

# Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO  
DE BEM ESTAR  
FÍSICO,  
MENTAL E  
PSICOLÓGICO



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO  
(Organizador)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

# Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO  
DE BEM ESTAR  
FÍSICO,  
MENTAL E  
PSICOLÓGICO



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO  
(Organizador)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacão do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

# Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Gabriel Motomu Teshima  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Benedito Rodrigues da Silva Neto

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A154 Abordagens em medicina: estado cumulativo de bem estar físico, mental e psicológico / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-669-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.697212211>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Uma definição de certo modo ampla que tenta compreender os principais fatores ligados diretamente à qualidade de vida tais como alimentação, exercícios e até mesmo o acesso da população ao sistema de saúde. Portanto, partindo deste princípio a saúde física, mental e social são algumas das dimensões que determinam o estado de bem-estar humano, e conseqüentemente vão muito além da simples ausência de doenças. O próprio conceito de saúde, aqui estabelecido pela OMS, está relacionado a uma visão ampla e integral do ser humano, que considera aspectos do corpo, mente, ambiente, sociedade, hábitos e assim por diante.

Esse conceito nos conduz ao fundamento da multidisciplinaridade com abordagens que cada vez mais é aplicada e contextualizada nos diversos âmbitos da saúde, haja vista que todas as abordagens e áreas de estudo convergem para o mesmo princípio que é a saúde integral do indivíduo. A saúde na atualidade se estabelece na interação entre diversos profissionais e requer conhecimentos e práticas de diferentes áreas tais como as ambientais, clínicas, epidemiológicas, comportamentais, sociais, culturais etc.

Deste modo, por intermédio da Atena Editora, apresentamos a nova obra denominada “Abordagens em medicina: Estado cumulativo de bem-estar físico, mental e psicológico”, inicialmente proposta em quatro volumes, com o intuito de direcionarmos ao nosso leitor uma produção científica com diversas abordagens em saúde. Reforçamos aqui também que a divulgação científica é fundamental para romper com as limitações ainda existentes em nosso país, assim, mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo a todos uma proveitosa leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A INFLUÊNCIA ÉTNICA NA ETIOLOGIA E ASSISTÊNCIA AO CÂNCER DE MAMA**


Laura Feitoza Barbosa  
Isabel Cristina Borges de Menezes  
Yuri Borges Bitu de Freitas  
Rodrigo Queiroz de Souza  
Igor Carneiro Machado  
José Anderson Pires de Oliveira  
Nathália Machado Terra  
Bárbara Custódio Rodrigues da Silva  
Arthur Henrique da Costa Cardoso  
Mercielle Ferreira Silva Martinelle  
Renata Cristina Vieira de Brito  
Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122111>

### **CAPÍTULO 2..... 10**

#### **A RELAÇÃO ENTRE O SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA E O SISTEMA CALICREÍNA-CININA**


Eduarda Trevisan Cerigatto  
Kathlen Cristina da Silva  
Paola Lissa Inoue  
Beatriz Essenfelder Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122112>

### **CAPÍTULO 3..... 22**

#### **ANEMIA FALCIFORME, ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM COMPLICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO**


Isadora Garcia Pires  
Iluskhanney Gomes de Medeiros Nóbrega Miranda  
Ingrid Rafaella Mauricio Silva Reis  
Juscelino Kubitschek Bevenuto da Silva  
José Guedes da Silva Júnior  
Áquila Matheus de Souza Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122113>

### **CAPÍTULO 4..... 32**

#### **DENAGEM LINFÁTICA MANUAL EM PACIENTES COM EDEMA PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO NA ÁREA DA TRAUMATOLOGIA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO**


Viviana Cruz López  
Elizabeth Carmona Díaz  
Krystell Paola González Gutiérrez  
Alejandra Rosaldo Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122114>

**CAPÍTULO 5..... 40**

DISEÑO DE MODELO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES URGENTES EMERGENTES (MODELO PUE), VINCULADO A LEAN HEALTHCARE SIX SIGMA PARA SERVICIOS DE URGENCIAS EN HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Enrique Girón Huerta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122115>

**CAPÍTULO 6..... 53**

EFETIVIDADE DOS MÉTODOS CIRURGICOS BARIÁTRICOS BYPASS E SLEEVE NA REDUÇÃO DE PESO

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Eduardo Barbosa Lopes

Cacio Ricardo Wietzycoski

Laisa Zanatta

Daniela dos Santos

Marilda Moraes da Costa

Paulo Sergio Silva

Tulio Gamio Dias

Joyce Kelly Busolin Jardim

Joseth Antonia Oliveira Jardim

Caroline Lehen

Vanessa da Silva Barros

Kassandra Eggers

Ana Luiza Gay Backi


Igor Hoffmann dos santos

Valquiria Homeniuk

Liamara Basso Dala Costa

Heliude de Quadros and Silva

Youssef Elias Ammar


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122116>

**CAPÍTULO 7..... 64**

IMPACTOS DO CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL EM ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ticiane Alencar Noronha

Carolina Noronha Lechiu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122117>

**CAPÍTULO 8..... 69**

INFECÇÕES DE FERIDA CIRÚRGICA EM NEUROCIRURGIAS: UMA REVISÃO

Beatriz Sousa Santos

Brenno Willian Sousa Santos

Caio Matheus Feitosa de Oliveira


Francisco Pereira de Miranda Júnior

Giovana da Rocha Leal Dias

Natana Maranhão Noleto da Fonseca

Nilsa Araújo Tajra


Odilea Ribeiro Sanção  
Silmara Ferreira de Oliveira  
Ariela Karollyny Santos Silva  
Yngre Campagnaro Nogueira  
José Nazareno Pearce de Oliveira Brito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122118>

**CAPÍTULO 9..... 79**

**LASERTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME GENITURINÁRIA DA PÓS-MENOPAUSA**

Laryssa Caroline Torres Severiano  
Cláudia Teixeira da Costa Lodi  
Kayssa Ferreira Pena  
Giulia Victorino Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.6972122119>

**CAPÍTULO 10..... 85**

**MODIFICAÇÕES FISIOLÓGICAS SOFRIDAS PELO ORGANISMO MATERNO DURANTE O PROCESSO DE GRAVIDEZ**


João Pedro Centeno Vieira de Carvalho  
Victor Malafaia Laurindo da Silva  
Paulo Roberto Hernandez Júnior  
Juliana de Souza Rosa  
Gabriel de Souza Rosa  
Michel Rodrigues Fassarella  
Patrick de Abreu Cunha Lopes  
Rodrigo Guimarães Vieira de Carvalho  
Rosy Moreira Bastos Junior  
Paula Pitta de Resende Côrtes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221110>

**CAPÍTULO 11 ..... 93**

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DAS ACADEMIAS DE CAÇADOR/SC ACERCA DA CONDROMALÁCIA PATELAR**

Gracieli Aparecida Alves  
Daniela dos Santos  
Joel Caetano  
Jorge Luiz Velásquez  
Rodolfo Machado Segundo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221111>

**CAPÍTULO 12..... 105**

**PERFIL BACTERIANO DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO LOCALIZADO NO SUL DO BRASIL**

Thayná Gadens Franqueto Crovadore  
Ana Luísa Hümmelgen  
Daniele Packer


Raquel Bernardelli Gonçalves  
Diego da Silva Magatão  
Juliane Centeno Müller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221112>

**CAPÍTULO 13..... 120**

**PRINCIPAIS ALTERAÇÕES EMBRIOLÓGICAS DAS MAL FORMAÇÕES CONGÊNITAS LARÍNGEAS, TRAQUEAIS E PULMONARES**

André Luiz Bonfim Silva  
Danielle Karolina Dourado Ribeiro  
Iago Seixo Brito  
Lara Ascencio Dangoni  
Matheus Geraldo Século  
Rayssa Gabriela Aquino Felipe  
Yasmin Ferreira Teixeira  
Jarbas Ferrari Júnior

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221113>

**CAPÍTULO 14..... 131**

**RELAÇÃO DA IgE E PROCESSOS ANAFILÁTICOS DEVIDO A INGESTÃO DE FRUTOS DO MAR**


Ananda Maria Ferreira da Costa  
Andréa Alves Lemes  
Matheus Augusto Fagundes Rezende  
Eduardo Siqueira Martins  
Leana Ferreira Crispim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221114>

**CAPÍTULO 15..... 139**

**SÍNDROME DE JACOBS: CONSEQUÊNCIAS DA TRISSOMIA XYY**

Gabriel Moraes Nunes Alves  
Gabriel Pessanha Araujo Oliveira Coelho  
Julia Hammerschlag Lima  
Ludmilla Carvalho Rangel Resgala

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221115>

**CAPÍTULO 16..... 147**

**SISTEMA SANGUÍNEO ABO: UM POTENCIAL FATOR DE RISCO DE GRAVIDADE PARA PACIENTES COVID-19**

Bianka Mota Barros  
Lorena Cristina Leite Lira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221116>

**CAPÍTULO 17..... 150**

**TERAPIA-ALVO COM TRASTUZUMAB NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

Guilherme Costa Rodrigues  
Rafael de Almeida Miguez


Raphael de Sousa Campos  
Lara Ferreira Freitas  
Anelise Molinari Parreira  
Jânio Carlos Nunes Viturino Filho  
Kevyn Wilian Luz Silva  
Blenda Maria Soares de Araujo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221117>

**CAPÍTULO 18..... 159**

**TOXOPLASMOSE: RISCO DE AQUÍÇÃO DE INFECIÇÃO PARASITICA POR TRANSFUSÃO DE HEMODERIVADOS**


Martha Rosales-Aguilar  
María de los Remedios Sánchez-Díaz  
Gerardo César Díaz Trujillo  
María de Jesús Gutiérrez-Villagrán

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221118>

**CAPÍTULO 19..... 164**

**TRATAMENTO DE QUEIMADURAS COM PELE DE TILÁPIA: CURATIVO BIOLÓGICO VIÁVEL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Rafael Freitas Silva Peralta  
Laura Fernandes Ferreira  
Gabriela Troncoso  
Rafael Santana Boaventura  
Bruna Martins Ribeiro  
Laura Cecília Santana e Silva  
Sabrina Devoti Vilela Fernandes  
Alyssa de Pinho Freire  
Daniel Henrique Cambraia  
Eduardo Almeida Pedrosa  
Igor Henrique Silva Soares  
Bethânia Cristhine de Araújo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221119>

**CAPÍTULO 20..... 171**

**TRICOTILOMANIA: UM TRANSTORNO PSICOLÓGICO E SUAS IMPLICAÇÕES NEGATIVAS NA SAÚDE DOS CABELOS**

Vera Lúcia de Medeiros Souza  
Lustarllone Bento de Oliveira  
Luiz Filipe Almeida Rezende  
Melissa Cardoso Deuner  
Simone Cristina Tavares  
Regiane Cristina do Amaral Santos  
Glaciane Sousa Reis  
Felipe Monteiro Lima  
Anna Maly de Leão e Neves Eduardo  
Keila Luiza dos Santos


Marcela Gomes Rola  
Daiane Araújo da Silva  
Juliana Paiva Lins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221120>

**CAPÍTULO 21..... 182**

**UMA ANÁLISE ACERCA DA ASMA: FISIOPATOLOGIA E A INTERFERENCIA DA ATIVIDADE FISICA EM SUA PROGRESSÃO. REVISÃO NARRATIVA**


João Carlos Trovão Martins  
Patrícia Martins Pinto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221121>

**CAPÍTULO 22..... 193**

**UMA TÉCNICA TERAPÊUTICA PARA SENIORES? UMA AGENDA QUE PRETENDE ENVOLVER-SE NO ENVELHECIMENTO ATIVO**

Paula Isabel Gonçalves dos Santos  
Marta Silva Coelho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221122>

**CAPÍTULO 23..... 205**

**VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PFEFFER PARA A POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA**


Marina Carneiro Dutra Pereira  
Júlio César Guimarães Freire  
Gustavo de Azevedo Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221123>

**CAPÍTULO 24..... 227**

**O MELANOMA E OS AVANÇOS EM SEU DIAGNÓSTICO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Brunna Michelly da Silva Sousa  
Camila Vanessa Correa Panizza  
Isabella Chaves Lira Cruz  
Marcelo Borges Figueira da Mota  
Tamyres Borges Pereira  
Tháís Jales Natal  
Lorena Borges Campos  
Enzo Cardoso de Faria  
Juliana Amorim Alfaix Natário  
Vinícius Ferreira Pires Bueno  
Irlane Moraes Vasconcelos Souza  
Mariana Vieira Martins Sampaio Drummond

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.69721221124>

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 237**

**ÍNDICE REMISSIVO..... 238**

## VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE PFEFFER PARA A POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

Data de aceite: 12/11/2021

Data de submissão: 11/08/2021

### Marina Carneiro Dutra Pereira

Discente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília  
Brasília- DF  
<http://lattes.cnpq.br/9397285287654528>

### Júlio César Guimarães Freire

Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (Mestrado), RENASF/UFPB  
João Pessoa - PB  
<http://lattes.cnpq.br/3074977056712736>

### Gustavo de Azevedo Carvalho

Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília – DF  
João Pessoa - PB  
<http://lattes.cnpq.br/7711160989704684>

**RESUMO: Objetivos:** Validar a escala de Pfeffer (FAQ) para a população idosa brasileira; avaliar a confiabilidade e a reprodutibilidade da versão traduzida do questionário de Pfeffer, para a população alvo. **Método:** A versão brasileira do FAQ traduzida e adaptada por Sanchez, et al., foi aplicada em 110 idosos divididos em dois grupos, um composto por idosos sem declínio cognitivo (n=73), e outro composto por idosos diagnosticados com comprometimento cognitivo leve (n=37), que passaram por uma avaliação feita por 2 pesquisadores, de forma cega, em

um primeiro momento e após um intervalo de 15 dias. Para validação do instrumento, medidas de sensibilidade e especificidade para a ocorrência ou não de declínio funcional e cognitivo, foram calculadas para diversos pontos de corte e a curva ROC, posteriormente construída. Para medir a confiabilidade intra e interexaminadores foram utilizados o Coeficiente de Correlação Interclasse e o gráfico Bland-Altman. O intervalo de confiança foi de 95%. **Resultados:** Para a ocorrência de declínio cognitivo a curva ROC, forneceu uma área sob a curva igual a 0,909 com IC (95%) igual a (0,845 a 0,972), sensibilidade foi igual a 75,68 % com os limites do IC (95%) iguais a 61,85 % e 89,50 % e a especificidade igual a 97,26 % com os limites do IC (95 %) iguais a 93,52 % e 100,00 %. Para a ocorrência de declínio funcional, a curva ROC forneceu uma área sob a curva igual a 0,851 com IC (95%) igual a (0,778 a 0,923), a sensibilidade foi igual a 75,93 % com os limites do IC (95%) iguais a 64,52 % e 87,33 % e a especificidade foi igual a 80,36 % com os limites do IC (95 %) iguais a 69,95 % e 90,76 %. O ICC foi excelente, sendo todos os valores superiores a 0,75. No gráfico Bland-Altman a concordância intraexaminadores, foi boa sendo o  $p > 0,05$  sempre próximo de 0. Na concordância interexaminadores, houve viés sistemático (0,1) sendo o  $p = 0,0324$ . **Conclusão:** O questionário de Pfeffer tem aplicabilidade na população idosa brasileira e apresenta confiabilidade e reprodutibilidade quando comparado ao teste original. Devido à simplicidade da aplicação, torna-se um instrumento prático disponível para ser utilizado em pesquisas e na prática clínica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Validade; confiabilidade;

funcionalidade; cognição; idoso.

## VALIDATION OF THE PFEFFER QUESTIONNAIRE FOR THE ELDERLY BRAZILIAN POPULATION

**ABSTRACT: Objectives:** To validate the scale of Pfeffer (FAQ) for the Brazilian elderly population and to evaluate the reliability and reproducibility of the Pfeffer questionnaire translated to the target population. **Method:** The Brazilian version of FAQ translated and adapted by Sanchez, et al., was applied to 110 elderly divided into two groups, one composed of elderly without cognitive decay ( $n = 73$ ), and the other composed of elderly diagnosed with mild cognitive decay ( $n = 37$ ) who underwent an assessment by 2 investigators, blindly, at first and after an interval of 15 days. To validate the instrument, measures of sensitivity and specificity for the presence or absence of functional and cognitive decline, were calculated for various cutoff points and the ROC curve, later built. To measure the reliability intra and inter examiners interclass correlation coefficient and Bland-Altman plots were used. The confidence interval was 95%. **Results:** For the occurrence of cognitive decline ROC curve provided an area under the curve = 0.909 with IC (95%) equal to (.845 to .972), sensitivity was equal to 75.68% with the limits of IC (95 %) equal to 93.52% and 100.00%. For the occurrence of functional decay the ROC curve provided an area under the curve = 0.851 with IC (95%) equal to 64.52% and 87.33%, and specificity was equal to 80.36% with the limits of IC (95%) equal to 69.95% and 90.76%. The ICC was excellent, being all values greater than 0.75. In Bland-Altman graph intraexaminer the agreement was good being  $p > 0$ , 05 always near 0. In intraexaminer concordance, there was systematic bias (0.1) with  $p = 0.0324$ . **Conclusion:** The Pfeffer questionnaire has applicability in the elderly Brazilian population and shows reliability and reproducibility when compared to the original test. Due to the simplicity of implementation, it becomes a practical tool available for use in research and clinical practice. **KEYWORDS:** Validity, reliability, functionality, cognition; elderly.

## 1 | INTRODUÇÃO

A sociedade atual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico em consequência do aumento dos níveis de esperança de vida e do declínio da natalidade (JACINTO, 2008).

As melhorias dos cuidados de saúde e das condições socioeconômicas contribuíram para o aumento da longevidade da população, que se associa a uma maior prevalência de doenças crônicas, dependência funcional e declínio das capacidades cognitivas. As condições de cronicidade, na maioria das vezes, são geradoras do que pode ser denominado processo incapacitante, ou seja, o processo pelo qual uma determinada condição afeta a funcionalidade da pessoa idosa (DUARTE, 2007).

A cognição envolve todo o funcionamento mental, como as habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de sentir, de raciocinar e de responder aos estímulos externos. Embora, com o envelhecimento, ocorram mudanças no desempenho cognitivo em alguns domínios, esses prejuízos não chegam, muitas vezes, a afetar a vida cotidiana dos idosos e de seus familiares, no entanto, quando esse declínio é maior do que o esperado para



a idade e escolaridade do indivíduo, configura-se o chamado comprometimento cognitivo leve (CCL) (GAUTHIER *et al.*, 2006; BOTTINO, 2002).

Segundo o *Mayo Clinic Alzheimer's Disease Research Center* o CCL caracteriza-se pela queixa de memória (corroborada por um familiar), pelo comprometimento da memória em testes, pela função cognitiva global preservada e ausência de demência. O idoso com CCL pode ter potencial risco para o desenvolvimento de demência, podendo perder gradativamente sua capacidade de realizar suas atividades cotidianas e ter seus relacionamentos sociais afetados devido à longa extensão e complexidade que envolve uma doença crônica e degenerativa (DAMASCENO, 2004).

Nesse sentido, a avaliação das funções cognitivas pode detectar precocemente indivíduos nesta situação, o que possibilita ao idoso e suas familiares providências que possam evitar ou retardar a manifestação dos prejuízos sociais e emocionais que o desenvolvimento de uma demência pode acarretar (MACHADO *et al.*, 2007).

Conforme citado anteriormente, os declínios cognitivos podem comprometer a funcionalidade ocupacional ou social do idoso, nesse contexto, a funcionalidade é definida como a capacidade de desempenhar as atividades da vida cotidiana. Dentre estas, estão as chamadas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), cuja independência para desempenho está diretamente relacionada à capacidade de vida independente na comunidade. Por outro lado, a dificuldade em realizar essas atividades pode interferir drasticamente na vida do idoso. A independência, a autonomia e a qualidade de vida são diretamente afetadas, podendo levar o idoso à internação e até mesmo à institucionalização (SANTOS, *et al.* 2012, STEIN *et al.*, 2005).

A capacidade funcional é fundamental para melhor qualidade de vida na velhice. A perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando a necessidade de cuidados permanentes e alto custo (CORDEIRO *et al.*, 2002).

Assim como a avaliação cognitiva, a avaliação do estado funcional do idoso é de suma importância para que se possa adotar a conduta mais adequada. Essa avaliação deve ser feita por meio de instrumentos adequados e precisos, e um instrumento que vem sendo muito utilizado na clínica e no acompanhamento longitudinal de idosos é o Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Assessment Questionnaire- FAQ*), desenvolvido por Pfeffer *et al.* , em 1982.

O questionário de Pfeffer ou Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Assessment Questionnaire- FAQ*) vem sendo largamente utilizado em estudos mundiais, é composto por 10 itens e evidencia a funcionalidade por meio do grau de independência para realização das AIVD. A pontuação varia de zero (capaz) a três (incapaz) em cada item e, quanto maior a pontuação final, maior é a dependência do paciente. Quando utilizado sozinho, é útil na avaliação das AIVD, quando combinada com o Mini exame do estado

mental – MEEM, avalia com maior especificidade a deterioração cognitiva (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

No Brasil, o questionário foi recomendado pela Academia Brasileira de Neurologia como um instrumento para o diagnóstico de declínio funcional nos casos de suspeita de demência. Também foi usada na cidade de São Paulo, no estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde com o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe (NITRINI, 2005).

Para que um instrumento seja utilizado em uma cultura diferente daquela para qual ele foi construído originalmente, é necessário que ele passe por um processo de tradução, adaptação cultural e validação, desse modo a validade refere-se ao grau em que o exame é apropriado para medir o valor verdadeiro daquilo que é medido (PEREIRA, 2012).

O questionário de Pfeffer foi traduzido para a população brasileira por Sanchez *et al.*, em 2011. O instrumento foi submetido à tradução e retro tradução, e a confiabilidade teste-reteste de uma versão proposta para uso no Brasil foi analisada; os resultados do estudo sugeriram que a versão adaptada do questionário é um instrumento confiável e estável, e pode ser útil na avaliação de funcionalidade de idosos brasileiros.

O presente estudo buscou avaliar a confiabilidade e reprodutibilidade da versão traduzida para a população idosa. O Distrito Federal – DF é um cenário interessante para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que possui habitantes oriundos de todas as regiões do país, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), 51.1% da população residente no DF é natural de outras regiões do país.

Apesar de haver um grande número de instrumentos que avaliam o desempenho funcional do idoso, poucos são adaptados e validados para a população brasileira, em particular para os idosos (CHAVES, *et al.* 2011).

Portanto a tríade comprometimento cognitivo, desempenho funcional, avaliação adequada, são fundamentais para o acompanhamento a longo prazo deste idoso, e para tanto há a necessidade de instrumentos adequados e validados para avaliação deste grupo tão peculiar.

## **2 | MATERIAIS E MÉTODOS**

### **2.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo transversal, para validação de um instrumento de avaliação.

### **2.2 Área de trabalho**

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Mista de Taguatinga – DF (UMT), onde foram selecionados os idosos com diagnóstico de comprometimento cognitivo leve e nos domicílios dos idosos da comunidade do DF.

A UMT é uma instituição pública, que possui um centro de referência de atendimento ao idoso, onde são recebidos pacientes que possuam algumas das doenças características da idade avançada, como, por exemplo, demência, doença de Parkinson, com associação de duas ou mais doenças, que fazem uso de diversos medicamentos (polifármacos) ou que apresentem mais de duas quedas por ano. A unidade oferece consultas com geriatras e acompanhamento de equipe multiprofissional, com assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e equipe de enfermagem. No primeiro semestre de 2012, foram atendidos 1.067 idosos nesta unidade.

## 2.3 Pacientes e casuística

Foram selecionados 110 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. Para se chegar a este número, foi realizado um cálculo amostral, apresentado no item 4.5 desta dissertação. Utilizou-se como teste o instrumento FAQ (*Functional Assessment Questionnaire*,) para classificar o idoso como normal ou com declínio cognitivo, comparando-se com os resultados obtidos do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Foi realizado um projeto piloto composto por 13 idosos, que objetivou calibrar o protocolo e ajustar os instrumentos.

A amostra foi composta por dois grupos, um grupo composto por idosos sem declínio cognitivo (G1), e outro por idosos que apresentam declínio cognitivo (G2). Na UMT foram selecionados os idosos com diagnóstico médico de declínio cognitivo leve, por meio de revisão de prontuários. Na UMT são aceitos os critérios de Petersen (PETERSEN, et.al., 1997) para diagnóstico de comprometimento cognitivo leve (CCL).

Os idosos sem declínio, foram abordados pessoalmente e convidados a participar do estudo, para obtenção do score cognitivo, foi aplicado nos idosos o MEEM. A avaliação foi realizada nos domicílios dos idosos.

### 2.3.1 Critérios de Inclusão

No grupo 1, composto por idosos sem declínio cognitivo, os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Apresentar MEEM com escore compatível com a escolaridade ; não apresentando, desse modo, declínio cognitivo (MEEM – 20 pontos para analfabetos, 25 pontos para idosos que possuam de 1 a 4 anos de escolaridade, 26,5 pontos para idosos que possuam de 5 a 8 anos de escolaridade, 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo, 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo) (BRUCKI, et. al,2003).

No grupo 2, composto por idosos com diagnóstico de CCL, os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;

- Apresentar diagnóstico médico de comprometimento cognitivo leve.

### 2.3.2 Critérios de Exclusão

Nos dois grupos, os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Apresentar diagnóstico de depressão, demências, doenças neurológicas ou ortopédicas, que usam dispositivo de auxílio a marcha ( por exemplo, andador ou bengala);
- Idosos que no período de intervalo de 15 dias entre a avaliação inicial e a reavaliação tiveram alguma intercorrência que alterou seu estado de saúde inicial.

## 2.4 Procedimentos e coleta de dados

Após obtenção de autorização da instituição onde foi realizada a pesquisa, a amostra foi triada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão propostos. No momento da solitação da participação no estudo, foram explicados os objetivos da pesquisa. Os idosos que aceitaram participar do estudo, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I). Os idosos foram informados sobre a possibilidade de serem dispensados do estudo, caso fosse observado algum dos critérios de exclusão durante a coleta de dados e ainda que poderiam desistir da participação do estudo a qualquer momento.

Anteriormente a coleta de dados, os pesquisadores estudaram em grupo sobre o assunto e treinaram aplicação dos testes para isso foi realizado um projeto piloto composto por 13 idosos.

Foram aplicados nos idosos os instrumentos na seguinte ordem: 1) questionário sociodemográfico , a fim de se caracterizar a amostra do estudo, 2)MEEM, para avaliação cognitiva, 3) escala de Lawton e Brody, para avaliação funcional, 4) Versão traduzida do Questionário de Pfeffer, aplicado a um informante (familiar, acompanhante ou cuidador). O FAQ foi aplicado por dois examinadores, pela autora deste projeto, e um colaborador da pesquisa, da área da fisioterapia.

Foi explicado a cada idoso, individualmente, como seria a aplicação dos testes e quais eram seus objetivos. A coleta inicial (Questionário Sociodemográfico, MEEM e Lawton e Brody), foi feita por apenas um dos examinadores, o FAQ foi aplicado pelos dois examinadores.

O questionário de Pfeffer foi traduzido para a população brasileira por Sanchez *et al.*, em 2011. O instrumento foi submetido à tradução e retro tradução, uma versão proposta para uso no Brasil foi analisada; os resultados do estudo sugeriram que a versão adaptada do questionário é um instrumento confiável e estável, e pode ser útil na avaliação de funcionalidade de idosos brasileiros.

A validade do instrumento traduzido foi dada através da comparação dos dados obtidos , com parâmetros de avaliação cognitiva e funcional reconhecidamente aceitos,

neste caso, o MEEM e a escala de Lawton e Brody, respectivamente.

Para avaliar a confiabilidade intraexaminadores e interexaminadores, os 110 idosos foram avaliados pelos pesquisadores, em uma primeira vez, e a seguir em um intervalo de 15 dias, para que não houvesse vício de resposta ou alterações no estado inicial do idoso, foram avaliados novamente pelos dois pesquisadores independentemente. Os avaliadores não sabiam dos resultados coletados, nem na primeira, nem na segunda aplicação. Para a aplicação do teste, foi mantida a mesma ordem dos avaliadores, sempre a pesquisadora fazia o primeiro teste, e a seguir o colaborador da pesquisa.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e pesquisa da Universidade Católica de Brasília – UCB, bem como à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e aprovado sob o seguinte número de protocolo 19391513.7.0000.0029. A coleta de dados teve início após a emissão de um parecer favorável.

## 2.5 Análise estatística

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se os valores de sensibilidade = 0,85 e especificidade = 0,81 obtidos de estudo de Pfeffer et al.,1989. Utilizou-se como teste o instrumento FAQ para classificar o idoso como normal ou com declínio cognitivo, comparando-se com os resultados obtidos do MEEM. Usando uma prevalência de declínio cognitivo leve de 20 % na população idosa (TOSTA; BRUCKI, 2011), uma precisão de 15 % e um intervalo de confiança de 95 %, estimou-se uma amostra de 110 idosos, segundo metodologia proposta por Fleiss (1981).

$$n = \frac{Z^2 * P(1 - P)}{\Delta^2}$$

O valor **n** será igual ao número de pacientes com disfuncionalidade se P for igual a sensibilidade e **n** será igual ao número de pacientes normais se P for igual a especificidade.

Onde:

Z = valor correspondente na distribuição gaussiana com confiança de 95 %

P = valor da sensibilidade ou especificidade

Δ = valor correspondente a precisão de 15 %.

Caso usemos a sensibilidade o tamanho da amostra é dada por:

$$N_1 = \frac{\textit{Sensibilidade}}{\textit{Prevalência da Doença}}$$

Caso usemos a especificidade o tamanho da amostra é dado por:

$$N_2 = \frac{\textit{Especificidade}}{(1 - \textit{Prevalência da Doença})}$$

A amostra final é dada pelo máximo entre  $N_1$  e  $N_2$ .

Para validação do instrumento, considerou-se como padrão ouro LAWTON e o

MEEM, e como instrumento de teste FAQ. Medidas de Sensibilidade e Especificidade para a ocorrência ou não de declínio funcional e cognitivo, respectivamente, foram calculadas para diversos pontos de corte e a curva ROC, posteriormente construída. Os valores são considerados ótimos, quanto mais próximos estiverem de 1.

Obteve-se o ponto de corte ótimo a partir da combinação de dois critérios: o primeiro, definido como a menor distância euclidiana entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste, com o ponto que fornece o preditor perfeito (100 % sensibilidade e 100 % especificidade). O segundo, definido como a distância euclidiana máxima entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste com o ponto que fornece um preditor não informativo (reta de 45°).

Calculou-se as medidas de sensibilidade e especificidade para o declínio cognitivo, e os respectivos intervalos de 95 % de confiança, para o ponto de corte ótimo.

Para medir a concordância intra e interexaminadores, o coeficiente de correlação interclasse (ICC) e o limite inferior do intervalo de 95%, considerou-se uma excelente concordância de valores de ICC superiores a 0,75% (FLEISS, 1981), foi usado também o método Bland-Altman, que consiste na construção de um gráfico que relaciona a diferença entre as medidas com a média entre as medidas, o método avalia a magnitude da discordância (incluindo diferenças sistemáticas), pontos discrepantes e a ocorrência de alguma tendência.

## 3 | RESULTADOS

### 3.1 Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 110 idosos residentes no Distrito Federal, sendo n= 84 mulheres (76,4%) e n=26 homens (23,6%), com média de idade de 71, 51 anos.

A maior parte dos idosos é oriunda da região Nordeste (67%), seguido da região Sudeste (23,36%), Centro Oeste (9,09%) e região Norte (3,64%).

Quanto ao estado civil, 41,82% declararam-se casados, 34,55 viúvos, 16, 36% solteiros e 7, 27% divorciados.

A escolaridade média foi de 5, 35 anos e número médio de filhos foi de 3, 62.

A amostra foi dividida em dois grupos, um composto por idosos saudáveis, sem declínio cognitivo (G1), outro composto por idosos diagnosticados com comprometimento cognitivo leve (G2).

No grupo 1, apenas 02 participantes foram excluídos do estudo, por apresentarem no MEEM escores menores que os esperados para seu grau de escolaridade.

No grupo 2, foram revisados 91 prontuários em que os pacientes tinham diagnóstico de CCL, e entre estes, 62 se encaixaram nos critérios de inclusão propostos no estudo. Os pacientes selecionados foram contactados por telefone e convidados a participar do estudo, sendo que 05 não aceitaram participar do estudo, 11 não foram encontrados e 09

faltaram a avaliação, não comparecendo mesmo após um segundo contato. No final 27 idosos fizeram parte do grupo 2.

## 3.2 Validação da escala de pfeffer

### 3.2.1 Declínio Cognitivo

A partir de diversos pontos de corte foi possível gerar a curva ROC para a ocorrência de declínio cognitivo, que forneceu uma área sob a curva igual a 0,909 com IC (95%) igual a (0,845 a 0,972), conforme mostra a Gráfico 1 abaixo.

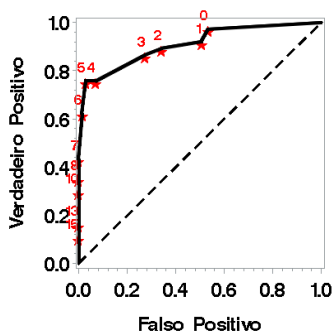


Gráfico1 - Curva ROC para ocorrência de declínio cognitivo.

A partir dos critérios de determinação do ponto de corte ótimo: menor distância euclidiana com o ponto que fornece o preditor perfeito (100 % sensibilidade e 100 % especificidade) e a distância euclidiana máxima entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste com o ponto que fornece um preditor não informativo (reta de 45°), obteve-se o ponto ótimo de ocorrência de declínio cognitivo valores de FAQ > 5. Medidas de sensibilidade e especificidades foram obtidas a partir da tabela contida na Tabela 1 abaixo.

FAQ	MEEM		
	Com declínio cognitivo (FAQ >5)	Sem declínio cognitivo (FAQ <=5)	Total
Com declínio cognitivo (FAQ >5)	28	2	30
	75,68	2,74	
Sem declínio cognitivo (FAQ <=5)	9	71	80
	24,32	97,26	
Total	37	73	110

Tabela 1 - Medidas de sensibilidade e especificidade para declínio cognitivo (Comparação do FAQ com MEEM).

Observa-se que % e a sensibilidade foi igual a 75,68 % com os limites do IC (95%) iguais a 61,85 % e 89,50 % e a especificidade igual a 97,26 % com os limites do IC (95 %) iguais a 93,52 100,00 %.

### 3.2.2 Declínio Funcional

A partir de diversos pontos de corte foi possível gerar a curva ROC para a ocorrência de declínio funcional, que forneceu uma área sob a curva igual a 0,851 com IC (95%) igual a (0,778 a 0,923), conforme Gráfico 2.

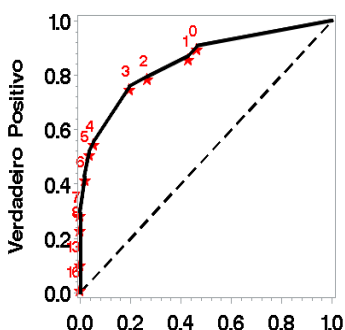


Gráfico 2- Curva ROC para a ocorrência de declínio funcional

A partir dos critérios de determinação do ponto de corte ótimo: menor distância euclidiana com o ponto que fornece o preditor perfeito (100 % sensibilidade e 100 % especificidade) e a distância euclidiana máxima entre o resultado da classificação binária prevista pelo teste com o ponto que fornece um preditor não informativo (reta de 45°), obteve-se o ponto ótimo de ocorrência de declínio funcional valores de FAQ > 3. Medidas de sensibilidade e especificidades foram obtidas a partir da tabela contida na Tabela 2.

FAQ	Lawton e Brody		
	Com declínio cognitivo (FAQ >3)	Sem declínio cognitivo (FAQ <=3)	Total
Com declínio funcional (FAQ >3)	41	11	52
	75,93	19,64	
Sem declínio funcional (FAQ <=3)	13	45	58
	24,07	80,36	
<b>Total</b>	54	56	110

Tabela 2 - Medidas de sensibilidade e especificidade para declínio funcional (Comparação do FAQ com Lawton).



Observou-se que a sensibilidade foi igual a 75,93 % com os limites do IC (95%) iguais a 64,52 % e 87,33 % e a especificidade é igual a 80,36 % com os limites do IC (95 %) iguais a 69,95 % e 90,76 %.

### 3.3 Concordância intraexaminadores e interexaminadores

O ICC para interexaminadores e intraexaminadores foi excelente, tendo a avaliação interexaminadores obtido os maiores valores (1 e 0,999). Todos os limites inferiores do intervalo de confiança de 95% foram bem superiores ao valor de 0,75, indicando excelente reprodutibilidade tanto na avaliação intraexaminadores quanto interexaminadores.

As medidas intraexaminadores apresentaram menor reprodutibilidade do que as medidas interexaminadores.

Na tabela 3 pode-se observar as medidas de confiabilidade que foram obtidas em todos os pacientes, assim como por grupos.

CONCORDÂNCIA INTRAEXAMINADORES	ICC*	
	AVALIADOR 1	AVALIADOR 2
TODOS OS PACIENTES	0,967 (0,952)	0,958 (0,939)
G1	0,903 (0,849)	0,908 (0,858)
G2	0,951 (0,906)	0,928 (0,865)
CONCORDÂNCIA INTEREXAMINADORES	1ª AVALIAÇÃO	2ª AVALIAÇÃO
TODOS OS PACIENTES	0,995 (0,992)	0,999 (0,999)
G1	0,970 (0,952)	1
G2	0,977 (0,994)	0,997 (0,995)

\*ICC – Coeficiente de Correlação Intra e Interexaminadores, com limite inferior do intervalo de 95% de confiança (parênteses).

Tabela 3 - Coeficiente de Correlação Intra e Interexaminadores.

Na concordância intraexaminadores, as avaliações feitas pelos dois examinadores, tanto em todos os pacientes, quanto nos grupos 1 e 2, não apresentaram viés estatisticamente significativo, ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa entre as avaliações. Pode-se observar nos gráficos, que não houve afastamento do zero da linha horizontal, em todas o  $p > 0,05$  e próximo de zero. Isso mostra que as avaliações feitas pelos dois avaliadores, em ambos os momentos, apresentam uma boa concordância, exceto para alguns pontos fora dos limites de concordância, com pode-se visualizar nos Gráficos 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

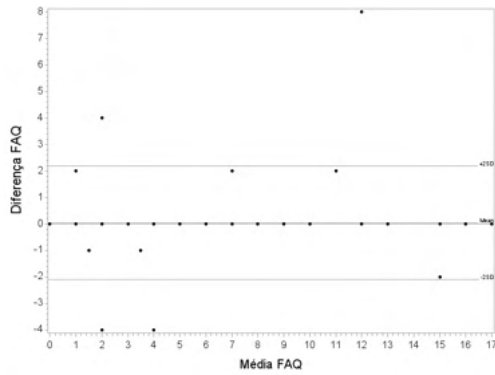


Gráfico 3: Bland-Altman 1 - Concordância intraexaminador - Examinador 1 em todos os pacientes ( $p=0,6642$ ).

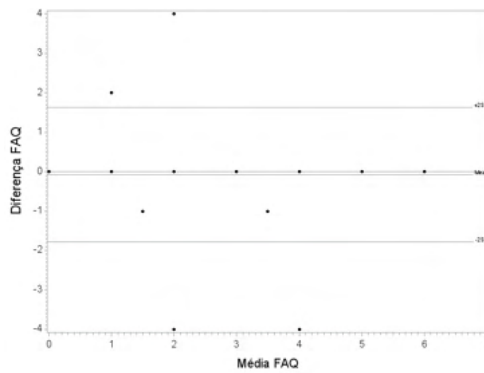


Gráfico 4: Bland-Altman 2 - Concordância intraexaminador – Examinador 1 no Grupo 1 ( $p=0,5039$ ).

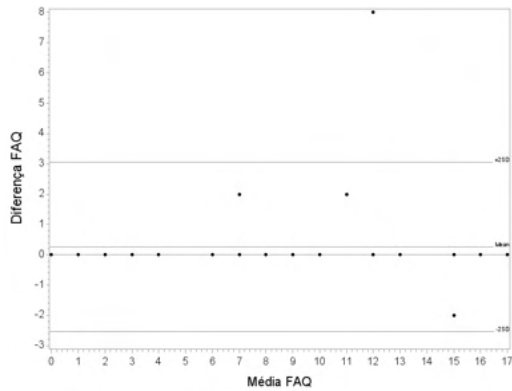


Gráfico 5: Bland-Altman - Concordância intraexaminador – Examinador 1 no Grupo 2 ( $p=0,2569$ ).

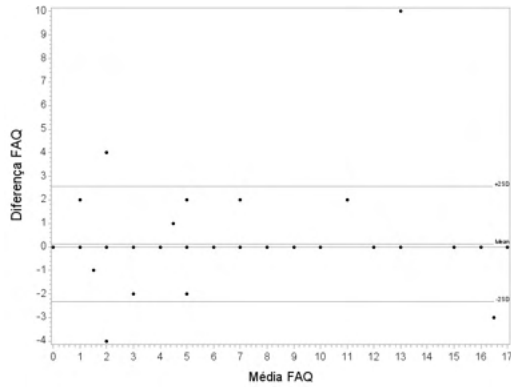


Gráfico 6: Bland-Altman 4 - Concordância intraexaminador – Examinador 2 em todos os pacientes (p=0,3224).

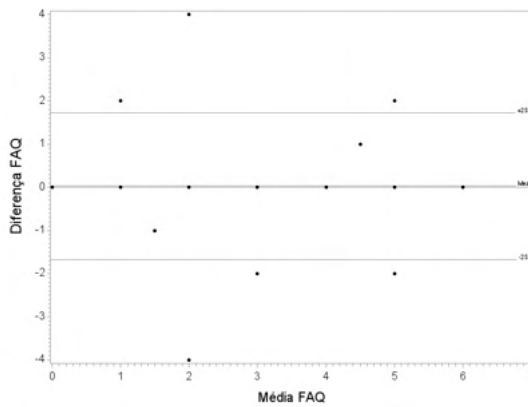


Gráfico 7: Bland-Altman 5 - Concordância intraexaminador – Examinador 2 no Grupo 1 (p=0, 7876).

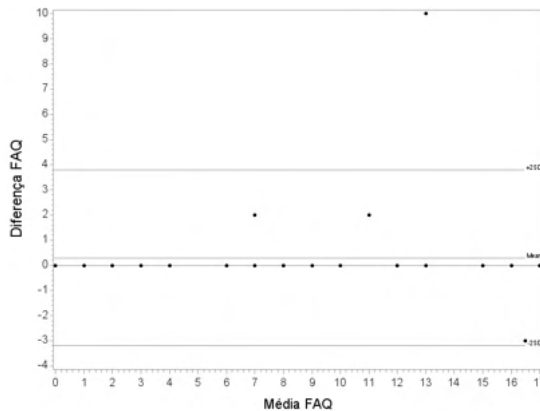


Gráfico 8: Bland-Altman 6 - Concordância intraexaminador – Examinador 2 no Grupo 2 (p=0,3157).

Pode-se observar no gráfico 9, uma pequena diferença sistemática (0,1) entre as avaliações feitas pelo examinador 1 e pelo examinador 2 na primeira avaliação feita no grupo 1, que é representada pelo afastamento do zero da linha horizontal, ou seja, o valor

do teste medido pelo examinador 1 tende a ser muito próximo ao medido pelo examinador 2. O valor de  $p= 0,0324$ , a distribuição espacial dos pontos e homogênea, não indicando uma relação entre as diferenças e as médias das medidas.

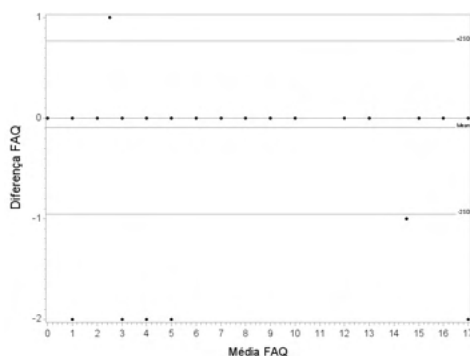


Gráfico 9: Bland-Altman 7 - Concordância interexaminadores – Todos os pacientes, 1º Avaliação.

Conforme evidenciado nos gráficos 9 e 10, as avaliações feitas pelos dois examinadores, nos grupos 1 e 2, não apresentaram viés estatisticamente significativo, em todas o  $p > 0,05$  e próximo de zero, mostrando que as avaliações feitas pelos dois examinadores, no primeiro momento, apresentam uma boa concordância, exceto para alguns pontos fora dos limites de concordância.

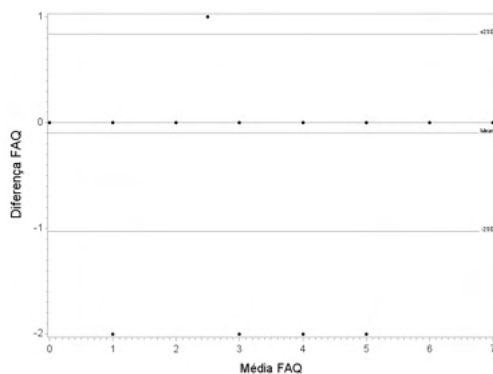


Gráfico 10: Bland-Altman 8 - Concordância interexaminadores – Grupo 1, 1º avaliação ( $p=0,0897$ ).

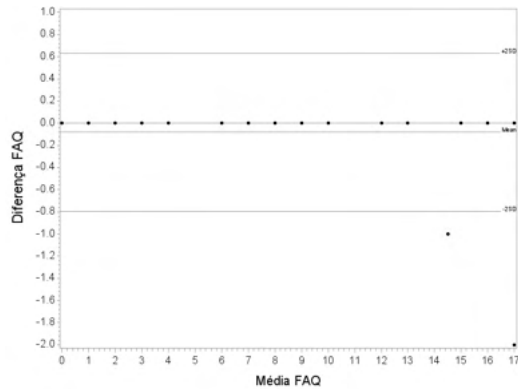


Gráfico 11: Bland-Altman 9: Concordância interexaminadores – Grupo 2, 1º avaliação (p=0,1833).

Na segunda avaliação, feita pelos dois examinadores, em todos os pacientes e no grupo 2, não houve viés estatisticamente significativo, em todas o valor de foi  $< 0,5$  e próximo de zero, mostrando que as avaliações feitas pelos dois examinadores, no segundo momento, apresentam uma boa concordância, exceto para alguns pontos fora dos limites de concordância, como pode-se observar nos gráficos 12 e 13. Já no grupo 1, não foi possível gerar o gráfico, pois todas as diferenças entre os avaliadores foram iguais a zero evidenciando concordância perfeita.

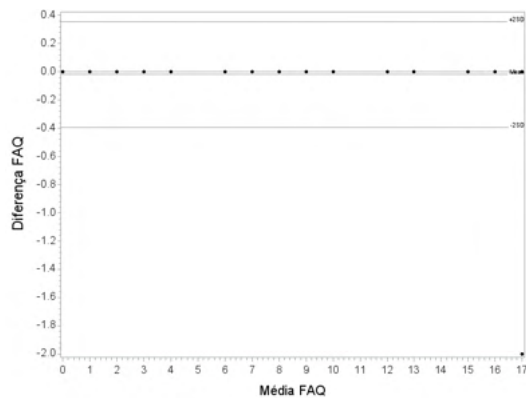


Gráfico 12 :Bland-Altman 10 - Concordância interexaminadores – Todos os pacientes, 2º Avaliação (p=0,3240).

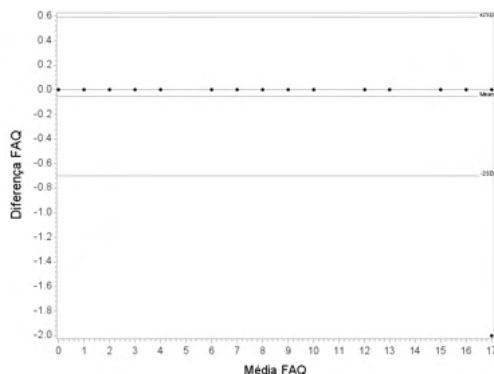


Gráfico 13: Bland-Altman 11 - Concordância interexaminadores – Grupo 2, 2ª Avaliação (p=0,3240).

## 4 | DISCUSSÃO

Para se desenvolver estudos em diferentes culturas, são necessários instrumentos e medidas que tenham passado por um rígido processo de tradução e adaptação cultural, pois não se pode aceitar um simples tradução, para se considerar um instrumento válido e confiável. Instrumentos que passam por um processo padronizado e recomendado são mais reprodutíveis e exatos, diminuindo as chances de erro em seu uso (CABRAL; CARVALHO, 2011).

O Questionário de Pfeffer ou Questionário de Atividades Funcionais (*Functional Assessment Questionnaire- FAQ*) foi submetido à tradução e retro tradução, e a confiabilidade teste-reteste, foi analisada uma versão proposta para uso no Brasil. Os resultados do estudo de Sanchez et al. (2011), sugeriram que a versão adaptada do questionário é um instrumento confiável e estável, e pode ser útil na avaliação de funcionalidade de idosos brasileiros, a consistência interna foi medida pelo alfa de Cronbach foi de 0,95 e ICC foi de 0,97. No entanto, ainda era necessário medir a validade do instrumento, ou seja, se ele é apropriado para medir o valor verdadeiro daquilo que é medido (PEREIRA, 2012).

A validade e a confiabilidade do instrumento auxiliam os profissionais a determinar os objetivos do tratamento, bem como avaliar seus efeitos e predizer os riscos (MINOSSO, et al., 2010). Esta informação também é valorizada por Mitre et. al (2008) e Miyamoto et al. (2004).

No estudo realizado por Sanchez et.al. (2011), após a realização do primeiro pré-teste com a população-alvo, o instrumento foi ajustado, de modo que pudesse corresponder à percepção do entrevistado e do significado assumido dos itens. A versão utilizada foi facilmente compreensível, permitindo uma avaliação padronizada e objetiva da funcionalidade do indivíduo.

No presente estudo, durante a aplicação da versão traduzida do FAQ, não houveram dificuldades na compreensão dos questionamentos por parte dos entrevistados, a avaliação

foi objetiva e rápida durando cerca de 5 a 7 minutos.

De acordo com Jacinto, 2008; Ministério da Saúde, 2006 e Nitrini et al., 2005 o FAQ, é um instrumento como adequado para avaliar a perda de capacidade funcional dos indivíduos, sendo capaz de identificar o potencial de capacidade, isto é, o fato de o indivíduo não executar a tarefa, mas, potencialmente, ser capaz de fazê-la, sendo esta uma grande vantagem deste instrumento uma vez que, a fim de avaliar a funcionalidade dos idosos é necessário verificar não só o rendimento, mas também a capacidade restante, mesmo que esta capacidade não esteja sendo utilizada, recurso este, que não é oferecido na maioria das escalas de avaliação de desempenho em atividades da vida diária.

Não foram observadas na literatura informações discrepantes quanto à confiabilidade do teste, nem quanto a sua facilidade de aplicação.

Para a validação de um instrumento, deve ser feita a comparação dos resultados obtidos com outro instrumento reconhecidamente aceito para a avaliação desejada (GUILHEMIN, 1995). No presente estudo, os resultados obtidos foram comparados com os do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), padrão ouro para avaliação cognitiva, e com a escala de Lawton e Brody, padrão ouro para a avaliação de atividades instrumentais da vida diária.

Em um estudo semelhante Minosso et al. (2010) validaram o Índice de Barthel em idosos brasileiros atendidos em ambulatórios. A análise da validade de critério convergente utilizou a Medida de Independência Funcional (MIF) para comparação, sendo identificada correlação satisfatória para a maioria dos domínios.

O mesmo método foi utilizado por Benites e Gomes (2007), para a tradução e a adaptação do *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire* (PRMQ). A correlação para validade convergente e discriminante foi realizada com o Questionário de Percepção Subjetiva de Queixas de Memória para idosos (MAC-Q).

Quando comparado ao MEEM, o ponto de corte ótimo encontrado neste estudo (ocorrência de declínio cognitivo se o escore encontrado no FAQ for maior ou igual a 6) corroborou com o ponto de corte do estudo original realizado por Pfeffer et.al (1982). Outro fator concordante nos dois estudos, foi de o instrumento apresentar maior especificidade (97,26%) do que sensibilidade (75,68 %).

Na comparação do FAQ com o MEEM, a curva ROC construída forneceu uma área sob a curva de 0,909, o que indica que o FAQ é um bom instrumento para se rastrear declínio cognitivo.

Segundo Lebrão e Laurenti, 2005 e NITRINI, 2005 o questionário de Pfeffer vem sendo utilizado em estudos mundiais realizados pela organização Pan-Americana de Saúde. No Brasil, o questionário foi recomendado pela Academia Brasileira de Neurologia como um instrumento para o diagnóstico de declínio funcional nos casos de suspeita de demência.

O estudo original, realizado por Pfeffer et al. (1982), sugeriu que o FAQ aplicado

juntamente com um teste de avaliação cognitiva seria capaz de distinguir idosos normais de idosos com demência, tornando a ferramenta potencialmente útil no diagnóstico de declínio cognitivo. Esta informação também é valorizada por Sanchez et al. (2011); Jacinto (2008), Ministério da Saúde (2006) e Nitrini (2005).

Em estudos sobre instrumentos para diagnóstico de demência, os resultados indicaram que o MEEM combinado com instrumentos de avaliação funcional como o FAQ, apresentaram uma melhora importante na precisão diagnóstica quando comparada ao desempenho destes instrumentos isolados (LOURENÇO; VERAS, 2006; BUSTAMANTE, et.al., 2003; ALMEIDA, 1998; NITRINI, et al., 1994).

Quando comparado à escala de Lawton de Brody, o ponto de corte obtido no estudo foi diferente do indicado pela literatura, o ponto de corte ótimo encontrado foi a ocorrência de declínio funcional para escores maiores que três. Isto pode ser explicado pelo fato de que 17 idosos do grupo 1, que apresentaram MEEM sem declínio cognitivo e escores menores que 6 na avaliação do FAQ e foram classificados como dependentes na escala de Lawton e Brody. Os idosos obtiveram escores iguais a 20 e todos responderam que necessitavam de ajuda no mesmo item, apenas para a realização de tarefas domésticas pesadas.

No estudo original realizado por Pfeffer (1982) o FAQ foi mais sensível (0,85) que a escala de Lawton de Brody (0,57) e quase tão específicos (0,81 e 0,92, respectivamente) para distinguir indivíduos normais e com declínio cognitivo. Não foram encontrados estudos que questionassem a confiabilidade da escala de Lawton e Brody.

Os instrumentos de avaliação devem ser reprodutíveis, o que quer dizer que devem produzir resultados iguais ou semelhantes em duas ou mais administrações para o mesmo paciente, desde que seu estado inicial de saúde não tenha sido alterado (PEREIRA, 2012, CANEDA, *et al.*, 2006, GUILLEMIN, 1995, JENKINSON, 1995). A reprodutibilidade e confiabilidade intra e interexaminadores do presente estudo obtiveram resultados excelentes, por meio do ICC. Tanto na análise para todos os pacientes, quanto em grupos separados, o ICC foi bem superior a 0,95, resultados concordantes foram encontrados no estudo de Sanchez, et.al, 2011, onde o ICC foi de 0,97.

Muitos estudos de confiabilidade, como os de Minozzo et al. (2010), Mitre et al. (2008) e Miyamoto et al. (2004) apresentam somente o ICC, porém ele não fornece informações suficientes para este tipo de estudo, sendo recomendado também o método de Bland-Altman, que fornece uma figura na qual o tamanho e a amplitude das diferenças nas medidas e os erros ou *outliers* podem ser interpretados facilmente, esse método apresenta também os valores do intervalo de confiança para a diferença da média e os limites de concordância, sendo esta informação necessária para o embasamento da decisão clínica (LOPES; TRELHA, 2013). Na análise do FAQ foi observada uma boa concordância nos gráficos de Bland-Altman, onde não houve viés estatisticamente significativo, não houve afastamento do zero da linha horizontal em todas as avaliações o  $p > 0,05$  e próximo de



zero. Isso demonstra que as avaliações apresentam uma excelente concordância. Houve uma pequena diferença sistemática (0,1) entre as avaliações feitas pelo examinador 1 e pelo examinador 2 na primeira avaliação feita no grupo 1 como mostra o gráfico 9. O valor de  $p = 0,0324$ , porém a distribuição espacial dos pontos é homogênea, não indicando uma relação entre as diferenças e as médias das medidas, tratou-se de uma diferença sistemática. Este fato, talvez, tenha ocorrido devido aos dados dos idosos avaliados no projeto piloto estarem incluídos nesse grupo, após este, houve uma melhor calibração do instrumento.

Devido ao FAQ ainda não ter sido traduzido e adaptado para outros países e idiomas, não houve a possibilidade de se comparar os resultados em outras culturas.

No que diz respeito à equivalência operacional, foi observado no presente estudo, uma boa concordância na segunda avaliação que foi realizada por telefone, corroborando com os resultados de Sanchez et al. (2011), onde administração por telefone foi testada, e a confiabilidade obtida (0,95) isso sugere que a versão de teste não alterou a consistência de seus itens e a obtenção de uma boa reprodutibilidade.

## 5 | CONCLUSÃO

A versão brasileira do Questionário de Pfeffer (FAQ) apresentou forte correlação com o Mini Exame do Estado Mental e com a Escala de Lawton e Brody, instrumentos que avaliam, respectivamente, o estado cognitivo e a capacidade funcional. A análise da Curva ROC construída demonstrou que o FAQ é um bom instrumento para avaliação funcional e rastreamento de declínio cognitivo.

O instrumento apresentou maior especificidade do que sensibilidade, tanto para avaliação cognitiva, quanto para avaliação funcional.

A reprodutibilidade da versão traduzida foi excelente, o Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC) foi calculado e todos os valores foram bem superiores a 0,75, tendo a avaliação interexaminadores obtido os maiores valores.

Os gráficos de Bland-Altman também demonstraram uma boa concordância nas avaliações intra e interexaminadores.

O questionário de Pfeffer tem aplicabilidade na população idosa brasileira e apresenta confiabilidade e reprodutibilidade quando comparado ao teste original. Devido à simplicidade da aplicação, torna-se um instrumento prático disponível para ser utilizado em pesquisas e na prática clínica.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.5, n. 3 p.605-612, 1998.

BENITES, D.; GOMES, W. B. Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ). **PsicoUSF**, v. 12, n. 1, jun. 2007

BLAND, J.M.; ALTMAN, D.G. Validating scales and indexes. **British Medical Journal**, v.324, p.606-607, 2002.

BOTTINO, C. M. C. et al. Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer: relato de trabalho em equipe multidisciplinar. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 70-79, 2002.

BRUCKI, S.M., et al. Sugestões para o Uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. [Suggestions for utilization of the mini -mental state examination in Brazil]. **Arq Neuropsiquiatria**, v. 61, n.3-B, p.777-81, 2003.

BUSTAMANTE, S.E.Z., et al. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-A, p. 601-606, 2003.

CABRAL, A.L.L, CARVALHO, G..A. **Tradução e validação do Teste Timed up and go e suas correlações com diferentes alturas da cadeira**. 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília.

CANEDA, M.A.G. et al. **Confiabilidade de Escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral**. Tratado de Geriatria e Gerontologia, v.64, n.3-A, 2006.

CHAVES, M.L.F.; GODINHO, C.C.; PORTO, C.S.; MANSUR, L.; GOULART, M.T.C.; YASSUDA, M.S.; BEATO, R. Avaliação cognitiva, comportamental e funcional: doença de Alzheimer. **Dementia e Neuropsychologia**, v. 5 supl.1 n. 0, 2011.

CHAVES, M.L. F. Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. **Neurologia cognitiva e do envelhecimento da ABN**. [periódico na internet]. 2006-2008. Disponível em: [http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos\\_cont/8.pdf](http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf). Acesso em 12/11/2011.

CORDEIRO, R.C.; DIAS, R.C., Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosos institucionalizados. **Revista de Fisioterapia**, v.9, p.69-77, 2002.

DAMASCENO, B. P. **Comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer incipiente**, in: *Demências*. São Paulo: Lemos Editorial,p. 201-210, 2004.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, v.41, n. 2, p. 317-325, 2007.

FLEISS, H. **Statistical Methods for Rates and Propotion**. 2 ed. New York: Wiley, 1981.

TOSTA, E., SILVA, A.B., JÚNIOR, E.H., MAGALD, R.M. Criteria of diagnosis of Alzheimer's disease: Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. **Dementia e Neuropsychology**, v.5, n.3, p. 146-152, 2011.

GAUTHIER, S. et al. Mild cognitive impairment. **Lancet**, v. 15, p. 1262-1269, 2006.

GUILHEMIN, F. Cross – Cultural adaption and validation of heaeth stars measures. **Sacandinavian Journal of Rheumatology**, v. 24, p.61-63, 1995.

JACINTO, A. **Alterações cognitivas em pacientes atendidos em ambulatório geral de clínica médica** [On line]. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. 2008 . Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-12012009-172647/>.

LAWTON, M.P., BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.9, n.3, p. 86-179, 1969.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 8, n. 2, p. 127-41, 2005.

LOURENCO, R.A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, 2006.

LOPES, AR, TRELHA, CS. Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ): FRAQ-Brazil. **Braz J Phys Ther.**, v. 17, n.6, p. 593-605, 2013.

Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, n.19, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

MINOSSO, J.S. et al. Validação no Brasil do Índice de Barthel, em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.2, p.208-223, 2010.

MITRE, N.C.D. , et.al. Adaptação para o português e confiabilidade de uma versão modificada do *Physical Performance Test*. **Geriatria e Gerontologia**, v.3, n.2, p.104-109, 2008.

MIYAMOTO, S.T., et al. Brazilian Version of the Berg balance scale. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v.37, p.1411-1421, 2004.

PFEFFER, R.I.; KUROSAKI, T.T, HARRAH C.H., et al. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J Gerontol** , v. 37, p.323-9, 1982.

PEREIRA, L.S.M., et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Ver. Assoc. Med. Bras.**, n.53, v.6, p.497 – 501, 2007.

SANCHEZ, M.A.S., CORREA, P.C.R., LOURENÇO, R.A. Cross- cultural Adaptation of the “ Functional Activies Questionnaire – FAQ” for use in Brazil. **Dementia e Neuropsychology**, v.5,n.4, p.322-327, 2011.

STEIN, L.M.; ARGIMON I.L. Habilidades Cognitivas em indivíduos muito idosos: estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública** v.21, n. 1, 2005.

TOSTA, E.D.; BRUCKI, S.M.D. **Departamento de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia – Ministério da Saúde**. 2011. Disponível em [http://www.cadastro.abneuro.org/site/Audiencia\\_Ministerio\\_da\\_Saude\\_outubro\\_2011.pdf](http://www.cadastro.abneuro.org/site/Audiencia_Ministerio_da_Saude_outubro_2011.pdf) . Acesso em 10/11/2012.

VIANA ,H.B, MADRUGA, V.A. **Diretrizes para adaptação cultural de escalas psicométricas**. IElectronic versionI. Revista Digital: Buenos Aires, Ano 12, N. 116. Disponí <http://www.efdeportes.com/efd116/adaptacao-cultural-de-escalas-psicometricas.htm>

## ANEXO I

### Questionário de Pfeffer ou Questionário de Atividades Funcionais (Functional Assessment Questionnaire- FAQ) – Versão Traduzida

Table 1. Translations and semantic adaptations of items from the “Functional Activities Questionnaire.”

Original version	Translation 1	Translation 2	Test version
1. Writing checks, paying bills, balancing checkbook, keeping financial records	Preencher cheques, pagar contas, verificar o saldo no talonário de cheques, manter histórico financeiro	Preenche cheques, paga contas, faz balanço de talão de cheque, controla as necessidades financeiras	Preenche cheques, paga contas, verifica o saldo no talão de cheque, controla as necessidades financeiras
2. Making out insurance or Social Security forms, handling business affairs or papers, assembling tax records	Preencher apólices de seguro ou formulários para a previdência social, administrar negócios ou documentos de negócio, organizar documentação tributária	Faz seguro ou formulário de seguro social, lida com negócios ou documentos, reúne contas	Faz seguro (de vida, de carro, de casa), lida com negócios ou documentos, faz imposto de renda
3. Shopping alone for clothes, household necessities and groceries	Comprar sozinho roupas, itens para a casa ou fazer sozinho supermercado	Faz com pras sozinho(a) no upas, utilidades domésticas e artigos de mercearia	Compra roupas, utilidades domésticas e artigos de mercearia sozinho(a)
4. Playing a game of skill such as bridge, other card games or chess or working on a hobby such as painting photography, woodwork, stamp collecting	Participar de jogo que exija habilidade tais como “bridge” ou outro jogo de cartas ou xadrez; ou praticar “hobbies” tais como pintura, fotografia, marcenaria, coleção de selos	Pratica jogos de habilidades como o buraco, algum outro jogo de cartas ou xadrez ou tem “hobbies” como pintar, fotografar, trabalhos de marcenaria ou coleção de selos	Joga baralho, xadrez, faz palavras cruzadas, trabalhos manuais ou tem algum outro passatempo
5. Heat the water, make a cup of coffee or tea, and turn off the stove	Esquentar água, fazer café ou chá e desligar o fogão	Esquenta água, faz uma xícara de café ou chá, e desliga o fogão	Esquenta água, faz café ou chá, e desliga o fogão
6. Prepare a balanced meal (e.g., meat, chicken or fish, vegetables, dessert)	Preparar uma refeição balanceada (ex. carne, galinha ou peixe, legumes, sobremesa)	Prepara uma refeição balanceada (por ex.: carne, frango ou peixe, legumes, sobremesa)	Preparar uma refeição completa (por ex.: carne, frango ou peixe, legumes, sobremesa)
7. Pay attention to, understand, and discuss the plot or theme of a one-hour television program; get something out of a book or magazine	Presta atenção, entende e discute a trama ou o tema de um programa de televisão de 1 hora, consegue entender alguma coisa de um livro ou revista	Presta atenção, entende e comenta o enredo ou tema de programas de TV, livros ou revistas	Presta atenção, entende e comenta novelas, jornais ou revistas
8. Keep track of current events, either in the neighborhood or nationally	Acompanha os acontecimentos atuais seja no bairro ou nacionalmente	Perde a conta de eventos recentes, tanto da vizinhança quanto nacionais	Acompanha os eventos atuais no bairro ou nacionalmente
9. Remember appointments, plans, household tasks, car repairs, family occasions such as birthdays or anniversaries, holidays, medications	Lembra de compromissos, planos, tarefas domésticas, consertos do carro, eventos familiares (como aniversários de nascimento ou casamento), feriados, remédios	Lembra de compromissos, planos, tarefas domésticas, conserto de automóveis, ocasiões familiares (como aniversários), férias, medicações	Lembra de compromissos, tarefas domésticas, eventos familiares (como aniversários) e medicações
10. Travel out of neighborhood; driving, walking, arranging to take or change buses and trains, planes	Sair do bairro, dirigir, andar, pegar ou trocar de ônibus, trem ou avião	Viagem para fora da vizinhança; dirigindo, caminhando, providenciando ou trocando de ônibus, trem ou avião	Sai do bairro, dirige, anda, pega ou troca de ônibus, trem ou avião

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Álcool 37, 64, 65, 66, 67, 68

Alergia 131, 132, 134, 135, 136, 137

Alimentação 122, 124, 172, 173, 175, 176, 179, 180

Alterações fisiológicas 24, 85, 87

Aneuploidia 139, 140, 144

Angiotensina 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 88, 90, 148

Asma 26, 30, 34, 35, 132, 182, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192

Atividade física 57, 59, 93, 94, 97, 102, 176, 182, 183, 189, 191

### B

Bactéria 105, 111, 116

Biopróteses 165

Bypass 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 62, 63

### C

Caliceína 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21

Cinina 10, 12, 18, 19, 20

Cininogênio 10, 12

Cirurgia bariátrica 54, 55, 56, 60, 61, 62, 63

Cognição 206

Complicações obstétricas 23

Condromalácia patelar 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Confiabilidade 199, 205, 208, 211, 215, 220, 221, 222, 223, 225

Consumo excessivo 64, 65, 67, 68

### D

Determinantes sociais da saúde 2

Doenças 3, 4, 5, 27, 31, 35, 54, 55, 60, 67, 71, 79, 94, 120, 122, 128, 144, 145, 148, 174, 175, 176, 178, 182, 189, 206, 209, 210, 233

Doenças da vulva 79

Doenças vaginais 79

Dor 18, 24, 26, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 82, 94, 96, 97, 99, 100, 102, 103, 104, 127, 135, 136, 137, 198, 201

Drenagem Linfática Manual (DLM) 32, 33, 35, 36, 38, 39

## **E**

Edema 18, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 89, 90, 91

Estudantes de medicina 64, 65

Exercício 86, 98, 101, 103, 135, 136, 182, 183, 189, 191

## **F**

Ferida cirúrgica 69, 70, 71, 72

Frutos do mar 131, 132, 135, 136, 137

Funcionalidade 206, 207, 208, 210, 220, 221, 224

## **G**

Gestante 22, 23, 25, 31, 107

Gravidez 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 34, 35, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 105, 106, 125, 188

Gravidez de alto risco 23, 24

Grupos étnicos 2

## **I**

Idoso 196, 197, 199, 202, 206, 207, 208, 209, 210, 211

IgE 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 189

Infecção 59, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 90, 91, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 147, 148, 165, 166, 167, 168, 178, 190

Infecções urinárias 80, 105

## **L**

Laringe 120, 121, 122, 130

Lasers 79, 80, 81, 84

## **M**

Malformações congênitas 120, 121, 122, 123, 124, 127, 130

Menopausa 79, 81, 82, 83

## **N**

Neoplasias da Mama 2

Neurocirurgia 33, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 78

## **O**

Organismo materno 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92

## **P**

Pediatria 180, 182

Profissional de Educação Física 93, 94, 95, 101

Prognóstico 2, 4, 5, 8, 23, 30, 66, 73, 76, 77, 124, 147, 148, 151, 152, 157

Psicológico 145, 171, 172, 173, 176, 193, 196, 202

Pulmões 19, 90, 120, 121, 122, 124

## **Q**

Queimaduras 35, 66, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170

## **R**

Racismo 2

Reabilitação 32, 33, 34, 36, 93, 97, 98, 100, 103, 104, 224

Reação anafilática 131

Redução de peso 53, 54, 55, 61

Renina 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 88, 90

Resistência microbiana a medicamentos 105

## **S**

Saúde capilar 172

Síndrome de Jacobs 139, 140, 142, 143

Sleeve 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63

## **T**

Terapêutica 56, 71, 80, 117, 154, 155, 156, 157, 165, 191, 193, 197, 198, 199, 235

Testes de sensibilidade microbiana 105

Transtorno 142, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180

Traqueia 120, 121, 122, 123, 124, 125

Tratamento 2, 5, 6, 8, 19, 26, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 55, 56, 60, 61, 63, 76, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 114, 115, 117, 120, 124, 128, 129, 144, 145, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 172, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 186, 189, 190, 191, 199, 202, 220, 235

Tricotilomania 171, 172, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 181

Trissomia XYY 139, 144

## **V**

Validade 199, 205, 208, 210, 220, 221

# Abordagens em **MEDICINA:**

**ESTADO CUMULATIVO  
DE BEM ESTAR  
FÍSICO,  
MENTAL E  
PSICOLÓGICO**



 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021



# Abordagens em **MEDICINA:**

ESTADO CUMULATIVO  
DE BEM ESTAR  
FÍSICO,  
MENTAL E  
PSICOLÓGICO



 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)  
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)  
 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora  
Ano 2021