



Adaptação transcultural do instrumento de avaliação de desempenho em tarefas rotineiras *Routine Task Inventory - Extended (RTI-E)* para uso com idosos com demência no Brasil

Cross-cultural adaptation of functioning evaluation *Routine Task Inventory - Extended (RTI-E)* for use in elderly people with dementia in Brazil

Patrícia Cotting Homem de Mello¹

Natalie Torres Matos¹

Cristiana de Almeida Rocca²

Antônio de Pádua Serafim³

Noomi Katz⁴

Tânia Corrêa Toledo de Ferraz Alves⁵

Resumo

Objetivo: Realizar a adaptação transcultural do *Routine Task Inventory-Expanded* para uso com idosos com demência no Brasil. **Método:** Estudo de adaptação transcultural de instrumento de avaliação, seguindo diretrizes reconhecidas para tradução, retrotradução e comitê de especialistas. Pré-teste realizado com 10 sujeitos idosos sem prejuízos cognitivos. Estudo de confiabilidade (concordância entre avaliadores e análise de consistência interna) realizado com sujeitos idosos com e sem demência (n=26). **Resultados:** A tradução inicial foi revista para não alterar o construto do instrumento. A partir da revisão por especialistas e do pré-teste identificou-se necessidade de ajustes nos itens C.Banho, G.Uso de telefone e H.Uso de equipamentos adaptativos para conferir maior clareza à compreensão dos itens. O instrumento apresentou consistência interna $\alpha = 0,813$ ABVD/autorrelato $\alpha = 0,966$, AVD/cuidador e confiabilidade entre avaliadores ICC (IC95%) de 0,987 em AIVD a 1,000 em comunicação. **Conclusão:** Alcançou-se a adaptação transcultural do *Routine Task Inventory-Expanded* mantendo sua equivalência em relação ao instrumento original.

Palavras-chave: Demência.
Estado Funcional. Idoso.
Terapia Ocupacional.

Abstract

Objective: Cross-cultural adaptation of the *Routine Task Inventory-Expanded* assessment for use in Brazil. **Method:** This cross-cultural adaptation study of the *Routine Task Inventory-Expanded* followed translation, back-translation, and expert committee review guidelines. The pre-test was performed with 10 elderly subjects with no cognitive

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria, Terapia Ocupacional. São Paulo, SP, Brasil

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria, Psicologia. São Paulo, SP, Brasil

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria, Saúde Neuropsicologia e Núcleo Forense. São Paulo, SP, Brasil

⁴ Ono Academic College. Kiryat Ono, Israel.

⁵ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria, Programa Terceira Idade. São Paulo, SP, Brasil

Financiamento da pesquisa: não houve.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Patrícia Cotting Homem de Mello
patricia.cotting@hc.fm.usp.br

Recebido: 11/02/2022

Aprovado: 21/06/2022

impairment. The reliability study (agreement between evaluators and internal consistency) was executed with elderly subjects with and without dementia (n=26). Results: The initial translation was revised to preserve the instrument's construct. Adjustments were made to task C. Bathing, task G. Use of the telephone, and task H. Use adaptive equipment to clarify the meaning of items. The instrument showed internal consistency $\alpha=0.813$ ADL/self-report to $\alpha=0.966$, ADL/caregiver, and reliability between ICC evaluators (95%IC) from 0.987 in IADL to 1.000 in communication. Conclusion: The cross-cultural adaptation of the Routine Task Inventory-Expanded was achieved, maintaining equivalency to the original instrument and providing a new instrument to assess cognitive functional abilities of elderly individuals living with dementia in routine daily living activities for use in Brazil.

Keywords: Aged. Dementia. Functional Status. Occupational Therapy.

INTRODUÇÃO

Tarefas rotineiras são as atividades realizadas com padrões de desempenho e frequência definidos. São também denominadas Atividades de Vida Diária (AVD)¹, que compreendem Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), direcionadas aos cuidados com o próprio corpo (p.ex. higiene pessoal, uso do banheiro, vestuário etc.) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que envolvem a interação com ferramentas e com a comunidade (p.ex. gerenciamento financeiro, mobilidade na comunidade etc.). As tarefas rotineiras relacionam-se também a atividades complexas como comunicação (verbal e não-verbal) e trabalho (manter o ritmo de execução da tarefa, seguir precauções de segurança etc.). A rotina em que as atividades são realizadas conferem estrutura para a vida diária da pessoa. Os elementos subjacentes às AVD são estudados na Terapia Ocupacional² e estão representados na terminologia unificada de saúde e reabilitação, a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF)³.

Segundo a CIF³, funcionalidade indica a interação entre saúde/doença, funções e estruturas do corpo, atividades, participação, fatores ambientais e fatores pessoais. Assim, alterações na estrutura ou função cerebral podem resultar em deficiências cognitivas que se relacionam a incapacidades no desempenho de atividades e participação. As incapacidades são atenuadas ou agravadas conforme a interação com fatores pessoais e com fatores ambientais, incluindo-se nestes o ajuste das demandas da atividade². Incapacidades cognitivas são encontradas em demências e relacionam-se às limitações de funcionalidade inerentes à evolução do quadro⁴.

Estima-se que haja no mundo cerca de 50 milhões de pessoas com demência e que se atinja 152 milhões em 2050⁵. No Brasil, estima-se que haja cerca de 1,5 milhões de pessoas vivendo com demência no país, sendo a demência da doença de Alzheimer (DA) a forma mais prevalente⁶. O declínio da funcionalidade observado na demência na DA é um aspecto relevante⁷. A incapacidade para realizar AIVD, pode evoluir para a dependência total em ABVD⁸, aumentando a demanda por cuidados⁹, fornecidos principalmente por um cuidador familiar que, em geral, vivencia mudanças deletérias em seu estilo de vida, finanças e condições de saúde, em razão da sobrecarga por cuidar^{9,10}.

Há poucos instrumentos de funcionalidade específicos para demência, os quais oferecem respostas dicotômicas, não graduam a variação do desempenho e não consideram outros fatores envolvidos no resultado, como os fatores pessoais e os fatores ambientais. A avaliação da funcionalidade pode ser realizada por observação direta ou indireta. Instrumentos de avaliação por observação direta do desempenho requerem preparação que os tornam pouco acessíveis para a prática clínica cotidiana, em que, com frequência há alta demanda por atendimento e recursos materiais limitados¹¹. Instrumentos de avaliação por observação indireta a partir do relato de um cuidador são muito utilizados¹², considerando-se que a falta de consciência do deficit é uma característica do quadro demencial¹³. Tais instrumentos podem trazer vieses de informação, subestimando ou superestimando¹⁴ a capacidade de desempenho da pessoa com demência¹². Embora recomende-se o uso combinado de instrumentos de observação direta e indireta do desempenho¹³, os disponíveis

em nosso meio não proporcionam a observação nos mesmos itens de tarefas rotineiras, dificultando a comparação entre as percepções e a identificação de discrepâncias entre as diferentes fontes.

O *Routine Task Inventory-Extended* (RTI-E)¹⁵ avalia tarefas rotineiras a partir do autorrelato, do relato do cuidador e da observação direta do desempenho por um terapeuta, nas mesmas tarefas. Considera a interferência de outros fatores no desempenho, como as oportunidades providas pelo ambiente e interesses em ocupações. É um instrumento desenvolvido a partir do Modelo de Incapacidades Cognitivas (MIC)¹, cujo conceito central é a cognição funcional, que explicita a interação entre cognição e funcionalidade no desempenho de atividades, dentro de uma abordagem psicossocial. Considera os aspectos biológicos envolvidos nas ocupações (o que a pessoa consegue fazer - representado por *can do*), os aspectos psicológicos (o que a pessoa intenciona fazer - *will do*) e os aspectos sociais (oportunidades e possibilidades de fazer conforme o ambiente - *may do*)¹⁶. O MIC apresenta uma escala de seis níveis (Escala de Níveis Cognitivos de Allen) que caracterizam o comportamento ocupacional de acordo com as capacidades cognitivas esperadas dentro de cada nível cognitivo⁴. A pontuação obtida no RTI-E refere-se a esses níveis cognitivos funcionais.

O RTI-E é utilizado para descrever a variação no padrão de desempenho em tarefas rotineiras e avaliar a funcionalidade em diversas condições de saúde, populações e contextos da prática¹¹. Zimnavoda et al.¹⁷ utilizaram o autorrelato na escala de vida em comunidade - AIVD como padrão para o estudo de validade de conceito e de critério de instrumento de avaliação de funcionalidade em uma população de idosos em Israel. Bar-Yosef et al.¹⁸ utilizaram itens do RTI que eram paralelos às tarefas do *Cognitive Performance Test* (CPT), para verificar sua correlação, em idosos com demência e em idosos saudáveis, na observação das tarefas e no relato do cuidador. Ziv et al.¹⁹ utilizaram a Escala vida em comunidade - AIVD para comparar um grupo de idosos com depressão a controles saudáveis e verificar a capacidade preditiva dos níveis cognitivos de Allen para o desempenho nesse domínio de funcionalidade.

Instrumentos de avaliação concebidos em idiomas, países e culturas diferentes daqueles em que serão introduzidos devem ser adaptados à nova cultura para haver equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o original e o adaptado, de modo a viabilizar o estudo de um fenômeno em diferentes culturas²⁰.

Este artigo apresenta o processo de adaptação transcultural do RTI-E para o português brasileiro.

MÉTODO

Estudo de adaptação transcultural e de propriedades psicométricas do RTI-E para o português brasileiro para uso na população de idosos com demência da DA, realizado no Programa Terceira Idade (PROTER) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, entre 2016 e 2018. Projeto aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (parecer nº1.076.759). Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Allen et col.¹ construíram itens a partir das observações de terapeutas ocupacionais sobre a realização de tarefas rotineiras, reunidos no RTI original, composto por escalas de ABVD e de AIVD²¹. A versão estendida RTI-E foi elaborada por Katz¹⁵ que adicionou dois itens (uso de equipamentos adaptativos e cuidados com crianças) e dois domínios (Comunicação e Preparo para o Trabalho) ao instrumento original.

O RTI-E é composto de um manual e quatro escalas em quatro domínios da funcionalidade: Escala Física - ABVD (8 itens: higiene pessoal, vestuário, banho, mobilidade funcional, alimentação, uso do vaso sanitário, uso das medicações, uso de equipamentos adaptativos), Escala de Vida em Comunidade - AIVD (8 itens: tarefas domésticas, preparo/obtenção de alimento, gerenciamento financeiro, lavar roupa, mobilidade na comunidade, fazer compras, uso do telefone, cuidar de criança), Comunicação (4 itens: compreensão auditiva, expressão verbal, compreensão da leitura, expressão escrita), Preparo para o Trabalho

(6 itens: mantém o ritmo/segue cronograma, segue instruções, desempenha tarefas simples/complexas, interação com colegas de trabalho, segue as precauções de segurança/reage a emergências, planeja o trabalho/supervisiona outros). Cada escala descreve as tarefas rotineiras em detalhes, para que o comportamento que mais se aproxima do desempenho atual do cliente seja identificado. A aplicação do RTI-E é feita por entrevista para o autorrelato e o relato do cuidador. A observação do terapeuta é realizada pela observação do desempenho em tarefas realizadas na vida real. O resultado de cada escala é independente e representa a média do desempenho nas tarefas observadas. Portanto, cada escala do RTI-E pode ser aplicada separadamente.

A pontuação do RTI-E representa o nível cognitivo da Escala de Allen do cliente no momento da observação. O nível 1 representa maior comprometimento da funcionalidade e o nível 6 representa independência total¹⁶. A identificação do nível cognitivo que melhor descreve o desempenho da pessoa possibilita inferir os processos cognitivos subjacentes ao desempenho, constituindo o parâmetro para a adaptação das atividades, adequando-as ao potencial de desempenho para que a pessoa possa experimentar sua melhor funcionalidade⁴.

O estudo de adaptação seguiu as diretrizes de Beaton²⁰ e iniciou-se após a autorização da autora, seguindo as etapas apresentadas na figura 1.

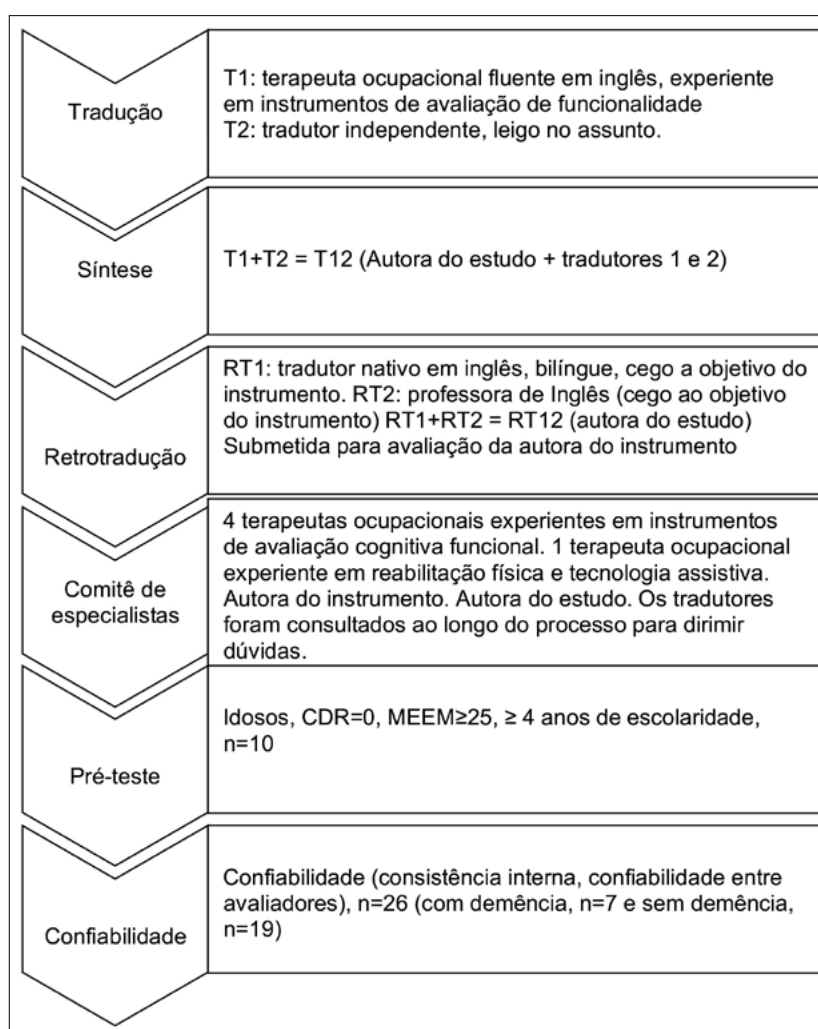


Figura 1. Processo de adaptação transcultural

Legenda: T1 = tradutor 1 (Adriane Colozzio), T2 = tradutor 2 (Eduardo Benaglia). T12 = síntese das traduções. RT1= retrotradutor 1 (Nicholas J. Geboy), RT2 = retrotradutor 2 (Ângela Nancy Pinto). RT12 = síntese da retrotradução. Revisão por especialistas: 4TO = 4 terapeutas ocupacionais: Natalie Torres Mattos, Adriana Dias Barbosa Vizotto, Eliyara Ikehara, Cíntia Soares. 1 TO = Tenille Aguiar. CDR = *Clinical Dementia Rating*. MEEM = Mini-Exame do Estado Mental n= número de sujeitos.

A revisão por especialistas foi realizada por terapeutas ocupacionais experientes em reabilitação cognitiva funcional e saúde mental. Cada terapeuta recebeu o instrumento na íntegra, para ler, aplicar e anotar no instrumento suas considerações. As sugestões de alteração foram discutidas e adotadas por consenso entre os especialistas. Uma terapeuta ocupacional especialista em reabilitação física foi consultada para ajuste de termos de tecnologia assistiva.

O pré-teste foi realizado com 10 sujeitos idosos sem prejuízos cognitivos, recrutados por amostra de conveniência, entre acompanhantes de pacientes no ambulatório do serviço de terapia ocupacional, com escolaridade ≥ 4 anos, idade ≥ 60 anos e sem diagnóstico de transtornos mentais, neurológicos, deficiências sensoriais não corrigidas que pudessem interferir na compreensão das questões. A aplicação foi realizada por terapeutas ocupacionais treinados no instrumento, em sessões individuais. As dificuldades de compreensão das questões pelos sujeitos foram anotadas, assim como suas sugestões para melhorar o seu entendimento.

Os sujeitos do estudo de confiabilidade foram recrutados a partir de ambulatórios do Programa de Terceira Idade, do Centro de Referência de Distúrbios Cognitivos e do Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo e da comunidade. O estudo de confiabilidade foi realizado em amostra com 26 sujeitos, escolaridade ≥ 4 anos, idade ≥ 60 anos, com diagnóstico de demência, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) ≤ 24 e *Clinical Dementia Rate* (CDR) = 1 ou 2 ou sem diagnóstico de DA (MEEM ≥ 25 e CDR=0) e sem diagnóstico de transtornos mentais, neurológicos, deficiências sensoriais não corrigidas que pudessem interferir na funcionalidade primariamente. O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se o programa GPower 3.17²², para $\alpha=0,05$, poder estatístico de 95%, e tamanho de efeito de 0.8 (grande). Para a confiabilidade entre avaliadores, dois terapeutas

ocupacionais, treinados previamente, pontuaram o instrumento no mesmo momento.

Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas e analisados com programa estatístico. A confiabilidade foi estudada por análise de consistência interna e obtida pelo cálculo do coeficiente alfa de Cronbach (α). A análise da confiabilidade entre avaliadores, em que dois avaliadores pontuaram o instrumento no mesmo momento, foi obtida por meio de *Intraclass correlation coefficient* (ICC).

RESULTADOS

Na etapa de tradução foi solicitada modificação pela autora em frases iniciadas em “may” (Quadro 1). Na tradução síntese havia-se colocado essas frases em forma direta, como “faz/não faz”. Na versão final, acatamos a solicitação da autora e as frases iniciadas em “may” foram traduzidas como “pode + verbo no infinitivo”.

Os especialistas apontaram a necessidade de modificar a descrição da tarefa para atender aos costumes mais atuais de busca de informação em G.Uso do Telefone (Quadro 2). No instrumento original usa-se *yellow pages* (lista telefônica). A alteração foi definida a partir das sugestões dos sujeitos do pré-teste, questionados sobre como costumam localizar um telefone desconhecido.

Os 10 sujeitos idosos do pré-teste foram 9 mulheres e 1 homem, com escolaridade de 4 a 7 anos (20%), 8 a 11 anos (40%), ≥ 12 anos (40%) e faixa etária de 60 a 69 anos (50%), 70 a 79 anos (30%), ≥ 80 anos (20%). Identificou-se no pré-teste a necessidade de adicionar exemplos de equipamentos adaptativos e de ajuste do texto para melhorar a compreensão em três itens da Escala física - ABVD e em 1 item da Escala vida em comunidade - AIVD (Quadro 2). Os exemplos de equipamentos adaptativos foram adicionados com consultoria de terapeuta ocupacional especialista em reabilitação física.

Quadro 1. Comparação entre as versões nas diferentes etapas de tradução, com revisões na retrotradução e ajustes pelos especialistas antes do pré-teste.

Original	Versão inicial (síntese T1-2)	Retrotradução	Versão Final (com adaptação transcultural)
<p>A. Grooming (Care of hair, nails, teeth; cosmetics) <i>1. Ignores personal appearance. <u>May change body position*</u> for a few seconds on command.</i></p>	<p>A. Higiene Pessoal: (cuidados com o cabelo, unhas, dentes, uso de maquiagem) 1. Não se importa com a própria aparência. <u>Sob comando muda a posição corporal*</u> por alguns segundos</p>	<p>A. Personal care: (hair, nails and tooth care, makeup use) <i>1. Does not care about his/her appearance. <u>Changes the body position*</u> for a few seconds under command.</i></p>	<p>A. Higiene Pessoal: (cuidados com o cabelo, unhas, dentes, uso de maquiagem) 1. Não se importa com a própria aparência. <u>Podem mudar a posição corporal*</u> por alguns segundos, sob comando.</p>

Nota: *Exemplo da objeção que a autora fez, na avaliação da retrotradução, em relação à mudança do discurso que interferiria na flexibilidade do instrumento e ajuste.

Quadro 2. Adaptação transcultural

Original	Versão Síntese	Retrotradução	Versão Final
<p>G. Telephoning <i>5. Looks up numbers in the White Pages or in a personal address book. <u>May not use the Yellow Pages or consider sub classifications such as governmental agencies, or</u> 6. Uses a classification system to find a number in the Yellow Pages or in the listing of governmental agencies and learns to use new options.</i></p>	<p>G. Uso do Telefone 5. Procura números numa lista telefônica ou numa agenda pessoal <u>Não usa</u> lista telefônica (Páginas Amarelas) ou não considera subclassificações, como agências governamentais ou (serviços públicos) 6. Usa um sistema de classificação para encontrar um número em uma lista telefônica (Páginas Amarelas) ou na lista de telefones úteis de serviços públicos ou aprende a usar novas opções.</p>	<p>G. Using the phone <i>5. Search for numbers in a phone book or in a personal address book <u>Does not use the phone book (Yellow Pages) or does not consider sub-classifications, such as government agencies or</u> 6. Uses a classification system to find a number in a phone book (Yellow Pages) or in the list of government agencies or learns to use new options.</i></p>	<p>G. Uso do Telefone 5. Procura números numa lista telefônica ou numa agenda pessoal <u>Podem solicitar ajuda a terceiros para obter o número em meios eletrônicos.*</u> 6. <u>Usa o serviço de informações ou a busca na internet para obter o número, ou aprende a usar novas opções.**</u></p>
<p>C. Bathing <i>1. Does not try to wash self and is given a sponge or bed bath by another person or uses a mechanical lift for transfer to bathtub.</i></p>	<p>C. Banho 1. Não tenta se lavar e outra pessoa lhe dá banho no leito ou <u>usa elevador mecânico para ser transferido para a banheira.</u></p>	<p>C. Bathing <i>1. Does not try to bathe and another person gives him/her a bed bath or <u>uses a mechanical lift to be transferred to the bathtub.</u></i></p>	<p>C. Banho 1. Não tenta se lavar e outra pessoa lhe dá banho no leito ou <u>usa elevador mecânico/cadeira higiênica para ser transferido para a banheira/chuveiro***</u></p>
<p>D. Walking/exercising <i>4. Walks in familiar surroundings without getting lost and can be trained to follow an exercise program after weeks of practice.</i></p>	<p>D. Mobilidade Funcional 4. Anda <u>em ambientes familiares</u> sem se perder e pode ser treinado para seguir um programa de exercícios depois de semanas de prática</p>	<p>D. Functional Mobility <i>4. Walks in familiar surroundings without getting lost and can be trained to follow an exercise program after months of practice.</i></p>	<p>D. Mobilidade Funcional 4. Anda em ambientes <u>que lhe são familiares[§]</u> sem se perder e pode ser treinado para seguir um programa de exercícios depois de semanas de prática.</p>
<p>H. Use of adaptive equipment</p>	<p>H. Uso de equipamento adaptativo</p>	<p>H. Using Adaptive Equipment</p>	<p>H. Uso de equipamento adaptativo (por exemplo, andador, muleta, cadeira de roda)^{§§}</p>

Nota: *Adaptação no nível 5 envolve a obtenção de ajuda de outra pessoa para conseguir a nova informação. **Adaptação no nível 6 que implica na habilidade de independência total para obter a informação nova e possibilidade de aprender a usar novas tecnologias. *** Exemplos foram acrescentados para aproximação experiencial. [§] Adaptação semântica para entendimento que a palavra familiar nesse contexto significaria algo usual e não pertencente à uma família. ^{§§} Exemplos de equipamentos adaptativos acrescentados.

O manual e o instrumento completos podem ser encontrados na íntegra em Mello²³.

No estudo de confiabilidade participaram 26 sujeitos, 7 com diagnóstico de demência e 19 sem diagnóstico de demência. Todos contavam com escolaridade ≥ 4 anos, idade ≥ 60 anos (42,30%

até 69 anos; 70 a 79 anos, 46,15%; ≥ 80 anos, 3%), 11,5% trabalhavam, 15,4% nunca trabalharam, 73% aposentados.

A Tabela 1 apresenta a confiabilidade entre avaliadores e mostra concordância elevada entre dois observadores.

Tabela 1. Confiabilidade entre avaliadores

Escala RTI-E	Coeficiente de correlação intraclassa		
	N	ICC	IC95%.
Física (ABVD)	26	0,992	0,982-0,996
Vida em Comunidade (AIVD)	26	0,987	0,972-0,994
Comunicação	26	1,000	
Preparo para o trabalho	3	1,000	

Nota: RTI-E = Inventário das Tarefas Rotineiras – Estendido. N = tamanho da amostra. ICC = Coeficiente de Correlação Intraclassa; IC95%=Intervalo de Confiança 95%. ABVD = Atividades Básicas de Vida Diária. AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A análise de consistência interna do RTI-E foi realizada para a escala Física (ABVD), escala de Vida em Comunidade (AIVD) e escala de Comunicação, quanto ao relato do cuidador e ao autorrelato. A escala de Preparo para o Trabalho não pôde ser

analisada devido a amostra pequena de sujeitos a que essa dimensão se aplicou.

A Tabela 2 apresenta a análise de consistência interna total, obtida pelo coeficiente α de Cronbach.

Tabela 2. Análise de consistência interna do RTI-E

Escala RTI-E	Autorrelato	Relato do Cuidador/ Informante
Escala Física (ABVD)	0,813*	0,895*
Escala Vida em Comunidade (AIVD)	0,944*	0,966*
Escala de Comunicação	0,896*	0,955*

* α de Cronbach

DISCUSSÃO

A adaptação transcultural atingiu a equivalência semântica, cultural e idiomática em relação ao original. A etapa de retrotradução foi crucial neste estudo para atingir a equivalência idiomática e conceitual, mantendo o conteúdo fiel ao original. A retrotradução levou à discussão conceitual, pois “*can*” em inglês tem o sentido de “capacidade” (“*be able to*”), “saber” (“*know how to*”) e “*may*” refere-se à “possibilidade” (“*possibility*”), “oportunidade” (“*opportunity*”). A tradução inicial havia modificado

a precisão desses termos em relação aos conceitos do original. Instrumentos de avaliação elaborados em outros países podem apresentar diferenças linguísticas e culturais que modifiquem a compreensão dos conceitos que estão sendo avaliados²⁴. No MIC, modelo que fundamenta o RTI-E, “*can do*” refere-se aos aspectos biológicos, à capacidade cognitiva, “*will do*” aos aspectos pessoais (psicológicos, volição, motivação) e “*may do*” às possibilidades relacionadas ao ambiente⁴. Somente quando a imprecisão foi corrigida, garantindo a equivalência entre os instrumentos, a autora aprovou a tradução.

Na fase de avaliação por especialistas as adaptações nos itens C.Banho, G.Uso de Telefone e H.Uso de Equipamentos Adaptativos, acompanhadas e aprovadas pela autora, foram realizadas para se obter a equivalência experiencial²⁰, adicionando-se exemplos pertinentes à realidade brasileira.

Confirmou-se neste estudo que o conhecimento e treinamento prévio no MIC, recomendado por Katz¹⁵ e Heimann²¹ é essencial e foi crucial para alinhar a forma de aplicação e de pontuação. Obteve-se alta confiabilidade entre avaliadores, com valores de ICC (IC95%) de 0,987 em AIVD a 1,000 em comunicação. No estudo original, Heimann²¹ também encontrou $r = 0,9872$ ($p < 0,001$) para confiabilidade entre avaliadores. Houve alta consistência interna na análise total dos itens do RTI-E e retirando-se um item, em conformidade com os resultados de Heimann²¹ na análise de consistência interna do RTI original ($\alpha = 0,9402$).

Assim, o RTI-E atinge os requisitos propostos para ser considerado como um instrumento confiável. A confiabilidade entre avaliadores demonstra o grau de concordância entre diferentes profissionais ao atribuir as pontuações e a consistência interna refere-se ao grau em que os itens do inventário se relacionam ao teoricamente ao que se propõe medir²⁴.

O RTI-E objetiva traduzir a influência da cognição sobre o desempenho em tarefas rotineiras, para prever quais os potenciais e as limitações na funcionalidade do indivíduo, resultantes da incapacidade cognitiva¹⁵. Este estudo mostrou que o RTI-E possibilita a análise do desempenho com detalhes não detectados em avaliações dicotômicas, em situações reais da vida, sem requerer preparos ou materiais especiais. Assim, pode-se coletar informações confiáveis sobre a cognição funcional do cliente para compor o planejamento terapêutico e considerações sobre a segurança durante o desempenho de modo viável à prática clínica, como proposto por Katz¹¹.

Ao avaliar as três perspectivas de informação, nos mesmos itens, o RTI-E mostra-se útil tanto para comparar as discrepâncias nas observações quanto para compreender a visão que o avaliado tem da sua

situação. Apesar da informação por um cuidador poder ser mais fidedigna quanto ao desempenho real, o autorrelato pode ser útil para o planejamento da intervenção, ao fornecer informações sobre a consciência da pessoa sobre suas habilidades¹³.

Para o pré-teste foram selecionados sujeitos idosos sem prejuízos cognitivos para garantir que dificuldades de compreensão surgidas na aplicação do instrumento estivessem relacionadas ao conteúdo do RTI-E e não a dificuldade de compreensão inerentes ao sujeito. No estudo de confiabilidade, foram incluídos sujeitos com demência a fim de verificar a viabilidade de aplicação do instrumento nessa população.

A observação do terapeuta foi adaptada para ambulatório com tarefas reais e utilização de quatro itens, com acompanhamento da autora do instrumento, porém isso impossibilitou a análise de consistência interna na observação do terapeuta. Não foi possível verificar a consistência interna na dimensão Preparo para o Trabalho devido ao maior número de participantes já ter se aposentado.

CONCLUSÃO

Foram alcançadas a equivalência semântica, conceitual, cultural, idiomática e experiencial, em relação ao original. O RTI-E é o primeiro instrumento de avaliação do MIC adaptado ao nosso meio e mostrou-se aplicável a pessoas com demência. Apresentou alta consistência interna e confiabilidade entre avaliadores. O RTI-E preenche a lacuna de instrumentos de avaliação no desempenho em tarefas rotineiras em idosos com a demência da DA. Pode ser útil para avaliar a interação entre a cognição e a funcionalidade de modo mais específico e personalizado.

A este estudo inicial segue-se a ampliação do estudo de propriedades psicométricas com um maior número de sujeitos com demência e sugere-se novos estudos com diferentes populações, incluindo idosos com incapacidade cognitiva devida a outras condições.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. Allen CK. Occupational therapy for psychiatric diseases: measurement and management of cognitive disabilities. Boston: Little, Brown & Co.;1985.
2. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2020;74(Suppl.2),7412410010. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
3. Barreto MCA, Andrade FG, Castaneda L, Castro SS. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. *Acta Fisiatr*. 2021;28(3):207-13.
4. McCraith DB, Earhart CA. Cognitive impairment model: creating adjustment between functional cognitive abilities and cognitive activity demands. In: Katz N, Togliola J. *Cognition, occupation, and participation throughout life: neuroscience, neurorehabilitation, and intervention models in occupational therapy*. 4th ed. Bethesda: AOTA; 2018.
5. Nichols E, Steinmetz JD, Vollset SE, Fukutaki K, Chalek J, Abd-Allah F et al. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Public health*, 7(2): e105–e125. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
6. Melo SC, Champs APS, Goulart RF, Malta DC, Passos VMA. Dementias in Brazil: increasing burden in the 2000–2016 period. Estimates from the Global Burden of Disease Study 2016. *Arquivos de Neuro-Psiquiatr*. 2020;78(12):762-771.
7. Pais M, Martinez L, Riveiro O, Loureiro J, Fernandez R, Valiengo L et al. Early diagnosis and treatment of Alzheimer's disease: new definitions and challenges. *Braz J Psychiatry* 2020; 42 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0735>
8. Santos S, Bueno CFOB, Pires JAW, Bonini JS. Funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária em idosos com doença de Alzheimer. *Desafios: Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins* 2021;8(3),1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uftv8-9074>
9. Mattos EBT, Francisco IC, Pereira GC, Novelli MMPC. Grupo virtual de apoio aos cuidadores familiares de idosos com demência no contexto da COVID-19. *Cader Bras de Ter Ocup* 2021; 29, c2882.
10. Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev Ter Ocup. Univ. São Paulo*. 2010; 21(2):139-47.
11. Katz N. Routine Task Inventory – Extended (RTI-E). In: Hemphil-Pearson J, Urish C. (Eds.). *Assessments in occupational therapy mental health: an integrative approach*. 4a ed. Thorofare: Slack; 2020. p.378-392.
12. Franssen NL, Holz M, Pereira A, Fonseca RP, Kochhann R. Acurácia do desempenho funcional em idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer. *Trends Psychol* 2018;26(4):1907-19.
13. Öhman LN, Kottorp A. Occupational performance and awareness of disability in mild cognitive impairment or dementia. *Scand J Occup Ther* 2011;18(2):133-42.
14. Oliveira, GSR, Bressan L, Balarini F, Silva RSJ, Brito MMCM Foss M et al. Direct and indirect assessment of functional abilities in patients with Parkinson's disease transitioning to dementia. *Dementia & Neuropsychologia*. 2020, v. 14, n. 2. p. 171-177. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020011>
15. Katz N. Routine Task Inventory - Expanded RTI-E: manual 2006 [acesso em 14 mai. 2022]. Disponível em: <http://allen-cognitive-network.org/index.php/allen-cognitive-model/routine-task-inventory-expanded-rti-e>
16. Earhart CA, McCraith DB. Cognitive disabilities model. Allen Cognitive Level Screen-5 and Allen Diagnostic Module Assessments. In: Hemphil-Pearson J, Urish C. *Assessments in occupational therapy mental health: an integrative approach*. 4a ed. Thorofare: Slack; 2020. p.320-377.
17. Zimnavoda T, Weinblatt N, Katz N. Validity of the Kohlman evaluation of living skills (KELS) with Israeli elderly individuals living in the community. *Occup Ther Int*. 2002; 9(4):312-25.
18. Bar-Yosef C, Weinblatt N, Katz N. Reliability and validity of the Cognitive Performance Test (CPT) in an elderly population in Israel. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*. 1999;7:65–79. Disponível em : https://doi.org/10.1080/J148v17n01_06
19. Ziv N, Roitman D, Katz N. Problem solving, sense of coherence and Instrumental ADL of elderly people with depression and normal control group. *Occup Ther Int*. 1999; 6(4):243-56.
20. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;24(25):3186-91.

21. Heimann NE, Allen CK, Yerxa EJ. The routine task inventory: a tool for describing the function behavior of the cognitive disabled. *Occup Ther Pract* 1989;1(1):67-74.
22. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2),175-91.
23. Mello PCH. Tradução, adaptação transcultural e validação do inventário das tarefas rotineiras – estendido (RTI-E) em idosos com a doença de Alzheimer [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. 2018. [acesso em 24 mai 2022]. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-17082018-091711/publico/PatriciaCottingHomemDeMello.pdf> p.118-143.
24. Schlindwein-Zanini R, Cruz RM *Psicometria e Neuropsicologia: interrelações na construção e adaptação de instrumentos de medida*. *PsicolArgum*. 2018;36(91):1-21.