Tabela 2. Características dos cuidadores dos pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

Variáveis	f	%
Instrução do cuidador		
- Analfabeto	0	0,0
- Ensino Fundamental	11	18,3
- Ensino Médio	28	46,7
- Superior	21	35,0
Cuidador		
- Cônjuge	9	11,7
- Filhos	34	44,1
- Cuidador profissional	32	41,6
- Outros familiares	2	2,6
Número de cuidadores		
- Apenas um	19	31,7
- Dois	25	41,6
- Três ou mais	16	26,7

Dados obtidos pelos pesquisadores

Tabela 3. Estatísticas das variáveis MEEM e ADLQ para os pacientes com a Doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na cidade de Natal/RN – 2007.

Variáveis	Casos válidos	Valor Mínimo	Valor Máximo	Média	Desvio-Padrão
- Orientação temporal	60	0	5	0,9	1,44
- Orientação espacial	60	0	5	1,7	1,85
- Registro	60	0	3	2,1	1,33
- Cálculo e atenção	60	0	5	0,8	1,51
- Memória recente	60	0	2	0,2	0,50
- Linguagem	60	0	9	4,2	3,03
- Valor bruto do MEEM	60	0	27	9,9	7,74
- Nível de dependência funcional (ADLQ - versão traduzida)	60	0,4	1,0	0,8	0,15

Dados obtidos pelos pesquisadores

Tabela 4. Correlação dos itens internos do ADLQ e o MEEM total para os pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Domínio	Variável	ADLQ - versão traduzida		MEEM total categorizado	
		r	p-valor	r	p-valor
Atividades de Autocuidado	Ao comer	0,45 **	0,00	-0,59**	0,00
	Ao vestir-se	0,60 **	0,00	-0,52**	0,00
	No banho	0,57 **	0,00	-0,48**	0,00
	Necessidades fisiológicas	0,61 **	0,00	-0,68**	0,00
	Ao tomar comprimidos ou remédios	0,48**	0,00	-0,29*	0,02
	Preocupação com a aparência pessoal	0,30*	0,01	-0,46**	0,00
Afazeres domésticos	Ao preparar refeições	0,14	0,27	-0,11	0,37
	Ao pôr a mesa	0,02	0,83	-0,14	0,27
	Ao arrumar a casa	-0,13	0,31	0,14	0,28
	Ao realizar a manutenção da casa	0,02	0,82	0,00	0,98
	Ao realizar consertos em	-0,07	0,56	-0,05	0,70
	Ao lavar roupas	-0,08	0,53	0,21	0,09
Trabalho e atividades recreativas	No trabalho	0,04	0,72	-0,14	0,27
	Nas atividades recreativas	0,12	0,36	-0,07	0,59
	Participação em grupos	0,21	0,10	-0,27*	0,03
Compras e dinheiro	Ao sair de casa	0,33**	0,00	-0,24	0,05
	Ao fazer compras	0,49**	0,00	-0,40**	0,00
	Ao manusear dinheiro	0,59**	0,00	-0,55**	0,00
Locomoção	Ao administrar finanças	0,29*	0,024	-0,32*	0,01
	Ao usar o transporte público	0,19	0,12	-0,12	0,33
	Ao dirigir	0,12	0,34	-0,05	0,69
	Ao se locomover pela vizinhança	0,31*	0,01	-0,27*	0,03
Comunicação	Ao viajar para lugares desconhecidos	0,39**	0,00	-0,266*	0,04
	Ao usar o telefone	0,48**	0,00	-0,480**	0,00
	Ao conversar	0,36*	0,00	-0,526**	0,00
	Compreensão	0,51**	0,00	-0,597**	0,00
	Ao ler	0,32*	0,01	-0,436**	0,00
	Ao escrever	0,36**	0,00	-0,470**	0,00

Correlação de Spearman (r). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Dados obtidos pelos pesquisadores

Tabela 5. Número de fatores arbitrados a serem derivados para os dados dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Fator	Autovalor	% de variância	% acumulado
1	3,05	17,95	17,95
2	2,34	13,74	31,70
3	1,79	10,16	41,87
4	1,67	9,82	51,69
5	1,65	9,69	61,39
6	1,64	9,62	71,01

KMO = 0,667. Significância do teste de BTS = 0,000

Tabela 6. Rotação Varimax da matriz dos componentes do ADLQ para os dados dos pacientes com a doença de Alzheimer, participantes de um grupo de apoio na Cidade do Natal/RN – 2007.

Item	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
Ao comer						0,64*
Ao vestir-se	0,85*					
No banho	0,83*					
Necessidades fisiológicas	0,72*					
Ao tomar comprimidos ou remédios						0,88*
Preocupação com a aparência pessoal	0,42*					
Participação em grupos					0,77*	
Ao fazer compras					0,66*	
Ao manusear dinheiro					0,46*	
Ao administrar finanças				0,41*		
Ao se locomover pela vizinhança		0,75*				
Ao viajar para lugares desconhecidos				0,87*		
Ao usar o telefone				0,75*		
Ao conversar		0,86*				
Compreensão		0,76*				
Ao ler			0,86*			
Ao escrever			0,74*			

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

* Associado ao fator correspondente.

**QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
(ADLQ – Versão Brasileira)**

Instruções:

Circule um número por cada item

1. ATIVIDADES DE AUTO CUIDADO

Ao vestir-se

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Independente, porém de forma lenta ou desajeitada.
- 2 = Sequência errada, com o esquecimento de itens.
- 3 = Precisa de ajuda para se vestir.
- 9 = Não sei.

No Banho

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Toma banho sozinho, mas precisa ser lembrado.
- 2 = Toma banho com ajuda.
- 3 = O banho deve ser dado por outras pessoas.
- 9 = Não sei.

Necessidades Fisiológicas

- 0 = Vai ao banheiro sozinho.
- 1 = Vai ao banheiro quando é lembrado; alguns acidentes.
- 2 = Precisa de ajuda ao fazer suas necessidades fisiológicas.
- 3 = Não possui nenhum controle sobre suas necessidades fisiológicas.
- 9 = Não sei.

Preocupação com aparência pessoal

- 0 = A mesma de sempre.
- 1 = Preocupa-se somente ao sair.
- 2 = Deixa que outros lhe arrumem ou faz o mesmo se for solicitado.
- 3 = Resiste aos esforços do responsável ao tentar limpá-lo e arrumá-lo.
- 9 = Não sei.

2. INTERAÇÃO

Ao se locomover pela vizinhança

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Sai com menos frequência.
- 2 = Já se perdeu perto de casa.
- 3 = Não sai mais desacompanhado.
- 9 = Esta atividade foi restrita no passado ou Não sei.

Compreensão

- 0 = Entende tudo que é dito, como sempre.
- 1 = Pede para repetir.
- 2 = Ocasionalmente, apresenta dificuldades para entender conversações ou palavras específicas.
- 3 = Não entende o que as pessoas estão dizendo, na maior parte do tempo.
- 9 = Não sei.

Ao conversar

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Conversa menos; apresenta dificuldades para lembrar de palavras ou nomes.
- 2 = Ocasionalmente, ao falar, comete erros.
- 3 = Sua fala é quase incompreensível.
- 9 = Não sei.

3.ATIVIDADE INTELECTIVA

Ao ler

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Lê menos frequentemente
- 2 = Apresenta dificuldades para entender ou lembrar o que leu.
- 3 = Não lê mais.
- 9 = Nunca leu OU Não sei.

Ao escrever

- 0 = O mesmo de sempre
- 1 = Escreve com menos frequência; ou comete alguns erros.
- 2 = Apenas assina seu nome.
- 3 = Nunca escreve.
- 9 = Nunca escreveu muito OU Não sei.

4. ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO

Ao viajar para lugares desconhecidos.

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Ocasionalmente fica desorientado em ambientes desconhecidos.
- 2 = Fica muito desorientado, mas enfrenta a situação, se acompanhado.
- 3 = Não consegue mais viajar.
- 9 = Nunca praticou esta atividade OU Não sei.

Ao administrar as finanças

- 0 = Nenhum problema em pagar contas e ir ao banco.
- 1 = Paga as contas com atraso, apresenta dificuldades no preenchimento de cheques.
- 2 = Esquece de pagar contas; dificuldades ao administrar a conta bancária; precisa da ajuda de outros.
- 3 = Não mais administra as finanças.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

Ao usar o telefone

- 0 = O mesmo de sempre.
- 1 = Liga para alguns números de telefones conhecidos.
- 2 = Apenas atende o telefone (não faz ligações)
- 3 = Não faz uso do telefone.
- 9 = Nunca teve telefone OU Não sei.

5. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Participação em grupos

- 0 = Comparece às reuniões e assume responsabilidades de forma usual.
- 1 = Comparece às reuniões com menos frequência.
- 2 = Comparece ocasionalmente; não tem nenhuma responsabilidade importante.
- 3 = Não comparece mais.
- 9 = Nunca participou de grupos OU Não sei.

Ao manusear dinheiro

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Dificuldade em pagar a quantia certa e em contar dinheiro.
- 2 = Perde ou esquece onde coloca o dinheiro.
- 3 = Não mais manuseia dinheiro.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

Ao fazer compras

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Esquece de comprar itens ou compra itens não necessários.
- 2 = Precisa estar acompanhado ao fazer compras.
- 3 = Não mais realiza esta atividade.
- 9 = Nunca foi responsável por esta atividade OU Não sei.

6. ALIMENTAÇÃO

Ao comer

- 0 = Nenhum problema.
- 1 = Independente, porém de forma lenta ou com alguns derramamentos.
- 2 = Necessita de ajuda para cortar ou despejar líquidos; derrama frequentemente.
- 3 = Com a maioria dos alimentos, não consegue se alimentar sozinho.
- 9 = Não sei.

Ao tomar comprimidos ou remédios

- 0 = Lembra sem ajuda.
- 1 = Lembra, se sempre for guardado num lugar específico.
- 2 = Precisa de lembretes orais ou escritos.
- 3 = Os remédios devem ser administrados por outros.
- 9 = Não toma comprimidos ou remédios de forma regular OU Não sei.

ABSTRACT

TRANSLATION, CULTURAL ADAPTATION AND ANALYSIS OF THE PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONNAIRE- ADLQ- FOR FUNCTIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE.

The *Activities of daily living questionnaire* - ADLQ was developed to assess the basic and instrumental activities of patients with Alzheimer's disease. The main objective of this study was to translate the ADLQ to Portuguese, adapt it transculturally and analyze its psychometric properties. The sample was composed of 60 patients and their 60 respective caregivers. The instrument was translated using the back translation technique associated to the bilingual method. The translated version was responded to by the caregiver, Mini Mental State Examination (MMSE) was applied to the patient and psychometric analysis was conducted using the validity of the measuring instruments. The results showed an inversely significant correlation ($r=-0.793$; $p<0.05$) between the instruments assessed, with an explanation of total variance of 62%. The inter-item correlation matrices demonstrated a slightly positive, non-significant correlation between some items and the overall measures of functional capacity. The correlation performed between the items of the translated instrument and MMSE, allowed us to test the internal coherence of the instrument with one already validated. The variables that correlated significantly with MMSE were selected, suggesting the need for a more condensed instrument. The t-test for correlated items showed that the measures of the translated ADLQ version and the condensed version did not differ statistically ($p<0.05$) such that instrument simplification did not alter the levels of functional dependency observed. The factorial analysis carried out using varimax rotation indicated six dimensions. Activities such as: eating, dressing,

bathing, going to the bathroom, taking medication, group participation, managing finances, handling money, moving about the neighborhood, using the telephone and understanding, among others, are the most important predictors of functional capacity in the group studied. Activities seldom performed by both sexes, and the gender-related social roles in Brazilian society (domestic chores, and household repairs and maintenance) in the study sample, were not important in determining the functional capacity of patients with Alzheimer`s disease. The present study introduced a new functional assessment tool to contribute to a more accurate measurement of the functional status of patients by all health professionals.

Key Words: Alzheimer`s Disease, Assessment, Activities of Daily Living Questionnaire-ADLQ

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)