

HELENA ESPÍRITO-SANTO
FERNANDA DANIEL
(COORDS.)

IMPrensa DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

TRAJETOS DO ENVELHECIMENTO

PERSPETIVAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS



2. FUNCIONALIDADE E ENVELHECIMENTO

*Fernanda Daniel, Inês Queiroz Garcia,
Sara Gordo e Helena Espírito-Santo*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento saudável e envelhecimento patológico são faces distintas que podemos encontrar na velhice plural. Independentemente destas diferenças, provenientes de influências normativas (de tipo genético-biológico e de tipo sociocultural e psicossocial) e não normativas (Neri, 2006), verificam-se similitudes que importa refletir, nomeadamente a estreita relação existente entre dependência funcional e idade.

Concomitantemente, no panorama nacional e mundial, verificam-se alterações demográficas constatadas em indicadores distintos (índice de envelhecimento e de dependência) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011) que espelham o aumento, a ritmo nunca antes conhecido, da proporção de pessoas mais velhas na população total, colocando inúmeros desafios às sociedades de hoje. Em Portugal, a análise dos diferentes momentos censitários (INE, 2011) permite-nos, igualmente, constatar que se verifica pela primeira vez, em 2001, uma inversão no padrão demográfico nos extremos dos grandes grupos etários, com o número de pessoas idosas a ultrapassar o dos jovens. Entre os dois últimos recenseamentos demográficos

constata-se, igualmente, uma diminuição da população jovem de cerca de 1 ponto percentual (16% em 2001 para 14,9% em 2011) e um aumento da população idosa em cerca de 3 pontos percentuais (16,4% em 2001 para 19% em 2011). Em 2011, por cada 100 jovens cerca de 128 pessoas eram idosas (índice de envelhecimento). No mesmo sentido, o índice de longevidade [relação entre a população mais idosa (≥ 75 anos) e a população idosa (≥ 65 anos)] dá conta do envelhecimento da população idosa, sendo o aumento percentual no período de 2001 a 2011 de 6,5, passando de 41,4% para 47,9%. No mesmo período de referência, continua a verificar-se a feminização nas idades avançadas (Daniel, 2011), assistindo-se igualmente a um aumento do número de anos de vida tanto para o sexo feminino (aumento de 2,5 anos na esperança de vida, de 80,1 para 82,6 anos de idade), como para o sexo masculino (aumento superior a 3 anos da esperança de vida, de 73,2 para 76,7 anos de idade) (Pordata, 2015). Dados prospetivos indicam, simulando três cenários (base, envelhecimento e rejuvenescimento), que em 2050 a percentagem de jovens poderá de acordo com os cenários oscilar entre os 9% e os 16%, enquanto nas pessoas idosas os valores se situarão entre os 30% e os 36% (Instituto Nacional de Estatística, 2003). A par destes dados, a distribuição do *outcome* da dependência funcional (englobando o domínio da locomoção, autonomia física e autonomia instrumental), na população idosa, é assaz preocupante, com valores percentuais na ordem dos 24% (Oliveira et al., 2010). Observando as pessoas idosas que residem sozinhas pode constatar-se, segundo os Censos de 2011, que 153.683 têm dificuldade em andar ou subir degraus e 63.597 têm dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

Em face destes números parece teoricamente relevante abordar a funcionalidade, enquanto sistematização objetiva de atividades da vida diária, já que independentemente dos cenários, de compressão ou expansão de morbilidade, esta temática reveste-se de crucial

importância em virtude dos impactos que a funcionalidade apresenta na qualidade de vida das pessoas (World Health Organization, 2017; World Health Organization Quality of Life Group, 1995).

Consciente desta realidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu diretrizes que deveriam nortear as políticas públicas para a população idosa do século XXI. Para que o envelhecimento possa ser experienciado de forma «positiva» importa que a organização social se estruture para que a vida longa seja acompanhada de contínuas oportunidades ao nível da saúde, da participação e da segurança. A OMS adota o termo envelhecimento ativo para designar o processo de otimização de oportunidades que permite aumentar/potenciar a qualidade de vida. Nesta linha, o envelhecimento ativo emerge como uma estratégia política, global, de resposta aos desafios que o envelhecimento da população acarreta. Parafraseando Walker «o envelhecimento ativo serve de abrigo conveniente para uma grande variedade de discursos políticos e iniciativas relativas às alterações demográficas» (2009, p. 75). Este novo conceito alicerça-se numa visão mais inclusiva, propondo uma mudança radical na imagem anteriormente partilhada da velhice que assentava na exclusão e na incapacidade. A OMS sugere que deve ser proporcionada adequada proteção, segurança e cuidado, sempre que as pessoas solicitem assistência. Esta perspetiva pretende aumentar a esperança de vida saudável e a qualidade de vida das pessoas. Manter a autonomia e a independência é um elemento-chave deste processo. Acresce que os dados empíricos demonstram que a perda de capacidade geralmente associada ao envelhecimento só se relaciona vagamente com a idade cronológica de uma pessoa (World Health Organization, 2014). Assim surge uma nova narrativa onde expressões como atividade, autonomia, independência, qualidade de vida, esperança média de vida saudável aparecem com maior frequência. A utilização destas expressões, na linguagem quotidiana, é reveladora do novo discurso do envelhecimento tido, cada vez mais, como uma

fase de oportunidade, uma experiência positiva ligada ao ciclo de vida (La Caixa, 2010).

Conceito(s) e classificação(ões) das atividades da vida diária

Se se analisar as diferentes definições de Atividades da Vida Diária (doravante, AVD), pode constatar-se que existe um certo consenso quanto à sua definição e que remete para a capacidade ou competência que o indivíduo apresenta na concretização de um determinado conjunto de atividades. As AVD são normalmente avaliadas a partir de um contínuo, dicotômico ou polinomial, em que num extremo se situa a capacidade de realização sem ajuda ou apoio de terceiros e no extremo oposto a incapacidade de realização da atividade. A variabilidade e a complexidade das atividades permitem, igualmente, estabelecer uma hierarquização entre as mesmas. Assim, podem enunciar-se dois níveis de atividades, as básicas (ABVD) e as instrumentais (AIVD). Porém, a facilidade com que se encontra consenso relativamente à hierarquização dos níveis já não se verifica nas tarefas que compõem cada nível.

As ABVD referem-se a tarefas fundamentais relacionadas com o autocuidado (tomar banho, vestir, ir à casa de banho, capacidade de transferência, de continência e de alimentação) (César, Mambrini, Ferreira, & Lima-Costa, 2015; Giebel, Sutcliffe, & Challis, 2014; Mlinac & Feng, 2016; Peter, Guillemin, & Terwee, 2017). As atividades que as compõem, quando listadas na sequência «alimentar-se, continência, mobilizar-se, ir à casa de banho, vestir-se e lavar-se» refletem tanto o esquema de desenvolvimento humano no início da vida, como o esquema da recuperação das pessoas idosas incapacitadas e, ainda, a perda no caso de determinados envelhecimentos patológicos (Katz & Akpom, 1976 citado por Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González, & Díaz, 1992). Por outro lado, as AIVD reportam-se a

tarefas relacionadas com a adaptação do sujeito ao meio ambiente e medem a (in)dependência com base no desempenho de tarefas mais complexas (Nadkarni, Levy-Cooperman, & Black, 2012; Sequeira, 2010). Se se atender à extrema diversidade de atividades que se realizam no dia a dia, compreende-se a difícil tarefa de medir a competência instrumental, entendida como habilidade para a vida independente, de um grupo tão heterogêneo como o é o das pessoas idosas. Acresce o facto de que os níveis que se seguem ao da manutenção da vida são sucessivamente mais complexos, pois requerem, geralmente, uma maior complexidade de organização neuropsicológica (Lawton & Brody, 1969). As atividades que medem a «habilidade para a vida independente» podem incluir atividades relacionadas com o tempo livre e a interação com recursos comunitários, entre outras (Fernández-Ballesteros et al., 1992). Tendo em conta a diversidade de atividades e a dificuldade em balizar o que é a vida independente percebe-se que o enfoque seja o de delimitar as atividades. Assim, pode-se observar na literatura as AIVD subdivididas em atividades do tipo *Familiar* (AIVD-F) e *Avançadas* (AIVD-A) (Marson & Hebert, 2005). Similarmente, outros autores categorizam as atividades mais complexas numa dicotomia contínua: AIVD (Atividades Intermediárias da Vida Diária) e AAVD (Atividades Avançadas da Vida Diária) (Reuben & Solomon, 1989). O primeiro nível destas tarefas inclui a preparação de comida, fazer compras, cuidar da casa, utilizar eletrodomésticos, enquanto as atividades do tipo avançado, mais complexas, incluem tarefas como lidar com as finanças e com o dinheiro, conduzir ou usar transportes públicos (Dias, Duarte, Almeida, & Lebrão, 2011; Marshall, Fairbanks, Tekin, Vinters, & Cummings, 2006).

Segundo Marson e Hebert (2005), as ABVD implicam processos mnésicos procedimentais e funções motoras básicas (por exemplo, coordenação motora) e são habitualmente classificadas como comportamentos automáticos, que requerem pouca atenção consciente.

Já as AIVD, de nível de complexidade mais elevado, para além dos movimentos motores rotineiros e processos mnésicos procedimentais comuns às ABVD, implicam maior exigência cognitiva (e.g., envolvem o processamento controlado, a atenção e as funções executivas) (Marson & Hebert, 2005).

Pela importância que a realização destas atividades tem na vida das pessoas, muitos estudos incidem na clarificação e diferenciação dos conceitos de autonomia e (in)dependência (Figueiredo, 2007; Hutchings & Chaplin, 2017; Lopes, Araújo, & Moraes, 2006). Assim, a autonomia reporta-se à capacidade de tomar decisões, de gerir, de comandar ou controlar a própria vida, capacidades fundamentais à vivência em contextos do domicílio e da comunidade (Diogo, 1997; Figueiredo, 2007; World Health Organization [WHO], 2002). Por seu turno, a dependência reporta-se à incapacidade em satisfazer as necessidades básicas e as atividades de vida diária sem ajuda de terceiros e/ou com ajuda mínima, como expressa o Decreto-Lei n.º 265/99, de 14 de julho, que procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a proteção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência pelo então Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999) e a WHO (2002). A dependência, segundo o referido diploma, refere-se à situação que caracteriza os indivíduos que não podem praticar atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana — nomeadamente, os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene — carecendo da assistência de outrem.

Analise-se, exemplificando, a diferenciação e relação entre autonomia e dependência. A hemiplegia, em consequência de um acidente vascular cerebral, pode ser um preditor de dependência, pois a pessoa encontra-se limitada nos seus movimentos. Apesar dessa limitação, pode considerar-se essa pessoa como autónoma, ou seja, embora dependa de terceiros para algumas atividades, como

deslocar-se, entrar num carro, comer, apresenta capacidade para tomar decisões sobre a sua vida. Pelo contrário, uma pessoa com doença de Alzheimer pode andar, comer sem ajuda de terceiros, controlar os esfíncteres, isto é, ser independente numa série de atividades e, contudo, não ser considerada autónoma ao nível do comando da sua própria vida. Assim, e indo ao encontro de Evans (1984, citado por Paschoal, 2002), para uma pessoa idosa é mais útil a autonomia do que a independência como objetivo global, ainda que se reconheça, obviamente, a importância das duas dimensões.

Quando existe um comprometimento físico ou mental que se reflete numa incapacidade de realizar as AVD pode falar-se de dependência. Contudo, o termo dependência e o que ele é suposto representar está longe de ser objeto de consenso. A dependência é um fenómeno complexo, que apresenta diversas dimensões, causas e funções, sendo dificilmente redutível a uma única configuração, ao abarcar múltiplas realidades (Edjolo, Proust-Lima, Delva, Dartigues, & Pérès, 2016; Salanova & Lezaun, 1998; Ruan et al., 2015).

Segundo Horgas, Wahl e Baltes (1996), existem três conceitos fundamentais que devem ser tidos em conta na abordagem da dependência: a multidimensionalidade, a multicausalidade e a multifuncionalidade. A multidimensionalidade está relacionada com o facto de a dependência apresentar múltiplas dimensões (mental, física, económica, com ou sem combinatórias), que podem ser apreendidas a partir de diferentes pressupostos teóricos e metodológicos (comportamental, pessoal, situacional, dependência interpessoal, entre outros). A multicausalidade da dependência pressupõe derrubar concepções simplistas que associam a dependência à velhice, ou seja, nem todas as pessoas idosas são dependentes e existem pessoas dependentes que não são idosas. São fatores biológicos, socioculturais, económicos e ambientais que interferem no desenvolvimento e manutenção da dependência. São estes fatores que, conjunta ou separadamente, podem gerar dependência. No que concerne à

multifuncionalidade, importa referir que pode ter uma função adaptativa, ou fazer parte de um processo de maturação; não tem que ter uma única função nem ser apreendida a partir da irreversibilidade. Por outro lado, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

CORRELATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS E CAPACIDADE FUNCIONAL

A literatura reporta a necessidade de analisar a capacidade funcional e sua relação com fatores intrínsecos, tais como aspetos físicos e mentais, e fatores extrínsecos, tais como aspetos sociais, económicos e ambientais (e.g., Ahmed, Vafaei, Auais, Guralnik, & Zunzunegui, 2016; Botelho, 2005; Brady & Straight, 2014; Gordo, 2015; Lachman & Agrigoroaei, 2010; Oliveira & Mattos, 2012). Nesse sentido, são de seguida revistos os diferentes correlatos da capacidade funcional em pessoas idosas.

Correlatos sociodemográficos da capacidade funcional. Se se analisarem diferentes grupos etários, constata-se que a percentagem de indivíduos que apresentam limitações na sua capacidade funcional aumenta com o avançar da idade. O relatório do Observatório Nacional de Saúde (ONSA), realizado por Branco, Nogueira e Dias (2001), evidenciou percentagens de 8,7%, 14,7% e 36% relativamente à necessidade de ajuda de alguém para pelo menos uma atividade de vida diária, de acordo com diferentes grupos etários [65-74], [75-84] e acima de 85 anos, respetivamente. Por seu turno, os resultados do Inquérito Nacional de Saúde, efetuado em 2014 e publicado em 2016, apresenta os seguintes resultados no que se refere à necessidade de ajuda nos cuidados pessoais. Das pessoas com 65 ou mais anos (2,1 milhões) e com pelo menos uma dificuldade na realização

de cuidados pessoais (457.980), 122.092 pessoas referiram não ter necessidade de ajuda enquanto 174.107 afirmaram ter ajuda suficiente e 161.781 indicaram ter necessidade de ajuda. Tanto as pessoas que tem ajuda suficiente como as que tem necessidade de ajuda aumentam proporcionalmente com a idade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016).

De igual forma, o «Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa» (Oliveira et al., 2010) dá conta que a percentagem de situações adversas aumenta significativamente ao nível da autonomia física quando se compara o grupo de idades compreendidas entre os 65-74 com os seus congéneres de idades superiores aos 75 anos (0,5% para 2,7%, respetivamente), com padrão similar quando se consideram as situações adversas ao nível da autonomia instrumental nesses mesmos grupos (19,4% para 28%).

Em termos de nível de dependência funcional geral, observa-se um aumento, à medida que aumenta a idade. No mesmo sentido vão os resultados dos Censos de 2011¹, onde se pode observar que a proporção da população com pelo menos uma dificuldade na realização das atividades do dia a dia aumenta com a idade. Na população com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, a taxa de incidência de pelo menos uma incapacidade funcional afeta 30% desse grupo etário. Para o grupo etário com idades compreendidas entre os 75 e os 79 anos, a proporção de pessoas que não consegue/tem muita dificuldade em realizar pelo menos uma atividade é superior a 50%.

¹ A incapacidade funcional foi medida a partir das seguintes perguntas: indique o grau de dificuldade que sente diariamente na realização de algumas atividades devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade (envelhecimento). 1. Tem dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto? 2. Tem dificuldade em ouvir mesmo usando um aparelho auditivo? 3. Tem dificuldade em andar ou subir degraus? 4. Tem dificuldades de memória ou de concentração? 5. Tem dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho? 6. Tem dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender? As respostas eram respondidas a partir de uma escala de Likert de 3 pontos: (1) Não tem dificuldade ou tem pouca; (2) Tem muita dificuldade; (3) Não consegue.

As dificuldades afetam 995.213 pessoas idosas portuguesas (INE, 2012). Por seu turno, o Inquérito Nacional de Saúde apresenta os seguintes resultados no que se refere aos cuidados pessoais²: (i) Na população com 65 ou mais anos (2,1 milhões), cerca de 458 mil pessoas referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais. Se se analisar a população com pelo menos uma dificuldade na realização de cuidados pessoais por grupo etário, constata-se que essa dificuldade aumenta com a idade (65-74: 149.255, i.e., 13,9% da população total; 75-84: 193.383, i.e., 25,05% da população total e \geq 85 anos: 115.342, i.e., 44,09% da população total) (INE, 2016). Importa, contudo, referir que vários estudos demonstram que o aumento nas taxas de prevalência de incapacidade funcional por grupos etários não se produz a um ritmo constante, existindo uma idade, a saber, por volta dos 80 anos, em que o aumento se acelera notavelmente (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005; Marín & Casasnovas, 2001).

O nível de escolaridade parece estar também associado ao desempenho de atividades da vida diária. Se no caso da idade a associação é positiva, quanto mais idade maior o comprometimento; no caso da instrução a associação é negativa, quanto maior instrução menor comprometimento. O estudo do ONSA (Branco et al., 2001), quando relaciona a «necessidade de ajuda de alguém para pelo menos uma atividade de vida diária» e o «nível de instrução» (não sabe ler nem escrever, só sabe ler e escrever ou ensino básico, ensino médio ou equivalente, frequência e ensino superior), apresenta as seguintes percentagens, respetivamente: 20,5%; 10,6%; 8,5% e 3,8%.

² O INE (2016) apresenta os seguintes parâmetros na avaliação da capacidade de realização das atividades diárias, especificamente dos cuidados pessoais: comer ou beber; deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira; vestir-se ou despir-se; utilizar a retrete; tomar banho ou duche; e lavar as mãos e a cara.

Também o facto de se ser mulher parece estar associado a um menor desempenho na realização ao nível das AVD (Básicas e Instrumentais) nas idades avançadas, resultado justificado, quer pelo papel de género (Ahmed et al., 2016), quer por fatores biológicos (Brady & Straight, 2014). Nos Censos de 2011, a proporção de mulheres que não consegue ou tem muita dificuldade em realizar pelo menos uma das atividades do dia a dia é superior à proporção de homens, em todos os grupos etários. Em média, a proporção de mulheres com pelo menos uma dificuldade/limitação está dez pontos percentuais acima da dos homens (INE, 2012). Ainda, o facto de se ser mulher parece estar associado a uma maior vulnerabilidade em contrair doenças crónicas, a par de múltiplas limitações funcionais (Maciel & Guerra, 2007). No mesmo sentido vão os dados do Ministério da Saúde (2008), que indicam que a proporção de esperança de vida que as mulheres, em Portugal, podem esperar viver sem qualquer tipo de incapacidade é sempre inferior à dos homens, aumentando a diferença com o avançar da idade. Estas diferenças, inclusive, espelham-se no comprometimento de diferentes tipos de AVD. Se, por um lado, as mulheres apresentam maior comprometimento em tarefas como lavar/tomar banho, vestir/despir, deitar/levantar, sentar/levantar, utilizar sanitários, controlo da urina e fezes, usar o telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, toma de medicamentos, usar transportes; por outro lado, os homens parecem ter maior «comprometimento» em atividades que incluem a alimentação, preparação de comida, tarefas domésticas, lavar/tratar de roupa (Oliveira et al., 2010), atividades que não são alheias aos papéis socialmente desempenhados. Assim, o aparente «comprometimento» em determinadas tarefas poderá estar relacionado com o facto de «a realização das tarefas domésticas faz[erem] parte das atividades performativas de produção de género, [e em que] algumas mulheres assumem a sua realização como forma de provar a sua identidade sexual. De forma semelhante, alguns homens podem rejeitar a

realização de determinadas tarefas domésticas, em parte para evitar uma certa feminização da sua identidade» (Singly, 2007, citado por Maciel, Marques, & Torres, 2008, pp. 10-11).

Os anos de vida saudável aos 65 anos são para as mulheres 9,3 anos e para os homens 9,6 anos³. Se analisarmos a diferença entre a esperança de vida e os anos de vida saudável, é expectável que nos últimos anos de vida a necessidade de ajuda seja um imperativo.

Na UE mais de 80% dos cuidados são fornecidos pela família, com as mulheres a prestarem aproximadamente dois terços dos cuidados (filhas, cônjuges/parceiras). No norte da Europa, cuidar de um pai e/ou mãe idoso/a é mais frequente do que no sul da Europa, contudo o cuidado prestado é muito mais intensivo no sul da Europa (Hoffmann & Rodrigues, 2010). Quando a assistência é fornecida pela família, independentemente de esta ser efetuada ou não em corresponsabilidade, a sobrecarga física e emocional do cuidador aumenta (Neri et al., 2012). Em face do tempo disponibilizado no cuidado, acrescido ou não de jornada de trabalho, os cuidadores têm pouco tempo de lazer. Isolamento, angústia psicológica, incluindo ansiedade, depressão e perda de autoestima, propensão para comportamentos de risco (por exemplo, tabagismo) ou negligenciar a saúde são aspetos vivenciados pelos cuidadores (Hoffmann & Rodrigues, 2010). Concomitantemente, a diminuição do suporte informal, em virtude do próprio padrão evolutivo da rede social, a par da

³ Convém referir que os dados de 2013 provêm das Estatísticas da UE sobre Condições de Vida e Rendimento (EU-SILC), nos quais a condição de pouco saudável é definida como uma limitação em atividades normalmente desenvolvidas pelas pessoas devido a problemas de saúde durante os seis meses anteriores (Pordata, 2015). Importa mencionar que, segundo dados do Eurostat para 2013, o número de anos de vida saudável em valor absoluto no nascimento (*Healthy life years in absolute value at birth*), para as mulheres, varia para os 30 países analisados entre 54,2 (Letónia) e 72,7 (Malta). As mulheres portuguesas encontram-se a meio da tabela, na 15.^a posição, com 62,2 anos. No caso dos homens o valor menor é de 51,7 (Letónia) e o maior de 71,7 (Islândia). Os homens, em Portugal, apresentam um valor superior ao das mulheres, 63,6, na 10.^a posição.

inclusão da mulher no mercado de trabalho, e as perdas orgânicas associadas ao processo de envelhecimento (normal ou patológico) são preditores da procura de apoio institucional. O estudo «A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados», realizado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, elenca como motivos principais de ingresso numa «estrutura residencial para idosos» a incapacidade da pessoa idosa «num determinado momento da sua vida em gerir as suas atividades da vida diária, coexistindo esta incapacidade com a impossibilidade da família em garantir o apoio necessário nesse sentido» (Nogueira, 2009, p. 22). No mesmo sentido, Lisboa e Chianca (2012) afirmaram que a correlação multicausal entre a estrutura etária da população e a necessidade de estruturas residenciais para idosos é determinada pelo seu perfil social e de saúde, a que acresce a nova configuração familiar, em que a mulher, ao estar inserida no mercado de trabalho, não se encontra disponível para a prestação de cuidados.

Talvez por esse facto não seja de admirar que, no âmbito do Projeto Trajetórias do Envelhecimento, as pessoas idosas institucionalizadas apresentem diferenças estatisticamente significativas quando se comparam os seus desempenhos em AVD com os das pessoas idosas residentes no seu domicílio (Gordo, 2015). A diferença numérica deve ser, contudo, analisada com cautela, na medida em que determinados fatores podem mediar ou mesmo moderar a relação com o desempenho. Especificando, desempenhos inferiores ao nível das AVD podem ser devidos, por um lado, a aspetos organizativos das instituições e não à capacidade funcional para realizar AVD, ou, por outro lado, à consequência do declínio cognitivo ou da presença de marcadores psicopatológicos e aspetos clínicos.

Correlatos biológicos da capacidade funcional. Quanto aos aspetos biológicos, os estados clínicos (Oliveira & Mattos, 2012; Paschoal, 2002; Velloso & Jardim, 2006), a presença de comorbidades

clínicas secundárias, como diabetes (Ferreira et al., 2014), acidente vascular cerebral (Cruz & Diogo, 2009; Espírito-Santo, Garcia, Monteiro, Carolino, & Daniel, 2016; Piassaroli, Almeida, Luvizotto, & Suzan, 2012), assim como o uso de fármacos (esta população encontra-se muitas vezes polimedicada) acarretam reações adversas com implicações no desempenho das tarefas do quotidiano (Eyigör & Kutsal, 2012). De igual forma, outras alterações biológicas e fisiológicas, inerentes ao processo de envelhecimento, parecem ser responsáveis por modificações anatómicas e funcionais, tanto ao nível intrínseco como extrínseco (Duque-Parra, 2004; Fjell & Walhovd, 2010; Paschoal, 2002). Estas modificações são de vária ordem, afetando múltiplos sistemas vitais, dos quais se destaca o sistema nervoso pela sua importância na regulação e monitorização de um conjunto de aspetos emocionais e cognitivos indispensáveis para a manutenção das AVD (Gregorio, 2010; Habib, 2000; Sastre, Pamplona, & Ramón, 2009).

Correlatos psicológicos da capacidade funcional. Neste seguimento, e quanto aos aspetos psicológicos, o funcionamento cognitivo (Hughes, Chang, Bilt, Snitz, & Ganguli, 2012; Schmitter-Edgecombe, McAlister, & Weakley, 2012; Zidan et al., 2012), executivo (Gordo, 2015; Hughes et al., 2012; Mansbach, MacDougall, & Rosenzweig, 2012; Yochim, Lequerica, MacNeill, & Lichtenberg, 2008) e psicossocial (Hacihasanoglu, Yildirim, & Karakurt, 2012) têm, de modo similar, implicações na capacidade de realizar AVD em pessoas idosas. Adicionalmente, os aspetos psicossociais podem conduzir ao desenvolvimento de marcadores psicopatológicos, tais como a ansiedade e a depressão, que conduzem a uma diminuição da qualidade de vida, a uma maior vulnerabilidade com consequências significativas na capacidade para realizar AVD (Hacihasanoglu et al., 2012). Particularizando estas dimensões, diferentes estudos indicam que o estado cognitivo geral da pessoa idosa tem repercussões na sua capacidade para realizar um conjunto de tarefas quotidianas

(Kimura, Yasunaga, & Wang, 2013; Montejo, Montenegro, Fernández, & Maestú, 2012; Springate, Tremont, & Ott, 2012). Inclusivamente, piores rendimentos cognitivos, parecem estar associados a uma pior capacidade para realizar AVD, particularmente em tarefas como o uso do telefone e de meios de transporte ou gerir o dinheiro e a medicação (Jefferson, Paul, Ozonoff, & Cohen, 2006; Kimura et al., 2013; Montejo et al., 2012; Springate et al., 2012). Estes perfis parecem principalmente associados a funções cognitivas como a memória a curto e a longo-prazo, atenção, linguagem e atividade motora (Bartrés-Faz, Clemente, & Junqué, 2001; Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo, & Casanova-Carrillo, 2004; Moraes, Moraes, & Lima, 2010).

No entanto, múltiplos investigadores observaram que são as funções executivas os indicadores que mais se associam à variabilidade no desempenho de AVD, em pessoas idosas, nomeadamente no que concerne as AIVD (Coppin et al., 2006; Felipe et al., 2014; Han, 2010; van Hooren et al., 2005). Como referido previamente, existem evidências que determinadas AVD se tornam automáticas, não sendo necessário uma grande reserva cognitiva para a sua execução, com exceção das AVD com implicações executivas (Bottari, Dassa, Rainville, & Dutil, 2010; Spar & La Rue, 2005).

Neste sentido, o funcionamento executivo global e distintos componentes executivos como a flexibilidade cognitiva, o controlo inibitório, a fluência verbal, a planificação/sequenciação, a memória de trabalho e a atenção seletiva e dividida, parecem estar relacionados com a capacidade para realizar as AVD, principalmente em pessoas idosas não-institucionalizadas (Coppin et al., 2006; Felipe et al., 2014; van Hooren et al., 2005). Ainda, as funções executivas parecem predizer a capacidade para a manutenção das AVD em pessoas idosas que apresentam diferentes características sociodemográficas e clínicas (Cahn-Weiner, Malloy, Boyle, Marran, & Salloway, 2000; Han, 2010; Jefferson et al., 2006; Johnson, Lui, & Yaffe, 2007; Mograbi, Faria, Fichman, Paradela, & Lourenço, 2014).

Inversamente, a capacidade funcional, a par com o envolvimento em atividades, parece ter um papel importante e parcialmente compensatório na manutenção do bem-estar (Seitsamo, Tuomi, & Martikainen, 2007). No mesmo sentido, Ahlqvist, Nyfors e Suhonen (2016) afirmam que a saúde e a capacidade funcional são os fatores que mais fortemente se associam à vida independente. Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Organização Mundial da Saúde, 2015) a maioria das pessoas de idade avançada considera que a manutenção da habilidade funcional é mais importante do que a ausência de doença. Neste relatório o Envelhecimento Saudável é considerado como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada.

DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL À AVALIAÇÃO FUNCIONAL

À medida que se avança na idade é previsível, em consequência de uma combinatória de fatores, que se apresente uma menor reserva funcional a par de uma maior presença de doenças crônico-degenerativas. Em face das alterações experienciadas ao longo do curso da vida, as sociedades necessitam de se organizar para responderem, de forma eficiente, às necessidades das pessoas em «desenvolvimento⁴». É por isso um imperativo, tanto organizacional

⁴ O desenvolvimento humano, baseado nas perspectivas psicológicas sobre o envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990), pode ser sistematizado em dez proposições (Fonseca, 2005): como um processo que se estende ao longo da vida (i) e que pode ser apreciado tanto em termos das exigências, como das oportunidades com que os indivíduos se defrontam à medida que a vida decorre (ii). Desta forma, é reconhecido no desenvolvimento humano a expressão de princípios ontogénicos e evolutivos (iii) e a influência de fatores ligados tanto à idade cronológica, como a fatores contextuais (iv). Assim, dependendo das condições de vida e das experiências de um indivíduo, o curso desenvolvimental pode tomar muitas formas. Esta capacidade do indivíduo caracteriza a plasticidade do desenvolvimento (v) e, simultaneamente, um potencial de intervenção no desenvolvimento psicológico (vi). Durante o seu percurso de vida, o indivíduo experimenta muitas perdas, mas

como social, proceder a avaliações geriátricas que permitam organizar e planificar intervenções e propor políticas que promovam um envelhecimento saudável. Quando a avaliação envolve conhecimentos de várias áreas disciplinares, surgem instrumentos que avaliam múltiplas dimensões, por esse facto os adjetivos utilizados em língua portuguesa para dar conta deste tipo de avaliação são vários: «ampla», «global», «integral» e «compreensiva». Independentemente das similitudes ou das especificidades, importa que a abordagem seja interdisciplinar e multidimensional, levando em consideração a interação entre os múltiplos fatores que têm impacto na saúde das pessoas idosas. De entre as áreas de avaliação geriátrica destaca-se, tendo em conta o objetivo da reflexão que aqui se dá conta, a avaliação da funcionalidade.

A investigação a partir da funcionalidade tem sido objeto de maior enfoque em virtude dos avanços médicos e tecnológicos que conduziram à democratização da esperança média de vida e à consequente «visibilidade» pública de determinados perfis populacionais, que há bem pouco tempo não existiam com a expressão numérica que hoje se constata. Parece, por esse facto, que a capacidade fun-

também muitos ganhos; sendo que o desenvolvimento deve ser definido como qualquer mudança na capacidade adaptativa do organismo, numa alternância de ganhos e perdas (vii). Este processo resulta num mecanismo adaptativo baseado em três estratégias interativas, designadamente, *Seleção* (delineação de objetivos de acordo com os condicionamentos surgidos pelo envelhecimento); *Otimização* (descrição dos esforços que as pessoas fazem para ampliar ou maximizar as suas reservas) e *Compensação* (descrição dos esforços comportamentais para melhorar a funcionalidade, através da aquisição de meios, palpáveis ou simbólicos, para alcançar os objetivos). Este processo é designado de Modelo SOC (viii). Os indivíduos são, por outro lado, simultaneamente, produtores e produtos do seu próprio desenvolvimento (ix). E, por último, o estudo do desenvolvimento humano deve ser realizado numa perspetiva multidisciplinar (x). Baltes e Baltes (1990, p. 26) ilustram o modelo SOC através da leitura que o pianista Rubinstein fazia sobre a forma como superava as desvantagens do envelhecimento na sua profissão: “primeiro, reduzindo o seu repertório e tocando um número menor de peças (seleção); segundo, praticando-as com maior frequência (otimização); e terceiro, diminuindo a velocidade de tocar antes dos movimentos rápidos, produzindo assim um contraste que aumenta a impressão de velocidade nos movimentos rápidos (compensação)”.

cional, conceptualizada aqui como a competência que os sujeitos apresentam na realização de forma independente de determinadas atividades de vida diária, deva ser avaliada através de instrumentos que descrevem de forma ordenada o desempenho das tarefas, que são típicas do quotidiano de um indivíduo, e que pressupõem uma variedade de capacidades e habilidades. Importa, contudo, referir que os instrumentos que avaliam o grau de dependência, além de não diferenciarem a capacidade da habilidade, concentram-se exclusivamente na capacidade.

Avaliação das AVD

A promoção do envelhecimento ativo pressupõe o conhecimento prévio do perfil funcional das pessoas idosas, contudo este desiderato só é possível se existirem instrumentos de avaliação fidedignos e válidos.

A literatura reporta que a avaliação da capacidade funcional na população geriátrica, além de permitir estabelecer um perfil funcional, deteta precocemente os défices funcionais, assim como avalia o grau de dependência, possibilitando o delineamento de intervenções específicas (Camara, Gerez, Miranda, & Velardi, 2008; Rogers, Rogers, Takeshima, & Islam, 2003), que permitem prevenir ou atrasar o declínio funcional (Cech & Martin, 1995).

Nas últimas décadas, foram vários os instrumentos de medição que surgiram para avaliar a capacidade funcional, refletindo tanto a complexidade das tarefas da vida diária, como os seus impactos na avaliação da (in)dependência da população idosa (Rogers et al., 2003).

De seguida são apresentados os principais instrumentos de avaliação que foram validados para a população portuguesa. A síntese destes instrumentos é apresentada no Quadro 1.

Índice de Barthel (IB, *The Barthel Index*; Mahoney & Barthel, 1965). O IB começou a ser usado em 1955 com a descrição de

Maryland Disability Index (Wylie & White, 1964) e foi publicado pela primeira vez em 1965 por Mahoney e Barthel. O IB foi desenvolvido para avaliar a alteração do estado funcional em indivíduos com distúrbios neurológicos ou músculo-esqueléticos que foram submetidos a reabilitação, embora também seja utilizado como ferramenta de avaliação de trajetórias funcionais de pacientes idosos hospitalizados (Mahoney & Barthel, 1965; Sleiman et al., 2009). O IB avalia o nível de independência dos indivíduos em dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), fornecendo uma medida de capacidade (Cohen & Marino, 2000; Mahoney & Barthel, 1965). Das dez ABVD, oito podem ser descritas como atividades de autocuidado [alimentação, transferência da cadeira para a cama e vice-versa, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e controlo de esfíncteres (bexiga e intestino)] e duas como atividades relacionadas com a mobilidade (andar ou impulsionar uma cadeira de rodas e subir/descer escadas) (Cohen & Marino, 2000; Mahoney & Barthel, 1965). Na versão original, os itens recebem ponderações arbitrárias e as pontuações dos itens são somadas numa escala de 0 (total dependência) a 100 (independência total). No entanto, ter uma pontuação de 100 (totalmente independente), realizando com sucesso as dez ABVD, não significa que o indivíduo possa viver sozinho e que realize outras atividades sem a promoção a recursos externos. O IB não se baseia numa dimensão teórica subjacente, os itens devem ser analisados individualmente a fim de verificar quais são as dificuldades atuais presentes, por forma a adequar às necessidades do indivíduo (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Cohen & Marino, 2000; Mahoney & Barthel, 1965). O instrumento, na sua versão original, está disponível em <http://seniorfriendlyhospitals.ca/files/Barthel%20Index%20Tool.pdf>, podendo ser utilizado para fins não comerciais.

Vários investigadores modificaram o IB, alterando o número de itens ou os procedimentos de pontuação (e.g., Azeredo & Matos, 2003; Wade & Collin, 1988; Yarkony et al., 1987). A validação portuguesa

de Araújo e colaboradores (2007) foi administrada numa amostra de pessoas idosas não institucionalizadas. Foram construídas outras versões com base no original, como a já referida validação portuguesa de Araújo et al. (2007) que optou por usar os pontos de corte propostos por Martins (2004, estudo com um grupo de doentes com AVC e citado por Araújo et al., 2007), por existirem em ambas as amostras algumas características semelhantes. O nível de dependência é, então, dividido em quatro: Dependência total (0-8), Dependência grave (9-12), Dependência moderada (13-19) e Independência total (20) (Araújo et al., 2007). Araújo e colaboradores (2007) referem que quanto mais idoso o indivíduo, maior é a probabilidade de este apresentar níveis crescentes de incapacidade relativas às ABVD. O uso do IB mostra-se vantajoso pela sua simplicidade, baixo custo e rápido manuseamento na aplicação clínica, acautelando sempre a importância da análise dos itens em relação à pontuação global (Araújo et al., 2007; Mahoney & Barthel, 1965). Segundo Araújo e colaboradores (2007), indivíduos com a mesma pontuação vão necessitar de cuidados distintos consoante as atividades onde demonstraram maior dificuldade. Para além das vantagens já referidas, o IB também demonstra ser um índice válido pela sua elevada consistência interna (α Cronbach = 0,96) (Araújo et al., 2007).

Índice de Lawton e Brody (ILB, *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale*; Lawton & Brody, 1969). O ILB foi desenvolvido por Lawton e Brody em 1969 e permite avaliar a autonomia na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) através da execução de oito atividades específicas: utilização do telefone, ida às compras, preparação da comida, tarefas domésticas, lavar a roupa, utilização de transportes, gestão da medicação e gestão financeira (Lawton & Brody, 1969; Sequeira, 2007). Os itens formam uma escala de oito pontos para as mulheres e de cinco pontos para os homens (com exclusão dos itens, preparação da alimentação, tarefas domésticas e lavagem da roupa) (Lawton &

Brody, 1969). Com isto pretende avaliar-se o nível de independência, atribuindo-se uma pontuação segundo as capacidades atribuídas aos sexos. A pontuação total para o sexo feminino varia entre 0 (baixa funcionalidade, dependência) e 8 (alta funcionalidade, independência), e de 0 a 5 para o sexo masculino (Lawton & Brody, 1969).

A validação portuguesa foi administrada numa amostra de pessoas idosas não institucionalizadas (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto, & Martins, 2008). Araújo e colaboradores (2008) analisaram as qualidades psicométricas da escala, optando por uma pontuação distinta da original (dicotómica: 0 correspondendo à dependência e 1 à independência), consistindo numa cotação policotómica (0, 1, 2, 3, 4), com os baixos valores a corresponder a uma pior funcionalidade. A versão adotada por Araújo e colaboradores (2008) demonstrou ser uma boa alternativa em relação à versão original, permitindo discriminar melhor os sujeitos no que concerne à capacidade de realização das AIVD e revelando uma elevada consistência interna (α de Cronbach = 0,94). O IBL demonstra ser útil para o rastreio antecipado da incapacidade, sendo de baixo custo, fácil aplicação e interpretação (Araújo et al., 2008; Sequeira, 2007). Apesar dos muitos benefícios do IBL, alguns autores referem que algumas atividades (e.g., lavagem da roupa, preparação da alimentação) são sugestionadas pela cultura e pelo papel de género, como acontece nas sociedades ocidentais, onde são tarefas tradicionalmente executadas apenas por mulheres (Botelho, 2005).

Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS, Older Americans Resources and Services; Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, 1978 citado por George & Fillenbaum, 1985). O OARS começou a ser desenvolvido em 1972 pelo *Center for the Study of Aging and Human Development* da Duke University (EUA) para providenciar uma avaliação do funcionamento individual em pessoas idosas (Fillenbaum, 2013). O OARS é considerado, por alguns, como um dos mais im-

portantes instrumentos na avaliação de pessoas idosas (George & Fillenbaum, 1985). O OARS inclui três elementos: a avaliação da capacidade funcional, a avaliação do uso e da necessidade de serviços, e a avaliação de alternativas de serviços e a sua implementação em função da capacidade funcional (Fillenbaum & Smyer, 1981; Rodrigues, 2008).

O OARS divide-se em duas partes. A parte A (*Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*, OARS-MFAQ) permite avaliar a capacidade funcional multidimensional, classificando os sujeitos numa escala segundo as suas incapacidades em cada uma de cinco áreas, incluindo recursos sociais (quantidade e adequação das interações sociais, bem como disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade), económicos (adequação de rendimentos e outros recursos), saúde mental (extensão do bem-estar mental e a presença de organicidade), saúde física (presença de perturbações físicas e participação em atividades físicas) e AVD (capacidade em realizar tarefas instrumentais e físicas) (Fillenbaum & Smyer, 1981; George & Fillenbaum, 1985; Rodrigues, 2008). No início da aplicação do OARS é implementado o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) que avalia o défice cognitivo do sujeito, permitindo determinar se está apto ou não para responder (em caso negativo, será um informante qualificado a responder às questões). A parte B (*Services Assessment Questionnaire*) avalia a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões sobre o impacto de recursos e serviços (Fillenbaum & Smyer, 1981; George & Fillenbaum, 1985; Rodrigues, 2008).

O OARS é constituído por 101 perguntas (duas delas, pergunta 71 com 19 alíneas e pergunta 72, são referentes à parte B), onde 70 são dirigidas à pessoa idosa (questões 1 a 70), dez são sobre a pessoa idosa, mas são respondidas por um informante (questões 73 a 82) e 14 são sobre a pessoa idosa, mas sendo respondidas pelo entrevistador (questões 83 a 96). Contém ainda cinco escalas de avaliação

funcional, uma por área com pontuações de incapacidade funcional de 1 a 6 (questões 97 a 101) e, por fim, um somatório das pontuações de incapacidade global, estipulada pelas pontuações de incapacidade em cada uma das áreas (questão 102). As duas partes podem ser utilizadas em conjunto ou em separado, no entanto, para as relacionar é necessário que sejam administradas ao mesmo tempo (Fillenbaum & Smyer, 1981; George & Fillenbaum, 1985; Rodrigues, 2008).

No estudo português, a amostra foi constituída por pessoas idosas que frequentavam as respostas sociais «Centro de Dia» e «Estrutura Residencial» (Rodrigues, 2008). O questionário, na sua versão portuguesa, passou a ser denominado por Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI), mantendo-se todas as características e propriedades psicométricas da versão original (Rodrigues, 2008). O QAFMI pode ser requerido ao autor do artigo (Rodrigues, 2008) através dos seguintes e-mails: rogerio@esenfc.pt/rmcr@sapo.pt.

Índice do Estado Funcional (FSI, *Functional Status Index*; Jette, 1980; 1987). O FSI é um questionário composto por 18 itens que avalia o estado de saúde funcional, aplicável a jovens, adultos e idosos (Gomes, 2002). O FSI demora entre 20 a 30 minutos a ser preenchido e considera como janela de medida os “últimos 7 dias” para situar a recolha de informação. As pontuações por cada dimensão por grupo de atividades (mobilidade, atividades manuais, cuidados pessoais, trabalhos domésticos e atividades interpessoais) são apresentadas numa escala de orientação negativa de 1 a 4 ou a 5, conforme a amplitude da pontuação dos itens da dimensão em causa. O alfa de Cronbach da versão portuguesa variou entre 0,93 (dependência) e 0,95 (dificuldade). A reprodutibilidade (72 horas) apresentou um r entre 0,96 e 0,99 para as dimensões e entre 0,77 e 1,00 para os itens. A fiabilidade interobservador apresentou coeficientes de Kendall entre 0,83 e 1,00.

Questionário de Estado de Saúde Funcional (FSQ, *Functional Status Questionnaire*; Jette et al., 1986). O FSQ foi desenvolvido por

Jette e colaboradores (1986) para fornecer uma avaliação abrangente e viável da função física, psicológica, social e funcional em pacientes em ambulatório. O FSQ é um questionário breve, padronizado e autoadministrado, composto por 34 itens que avaliam o estado de saúde funcional, sendo aplicável a adultos e idosos (Gil, 1998). O FSQ demora cerca de 15 minutos a ser preenchido e reporta-se ao último mês para situar a recolha de informação. As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de orientação positiva de 0 (mínima capacidade funcional) a 100 (máxima capacidade funcional). A versão portuguesa apresentou um alfa de Cronbach entre 0,69 (função social) e 0,90 (função psicológica). A reprodutibilidade (48 horas) foi adequada ($r \geq 0,7$) assim como a validade discriminante (94% a 100%).

Questionário de Estado de Saúde (SF-36, Medical Outcomes Study 36 – Form Health Survey). O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. O SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e pode ser administrado a pessoas saudáveis ou com qualquer condição de saúde (adolescentes, adultos e idosos). O preenchimento pode ser efetuado pelo próprio, através de entrevista presencial ou telefónica. O questionário é multidimensional e é formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou domínios (capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental). As pontuações por dimensão são apresentadas numa escala de 0 (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). As oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física e saúde mental. O SF-36-v2 contempla ainda uma escala de transição em saúde que pretende medir a quantidade de mudança em geral na saúde, pontuada de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior). A versão portuguesa (Ferreira, 2000a, 2000b; Ferreira, Pereira, & Pereira, 2012) apresenta um alfa de Cronbach que varia entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física

e saúde geral). A reprodutibilidade do questionário (1 semana) apresenta um r entre 0,45 (dor) e 0,79 (desempenho físico) e coeficiente alfa da divisão em metade entre 0,45 (saúde mental e saúde geral) e 0,84 (dor). Estão disponíveis valores normativos para a população em geral, assim como, valores normativos por sexo, idade, estado marital, nível de instrução e tipo de ocupação (Ferreira, 2000a; 2000b.; Ferreira, Pereira, Pereira, 2012).

Elderly Assessment System (EASYcare, Sistema de Avaliação de Idosos; Philp, 1997). O EASYcare teve origem no âmbito de um projeto financiado pela União Europeia e patrocinado pela *World Health Organization* (WHO) denominado EPIC (*European Prototype for Integrated Care*) (Philp, 1997; World Health Organization Regional Office for Europe, 1998). A construção deste instrumento teve por base outros instrumentos, na medida em que integrou numa só escala, várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa. Durante a sua construção ficou estipulado que este deveria cobrir as várias necessidades das pessoas idosas, nomeadamente: (1) perceção da saúde e do bem-estar; (2) necessidades individuais, metas e satisfação com o cuidado; (3) confusão, comportamento e depressão; (4) visão, leitura, audição e mastigação; (5) atividades instrumentais e pessoais da vida diária; (6) habitação, finanças e cuidador. O EASYcare foi o primeiro sistema de avaliação multidimensional projetado para ser utilizado na prática diária de pessoas com 75 anos de idade ou mais. Os primeiros ensaios clínicos confirmaram a utilidade da avaliação médica e social combinada para um uso multiprofissional em ambientes domiciliários. Foi desenvolvido com o intuito de identificar e avaliar as necessidades das pessoas idosas ao nível social e de saúde (Philp, 1997).

Sousa, Figueiredo, Guerra, Marques, Silvestre e Pereira (2009), na última versão portuguesa atualizada, propuseram-se validar o EASYcare numa amostra de âmbito nacional. Na versão de 2009, passou a ser possível usar o EASYcare em pessoas idosas com 65

ou mais anos de idade. Este envolve duas componentes: a *EASYcare Standard* e a *EASYcare Supporting Instruments*. A primeira inclui dados sociodemográficos, aspetos sensoriais (visão, audição e comunicação), autocuidado (como a pessoa cuida de si), mobilidade, segurança, habitação e finanças, atividade física (como se mantém saudável), saúde mental e bem-estar. A segunda é acrescida de informação adicional sobre cuidadores informais e sobre medicação. Sobre o seu sistema de pontuação, na presença de pontuações mais elevadas estas significam uma maior incapacidade e, igualmente, uma menor qualidade de vida. A pontuação varia entre um mínimo de 4 e um máximo de 144 (Santos & Sousa, 2015).

Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008). O IAFAI é um questionário aplicável a adultos e idosos (podendo também ser aplicado a cuidadores/informadores significativos, em referência à funcionalidade da pessoa avaliada), para a avaliação funcional das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (Sousa, Vilar, & Simões, 2013). O IAFAI considera a referência temporal «último mês» para situar a recolha de informação numa escala (quantificável) de resposta dicotómica. Tendo por base a categorização de Marson e Herbert (2005), o IAFAI permite avaliar as ABVD, as Atividades Instrumentais de Vida Diária – *Familiares* (AIVD-F) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária – *Avançadas* (AIVD-A). Tendo, também, sido conceptualizado com base no modelo biopsicossocial de funcionalidade da World Health Organization (2001), o IAFAI permite estabelecer uma visão integrada e compreensiva da funcionalidade da pessoa no seu contexto de vida. Este instrumento foi especificamente desenvolvido para a população portuguesa e é, em Portugal, o instrumento com estudos mais sistematizados (Sousa et al., 2008, 2013; Sousa, Vilar, & Simões, 2015). A conjugação de uma pesquisa bibliográfica aprofundada e da metodologia de grupos focais permitiu estabelecer a validade de conteúdo do IAFAI, ao integrar um leque de domínios/itens represen-

tados em outros instrumentos congêneres de (in)capacidade funcional, internacionalmente reconhecidos, e ao introduzir novos itens (valorizados quer por adultos e idosos, quer por peritos/profissionais que trabalham com esta população). A versão final de 50 itens resultou de um conjunto de estudos quantitativos, visando o aperfeiçoamento do instrumento e o atestar da sua robustez psicométrica (aplicabilidade dos itens, consistência interna, intercorrelações/validade de constructo e validade discriminante). No geral, o IAFAI apresenta adequadas características psicométricas, tendo sido determinados os parâmetros normativos (Sousa, Prieto, Vilar, Firmino, & Simões, 2015). O IAFAI permite calcular vários indicadores: incapacidade funcional global; incapacidade funcional nas ABVD; incapacidade funcional nas AIVD-F; incapacidade funcional nas AIVD-A; incapacidade funcional de natureza física; incapacidade funcional de natureza cognitiva e incapacidade funcional de natureza emocional. Para garantir a standardização dos procedimentos de aplicação e cotação, foi elaborado um manual técnico (Sousa et al., 2013).

Escala de Avaliação de Incapacidade da OMS (WHODAS 2.0 – World Health Organization Disability Assessment Schedule; World Health Organization [WHO], 2010). O WHODAS 2.0 foi desenvolvido pela *World Health Organization* para avaliar a incapacidade percebida associada à condição de saúde, tendo como referencial temporal os 30 dias que antecedem a aplicação do instrumento. Permite a caracterização da percepção que o indivíduo tem da sua própria incapacidade. Avalia seis domínios: i) cognição (compreensão e comunicação); ii) mobilidade (movimentação e locomoção); iii) autocuidado (lidar com a própria higiene, vestir-se, comer e permanecer sozinho); iv) relações interpessoais (interações com outras pessoas); v) atividades de vida diária (responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola) e vi) participação (participação em atividades comunitárias e na sociedade) (WHO, 2010). O WHODAS está disponível em várias versões, a mais completa tem 36 questões e a mais

breve tem 12 questões). O WHODAS tem dois sistemas de pontuação, um simples e outro complexo. A pontuação simples baseia-se no somatório das pontuações atribuídas a cada um dos itens: 1 («nenhum»), 2 («leve»), 3 («moderado»), 4 («severo»), 5 («extremo»). Já a complexa remete a um método baseado na Teoria de Resposta ao Item, no qual a OMS disponibiliza no site o programa informático (WHO, 2010). A OMS disponibiliza também o acesso e o uso gratuito ao WHODAS através do preenchimento de um formulário de registo *online* no site do WHODAS 2.0, <http://www.who.int/whodas>.

O WHODAS foi validado para a população portuguesa numa amostra de pessoas maiores de 55 anos (Moreira, Alvarelhão, Silva, Costa, & Queirós, 2015), foi usado para a tradução e adaptação cultural e linguística de uma versão mais resumida de 12 itens. Os valores obtidos confirmam as boas propriedades psicométricas da escala. A versão de 36 itens também foi validada para a população portuguesa numa amostra de pacientes com patologia musculoesquelética (Silva et al., 2013).

QUADRO 1
Instrumentos de avaliação da funcionalidade

Instrumento	Versão original	Atividades ou componentes avaliadas	Validação/Adaptação	PT/BR
Elderly Assessment System (EASYcare)	Philp (1997)	Multidimensional ^a	Sousa et al. (2009)	PT
World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS)	World Health Organization (2001)	Multidimensional ^a	Moreira et al. (2015)	PT
Escala Motora Funcional – Egen Klassifikation (EK)	Steffensen, Hyde, Lyager, e Mattson (2001)	AVD globais	Martinez, Brunherotti, Assis e Sobreira (2006)	BR
Functional Status Index	Jette (1980)	Saúde Funcional	Gomes (2002)	PT
Functional Status Questionnaire (FSQ)	Jette et al. (1986)	Multidimensional ^a	Gil (1988)	PT
Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale	Lawton e Brody (1969)	AIVD	Araújo et al. (2008)	PT
Índice de Katz	Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963)	ABVD	Lino, Pereira, Camacho, Filho e Buksman (2008)	BR
Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)	Sousa et al. (2008)	ABVD e AIVD	Sousa, Vilar e Simões (2013)	PT
Instrumento de Avaliação Sócio Funcional em Idosos (IASFI)	Fonseca e Rizzotto (2008)	Multidimensional ^a	—	—
Medida de Independência Funcional (MIF)	Granger, Hamilton e Keith (1986)	AVD globais	Riberto et al. (2004)	BR
Older Americans Resources and Services (OARS)	Fillenbaum (1978)	Multidimensional ^a	Rodrigues (2008)	PT
Short Form Health Survey – 36 item (SF-36)	Ware e Sherbourne (1992)	Multidimensional ^a	Ferreira (2000)	PT
Barthel Index	Mahoney e Barthel (1965)	ABVD	Araújo et al. (2007)	PT
Pulses Profile (PULSES)	Moskowitz e McCann (1957)	AVD globais	—	—

Nota. AVD = Atividades da Vida Diária; ABVD = Atividades Básicas da Vida Diária; AIVD = Atividades Instrumentais da Vida Diária; BR = Brasil; PT = Portugal. Estes instrumentos avaliam diversas componentes (e.g., saúde física e mental, dor, função social), incluindo a capacidade funcional.

CONCLUSÃO

A agenda política do envelhecimento tem merecido especial atenção uma vez que a alocação de recursos a este segmento geracional é cada vez maior. Promover um envelhecimento saudável, independente e com qualidade de vida tem sido uma das propostas lançadas tanto pela Organização das Nações Unidas, como pela União Europeia para responder ao aumento da população idosa (Casanova-Sotolongo et al., 2004; Moraes et al., 2010).

Estas propostas não são alheias aos estudos que têm vindo a demonstrar que é nas idades avançadas que são reportadas maiores vulnerabilidades que interferem de forma significativa na realização funcional das atividades da vida diária (Casanova-Sotolongo et al., 2004; Lapuente & Navarro, 1998).

Embora os limites que separam o envelhecimento dito normal do patológico sejam de difícil demarcação, existe uma forte evidência de que uma das características que os distingue se relaciona com a capacidade funcional, isto é, a capacidade de realizar autonomamente as atividades básicas e as atividades instrumentais (Casanova-Sotolongo et al., 2004; Moraes et al., 2010). Note-se ainda que, segundo Fusco e colaboradores (2012), a qualidade de vida se relaciona com a função física em pessoas idosas e que as deficiências em algumas tarefas específicas de AIVD são especialmente percebidas pelas mulheres como prejudiciais à sua qualidade de vida.

Daí a necessidade de avaliar com rigor e numa perspetiva de género esta dimensão. A importância da avaliação funcional em pessoas idosas radica em um conjunto de aspetos, onde se incluem: o seu valor preditivo da institucionalização e morte; o constituir um parâmetro importante no diagnóstico (incluindo diagnóstico diferencial) de declínio cognitivo ligeiro e demência; o permitir identificar consequências em termos de funcionalidade, decorrentes, por exemplo, de défices cognitivos; e o permitir definir estratégias

preventivas, o tipo de cuidados a prestar e monitorização dos tratamentos/intervenções (cf. Sousa, Vilar et al., 2015). Por estes factos, a comunidade científica tem depositado particular atenção a este marcador, alertando para a importância de proceder a estudos longitudinais de avaliação e diagnóstico do perfil funcional das pessoas idosas e respetiva intervenção, de modo a que, independentemente das alterações demográficas, biológicas, psicossociais e cognitivas/executivas inerentes ao processo de envelhecimento, a pessoa idosa consiga manter-se o máximo de tempo autónoma, independente e com qualidade de vida.

Referências bibliográficas

- Ahlqvist, A., Nyfors, H., & Suhonen, R. (2016). Factors associated with older people's independent living from the viewpoint of health and functional capacity: A register-based study. *Nursing Open*, 3(2), 79-89. doi:10.1002/nop2.39
- Ahmed, T., Vafaei, A., Auais, M., Guralnik, J., & Zunzunegui, M. V. (2016). Gender roles and physical function in older adults: Cross-sectional analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS ONE*, 11(6), e0156828. doi:10.1371/journal.pone.0156828
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199-204.
- Bartrés-Faz, D., Clemente, I. C., & Junqué, C. (2001). Cambios en la sustancia blanca y rendimiento cognitivo en el envejecimiento. *Revista de Neurologia*, 33(4), 347-353.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1.ª ed., pp. 111-135). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bottari, C. L., Dassa, C., Rainville, C. M., & Dutil, E. (2010). The IADL profile: Development, content validity, intra- and interrater agreement. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(2), 90-100. doi:10.2182/cjot.2010.77.2.5

- Brady, A., & Straight, C. (2014). Muscle capacity and physical function in older women: What are the impacts of resistance training? *Journal of Sport and Health Science*, 3(3), 179-188. doi:10.1016/j.jshs.2014.04.002
- Branco, M. J., Nogueira, P. J., & Dias, C. M. (2001). *MOCECOS: Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI* [relatório]. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Cahn-Weiner, D. A., Malloy, P. F., Boyle, P. A., Marran, M., & Salloway, S. (2000). Prediction of functional status from neuropsychological tests in community-dwelling elderly individuals. *Clinical Neuropsychologist*, 14(2), 187-195. doi:10.1076/1385-4046(200005)14:2;1-Z;FT187
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. J., & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: Formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*, 15(4), 249-256.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., & Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38(5), 469-472.
- Cech, D., & Martin, S. T. (1995). *Functional movement development across the life span* (1.^a ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- César, C. C., Mambrini, J. V. de M., Ferreira, F. R., & Lima-Costa, M. F. (2015). La capacidad funcional de los ancianos: Análisis de las preguntas sobre actividades de la vida diaria, utilizando la Teoría de Respuesta al Ítem. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(5), 931-945. doi:10.1590/0102-311X00093214
- Cohen, M. E., & Marino, R. J. (2000). The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(supl. 2), S21-S29. doi:10.1053/apmr.2000.20620
- Coppin, A. K., Shumway-Cook, A., Saczynski, J. S., Patel, K. V., Ble, A., Ferrucci, L., & Guralnik, J. M. (2006). Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: Analyses from the InChianti study. *Age and Ageing*, 35(6), 619-624. doi:10.1093/ageing/af1107
- Cruz, K. C. T., & Diogo, M. J. D. (2009). Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(5), 666-672. doi:10.1590/S0103-21002009000500011
- Daniel, F. (2011). Sete mulheres para cada homem: Uma análise de relações de masculinidade. *População e Sociedade*, 18, 157-167.
- Dias, E. G., Duarte, Y. A. O., Almeida, M. H. M., & Lebrão, M. L. (2011). Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): Um estudo de revisão. *Revista Terapia Ocupacional*, 22(1), 45-51. doi:10.11606/issn.2238-6149.v22i1p45-51
- Diogo, M. J. D. (1997). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(1), 59-64. doi:10.1590/S0104-11691997000100007
- Duque-Parra, J. E. (2004). Perspective on the vestibular cortex throughout history. *Anatomical Record Advances in Integrative Anatomy and Evolutionary Biology*, 280B(1), 15-19. doi:10.1002/ar.b.20031
- Edjolo, A., Proust-Lima, C., Delva, F., Dartigues, J-F., & Pérès, K. (2016). Natural history of dependency in the elderly: A 24-year population-based study using a

- longitudinal item response theory model. *American Journal of Epidemiology*, 183(4), 277-285. doi:10.1093/aje/kwv223
- Espírito-Santo, H., Garcia, I. Q., Monteiro, B., Carolino, N., & Daniel, F. (2016). Avaliação breve do déficit executivo em pessoas idosas com Acidente Vascular Cerebral: Validação da Bateria de Avaliação Frontal. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 2(2), 25-40. doi:10.7342/ismt.rpics.2016.2.2.39
- Eyigör, S., & Kutsal, Y. G. (2012). Polypharmacy in the elderly: To prescribe, or not prescribe “that is the question”. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(4), 445-454.
- Felippe, L. A., Oliveira, R. T., Garcia, M., Silva-Hamu, T. C. D., Santos, S. M. S., & Christofoletti, G. (2014). Funções executivas, atividades da vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 39-47. doi:10.1590/0047-2085000000006
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L., & Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona, Spain: Martinez Roca.
- Ferreira, M. C., Tozatti, J., Fachin, S. M., Oliveira, P. P., Santos, R. F., & Silva, M. E. R. (2014). Redução da mobilidade funcional e da capacidade cognitiva no diabetes melito tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 58(9), 946-952. doi:10.1590/0004-2730000003097
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66. Acedido a 24 de julho de 2018, em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760/1337>
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119-127. Acedido a 24 de julho de 2018, em <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1770/1347>
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.007
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). EASYcare: Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Revista de Geriatria*, 130(14), 41-47.
- Fillenbaum, G. G. (2013). *Multidimensional functional assessment of older adults: The duke older americans resources and services procedures*. Hillsdale, NJ: Psychology Press.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36(4), 428-434. doi:10.1093/geronj/36.4.428
- Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2010). Structural brain changes in aging: Courses, causes and cognitive consequences. *Reviews in the Neurosciences*, 21(3), 187-221. doi:10.1515/REVNEURO.2010.21.3.187
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Fusco, O., Ferrini, A., Santoro, M., Monaco, M. R. L., Gambassi, G., & Cesari, M. (2012). Physical function and perceived quality of life in older persons. *Aging Clinical and Experimental Research*, 24(1), 68-73. doi:10.1007/BF03325356
- George, L. K., & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS Methodology: A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(9), 607-615. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb06317.x
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., & Challis, D. (2014). Activities of daily living and quality of life across different stages of dementia: a UK study. *Aging & Mental Health*, 19(1), 63-71. doi:10.1080/13607863.2014.915920
- Gil, J. A. (1998). *Qualidade de vida/estado funcional em doentes com problemas lombares - adaptação e validação cultural do Functional Status Questionnaire*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Gordo, S. M. O. (2015). *Estudio del funcionamiento ejecutivo y de las actividades de la vida diaria en ancianos en función del ámbito de residencia habitual*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia – Universidade de Salamanca, Espanha. Acedido a 13 de setembro de 2015, em <http://hdl.handle.net/10366/128478>
- Gregorio, P. G. (Ed.). (2010). *Tratado de neuropsicogeriatría (3.ª ed.)*. Madrid, Spain: Ergón.
- Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos (1.ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 61-66. doi:10.1016/j.archger.2011.03.011
- Han, A. (2010). *Executive function as a predictor of instrumental activities of daily living (IADLs) in community-dwelling older adults*. Dissertação de Mestrado, KU School of Health Professions – University of Kansas Medical Center, Topeka. Acedido a 13 de setembro de 2016, em <https://kuscholarworks.ku.edu/handle/1808/7931>
- Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010, abril). *Informal carers: Who takes care of them? Policy Brief April 2010*. Viena, Austria: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Horgas, A. L., Wahl, H. W., & Baltes, M. M. (1996). Dependency in late life. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 54-75). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Hughes, T. F., Chang, C.-C. H., Bilt, J. V., Snitz, B. E., & Ganguli, M. (2012). Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(10), 836-844. doi:10.1097/JGP.0b013e3182423961
- Hutchings, B. L., & Chaplin, E. (2017). The relationship of person-environment fit to perceptions of autonomy, competency and satisfaction among older adults with developmental disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14, 214-223. doi:10.1111/jppi.12175
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco (1.ª ed.)*. Madrid, Spain: Autor.

- Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011 — Resultados provisórios*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE. Acedido a 24 de julho de 2018, em www.ine.pt
- Jefferson, A. L., Paul, R. H., Ozonoff, A., & Cohen, R. A. (2006). Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Archives of Clinical Neuropsychology*, *21*(4), 311-320. doi:10.1016/j.acn.2006.03.007
- Jette, A. M. (1980). The Functional Status Index: Reliability of a chronic disease evaluation instrument. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *61*(9), 395-401.
- Jette, A. M. (1987). The Functional Status Index: Reliability and validity of a self-report functional disability measure. *Journal of Rheumatology*, *14*(Supl. 15), 15-21.
- Jette, A. M., Davies, A. R., Cleary, P. D., Calkins, D. R., Rubenstein, L. V., Fink, A., ... Delbanco, T. L. (1986). The Functional Status Questionnaire: Reliability and validity when used in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, *1*(3), 143-149.
- Johnson, J. K., Lui, L.-Y., & Yaffe, K. (2007). Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *62A*(10), 1134-1141. doi:10.1093/gerona/62.10.1134
- Katz, S., & Akpom, C. A. (1976). A measure of primary sociobiological functions. *International Journal of Health Services : Planning, administration, evaluation*, *6*(3), 493-508. doi:10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K
- Kimura, K., Yasunaga, A., & Wang, L.-Q. (2013). Correlation between moderate daily physical activity and neurocognitive variability in healthy elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *56*(1), 109-117. doi:10.1016/j.archger.2012.10.004
- La Caixa. (2010). *Vive el envejecimiento activo. Memoria y otros retos cotidianos*. Barcelona, Spain: Obra Social Fundación "la Caixa".
- Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2010). Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLOS ONE*, *5*(10), e13297. doi:10.1371/journal.pone.0013297
- Lapuate, F. R., & Navarro, J. P. S. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, *14*(1), 27-43.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, *9*(3 Pt. 1), 179-186. doi:10.1093/geront/9.3_part_1.179
- Lisboa, C. R., & Chianca, T. C. M. (2012). Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *65*(3), 482-488. doi:10.1590/S0034-71672012000300013

- Lopes, M. V. O., Araújo, M. F. M., & Moraes, G. L. A. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 201-206. doi:10.1590/S0103-21002006000200012
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(2), 178-189. doi:10.1590/S1415-790X2007000200006
- Maciel, D., Marques, C., & Torres, A. (2008, junho). *Trabalho, família e gênero*. Comunicação apresentada no VI Congresso Português de Sociologia — Mundos sociais: Saberes e Práticas, Lisboa. Abstract disponível em <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/742.pdf>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61 [Resumo feito pelos autores no Rehabilitation Notes da Rehabilitation Section da Baltimore City Medical Society; acessado em http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf]
- Mansbach, W. E., MacDougall, E. E., & Rosenzweig, A. S. (2012). The Brief Cognitive Assessment Tool (BCAT): A new test emphasizing contextual memory, executive functions, attentional capacity, and the prediction of instrumental activities of daily living. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(2), 183-194. doi:10.1080/13803395.2011.630649
- Marín, D. C., & Casanovas, G. L. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro* [Colección Estudios Sociales, 6]. Barcelona, Spain: CEGE Creaciones Gráficas.
- Marshall, G. A., Fairbanks, L. A., Tekin, S., Vinters, H. V., & Cummings, J. L. (2006). Neuropathologic correlates of activities of daily living in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 20(1), 56-59. doi:10.1097/01.wad.0000201852.60330.16
- Marson, D., & Hebert, K. R. (2005). Functional assessment. In D. K. Attix & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention* (1.^a ed., pp. 158-197). New York, NY: Guilford Press.
- Ministério da Saúde/Alto Comissariado da Saúde. (2008). *Envelhecimento e Saúde em Portugal. Boletim informativo n.º 2, setembro, 2008*. Lisboa: Gabinete de Informação e Prospectiva. Acessado a 12 de julho de 2016, em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/ACS%20Envelhecimento%20e%20saude%20em%20Portugal.pdf>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (1999). Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho. *Diário da República n.º 162/99, I Série*. Lisboa.
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506-516. doi:10.1093/arclin/acw049
- Mograbí, D. C., Faria, C. A., Fichman, H. C., Paradela, E. M. P., & Lourenço, R. A. (2014). Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(1), 71-76. doi:10.4103/0972-2327.128558

- Montejo, P., Montenegro, M., Fernández, M. A., & Maestú, F. (2012). Memory complaints in the elderly: Quality of life and daily living activities. A population based study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 298-304. doi:10.1016/j.archger.2011.05.021
- Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. P. P. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Moreira, A., Alvarelhão, J., Silva, A. G., Costa, R., & Queirós, A. (2015). Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 – 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 179-182. doi:10.1016/j.rpsp.2015.06.003
- Nadkarni, N. K., Levy-Cooperman, N., & Black, S. E. (2012). Functional correlates of instrumental activities of daily living in mild Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 33(1), 53-60. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2010.02.001
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L., Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, A. C. G., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., de Souza Torres, S. V., ... Guariento, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 472-483. doi:10.1017/S1041610211001700
- Nogueira, J. M. (2009). A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. In J. Gonçalves (Coord.), *Carta social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Gabinete de Estratégia e Planeamento. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/publicacoes.php#>
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A. S., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: Gabinete Editorial de Relações Públicas e Imagem da Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Oliveira, P. H., & Mattos, I. E. (2012). Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(3), 395-406. doi:10.5123/S1679-49742012000300005
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde* (Relatório n.º WHO/FWC/ALC/15.01). Genebra: Organização Mundial de Saúde. Acedido a 27 de julho de 2018, em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Paschoal, S. M. P. (2002). Autonomia e independência. In M. P. Netto, *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (2.ª ed., pp. 313-323). São Paulo, Brasil: Athneu.
- Peter, W. F., Guillemin, F., & Terwee, C. B. (2017). 10 Alternative approaches to questionnaires in measuring health concepts: The example of measuring how patient actually performs activities in daily life. In F. Guillemin, A. Leplege, S. Briancon, E. Spitz, & J. Coste (Eds.), *Perceived health and adaptation in chronic disease*. Oxford: Routledge.
- Philp, I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(Supl. 32), 11-13.

- Piassaroli, C. A. P., Almeida, G. C., Luvizotto, J. C., & Suzan, A. B. B. M. (2012). Modelos de reabilitação fisioterápica em pacientes adultos com sequelas de AVC isquêmico. *Revista Neurociências*, 20(1), 128-137.
- Pordata. (2015). *Retrato de Portugal na Europa* (1.ª ed.). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Reuben, D. B., & Solomon, D. H. (1989). Assessment in geriatrics. Of caveats and names. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(6), 570-572.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109-115. doi:10.1590/S1020-49892008000200006
- Rogers, M. E., Rogers, N. L., Takeshima, N., & Islam, M. M. (2003). Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. *Preventive Medicine*, 36(3), 255-264. doi:10.1016/s0091-7435(02)00028-2
- Ruan, Q., Yu, Z., Chen, M., Bao, Z., Li, J., & He, W. (2015). Cognitive frailty, a novel target for the prevention of elderly dependency. *Ageing Research Reviews*, 20, 1-10. doi:10.1016/j.arr.2014.12.004
- Salanova, M. P., & Lezaun, J. J. Y. (1998). Dependencia, personas mayores y familias: De los enunciados a las intervenciones. *Anales de Psicología*, 14(1), 95-104.
- Santos, G., & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 2-11. doi:10.1016/j.rpsp.2014.06.004
- Sastre, J., Pamplona, R., & Ramón, J. R. (2009). *Biogerontología médica* (1.ª ed.). Madrid, Spain: Ergón.
- Schmitter-Edgecombe, M., McAlister, C., & Weakley, A. (2012). Naturalistic assessment of everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment: The day-out task. *Neuropsychology*, 26(5), 631-641. doi:10.1037/a0029352
- Seitsamo, J., Tuomi, K., & Martikainen, R. (2007). Activity, functional capacity and well-being in ageing finnish workers. *Occupational Medicine*, 57(2), 85-91. doi:10.1093/occmed/kql105
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções* (1.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1.ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Silva, C., Coleta, I., Silva, A. G., Amaro, A., Alvarelhão, J., Queirós, A., & Rocha, N. (2013). Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. *Revista de Saúde Pública*, 47(4), 752-758. doi:10.1590/S0034-8910.2013047004374
- Silva, M. J., Lopes, M. V. O., Araújo, M. F. M., & Moraes, G. L. A. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza-Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 201-206. doi:10.1590/S0103-21002006000200012
- Sleiman, I., Rozzini, R., Barbisoni, P., Morandi, A., Ricci, A., Giordano, A., & Trabucchi, M. (2009). Functional trajectories during hospitalization: A prognostic sign for elderly patients. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(6), 659-663. doi:10.1093/gerona/glp015

- Sousa, L. B., Prieto, G., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2015). Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAD): A Rasch model analysis. *Research Aging*, 37(8), 787-814. doi:10.1177/0164027514564469
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2008). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI), versão experimental: Manual de administração e cotação*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de avaliação funcional de adultos e idosos (IAFAI): Manual Técnico*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). Inventário de avaliação funcional de adultos e idosos (IAFAD). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Eds.), *Escala e testes na demência* (3.^a ed., pp. 152-157). Lisboa: Novartis.
- Sousa, L., Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., Silvestre, J., & Pereira, G. (2009). *Caracterizar a qualidade de vida e as necessidades das pessoas idosas* [Documento policopiado, não publicado]. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). EASYcare: Um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de Estatística*, 26, 10-25.
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Springate, B. A., Tremont, G., & Ott, B. R. (2012). Predicting functional impairments in cognitively impaired older adults using the Minnesota Cognitive Acuity Screen. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 25(4), 195-200. doi:10.1177/0891988712464820
- van Hooren, S. A., van Boxtel, M. P., Valentijn, S. A., Bosma, H., Ponds, R. W., & Jolles, J. (2005). Influence of cognitive functioning on functional status in an older population: 3- and 6-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 883-888. doi:10.1002/gps.1373
- Velloso, M., & Jardim, J. R. (2006). Funcionalidade do paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e técnicas de conservação de energia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 32(6), 580-586. doi:10.1590/S1806-37132006000600017
- Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10(2), 64-67. doi:10.3109/09638288809164105
- Walker, A. (2008). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), pp. 75-93.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi:10.2307/3765916
- World Health Organization. (2001) *The international classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* [Booklet]. Geneva: Autor. Acedido a 17 de setembro de 2016, em http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/index.html

- World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (2014). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Acedido a 24 de setembro de 2016, em <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Global priority research agenda for improving access to high-quality affordable assistive technology*. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k
- World Health Organization Regional Office for Europe. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/the deprecare project: Report on a WHO meeting*. Copenhagen, Denmark: Autor.
- Wylie, C. M., & White, B. K. (1964). A measure of disability. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 8(6), 834-839. doi:10.1080/00039896.1964.10663764
- Yarkony, G. M., Roth, E. J., Heinemann, A. W., Wu, Y., Katz, R. T., & Lovell, L. (1987). Benefits of rehabilitation for traumatic spinal cord injury: Multivariate analysis in 711 patients. *Archives of Neurology*, 44(1), 93-96. doi:10.1001/archneur.1987.00520130071020
- Yochim, B. P., Lequerica, A., MacNeill, S. E., & Lichtenberg, P. A. (2008). Cognitive initiation and depression as predictors of future instrumental activities of daily living among older medical rehabilitation patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(2), 236-244. doi:10.1080/13803390701370006
- Zidan, M., Arcoverde, C., de Araújo, N. B., Vasques, P., Rios, A., Laks, J., & Deslandes, A. (2012). Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(5), 161-165. doi:10.1590/S0101-60832012000500003