UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Faculdade de Medicina

Ana Lúcia Barreto Sá Simões

Contributos para a validação da escala de Perfomance Assessment of Self-Care Skills

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos.

Orientada por Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e Professora Doutora Marília Dourado

Coimbra, 2016

Agradecimentos

À Professora Doutora Marília Dourado pelo constante empenho e suporte dedicados na elaboração deste projeto.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira pelo incansável aconselhamento, e pela dedicação e confiança prestadas na orientação da presente dissertação.

A todos os que colaboraram nas diversas etapas de validação da PASS nomeadamente: Ana Margarida Jesus, Andreia Almeida, Diana Machado, Paula Reis e Sofia Teixeira o meu muito obrigado.

Às pessoas que participaram neste estudo pela sua vontade, paciência e partilha.

Aos meus pais e ao Paulo Estanqueiro pelo incentivo e por sempre acreditarem na concretização desta etapa.

Às colegas e amigas nesta jornada de aprendizagem Cláudia Carvalho, Fernanda Lopes e Paula Rita Matos pelos bons momentos.

Resumo

Em virtude da crescente necessidade de medir resultados em saúde e, de assegurar a uma população mais envelhecida uma velhice digna e com menor incapacidade, torna-se essencial validar para a população portuguesa, instrumentos capazes de avaliar a funcionalidade em atividades da vida diária (básicas ou instrumentais).

Este estudo, teve como objetivo validar a escala Performance Assessment of Self-Care Skills, que avalia a capacidade da pessoa para ser autónoma nas suas AVDB e AVDI. Neste sentido, procedeu-se à sua validação cultural tendo sido aplicada a um total de 98 pessoas através de um processo de amostragem por conveniência.

Os dados recolhidos, foram submetidos a análise tendo-se avaliado os resultados nos três parâmetros de avaliação (autonomia, segurança e adequação) em separado, bem como no seu global em termos de tarefa.

Concluiu-se que a autonomia foi o critério com melhores pontuações, embora algumas tarefas tenham apresentado melhores resultados na segurança. A adequação foi o parâmetro mais penalizado na vasta maioria das tarefas. Em traços gerais a tarefa 'pagar contas com multibanco' foi a mais bem classificada, enquanto a tarefa 'cortar as unhas dos pés' manifestou os piores resultados. Ao nível do género os homens evidenciaram maiores índices de autonomia ao 'trocar as pilhas de um comando de TV' e maior segurança na tarefa 'arrumar após a preparação de refeição'. No que concerne à idade, na maioria das situações, as pessoas mais jovens (< 60 anos) obtiveram um melhor desempenho quando comparativamente a pessoas mais velhas, sobretudo após os 80 anos.

Em suma este estudo demonstrou que a versão portuguesa da PASS é uma escala válida para a população portuguesa.

Palavras chave: Funcionalidade, AVD, AVDI, PASS, Medição em Saúde

Abstract

Due to the increasing need to measure health outcomes and to ensure a more dignified old age and with less disability, it is essential to validate, for the Portuguese population, instruments capable of evaluate functionality in activities of daily living (basic or instrumental).

This study aimed to validate the Performance Assessment of Self-Care Skills scale, which assesses the person's ability to be independent in their ADL and IADL. In this sense, we proceed to cultural validation and applied it to a total of 98 people using a convenience sampling.

The collected data were subjected to an analysis and the results were evaluated based on the three evaluation parameters (independence, safety and adequacy) separately, as well as their overall involvement in the task.

It was found that independence is the criteria with best score, although some task revealed best results in safety. Adequacy was the most penalized parameter in the vast majority of tasks. In general terms, the task 'paying accounts with ATM' was the highest ranked, while the task ‘trimming toenails' demonstrated the worst results. In terms of gender men showed higher rates of independence in the task 'changing the battery of a TV remote' and greater security in the task 'cleanup up after meal preparation'.

When analyzing age, in most situations, younger people (minus than 60 years old) had best performance when compared to older people, especially after the age of 80.

In sum, this study demonstrated that the Portuguese version of the PASS is a valid scale for the Portuguese population.

Key words: Functionality, ALD, IADL, PASS, Health Measurement

Índice

Parte I – Parte Empírica

Enquadramento Teórico.....1

Capítulo 1 – Introdução.....1

Capítulo 2 – Envelhecimento.....3

2.1 – Conceitos do envelhecimento 3

2.2 – Indicadores de envelhecimento.....11

2.3 – Papel da Terapia Ocupacional no acompanhamento de idosos 20

Capítulo 3 – Medição em idosos.....25

3.1 – Introdução 25

3.2 – Principais instrumentos de medição de Atividades Diárias.....27

Parte II - Estudo Empírico

Capítulo 4 – Métodos.....41

Capítulo 5 – Resultados 61

Capítulo 6 – Discussão 105

Capítulo 7 – Conclusão.....155

Bibliografia 159

Anexos 173

Apêndices.....177

PARTE I – PARTE EMPÍRICA

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 - Introdução

O presente trabalho é elaborado no âmbito da dissertação do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, sendo que nele se propõe validar, para a população portuguesa, a escala Perfomance Assessment of Self-Care Skills (PASS).

Esta escala pressupõe a avaliação da funcionalidade da pessoa em diversas atividades da sua rotina diária, possibilitando ao avaliador percecionar qual a capacidade da pessoa para viver de forma autónoma na sua comunidade mais próxima.

Por conseguinte, neste estudo foram abordadas questões sobre a incapacidade numa faixa etária mais idosa, uma vez que apesar dos problemas na funcionalidade em AVD não serem exclusivos dos mais velhos, é esta etapa que surgem com maior frequência. De igual modo verifica-se que é nesta faixa etária que fatores como a funcionalidade e autonomia se revelam como cruciais na obtenção de uma melhor qualidade de vida e contribuem para um envelhecimento mais ativo. Aliado a este fator existe uma tendência cada vez mais visível para o envelhecimento das populações existindo cada vez mais idosos com maior idade. Deste modo, embora esta escala não seja exclusiva para pessoas idosas, neste projeto irá ser debatida a aplicação da PASS numa vertente mais voltada para a terceira idade.

Por conseguinte, inicialmente será realizada uma abordagem em maior detalhe ao envelhecimento, abordando o processo de envelhecer na sua vertente biológica, psicossocial e cognitiva. De igual forma neste primeiro capítulo serão explicados conceitos inerentes a esta temática e intrinsecamente interligados ao envelhecer como sejam: envelhecimento ativo, qualidade de vida, senescência em distinção com a senilidade, bem-estar, autonomia e dependência.

Neste capítulo serão também expostas algumas terminologias utilizadas para definir o idoso e quais os fatores que indiciam a entrada na terceira idade.

Posteriormente no segundo capítulo intitulado “Indicadores de envelhecimento” será abordada a situação atual do envelhecimento na Europa, especificando o caso de Portugal. Desta forma serão expostos fatores que constituem evidência de uma

sociedade cada vez mais envelhecida, contrapondo o aumento de idosos e a diminuição do número de jovens e crianças. Neste âmbito debater-se-á sobre o impacto deste envelhecimento na sociedade, ressalvando questões de âmbito laboral e da estrutura familiar. Neste último ponto realizar-se-á uma abordagem ao papel do idoso na família e da necessidade que por vezes surge de institucionalização dos idosos.

Finalmente será feita uma análise das condições de funcionalidade e autonomia dos idosos, salientando os desafios que a sociedade enfrenta para lhes garantir uma maior qualidade de vida.

Neste sentido, no terceiro capítulo destacar-se-á o contributo que a Terapia Ocupacional oferece em prol de um envelhecimento com maior autonomia, bem como qual a importância da atuação do terapeuta ocupacional junto dos idosos.

Embora a Terapia Ocupacional vise a autonomia nas atividades significativas da pessoa, neste trabalho serão apenas abordadas as atividades da vida diária básicas (AVDB) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI), dado serem indispensáveis para a autonomia na comunidade próxima. Deste modo torna-se crucial explicar em que consistem as AVDB e AVDI, diferenciando-as e exemplificando quais as atividades que constituem cada um dos grupos.

Uma vez que a prática clínica deve ser orientada para a medição de resultados em saúde, no capítulo "Medição em idosos" analisar-se-á diversas formas de obtenção de informação, nomeadamente quais os tipos de instrumentos utilizados na avaliação do estado de saúde do idoso. De seguida realizar-se-á um estudo detalhado de cada instrumento medição da funcionalidade de AVDB e de AVDI, comparando-os em termos das atividades que avaliam, número de itens que constituem o instrumento, população alvo, modo de aplicação, tempo de aplicação, facilidade de interpretação dos resultados, significado da pontuação final, presença ou ausência de subcategorias, facilidade de acesso à escala, presença ou ausência de uma versão portuguesa, utilidade da informação coletada, e critérios de qualidade como a fiabilidade e validade.

Finalmente destacar-se-á o modo de aplicação e cotação da PASS salientando as mais-valias que esta escala oferece na avaliação clínica de um profissional de saúde e posterior melhoria na prestação de cuidados de saúde.

Capítulo 2 – Envelhecimento

2.1 – Conceitos do envelhecimento

Neste capítulo iremos abordar a temática do envelhecimento e alguns conceitos inerentes a esta temática, como sejam o envelhecimento ativo, senescência, senilidade, e o conceito de idoso, assim como a sua relação com a qualidade de vida e o bem-estar na terceira idade.

O envelhecimento é uma mudança complexa, cujo significado sofreu variações ao longo dos tempos de acordo com as crenças, a cultura, os conhecimentos e as relações sociais de cada época (Sequeira, 2010).

De um modo geral, encara-se o envelhecimento como um processo universal, com início antes do nascimento e que decorre ao longo da vida como parte da natureza humana (WHO, 1999). Este processo é inevitável e irreversível (Araújo & Carvalho, 2004), provocando como consequência mudanças progressivas na estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Direção Geral de Saúde, 2004).

Concomitantemente constata-se que, apesar desta evolução de criança até velho ocorrer com uma ordem natural (Fernández-Ballesteros, 2004), todo este processo é condicionado por fatores intrínsecos ao indivíduo, como é o caso da genética (Almeida, 2006). De um mesmo modo, fatores externos relacionados com os estilos de vida, como sejam a alimentação, a atividade física, a ausência ou presença de doenças ao longo do envelhecimento, e o contexto onde se vive e trabalha, também constituem uma forte influência ao modo como se envelhece (McIntyre & Atwal, 2005; Sequeira, 2010). Por último, destaca-se também a influência dos fatores externos sociais, como o estado civil, possuir família, o meio ambiente, o contexto socioeconómico e cultural (Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

Por outro lado, embora o envelhecimento se desenvolva ao longo da vida, é na fase de idoso que este adquire a sua máxima importância, pois nesta fase um envelhecimento bem-sucedido encontra-se intrinsecamente relacionado com questões de autonomia física, psicológica e social (WHO, 2001).

Neste âmbito, denota-se que as pessoas quando consideradas como idosas encontram-se numa fase particular da sua vida, devido a todas as condicionantes físicas e psicossociais que ocorrem ao longo do envelhecimento e que culminam nesta etapa da vida. Desta forma, para melhor compreensão do processo de envelhecimento e da

importância de uma abordagem voltada para a terceira idade, de seguida iremos abordar algumas definições do termo "pessoa idosa" e qual o lugar que esta ocupa na sociedade.

No geral, não existe uma definição globalmente aceite de idoso, uma vez que, atendendo a que o envelhecimento é um processo contínuo, não existe consenso entre os autores sobre a que idade a pessoa se torna idosa. Concomitantemente, observa-se que a construção do significado de um ser idoso é influenciada pela sociedade em que o indivíduo se insere (WHO, 2010).

Deste modo, uma das definições mais utilizadas, consiste na abordagem estatística que considera o início da idade idosa a partir dos 60 anos ou 65 anos, dado que representam a idade de entrada na reforma (Sequeira, 2010; WHO, 2010). Este tipo de abordagem também é utilizada em Portugal, considerando-se as pessoas como idosas quando possuem mais de 65 anos (Paúl & Fonseca, 2005).

Contudo, é de salientar que esta perspetiva encontra-se mais associada à imagem do idoso como pessoa cuja função laboral terminou, sendo deste modo uma visão essencialmente marcada pela importância da atividade laboral, e podendo não considerar os idosos como pessoas ativas e empenhadas no seu desenvolvimento próprio e social após a entrada na reforma. Sequeira (2010) e Torres e Marques (2008) fomentam esta afirmação relatando que, especificamente nalgumas sociedades, os idosos, enquanto pessoas ativas e que oferecerem a sua sabedoria e experiência como contributo para a sociedade, têm perdido a influência de forma progressiva sendo frequentemente ignorados como recurso produtivo. Nadai (1995), salienta que muitas vezes aos idosos são oferecidas poucas condições para viver com dignidade e bem-estar. Este fator é fundamentado pelos autores Paúl e Fonseca (2005) que defendem que, em Portugal, existe uma clara imagem negativa do envelhecimento, que culmina com o desejo das pessoas chegarem a idosas, mas não quererem ser velhas.

Desta forma, verificou-se a necessidade de ocorrer uma mudança de paradigma. Assim, em 2002, aquando da Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, defendeu-se a ideia de uma transformação na visão social perante o envelhecimento e do papel do idoso na sociedade (WHO, 2002).

Por conseguinte, tendo como fundamento esta nova perspetiva de envelhecimento, a WHO (2002), criou o conceito de "envelhecimento ativo", definindo-o como "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". (p.12) Segundo WHO (2002), Wilcock (2007) e ISPA (2010), esta

nova abordagem permite que as pessoas concretizem o seu bem-estar físico, social e mental ao longo do seu percurso de vida e que participem, de forma ativa e contínua nas questões da sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Os mesmos autores também concordam que, por seu lado, a sociedade deve propiciar oportunidades de proteção, segurança e cuidados adequados às pessoas quando necessários. Por conseguinte de acordo com a Direção Geral de Saúde (2004), esta abordagem contraria assim um dos mais frequentes mitos negativos ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais para se alterar o modo como se vive quando se é mais idoso.

Assim importa explanar os processos que estão inerentes ao envelhecimento e de forma estes se tornam mais evidentes e determinantes na pessoa idosa. De seguida pretende-se expor como uma perspetiva de envelhecer enquadrada num envelhecimento mais ativo contribui para a melhoria da qualidade de vida nas pessoas idosas.

Em termos biológicos a capacidade funcional do corpo aumenta durante a infância e atinge o seu máximo nos primeiros anos da vida adulta entrando em declínio, em seguida (WHO, 2002). Neste contexto o envelhecimento ocorre devido à diminuição da taxa metabólica, em consequência das trocas energéticas do organismo (Mcardle, Katch, & Katch, 1998). Assim, à medida que a pessoa envelhece o corpo vai sofrendo mudanças devido à eliminação e perdas de células do organismo, pelo facto da sua substituição não ocorrer de forma ilimitada (Hayflick, 1996).

Desta forma a fragilidade presente no processo de envelhecimento resulta do declínio funcional, que por sua vez é produto da ocorrência de erros no metabolismo, da sua acumulação progressiva e da diminuição de mecanismos de vigilância e reparação desses erros. Por conseguinte, o envelhecimento biológico desenvolve-se através dos processos celulares de manutenção da vida face ao meio ambiente. Embora não haja genes causadores do envelhecimento, existem genes cuja modificação resulta numa instabilidade genética e mudança no desempenho funcional e da longevidade dos organismos (Ribeiro & Paúl, 2012).

No entanto o conceito de envelhecimento não deve ser confundido com o de longevidade, uma vez que estes termos, apesar de relacionados, apresentam-se como distintos. Deste modo a longevidade define-se como a duração da vida de um organismo e depende da progressão do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2012).

Ao longo do tempo vão ocorrendo alterações ao nível dos vários sistemas, que se tornam mais evidentes quando se é idoso. Contudo deve ter-se em consideração quais as

alterações que são derivadas do processo de envelhecimento, e as que resultam de uma condição patológica. Neste sentido urge distinguir entre os conceitos de senescência e senilidade.

Segundo Spar e La Rue (2005) a senescência está associada ao chamado envelhecimento primário, ou seja, às mudanças corporais decorrentes do avanço da idade. Sequeira (2010) carateriza estas alterações como um desgaste dos sistemas corporais, nas quais se consideram o aparecimento dos cabelos brancos, a lentificação progressiva dos movimentos, alterações do equilíbrio, diminuição da força e da massa muscular, diminuição da velocidade de reação, alterações emocionais e alterações cognitivas, menor elasticidade da pele e dos músculos. Neste sentido devido a estas alterações no funcionamento dos sistemas, o idoso apresenta maior propensão para o aparecimento de diversas patologias como sejam as doenças cardiovasculares, o cancro, problemas músculo-esqueléticos, a diabetes, as demências, problemas sensoriais (perda de audição, visão, alterações no paladar), a incontinência e doenças infeciosas que condicionam a sua autonomia e independência. (Sequeira, 2010; Veríssimo, 2014; (WHO, 2003).

Deste modo a senilidade é considerada como envelhecimento secundário, sendo constituído por mudanças que ocorrem com maior frequência, mas que não estão obrigatoriamente presentes durante o envelhecimento e que são fruto das alterações produzidas pelas doenças. Compreender a diferença entre senescência e senilidade é fundamental, pois muitas vezes, a distinção entre o envelhecimento patológico e o processo normal é difícil, levando as pessoas a subvalorizar as queixas dos idosos o que, consequentemente, pode retardar o diagnóstico precoce de algumas patologias e o seu tratamento (Spar & La Rue, 2005).

Por outro lado observa-se que muitas das patologias que ocorrem durante o envelhecimento se devem a exposição a fatores de risco em idades mais precoces, como o tabaco, o álcool, desnutrição, obesidade, falta de cuidados de saúde e estilo de vida sedentário. Paralelamente nas idades mais avançadas é frequente ocorrem, com maior frequência, quedas sendo estas uma das principais causas de morbilidade e mortalidade.

Deste modo o envelhecimento ativo pressupõe que as pessoas encarem o seu próprio envelhecimento em função, não só, de fatores internos como a genética, mas sobretudo, de fatores determinantes da vida que estão associados ao estilo de vida que cada pessoa define para si e, portanto, suscetíveis de ser modificados. Neste âmbito as formas mais recomendadas para preservar por maior período de tempo o regular

funcionamento do organismo é a prática moderada e regular de atividade física (Adams-Fryatt, 2010), uma alimentação saudável, libertação de consumos aditivos, consumo moderado de álcool, e manutenção da participação social ativa (Direção Geral de Saúde, 2004). Peel, McClure e Bartlett (2005), fundamentam esta visão e afirmam que manter hábitos de vida saudáveis ao longo da vida encontra-se entre os fatores que promovem um melhor envelhecer.

Por sua vez as alterações corporais apresentam muitas vezes repercussões psicológicas no idoso, levando a uma mudança de atitudes e de comportamentos. Por conseguinte, em termos de envelhecimento psicológico, de acordo com Nadai (1995), durante o processo de envelhecimento ocorre a aceitação ou a recusa da condição de ser velho. Araújo e Carvalho (2004) acrescentam que esta condição dependerá essencialmente da experiência de vida da pessoa, bem como de fatores de personalidade que lhe irão proporcionar o equilíbrio necessário para manter o seu bem-estar, durante a etapa mais idosa. Sequeira (2010) completa que fatores como a história de vida, contexto social e sistema de valores contribuem para o modo como a pessoa perspetiva o meio, sendo esta interação fundamental para um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar.

Por outras palavras, há medida que as pessoas envelhecem, tornam-se diferentes umas das outras, quer através de variáveis biológicas e culturais, quer por influência de acontecimentos nas suas vidas que delineiam os seus comportamentos e personalidade perante a vida e consequente a sua forma de encarar o envelhecimento (Fonseca, 2005). Assim, segundo o mesmo autor, o envelhecimento ativo surge como um conceito que reflete a importância da compreensão dos mecanismos de adaptação da pessoa face ao envelhecimento, bem como, na formulação de intervenções promotoras dessa adaptação.

Em termos de envelhecimento cognitivo denota-se que podem ocorrer alterações cognitivas que não possuem implicações nas atividades diárias, uma vez que existem outros fatores que contrapõem e que contribuem para a manutenção do funcionamento, em caso de declínio cognitivo (Park, 2000). Defende-se que processos como a resolução de problemas, a automatização de tarefas, a manutenção do ambiente e as rotinas familiares permitem uma readaptação por parte do idoso ao ambiente, suavizando a presença do declínio cognitivo. Contudo quando este equilíbrio não ocorre, as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento podem provocar modificações na funcionalidade do idoso, em especial no processamento da informação e na memória de

trabalho (Park, 2000). Especificamente, o declínio da memória parece começar bastante cedo na vida adulta. No entanto nem todos os tipos de memória são afetados pelo envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2012).

Concretamente em termos de envelhecimento cerebral, este ocorre devido a alterações de fatores como a deposição da proteína amiloide, detioração da substância branca e baixa concentração de dopamina (Park & Reuter-Lorenz, 2009), a que o cérebro responde através de circuitos neuronais alternativos compensatórios, que possivelmente serão menos eficientes (Ribeiro & Paúl, 2012). No entanto, segundo os mesmos autores estilos de vida que abarquem o treino cognitivo e novas aprendizagens podem aumentar a capacidade do cérebro para estabelecer novos circuitos adaptativos. Desta forma a plasticidade positiva e a reserva neural são essenciais para compensar declínios associados ao envelhecimento cognitivo. Deste modo Baltes e Baltes (1990) afirmam que num envelhecimento bem-sucedido o idoso saudável mantém a funcionalidade em domínios que dão sentido à sua existência e que compensam as perdas associadas ao envelhecimento.

Em termos sociais Nadai (1995) descreve que o envelhecimento ocorre devido a alterações no meio e por condicionamentos de carácter sócio culturais, que ocorrem ao longo da vida mas que se tornam mais significativos com a chegada da reforma. Sequeira (2010) completa esta visão defendendo que tal ocorre porque durante o envelhecimento os idosos são alvo de alterações nas suas rotinas, verificando-se a diminuição progressiva ao nível dos papéis a desempenhar no seu seio familiar, laboral e ocupacional. Mais uma vez é de ressalvar que o envelhecimento e a velhice são vividos socialmente através do modo com a sociedade encara todo este processo, assim como pela forma como é preparado o envelhecimento para os mais idosos.

Por conseguinte através dos estudos de alguns autores revela-se que, para os idosos, a atividade laboral não é vista como um fator contributivo para o envelhecimento ativo, uma vez que, não promove a qualidade de vida (Bowling, 2009).

Neste contexto, segundo Bowling (2008) a perspetiva de envelhecimento ativo para as pessoas idosas prende-se essencialmente com a oportunidade de continuarem independentes e saudáveis, bem como, poder participar em atividades significativas, destacando-se as de lazer, e poder manter a rede social. A esta perspetiva Meeks, Nickols, e Sweaney (1999) asseguram que a participação social possibilita uma maior satisfação com a vida às pessoas idosas, uma vez que a manutenção da rede social, nesta

etapa de vida, garante a existência de suporte emocional que lhes assegura sensações de sucesso e dignidade.

Deste modo McIntyre e Atwal (2005), Beard e Petitot (2010) concordam que, se os idosos puderem manter a sua saúde, e conviver em contextos que permitam um envolvimento produtivo na comunidade, constituem um recurso social e participativo na sua sociedade. Assim o envelhecimento bem sucedido é aquele que torna possível criar um ambiente de apoio e cooperação mútua entre o indivíduo e a sociedade, ao mesmo tempo que permite melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas, inclusive as que requerem maior cuidado, promovendo uma atitude mais participativa e por isso um envelhecimento mais ativo (WHO, 2002; Araújo & Carvalho, 2004).

Assim de um modo geral constata-se que a melhoria da qualidade de vida durante a velhice é o principal desafio atual, tornando possível acrescentar vida aos anos.

Por conseguinte de seguida irão ser abordados conceitos como o de qualidade de vida, determinando quais os fatores necessários para uma vida com qualidade nos mais idosos.

Em traços gerais, o termo qualidade de vida não possui uma definição universalmente aceite, sendo a definição adotada pela WHO (1997) a mais comummente aceite: "perceção da pessoa sobre a sua posição na vida, considerando os seus valores culturais em relação com os seus objetivos, expectativas e preocupações, e que engloba aspetos como a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, e relação com o contexto em que se insere". Especificamente quando se considera a qualidade de vida na terceira idade, verifica-se que os determinantes da boa qualidade de vida variam de pessoa para pessoa (Xavier et al., 2003). Deste modo conclui-se que o conceito de qualidade de vida compreende a satisfação da pessoa com as diversas dimensões da vida, em contraste com a ideia que a mesma tem de qualidade de vida (Susniene & Jurkauskas, 2009). Por outras palavras, a qualidade de vida nos mais idosos, será dependente da forma como a pessoa perceciona a sua realidade e dos recursos que tem à sua disposição (Xavier et al., 2003). Os mesmos autores afirmam que, neste sentido, a resiliência (capacidade de recuperar de fatores negativos) apresenta-se como um dos principais influentes no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos, determinando a forma como estes encaram as suas perdas. Sequeira (2010) complementa estes achados enfatizando que a qualidade de vida, na terceira idade, encontra-se frequentemente associada a um processo de envelhecimento que foi sendo

construído durante as diversas etapas da vida, possibilitando dotar o individuo de uma capacidade de resiliência face aos obstáculos que vão surgindo.

Sobre esta questão, a Direção Geral de Saúde (2004) e a WHO (2002) enfatizam que a qualidade de vida nas pessoas idosas é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência. Grimley-Evans (1984) completa esta premissa defendendo que a conservação da autonomia se encontra diretamente associada à qualidade de vida e, por conseguinte, o grau de autonomia nas suas atividades pode auxiliar a quantificar a qualidade de vida de um idoso.

O conceito de autonomia é definido pela WHO (2002) como a capacidade de controlar, lidar e realizar decisões pessoais sobre a sua rotina diária de acordo com as suas preferências. Por sua vez a independência é compreendida como a capacidade de realizar atividades do quotidiano com ajuda mínima dos outros. Em oposição surge também o conceito de dependência, como o resultado do aparecimento de uma limitação, que condiciona a funcionalidade do indivíduo, tornando-o incapaz de satisfazer as suas necessidades básicas e, portanto, condicionado à ajuda de outra pessoa (Sequeira, 2010). De acordo com o mesmo autor o aparecimento de uma dependência pode surgir de forma abrupta, como em caso de AVC, ou de modo progressivo. Contudo, em ambos os casos está associado a um declínio funcional, que pode ser agravado por fatores como o meio em que pessoa desenvolve a sua rotina. Desta forma a avaliação precoce e a identificação dos principais défices em cada idoso, possibilita uma intervenção mais adequada e que vai ao encontro das reais necessidades da pessoa idosa prevenindo a incapacidade (Sequeira, 2010). De facto, estudos apontam que a satisfação e a perceção de qualidade de vida variam de idoso para idoso, mas que no entanto, frequentemente a insatisfação ou falta de qualidade de vida encontra-se associada à perda de saúde (Xavier et al., 2003). Por conseguinte, os mesmos autores defendem que a ausência de saúde encontra-se entre os principais indicadores de má qualidade de vida. Em contrapartida ter saúde por si só é insuficiente para determinar uma boa qualidade de vida, encontrando-se frequentemente este fator associado a outros como uma forte rede social, e envolvimento contínuo em atividades.

2.2 – Indicadores de envelhecimento

Neste capítulo iremos expor a situação mundial global face ao crescente número de idosos, especificando o caso de Portugal e, que medidas são providenciadas para gerir os novos desafios de assegurar aos idosos uma vida mais digna e com qualidade. Atualmente como consequência dos progressos de desenvolvimento das sociedades e em particular no campo da saúde, verifica-se um aumento da esperança média de vida e um envelhecimento global da população mundial (Kalache, 1999; WHO, 2002; Meireles, 2008).

Por conseguinte observa-se um crescimento exponencial do número de idosos, que em 2050 chegarão aos 2 biliões, representando cerca de 1/3 da população mundial (Kalache, Veras, & Ramos, 1987; United Nations, 2009). Concretamente em Portugal, à semelhança dos restantes países, verificou-se um rápido aumento do número de idosos passando de 708.569 para os atuais 2.010.064 em aproximadamente meio século (Censos, 2011).

Este aumento, à escala mundial, do número de idosos é explicado segundo Dornelles e Costa (2003) e Moura (2006), através de fatores, como o desenvolvimento dos cuidados de saúde, o progresso tecnológico, o desenvolvimento de políticas sociais, a melhoria das condições de vida, o decréscimo da taxa de natalidade, e (United Nations, 2007) os baixos níveis de mortalidade.

Por sua vez relativamente à diminuição das taxas de natalidade, especificamente em Portugal, segundo dados da PORDATA, 2015 verifica-se uma das mais baixas taxas de natalidade da Europa, tal como descrito na figura 1

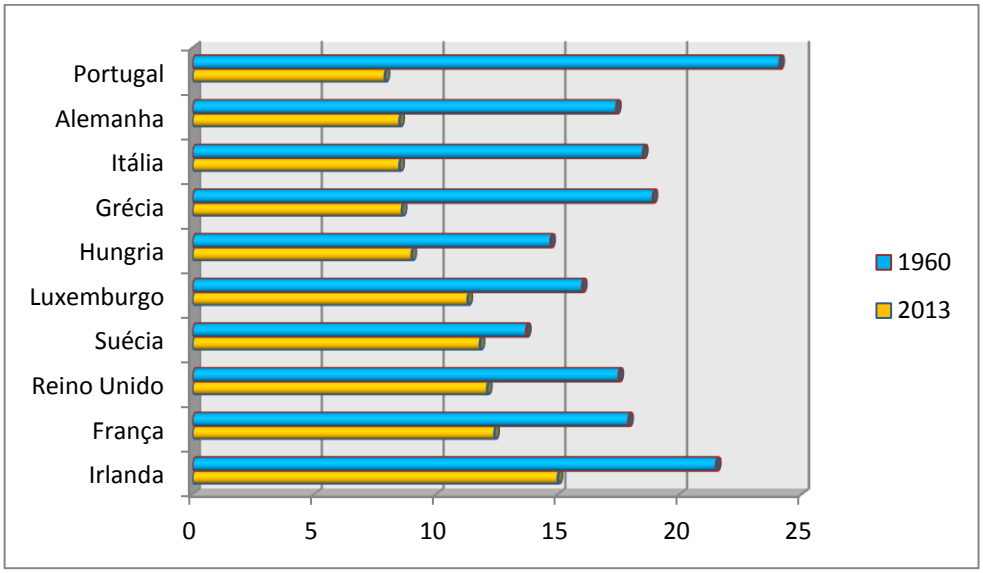

Figura 1 – Taxa de natalidade na Europa em permilagem (Adaptado e modificado de PORDATA, 2015)

Deste modo observa-se que a sociedade portuguesa caminha para o envelhecimento demográfico, na medida em que ocorre uma diminuição dos valores relativos à população mais jovem, o que contrasta com o aumento significativo da população com mais de 65 anos (Sequeira, 2010) Atualmente constata-se que em Portugal o número de idosos ultrapassa o número de jovens, existindo cerca de 144 idosos por cada 100 jovens (PORDATA, 2015).

Por conseguinte todos estes fatores levam a um aumento progressivo do índice de envelhecimento: "Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos" (PORDATA, 2015)

Concomitantemente, associado ao aumento do número de idosos verifica-se um aumento da esperança de vida à nascença. Deste modo através da análise da tabela 1 pode-se concluir que uma pessoa do sexo masculino nascida em 2013 possui uma esperança de vida à nascença de aproximadamente 77 anos, o que é um valor superior a de uma pessoa do mesmo sexo nascida em 1960 (aproximadamente 61 anos). No que concerne ao sexo feminino denota-se que este aumento na esperança de vida à nascença também se verifica, sendo que uma mulher nascida em 1960 tem uma esperança de vida à nascença de aproximadamente 66 anos, enquanto as mulheres nascidas em 2013 estimam-se que possuam uma esperança de vida de 83 anos (PORDATA, 2015).

Tabela 1 - Esperança de vida à nascença em Portugal

Anos	Total	Masculino	Feminino
1960	-	60,7	66,4
1970	67,1	64,0	70,3
1980	71,1	67,8	74,8
1990	74,1	70,6	77,5
2000	76,4	72,9	79,9
2013	80,2	77,2	83,0

Por outro lado também se verificam subtis diferenças na esperança média de vida, nomeadamente ao nível do género. A esperança média de vida é maior no género feminino que no masculino (PORDATA, 2015), sobretudo nos países desenvolvidos e

de acordo com as projeções esta premissa deverá manter-se inalterada (Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

Em termos de localização geográfica quando comparada a esperança média de vida nos chamados países desenvolvidos, em contraste com os países em desenvolvimento verifica-se que, embora existam diferenças ao nível da esperança média de vida no nascimento, a expectativa de vida em idades avançadas não apresenta grandes variações. Segundo Kalache, Veras e Ramos (1987) tal se deve a que, embora os países desenvolvidos sejam frequentemente associados a um maior avanço médico e tecnológico existe também uma maior incidência de determinados estilos de vida, como sejam o consumo de tabaco, a hiperalimentação, a falta de atividade física e a exposição constante ao stresse, que aparentam estar correlacionados com o aparecimento de doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro (ex.: cancro do pulmão) e *diabetes mellitus* durante o processo de envelhecimento. Deste modo, de acordo com os mesmos autores analisando a expectativa de vida de pessoas com mais de 60 anos globalmente as causas de morte variam pouco, sendo as doenças crónicas-degenerativas as mais frequentes, independentemente da área geográfica.

Em paralelo com aumento da esperança média de vida denota-se que o índice de longevidade, ou seja a relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida como o "quociente entre o número de pessoas com 80 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos" aumentou, levando a que cada vez existam mais idosos em idades avançadas (Palacios, 2002; PORDATA, 2015).

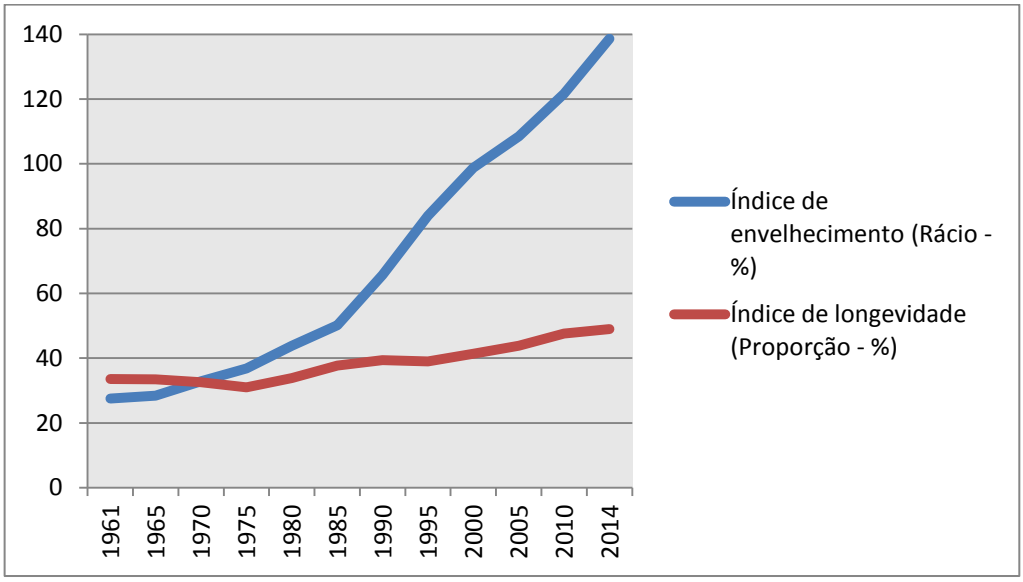

Figura 2 - Indicadores de envelhecimento em Portugal (Adaptado de PORDATA, 2015)

Contudo perante o aumento da esperança média de vida, torna-se pertinente verificar se este aumento da longevidade se deve a uma expansão ou diminuição da morbilidade. Por um lado poderá dever-se ao retardar dos aspetos negativos associados ao envelhecimento, no entanto dados recentes não apoiam esta visão pelo menos no que diz respeito às doenças graves e à perda da mobilidade (Ribeiro & Paúl, 2012).

Desta forma quando se observa o conjunto destes fatores ao nível da saúde, nomeadamente na necessidade de cuidados de saúde verifica-se em termos de dependência que a dependência entre os jovens tem diminuído ao longo dos anos, enquanto a dependência nos idosos tem vindo aumentar de 12,7 para 29,9 (vide figura 3) (PORDATA, 2015).

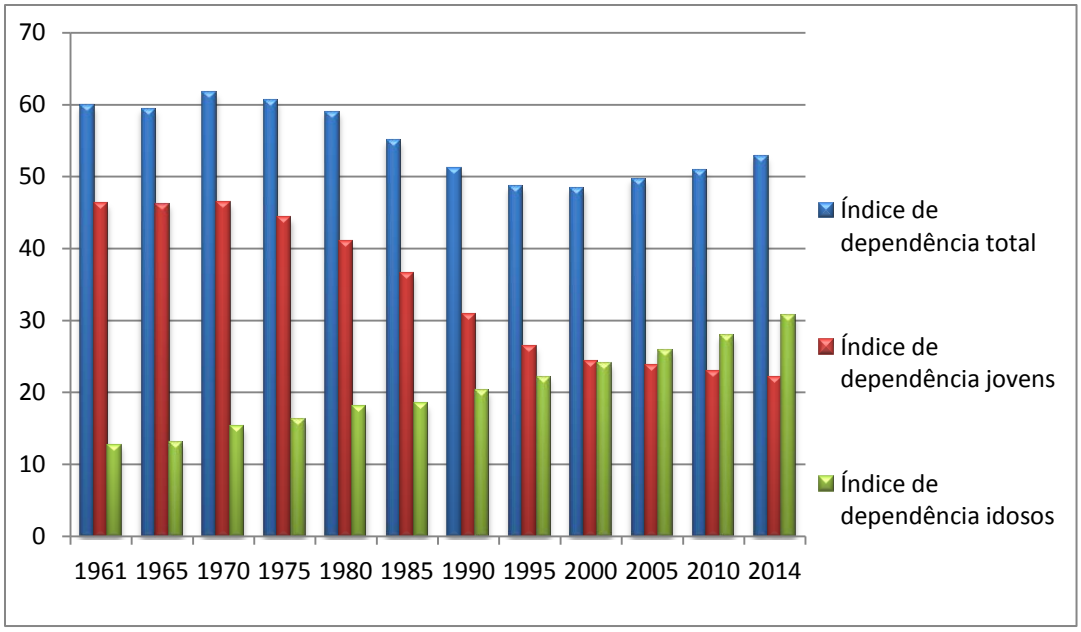

Figura 3 - Índices de dependência em Portugal (modificado e adaptado de PORDATA, 2015)

Concomitantemente quando se observa os anos de vida saudáveis aos 65 anos entre homens e mulheres verificamos em alguns países como Portugal, França, Dinamarca e Reino Unido, este valor tem vido a aumentar no género masculino. No entanto, no que concerne ao género feminino, Portugal encontra-se entre os países em que as mulheres têm uma menor esperança de anos de vida sem incapacidade física aos 65.

Tabela 2 - Anos de vida saudável aos 65 (adaptado e modificado de PORDATA, 2015)

	Homens		Mulheres	
Anos	1995	2013	1995	2013
União Europeia	-	8,5 (valor estimado)	-	8,6 (valor estimado)
Portugal	**8,3**	**9,6**	**9,9**	**9,3**
Alemanha	8,4	7,0	10,2 (valor estimado)	7,0
Espanha	10,0	9,7	11,4	9,0
França	7,6	9,8	8,4	10,7
Itália	10,3	7,7	11,8	7,1
Luxemburgo	-	10,9	-	10,6
Dinamarca	9,0	11,6	9,3	12,7
Reino Unido	8,4	10,6	9,2 (valor estimado)	10,7

Concretamente, em termos de incapacidade na população portuguesa, os Censos 2011 mencionam que cerca de 50% da população idosa declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos uma das 6 atividades do seu quotidiano (INE, 2012). Estas dificuldades afetam 995.213 pessoas idosas, mais de metade das quais (565.615) vivem sozinhas ou acompanhadas exclusivamente por outros idosos (INE, 2012).

Na população idosa entre os 65-69 anos, a taxa de incidência de pelo menos uma incapacidade funcional afeta 30% dessas pessoas. Para o grupo etário 75-79 anos a proporção de pessoas que não consegue, ou tem muita dificuldade em realizar pelo menos uma atividade, é superior a 50%. De igual modo, denota-se que com o avanço da idade aumenta também o número de dificuldades na realização de atividades básicas, condição particularmente evidente no caso das mulheres (INE, 2012).

Segundo INE (2012) estas dificuldades são mais expressivas sobretudo em problemas relacionados com a mobilidade, concluindo-se que 70% das pessoas com 65 ou mais anos não conseguiam ou manifestavam dificuldade em andar ou subir degraus. De seguida surge a dificuldade em ver, mesmo usando óculos, que afeta cerca de 50% dos idosos. A terceira dificuldade mais preocupante nas pessoas idosas está relacionada com problemas ao nível da memória.

De igual forma, verifica-se que cerca de 365 mil idosos não conseguem ou têm muita dificuldade em vestir-se ou tomar banho sozinhos. Esta realidade apresenta-se muito significativa dado que muitos idosos, com esta limitação, vivem sozinhos ou acompanhados por outros idosos, e cerca de 16% da população reside em instituições, maioritariamente de apoio à terceira idade.

De acordo com INE (2012), verifica-se que a população idosa reformada, dado haver maior média de idades, é frequente apresentar maior número de problemas de saúde, comparativamente a outras pessoas economicamente inativas, como por exemplo estudantes. Segundo dados do Censos 2011 relativos a incapacidade, na população portuguesa, em termos de género a proporção de mulheres que tem muita dificuldade em realizar atividades do dia-a-dia é superior à proporção de homens, em todas as faixas etárias (INE, 2012).

Em suma, denota-se que mesmo idosos com um bom estado de saúde irão necessitar de maiores cuidados de saúde, do que aqueles que eram necessários em fases mais precoces da sua vida. Deste modo, a qualidade de vida para um idoso depende da forma com a sociedade tenta providenciar estes cuidados.

Por conseguinte, em termos sociais, autores como Veras (1994) descrevem a necessidade de se recriarem respostas sociais para esta nova etapa da vida, de modo a desenvolver condições adequadas para que o idoso possa usufruir de qualidade de vida e bem-estar.

Desta forma, verifica-se a existência de temáticas recorrentes relativas ao envelhecimento. Concretamente, o aumento inevitável da população idosa, com a acrescida responsabilidade de garantir um maior número de anos de vida com uma maior qualidade e bem-estar, e por outro, da contínua integração, completa, dos idosos na sociedade (WHO, 2002; ISPA; 2010). Por conseguinte neste último ponto observa-se que todos estes fatores contribuem para alterações ao nível da dinâmica social.

Deste modo em termos de questões laborais segundo Ribeiro e Paúl, (2012), verifica-se o envelhecimento da população ativa, ou seja o aumento do número de trabalhadores mais velhos, bem como o aumento do tempo da escolaridade obrigatória e, consequentemente, o ingresso mais tardio no mundo laboral.

Concomitantemente verifica-se uma diminuição do número de indivíduos em idade ativa por idoso em todas as zonas do globo exceto em África (Ribeiro & Paúl, 2012; PORDATA, 2015).

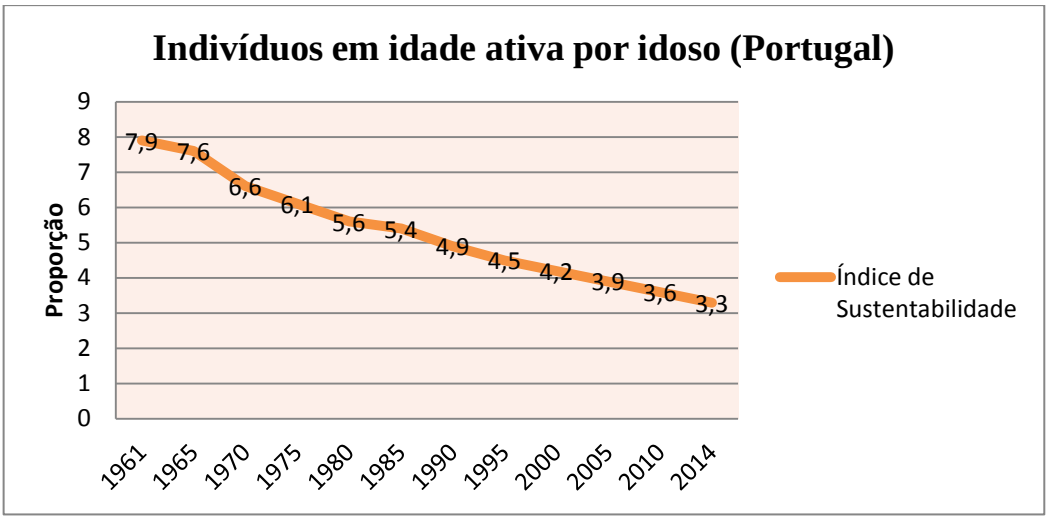

Figura 4 – Proporção entre o número de indivíduos em idade ativa por idoso em Portugal (Adaptado de PORDATA, 2015)

A este nível denota-se a necessidade de adotar diversas estratégias a nível nacional que permitam auxiliar os trabalhadores mais velhos, valorizando e promovendo o seu conhecimento, e, por outro lado, prevenir e combater o desemprego dos trabalhadores mais velhos (Sequeira, 2010). Por outro lado, quando chegados à reforma, Fonseca (2005) descreve que neste período ocorre uma desvinculação do mundo laboral que conduz à desvalorização do idoso, sendo o mesmo privado da oportunidade de transmitir o conhecimento adquirido ao longo dos anos. Esta situação é agravada quando o idoso já não apresenta autonomia, agravando-se a sua situação de dependência, criando-se um ambiente propício ao isolamento o que contribui para a redução significativa da sua rede social (Martins, 2006; Torres & Marques, 2008).

Deste modo, não havendo mais alternativas o momento de passagem à reforma é de crucial importância na vida de um idoso, pois representa uma passagem de transição-adaptação com a possibilidade de aparecimento de alterações no funcionamento e que, consequentemente, podem afetar o bem-estar da pessoa. Assim, importa adotar uma visão baseada no envelhecimento ativo que possibilite que as pessoas se mantenham ativas e envolvidas nas questões da sociedade, dentro da sua vontade, possibilitando que os idosos tenham um papel ativo durante o desempenho da atividade laboral e após a reforma (WHO, 2002).

Ao nível das redes sociais estas vão alterando-se ao longo da vida em função de fatores como o contexto familiar e de trabalho, entre outros, ocorrendo a diminuição das mesmas à medida que se envelhece (Paúl, 2005). No entanto, apesar de existir uma redução das relações intersociais, os idosos são socialmente ativos em especial com a

família e amigos. Assim, com o desenrolar do processo de envelhecimento e encerrando o ciclo laboral, a esfera familiar assume uma particular relevância sendo que a presença ativa na rede familiar demonstra-se de crucial importância na autoperceção do nível de felicidade do idoso. Neste âmbito surge a importância de, numa sociedade mais envelhecida, reorganizar a rede social de apoio informal, com vista a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, a satisfação com a vida e o envelhecimento ótimo (Paúl, 2005).

Concretamente em termos de estrutura familiar verifica-se que, em Portugal, a população se rege por padrões que responsabilizam a família pelos cuidados aos idosos e como principal fonte de suporte social. De acordo com Ribeiro e Paúl (2012) constata-se que, atualmente, as pessoas idosas e as suas famílias são confrontadas com tarefas, desafios e conflitos em igual complexidade às gerações mais jovens. Desta forma é de salientar que para que a família se desenvolva e evolua de forma saudável é necessário que se resolvam e integrem estes desafios, caso contrário podem surgir problemas de adaptação. Neste âmbito, na última etapa do ciclo da vida familiar existem mudanças qualitativas que se tornam decisivas para o desenvolvimento do bem-estar do idoso, em comunhão com a sua família:

- Adaptar-se ao declínio físico mantendo o funcionamento individual e familiar, e explorar novas opções para os papéis sociais;
- Apoiar o papel da geração intermédia e incorporar o papel de avô/avó;
- Criar espaço para a sabedoria da população idosa;
- Lidar com a perda do cônjuge, irmãos ou pessoas significativas e enfrentar a própria morte;
- Ajustar-se a doença crónica e dependência;
- Lidar com a reforma e perda de papéis sociais (Ribeiro & Paúl, 2012).

Assim globalmente constata-se que as famílias assumem um papel de destaque no cuidado e acompanhamento da pessoa idosa, sendo as mulheres a assumirem este papel com maior frequência (Sequeira, 2010). No entanto, devido às mudanças sociais cada vez ocorrem mais alterações no modelo de família tradicional, uma vez que as famílias numerosas se encontram numa conversão gradual para uma forma mais nuclear, e também fruto do aumento de carga laboral dos elementos ativos. (Sequeira, 2010). A estes fatores acresce que a presença prolongada de idosos implica acréscimos

nas necessidades de prestação de cuidados, face à deterioração das suas faculdades físicas e mentais.

Contudo também é de ressalvar que as atuais mudanças da estrutura familiar apresentam alguns pontos positivos, como o facto de com uma maior frequência as pessoas tornam-se avós e, com isto, possuem a oportunidade de vivenciar o crescimento dos seus netos, até estes iniciarem as suas próprias famílias. Num âmbito específico, a bibliografia atual enfatiza cada vez mais o papel dos idosos, enquanto avós, no auxílio financeiro aos descendentes (Ribeiro & Paúl, 2012).

No entanto, Martins (2006) contrapõe que perante as mudanças descritas na estrutura familiar esta já não consegue fazer face aos problemas dos idosos, nem oferecer uma série de serviços de que estes necessitam ocorrendo, gradualmente, uma transição da responsabilidade da família para as instituições para a terceira idade.

Neste âmbito a institucionalização ocorre frequentemente quando todas as outras opções se tornam inviáveis, sendo muitas vezes a dependência física um dos condicionantes para o internamento (Martins, 2006). Esta questão desperta muitas vezes sentimentos de negatividade devido ao facto de os lares serem muitas vezes encarados pelos mais velhos como a entrada na última fase das suas vidas, e sem irreversibilidade.

Em contrapartida, o espaço casa/lar apresenta-se como um dos fatores a considerar quando se pondera o bem-estar na pessoa idosa. Neste sentido, vários autores apontam o espaço residencial como um local de grande simbologia para o idoso, que reflete os seus valores culturais, por estar ligada à entidade pessoal e social do indivíduo (Martins, 2006). Considerar a questão do espaço residencial adquire sentido, quando se pondera o facto de ser o local onde o idoso passa a maior parte do tempo pós-reforma. De acordo com Lansley, McCreadie e Tinker (2004), uma casa adaptada para esta etapa da vida, que possua as tecnologias de apoio adequadas a cada pessoa, constitui um facilitador essencial para que o idoso se mantenha independente por mais tempo e com menor necessidade de cuidados de saúde.

Em traços gerais denota-se a iminente necessidade de prestar cuidados contínuos que assegurem a qualidade de vida dos mais velhos, o que leva a uma responsabilização da sociedade por uma gestão eficaz e equitativa dos recursos (Kalache, Veras, & Ramos, 1987). Por conseguinte, a sociedade atual depara-se com o envelhecimento como uma problemática de saúde pública, com implicações para o próprio indivíduo e para a sociedade. Desta forma considera-se de grande relevância almejar a uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram, ou que estão no processo

de envelhecer, através da manutenção de autonomia e independência por maior período de tempo, de modo a manter os idosos ativos e inseridos na comunidade. De igual modo, torna-se crucial abandonar o estereótipo negativo associado à terceira idade, e passar a considerar esta etapa da vida como um momento de realização pessoal, satisfação e prazer (Sequeira, 2010). Segundo o mesmo autor para que esta realidade se concretize é necessário ajudar os idosos a reforçar ou a fazer um projeto de vida mesmo em contexto de défices.

2.3 – Papel da Terapia Ocupacional no acompanhamento de idosos

Desde o princípio dos tempos que os seres humanos procuram ocupar as suas vidas como forma de garantir um significado para a sua existência (Christiansen & Townsend, 2004). Por conseguinte, segundo os autores Baltes e Baltes (1990) e Law (2002), o envolvimento em atividades significativas assegura um maior bem-estar, a saúde e o equilíbrio psicológico. Tal ocorre devido ao facto da manutenção de atividades promover o bem-estar e a funcionalidade do corpo, levando a sentimentos de satisfação pessoal (Baltes & Baltes, 1990). Deste modo, maiores níveis de atividade proporcionam uma maior satisfação com a vida (Elliott & Barris, 1987), existindo uma correlação positiva entre a satisfação com a vida, o número de papéis sociais desenvolvidos e o nível de envolvimento em atividades significativas.

Assim, no que concerne ao envolvimento em atividades na terceira idade, denota-se que as atividades significativas dos idosos não diferem daquelas que praticaram durante a sua vida (Xavier et al., 2003). Noutro ponto, estudos de Nilsson, Bernspång, Fisher, Gustafson e Löfgren (2007) salientam que na faixa etária idosa, maiores níveis de participação em atividades de lazer e em atividades da vida diária melhoram a satisfação com a vida. No entanto, apesar do envolvimento em tarefas da rotina ser importante para os seres humanos (Law, 2002), as atividades só são consideradas como ocupações, quando possuem um propósito ou significado para a pessoa (Fisher, 2006). Kielhofner (2008), enfatiza a ocupação como inerente à pessoa, existindo estudos que suportam a premissa que a ocupação pode manter ou restaurar a saúde (Elliott & Barris, 1987). Desta forma, entende-se por ocupação tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria, usufruir da vida ou contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade, podendo ser classificadas de diferentes formas, sendo a mais comum agrupá-las consoante o seu objetivo ou propósito, nomeadamente:

atividades da casa, lazer, brincar, educação, dormir e descansar, desporto, atividades de autocuidados e atividades da vida diária instrumentais (Tunner, 2002; Christiansen & Townsend, 2004).

Podemos assim concluir que o comportamento humano é caracterizado por uma série de tarefas em diferentes níveis de complexidade, sendo que o nível mais básico de complexidade também pode ser designado pelo necessário para a sobrevivência (Lawton & Brody, 1969). Este nível, o mais básico, é constituído por atividades de autocuidados, mencionadas como AVDB dado serem, como referem Christiansen e Townsend (2004) e Marques e Trigueiro (2011) atividades primárias, orientadas para tomar conta do próprio corpo e fisiologicamente necessárias para a sobrevivência e para o bem-estar básicos. Neste sentido, seguindo a terminologia apresentada pelo Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional (EPTO), as AVDB englobam atividades como as apresentadas na seguinte figura:

Figura 5 - Atividades da vida diária básicas (Adaptado de Marques & Trigueiro, 2011)

Em termos de funcionalidade e independência, no nível superior às AVDB encontram-se as Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI) consideradas "atividades de suporte da vida diária, em casa e na comunidade, que requerem normalmente interações mais complexas que o autocuidado" (Marques & Trigueiro, 2011).

Figura 6 - Atividades da Vida Diária Instrumentais (Adaptado de Marques & Trigueiro, 2011)

As AVDB e AVDI constituem o nível de atividade mais básico, que possibilita a participação da pessoa no seu cuidado pessoal e no seu envolvimento na comunidade mais próxima. Contudo verifica-se que no caso das pessoas que sofrem de alguma condição de saúde, a presença de uma incapacidade limita a participação em atividades da rotina diária (WHO, 2013; Christiansen & Townsend, 2004).

Especificamente no que concerne à incapacidade nas atividades da vida diária, diversos autores apontam que existe uma associação entre a incapacidade nas AVD e o aumento da mortalidade e da probabilidade de sofrer uma depressão, bem com a uma redução na qualidade de vida (Jiang, Tang & Futatsuka, 2002). Nos idosos, surgem estudos que indicam que quanto maior a incapacidade neste tipo de atividades, maior pode ser o declínio da capacidade cognitiva (Rajan, Hebert, Scherr, Mendes de Leon, & Evans, 2013). Por outro lado, verifica-se a associação entre maior nível de funcionalidade nas AVD e menor isolamento social (Drageset, 2004).

Por sua vez nas AVDI estudos apontam que existe uma percentagem elevada de idosos que apresentam incapacidade em mais que uma AVDI sendo esta incapacidade associada ao aumento da idade (Duca, Silva, & Hallal, 2009). Em termos de género verifica-se que existe maior incapacidade nas mulheres (Alexandre, Corona, Nunes, Santos, Duarte & Lebrão, 2014).

Assim a manutenção de atividades significativas, ao longo da vida, contribui para a autonomia da pessoa e, consequentemente um melhor processo de envelhecimento, constituindo um fator chave para a qualidade de vida de um idoso.

Por conseguinte, importa que os idosos possam assegurar um envelhecimento mais ativo mantendo a sua autonomia pessoal e na comunidade, quer numa situação de dependência ou perante algumas limitações que possam advir do normal processo de envelhecimento.

Assim a Terapia Ocupacional como ciência da ocupação detém um papel importante na concretização desta meta. A Terapia Ocupacional é uma profissão de saúde que segundo o Decreto-Lei nº564/99 de 21 de Dezembro visa a "avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente, prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida".

Deste modo o terapeuta ocupacional através das suas competências, reconhece a importância da relação dinâmica existente entre a pessoa, ambiente e a ocupação, pois a interferência ou alterações em qualquer um destes componentes, influencia o desempenho ocupacional das pessoas e consequentemente influenciará a satisfação nas ocupações (Townsend, 1997). Por conseguinte, num contexto de limitações e perda de funcionalidade, através da sua intervenção, o terapeuta ocupacional (TO) visa maximizar o desempenho e o bem-estar da pessoa, bem como ajudá-la no processo de adaptação à doença (AOTA, 2002). Deste modo o TO cria possibilidades do exercício das ocupações, ou seja as condições físicas e emocionais para que as atividades significativas da pessoa possam ser mantidas (Othero, 2008), proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. Para tal o processo de avaliação e intervenção deve centrar-se no individuo ajudando-o a preservar a sua identidade, e ser planeado de forma a ir ao encontro das prioridades e fatores que inibem o seu desempenho, promovendo o seu envolvimento em ocupações (AOTA, 2002; AOTA, 2008; WFOT, 2011).

Assim, aquando da intervenção com idosos, para que os planos de intervenção respeitem o princípio de terapia centrada na pessoa, e se dirijam mais eficazmente ao

que é importante para o idoso, primeiramente deve-se realizar um levantamento das necessidades, dificuldades e objetivos. No entanto, de ressalvar-se que para essa etapa o profissional deve recorrer a instrumentos de avaliação, que guiem a sua prática clínica e auxiliem na medição de resultados em saúde, de modo a tornar a intervenção em saúde mais concreta do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

Capítulo 3 – Medição em idosos

3.1 – Introdução

Quando se prestam cuidados de saúde, de modo a ser possível melhorar o desempenho e os gastos associados, há que atingir os melhores resultados em saúde face aos custos envolvidos. Neste sentido é importante medir e avaliar os resultados obtidos, de forma a verificar se a intervenção é ou não a mais eficaz, trabalhando para melhorar a prestação dos cuidados disponibilizados.

Neste âmbito, a obtenção da informação necessária para a avaliação da pessoa idosa poderá ser realizada através de diversos métodos, como sejam a entrevista ao idoso, entrevista ao cuidador ou aplicação de escalas de avaliação. Estas metodologias podem ser utilizadas individualmente, embora quando aplicadas em conjunto permitam uma maior obtenção de informação, e uma visão mais holística da pessoa e contexto em que se insere.

A avaliação do idoso tem como objetivo percecionar as principais limitações e quais as principais dimensões da funcionalidade, de modo a ser possível satisfazer as necessidades básicas da pessoa (Sequeira, 2010). Desta forma, após a avaliação do desempenho, através da utilização de escalas apropriadas, pode-se recorrer à entrevista semiestruturada, quer ao cuidador quer ao idoso, como meio de complementar a informação.

Estes dois tipos de abordagem (entrevista ao cuidador e entrevista ao idoso) são utilizados como meio de verificar as limitações no desempenho ocupacional através de vários pontos de vista, uma vez que Miller et al. (2013) refere que a informação descrita por um cuidador, relativamente às AVD de um idoso, difere muitas vezes da descrição que o idoso faz de si mesmo, sendo que esta diferença aumenta à medida que a capacidade cognitiva da pessoa idosa diminui. Esta diferença deve-se ao facto de que quanto maior o declínio cognitivo menor é a capacidade dos idosos para realizarem uma avaliação das suas próprias capacidades (Miller et al., 2013).

Concomitantemente verifica-se que apesar dos relatórios de auto preenchimento constituírem um fator importante na identificação de dificuldades, por vezes os idosos podem não relatar os seus problemas aos profissionais de saúde. Este facto deve-se a que alguns idosos tendem a sobrestimar as suas capacidades, podendo este comportamento ser explicado como um mecanismo de *coping*, vergonha de ser um fardo, ou uma falha na perceção das suas próprias capacidades (Rubenstein et al., 1984).

No entanto a avaliação feita através da perceção do idoso (questionário de auto preenchimento/entrevista semiestruturada) pode ser uma preciosa fonte de informação inclusive para auxílio no diagnóstico de declínio cognitivo ou de demência, uma vez que limitações na funcionalidade estão, nalguns casos, associadas a perda de algumas funções cognitivas (Dodge, Kadowaki, Hayakawa, Yamakawa, Sekikawa, & Ueshima, 2005). Alguns estudos tentam explicar esta correlação através do facto que a perda das funções executivas interfere com o desempenho em atividades de vida (Grigsby, Kaye, Baxter, Shetterly, & Hamman, 1998). Estudos de Miller et al. (2013) complementam que dificuldades nas competências viso-espaciais encontram-se fortemente correlacionadas com a perda de funcionalidade nas AVD.

Por outro lado, relativamente à informação prestada pelos cuidadores, denota-se que estes tendem a sobrestimar o tempo necessário para prestar assistência ao idoso, ou a exagerar na perceção da funcionalidade do idoso, como consequência da sobrecarga enquanto cuidadores (Cotter, Burgio, Stevens, Roth, & Gitlin, 2002; Rubenstein, Schairer, Wieland, & Kane, 1984). Contudo existem autores que contrapõem estas afirmações, descrevendo que variáveis como a relação entre o cuidador e o idoso ou a quantidade de tempo gasto com um idoso não se encontram relacionadas com a precisão dos relatos (Farias, Mungas, & Jagust, 2005). Neste âmbito apresentam-se resultados que apontam que, quando o cuidador é o cônjuge do idoso, existe uma maior precisão no relato e na descrição feita (Ready, Ott, & Grace, 2004). Especificamente estudos apontam que existe maior correlação entre o descrito pelo cuidador em áreas motoras como a mobilidade funcional (ex.: caminhar) e atividades como vestir e despir (Miller, Brown, Mitchell, & Williamson, 2013).

Ao nível dos instrumentos/escalas de medição estes são construídos para quantificar informação, que irá ser utilizada com vista a três objetivos: descrição, predição e avaliação. A descrição serve para verificar qual o estado da pessoa num dado momento no tempo (Kirshner, B., & Guyatt, 1985) sendo que os resultados permitem a comparação com outras pessoas. Por sua vez, um instrumento preditivo define os critérios segundo os quais o estado de uma pessoa é comparado. Por fim, uma escala de avaliação permite medir o estado da pessoa ao longo do tempo e detetar alterações na sua funcionalidade (Law & Letts, 1989).

Deste modo as escalas estandardizadas auxiliam na obtenção de informação confiável e mesurável sobre o estado de saúde da pessoa (Law & Letts, 1989). Por conseguinte considera-se crucial e pertinente perceber que escalas existem que

permitam avaliar e medir a funcionalidade, e de que modo estas são sensíveis às variações da funcionalidade, auxiliando o terapeuta ocupacional a direcionar a intervenção em função do que é importante e significativo para a pessoa.

Deste modo no capítulo seguinte será feita uma breve exposição dos principais instrumentos utilizados na medição da funcionalidade em AVDB e AVDI, destacando as suas vantagens e desvantagens face às diversas situações.

3.2 – Principais instrumentos de medição de Atividades Diárias

Na concretização deste capítulo teve-se em consideração fazer uma abordagem detalhada às principais escalas utilizadas pelos terapeutas ocupacionais na sua prática clínica. Neste âmbito foram comtempladas escalas que avaliam exclusivamente AVDB e/ou AVDI independentemente do número ou de quais as atividades avaliadas. Por outro lado foram excluídas aquelas que avaliavam a funcionalidade noutros domínios para além das AVDB e AVDI, escalas que avaliavam a funcionalidade das atividades de vida diária para uma patologia em específico, e escalas cuja informação de administração ou cotação se encontrasse indisponível.

Após este processo de triagem obteve-se 7 instrumentos de avaliação: o Índice de Barthel, o Índice de Kartz, a escala de Klein-Bell Ativities of Daily Living, a Kenny Self-Care Evaluation, a Melville-Nelson Self-Care Assessment (SCA), o Índice de Lawton, e a Perfomance Assessment of Self-Care Skills (PASS).

Barthel Index (Índice de Bathel):

O índice de Barthel foi criado em 1965 por Mahoney e Barthel, e avalia o nível de autonomia em 10 atividades da vida diária: ‘alimentação’, ‘transferências’, ‘arranjo pessoal’, ‘utilização do WC’, ‘banho’, ‘mobilidade’, ‘subir e descer as escadas’, ‘vestir’, ‘controlo intestinal’ e ‘controlo urinário’ (Radomski & Latham, 2008; Paul & Orchanian, 2003).

Em termos de versão portuguesa estudos apontam que esta escala foi validada para uma amostra de idosos não institucionalizados, pelos autores Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007).

Em termos quantitativos a pontuação final atribuída à funcionalidade varia entre 0 e 100 correspondendo 0 à máxima dependência para todas as AVDB e 100 autonomia total. Contudo há que ter em atenção que a pontuação de cada atividade é medida

separadamente. Desta forma cada AVDB pode apresentar entre 2 a 4 níveis de classificação de acordo com a sua importância: a pontuação 0 corresponde à dependência total e a autonomia pode assumir a pontuação 5, 10 ou 15 em função dos níveis de diferenciação (ex.: a atividade de banho dispõe apenas de dois níveis, enquanto que as transferências apresentam 4 níveis) (Coelho & Albuquerque, 2011).

Por conseguinte, quanto menor a pontuação maior o grau de dependência, sendo que estudos apontam a pontuação de 60 como ponto de corte entre a dependência e a autonomia. Concretamente os autores referem que numa pontuação acima de 60 a maioria dos pacientes são autónomos para cuidados pessoais essenciais como deslocar-se sem auxílio, alimentar-se, higiene pessoal e controlo intestinal e urinário, acrescentando que com valores iguais ou superiores a 85 os indivíduos são habitualmente autónomos, necessitando apenas de assistência mínima (Radomski & Latham, 2008).

Desta forma torna-se possível registar e medir a variação do nível de funcionalidade ao longo do tempo, possibilitando percecionar que existe uma regressão ou melhoria na autonomia. Na prática clínica este instrumento oferece informação relevante pois também permite conhecer em que atividades se localizam as incapacidades, e como tal adequar a prestação de cuidados de saúde (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

O modo de aplicação desta escala pode ser através de entrevista à pessoa e/ou a familiares, ou através da observação direta do desempenho da pessoa.

Como principais vantagens apresenta-se de fácil aplicação e interpretação, baixo custo, pouco tempo gasto no seu preenchimento e poder ser aplicado a todo o tipo de população de forma fiável ao longo do tempo (Coelho & Albuquerque, 2011). Por outro lado, como principais desvantagens apresenta o facto de não fornecer informação ao profissional de saúde sobre se a causa da dependência se deve a fatores de âmbito físico ou de âmbito cognitivo, não avaliar todas as atividades da vida diária, e não ser suficientemente sensível a pequenas mudanças na funcionalidade da pessoa.

Em termos de parâmetros psicométricos, verifica-se que a escala, para a população portuguesa, apresenta fiabilidade elevada e boa consistência interna (*alfa de Cronbach* de 0,96). No que concerne à validade demonstra uma correlação forte e positiva (0,84) com a escala de Lawton e Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

Na versão original os estudos apontam como um instrumento com bons parâmetros psicométricos a nível da validade, da fiabilidade e da sensibilidade para descrever mudanças no estado funcional ao longo do tempo, sobretudo em pessoas com incapacidade física devido a uma doença neurológica, como é o caso do AVC (Granger, Albrecht, & Hamilton, 1979).

Katz Index (Índice de Katz):

O índice de Katz foi escrito e desenvolvido, por Sidney Katz e seus colaboradores em 1963, para medir o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos, de forma a indicar o grau de severidade da doença e/ou avaliar a eficácia do tratamento. Katz sugere que, durante a reabilitação, as capacidades são ganhas de acordo com a sua ascendente complexidade, ou seja na mesma ordem que são adquiridas inicialmente, em crianças (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963; Radomski & Latham, 2008).

Esta escala avalia seis AVD: 'vestir', 'banho', 'utilizar o wc', 'mobilidade', 'continência' e 'alimentação'. Na versão original o formulário de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente que se contabilizam usando as definições propostas por Katz et al. 1963. No entanto, para obter a pontuação final contabiliza-se ambas as categorias de dependência apenas como uma. No final contabiliza-se a independência ou dependência de todas as atividades e atribui-se-lhes uma letra, correspondente a uma descrição proposta pelo autor:

Tabela 3 - Classificação por pontuação final do Índice de Katz (Adaptada de Katz et al., 1963)

Classificação por pontuação final do índice de Katz
A - Independente em alimentar-se, ser continente, mobilidade, utilizar a sanita, vestir-se e tomar banho
B - Independente em todas as funções exceto tomar banho e outra função
C - Independente em todas as funções exceto tomar banho, vestir-se e outra função
D - Independente em todas as funções exceto tomar banho, vestir-se, utilizar a sanita, e outra função
E - Independente em todas as funções exceto tomar banho, vestir-se, utilizar a sanita, mobilizar-se e outra função
F – Dependente em todas as funções
G - Dependente em pelo menos duas funções, mas não classificável como C, D, E ou F
Outra - Independente em todas as funções exceto tomar banho e outra função

De acordo com os estudos feitos, esta escala tem como principais vantagens a capacidade de prever a duração da estadia no hospital, a situação de vida um ano após a alta e a mortalidade. Em contrapartida, embora sensível a mudanças no estado de saúde,

apresenta pouca capacidade de evidenciar pequenos ganhos em saúde durante a reabilitação. Esta escala é de rápida aplicação, o que evita a sobrecarga do respondente e de quem aplica, contudo a sua utilização clínica encontra-se limitada, uma vez que, não oferece informação em detalhe para o plano de tratamento (Mendes, 2008; Radomski & Latham, 2008). A nível de medidas psicométricas apresenta em termos de fiabilidade boa consistência interna (alfa de *Cronbach* de 0.94) (Hamrin & Lindmark, 1988). Todavia outros estudos apontam a concordância entre observadores como baixa e uma fraca fiabilidade no teste-reteste (Brorsson & Asberg, 1984; Law & Letts, 1989).

No que concerne à validade, segundo Law e Letts, (1989) apresenta uma validade de conteúdo classificada como bom. A validade externa é suportada pela precisão com que esta escala prevê resultados para pessoas internadas, ou que sofreram um AVC (Brorsson & Asberg, 1984; Hamrin & Lindmark, 1988). Estudos de Hamrin e Lindmark (1988) descrevem uma validade convergente de 0.95 entre o "Activity Index" e o Índice de Katz.

Klein-Bell Activities of Daily Living Scale

Esta escala foi desenvolvida por Ronald Klein e por Beverky Bell em 1982, como forma de documentar alterações no estado funcional nas atividades da vida diária e concretamente que tarefas estão comprometidas, de forma a direcionar os objetivos da reabilitação. Como população-alvo, pode ser aplicado a pessoas com ou sem patologia, adultas ou crianças (Radomski & Latham, 2008; SCIRE, 2010).

A escala de Klein-Bell avalia seis AVDB que, na ausência de versão traduzida e validada para português, foram descritas por tradução direta como: 'vestir', 'utilização do wc', 'mobilidade', 'tomar banho e higiene', 'comunicação de emergência', 'alimentação'. Em termos de estrutura encontra-se dividida em 170 itens, correspondentes a tarefas inerentes a cada AVDB que o profissional de saúde vai cotando se a pessoa é capaz de as realizar ou não (Klein & Bell, 1982). Caso a individuo seja capaz de realizar alguma das tarefas com ajudas técnicas ou equipamento adaptado, a tarefa é cotada como sendo capaz (Radomski & Latham, 2008).

Especificamente, cada item tem atribuído *à priori* um valor que varia entre 1 e 3 e que foi calculado pelos autores com base em quatro fatores: importância para a saúde, grau de dificuldade para pessoas sem patologia, tempo necessário para realizar aquela tarefa, e sobrecarga para o cuidador (Klein & Bell, 1982). Deste modo para obter a pontuação final soma-se o valor de cada tarefa/item que a pessoa conseguiu realizar. As

pontuações variam entre 0 e 313 sendo que, quanto mais alta a pontuação maior o grau de autonomia (Klein & Bell, 1982).

Como principais vantagens denota-se que o facto de conter uma grande quantidade de itens torna este instrumento sensível a pequenas alterações na funcionalidade, possibilitando detetar problemas de uma forma mais detalhada e por conseguinte, auxiliar na delineação de objetivos de reabilitação (Radomski & Latham, 2008; SCIRE, 2010).

No que se refere a desvantagens, não foram encontrados artigos que mencionem desvantagens da aplicação deste instrumento, contudo o facto de estar disponível de forma muito restrita aparenta dificultar a sua divulgação e aplicação pelos terapeutas ocupacionais.

Em termos de medidas psicométricas manifesta em termos de fiabilidade uma concordância entre observadores de 0.92 em estudos no âmbito da reabilitação de adultos. Ao nível da validade, estudos com adultos demonstram uma correlação de 0.86 entre as pontuações das AVDB obtidas na escala de Klein-Bell e o número de horas necessárias para a assistência em autocuidados. Por último, em termos de responsividade, esta escala na atividade de tomar banho é sensível às pequenas mudanças de alteração da funcionalidade (Klein & Bell, 1982).

Para a população pediátrica apenas foram encontrados estudos com uma amostra pequena de crianças com paralisia cerebral, sendo que segundo esse mesmo estudo a escala de Klein-Bell apresenta-se como um instrumento válido e fiável (Law & Usher, 1988).

No que concerne à população portuguesa não foram encontrados estudos em que tenha sido utilizado este instrumento de medição.

Kenny Self-Care Evaluation

A escala de Kenny foi criada por Schoening e Iversen em 1965. Avalia a capacidade de uma pessoa para viver de forma independente em casa ou em ambiente protegido (McDowell, 2006).

Por conseguinte, segundo os autores apenas considera os requisitos mínimos para uma vida independente em casa, e classifica todas as AVDB como de igual importância. Na sua avaliação contempla atividades como: ‘mobilidade na cama’, ‘transferências’, ‘deslocações’, ‘vestir’, ‘higiene pessoal’, ‘controlo do intestino e da bexiga’, e ‘alimentação’ (McDowell, 2006).

A avaliação ocorre na medida em que os autores consideraram cada uma das AVDB como uma categoria-tema, sendo que dentro de cada categoria inserirem-se entre uma a quatro subactividades gerais, essenciais para se avaliar o desempenho da pessoa nessa AVDB. Descendo na hierarquia, cada subactividade subdivide-se em diversas tarefas, obtendo um total de 17 subactividades contendo 85 tarefas (McDowell, 2006).

O preenchimento desta escala é feito pelo profissional de saúde, através da observação direta das tarefas apresentadas, sendo que apenas podem ser cotadas as tarefas que o profissional pode observar. Por outro lado, se o profissional suspeitar que o desempenho da pessoa não reflete as suas verdadeiras capacidades devido a circunstâncias especiais (exemplo: fase aguda da doença) pode anotar essa observação no espaço da escala designado para o efeito (McDowell, 2006).

Para atribuir uma pontuação o profissional de saúde anota cada tarefa com uma de três respostas possíveis: "totalmente independente", "necessita de assistência ou supervisão", ou "totalmente dependente". No entanto, em vez de obter a pontuação total contabiliza-se cada subactividade separadamente, ou seja para cada subactividade o profissional utiliza a seguinte cotação:

Tabela 4 - Pontuação para cada subatividade na escala de Kenny Self-Care Evaluation (Adaptada de McDowell, 2006)

Pontuação para cada subatividade na escala de *Kenny Self-Care Evaluation*
4 - Todas as tarefas foram classificadas como "totalmente independente"
3 - Uma ou duas tarefas necessitam de assistência, todas as outras são realizadas de forma independente
2 - Outras configurações que não podem ser classificadas como 4,3,1 ou 0
1 - Uma ou duas tarefas necessitam de assistência, ou uma tarefa foi realizada de forma independente, contudo em todas as outras o paciente é dependente
0 - Todas as tarefas foram classificadas como dependente

De seguida a pontuação obtida em cada subactividade é somada com todas as outras subactividades da mesma categoria obtendo-se um "score" para cada categoria. Por último os scores de cada categoria são somados obtendo a pontuação final. Todavia, não foi possível encontrar *guidelines* sobre como interpretar as diversas pontuações obtidas (McDowell, 2006). Relativamente a este sistema de pontuação alguns autores consideram esta escala de difícil aplicação dada a grande quantidade de instruções para administração e cotação, bem como ao elevado número de tarefas que é necessário observar (Roach & Dillen, 1988).

Ao nível das medidas psicométricas na fiabilidade, o coeficiente da categoria locomoção (0.46) foi significativamente mais baixo comparativamente às restantes (0.71 até 0.94). Em termos de validade Gresham compara a escala de Kenny e o Índice de Barthel em pacientes com AVC obtendo uma correlação de Spearman de 0.73 (McDowell, 2006).

Melville-Nelson Self-Care Assessment (SCA)

Esta escala foi desenvolvida por ambos os autores que lhe conferem o nome, em 2002, e atua como uma ferramenta específica para terapeutas ocupacionais que desenvolvam a atividade profissional em lares e em reabilitação. Em termos de medição avalia o desempenho e o grau de suporte necessário em sete AVD: 'mobilidade na cama', 'transferências', 'vestir', 'alimentação', 'utilização do wc', 'higiene pessoal', e 'banho' (Nelson, Melville, Wilkerson, Magness, Grech, & Rosenberg, 2002).

Por conseguinte, para avaliar o desempenho cada uma das AVDB subdivide-se em grupos de três e até nove subactividades, consoante AVDB, sendo que para cada subactividade existem quatro tarefas. Para preencher e cotar o profissional de saúde observa o desempenho da pessoa em cada tarefa, marcando com um visto e atribuindo o valor de 1 ponto por cada vez que a pessoa não conseguir realizar a tarefa de forma independente (University of Toledo, 2013)

O somatório das tarefas que não consegue realizar é cotado no quadro correspondente ao grau de desempenho, para cada atividade da vida diária. No caso de alguma das subactividades não for considerada relevante pela pessoa não deve ser cotada. Para obter a pontuação total são somados o número de vistos assinalados podendo esta variar entre 0 e 140, correspondendo as pontuações mais altas a maiores índices de dependência (University of Toledo, 2013).

De modo a avaliar o grau de suporte o profissional de saúde classifica diretamente cada AVDB ('vestir', 'alimentação', 'transferências', etc.) de acordo com a seguinte escala:

Tabela 5 - Classificação do grau de suporte na escala SCA

Classificação do grau de suporte na escala *Melville-Nelson Self-Care Assessment*	
0	Não necessita de suporte/apoio
1	São fornecidos os materiais necessários ao desempenho da AVD
2ª	Necessita de orientação e ajuda física esporádica
2b	Necessita de auxílio físico de uma pessoa
3	Necessita de auxílio físico de duas pessoas

Para o caso especifico das categorias de classificação 2a e 2b estas podem ser cotadas de igual forma como dois, sendo que para efeitos estatísticos os autores consideram a categoria 2b como 3 e a categoria 3 como 4. O profissional de saúde atribui a cada AVD uma classificação e preenche o respetivo quadro correspondente ao grau de suporte (University of Toledo, 2013).

No que concerne às medidas psicométricas, na fiabilidade para pontuação total, apresenta uma concordância entre observadores de 0.94 e na validade manifesta uma correlação de 0.85 com a escala Medida de Independência Funcional (MIF), e de 0.86 com a escala de Klein-Bell (Nelson, Melville, Wilkerson, Magness, Grech, & Rosenberg, 2002). Em termos de responsividade demonstra sensibilidade para detetar mudanças desde o momento de admissão até à alta e a funcionalidade em casa semelhantes à MIF (correlação de 0,55) e à escala de Klein-Bell (correlação de 0,54) (Nelson et al., 2002).

Lawton Index (Índice de Lawton)

Criado por Lawton e Brody em 1969, o Índice de Lawton avalia as atividades de vida diária instrumentais (AVDI), possibilitando identificar melhorias ou deterioração ao longo do tempo (Lawton & Brody, 1969).

Esta avaliação incide sobre oito domínios de funcionalidade, sendo que inicialmente existiam diferenças na cotação entre géneros. Deste modo, inicialmente os elementos do género feminino eram avaliados nas 8 áreas de funcionalidade, enquanto os elementos do género masculino não eram avaliados na preparação de refeições, gestão da casa, e tratar da roupa (Lawton & Brody, 1969). Contudo, atualmente ambos os géneros são avaliados em todos os domínios.

Nesta escala são avaliadas atividades como ‘utilizar o telefone’, ‘fazer compras’, ‘preparação de refeições’, ‘gestão da casa’, ‘tratar da roupa’, ‘utilizar meios de transporte’, ‘gestão da medicação’ e ‘gestão do dinheiro’. Para avaliar a funcionalidade, cada atividade é atribuído o valor 0 caso a pessoa seja incapaz de executar autonomamente a atividade e valor 1 caso seja funcional. Por conseguinte o perfil funcional obtêm-se somando as pontuações de todas as atividades, sendo a pontuação de 8 classificada como autónomo e 0 como dependente (Lawton & Brody, 1969).

Como principais vantagens, esta escala possibilita conhecer informação sobre as competências necessárias para a vida em comunidade, auxiliando na determinação de objetivos de intervenção, e por outro lado é uma escala de rápida aplicação.

De igual forma salienta-se que existem estudos de validação desta escala para idosos não institucionalizados (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008).

No que concerne aos pontos fracos destaca-se o facto de este instrumento não apresentar sensibilidade para a deteção de pequenas mudanças na funcionalidade.

Em termos de medidas psicométricas a fiabilidade foi testada em correlação com a escala Physical Self-Maintenance Scale (PSMS) (Lawton & Brody, 1969). A correlação entre observadores foi de 85%. De modo a determinar a validade o Índice de Lawton foi correlacionado com 4 escalas Physical Classification, Mental Status Questionnaire, Behavior and Adjustment rating scale, e a PSMS, obtendo correlações significativas (Lawton & Brody, 1969). Na versão portuguesa os autores encontram uma fiabilidade elevada (alfa de *Cronbach* = 0.93). Em termos de validade externa foi feita uma correlação com o Indice de Barthel obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa (Araújo, Pais Ribeiro, A., Pinto, & Martins, 2008).

Performance Assessment of Self Care Skills (PASS)

A PASS é um instrumento de avaliação desenvolvido por Joan Rogers e Margo Holm (1989). Consiste numa escala que avalia a funcionalidade da pessoa através de 26 tarefas que se distribuem em 4 domínios: Mobilidade Funcional, Atividades da Vida Diária Básicas (AVDB), AVDI com enfoque na capacidade física, AVDI com enfoque na capacidade cognitiva.

A PASS compreende duas versões, uma clínica e outra para uso no domicílio sendo que as atividades de avaliação são idênticas, expecto que os materiais utilizados nalgumas atividades divergem (Rogers & Holms, 1989).

Em termos de tarefas, concretamente na mobilidade funcional considera-se: ‘mobilidade na cama’, ‘uso de escadas’, ‘mobilidade na casa de banho’, ‘mobilidade na banheira/polibã’, ‘andar dentro de casa’. No âmbito das AVDB é avaliado o desempenho ocupacional nas tarefas de ‘higiene oral’, ‘cortar as unhas dos pés’ e ‘vestir’. Para efeitos deste estudo e com vista à simplificação de conceitos utilizados optou-se por considerar as atividades de MF e AVDB como incluídas nas AVD assim como é descrito pelo Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional (Marques & Trigueiro, 2011).

Por sua vez, as AVDI que tem maior enfoque na capacidade física incluem ‘levar o lixo para a rua’, ‘fazer a cama de lavado’, ‘varrer’, ‘arrumar após a preparação de uma refeição’.

Em termos de AVDI de âmbito cognitivo a PASS contempla 14 tarefas: ‘fazer compras’, ‘pagar as contas com cheque’, ‘fazer o saldo do livro de cheques’, ‘enviar contar por correio’, ‘utilizar o telefone’, ‘gestão da medicação’, ‘obter informação importante via visual (ex.: através do jornal)’, ‘obter informação importante via auditiva (ex.: através do rádio)’, ‘fazer pequenas reparações’, ‘segurança em casa’, ‘jogar bingo’, ‘usar o forno’, ‘usar o fogão’, ‘usar utensílios afiados’.

Em traços gerais a PASS inclui 26 tarefas que se subdividem em diversas subtarefas, num total de 163, sendo que cada atividade pode incluir entre duas a 12 sub-tarefas dependendo do seu grau de complexidade.

Não existe uma ordem pré estabelecida para avaliar as atividades mas no geral os autores defendem que se devem iniciar com as AVDB referentes ao quarto. Deste modo o avaliador pode optar por alternar entre tarefas predominantemente cognitivas e tarefas de âmbito físico. No geral as tarefas de preparação da refeição e respetiva limpeza são avaliadas por último. Cada tarefa é avaliada em 3 parâmetros: segurança, autonomia e adequação sendo que ambas cotadas através de uma escala ordinal com 4 resultados possíveis que é apresentada na seguinte tabela 6.

Tabela 6 - Critérios de cotação da PASS para autonomia, segurança e adequação

Pontuação	Autonomia	Segurança	Adequação	
			Processo	Qualidade
3	Não é dada assistência para iniciar, continuar ou concluir a tarefa	Foram observados procedimentos seguros	Subtarefas desempenhadas com precisão e com economia de esforço e ação	Aceitável (padrões respeitados)
2	Não foi prestada assistência de nível 7-9, mas ocasionalmente foi prestada assistência de nível 1-6	Foram observados riscos mínimos, mas não foi prestada qualquer assistência	Subtarefas de uma forma geral foram desempenhadas com precisão e com economia de esforço e ação; ocasional falta de eficiência, ação redundante ou despropositada; foram executados todos os passos	Aceitável (padrões respeitados, mas é possível melhorar)
1	Não foi prestada assistência de nível 9 mas foi prestada ajuda ocasional de nível 7 ou 8; ou foi constantemente prestada ajuda de nível 1-6	Foram observados riscos para a segurança e prestado auxílio, para evitar possíveis danos	Subtarefas de uma forma geral foram desempenhadas com falta de precisão e/ou de economia de esforço e ação; ações consistentemente despropositadas ou redundantes; podem haver etapas não executadas	Duvidosa (padrões parcialmente respeitados)
0	Foi prestada ajuda de nível 9; ou foi constantemente prestada ajuda de nível 7 ou 8; ou incapaz de começar, continuar ou acabar a subtarefa ou a tarefa	Foram observados riscos para a segurança de tal gravidade que a tarefa foi interrompida ou levada a cabo pelo avaliador para evitar danos	As subtarefas são constantemente desempenhadas com falta de precisão e/ou economia de esforço e ação pelo que o desenvolvimento da tarefa se torna impossível	Inaceitável (não respeita os padrões)

No caso da autonomia esta é definida como a capacidade da pessoa iniciar, executar e finalizar uma atividade sem recurso à assistência de outra pessoa. Desta forma esta variável é determinada pelo grau de assistência necessário e pela frequência com que esta assistência é necessária. Por conseguinte, em termos de frequência pode ser classificada como ocasional ou contínua. No que concerne ao grau de assistência, este obedece a uma hierarquia na qual o terapeuta fornece gradualmente assistência e apenas a necessária para que a pessoa consiga executar a tarefa em questão.

Os diferentes graus de assistência considerados pela PASS encontram-se expressos na tabela 7, que se segue:

Tabela 7 – Níveis de assistência considerados pela PASS (Adaptado de Rogers & Holm, 1989)

Nível de assistência	
0	Sem assistência
1	Apoio verbal - encorajamento para iniciar, continuar, ou completar uma tarefa
2	Pistas verbais - pistas para iniciar, continuar ou completar a tarefa sem dizer ao paciente exatamente como proceder
3	Instruções verbais - frases verbais para iniciar, continuar ou completar uma tarefa
4	Gestos - comunicação não-verbal incluindo pistas tácteis para informar o cliente como iniciar, continuar ou terminar a tarefa
5	Reformulação do contexto ou da tarefa - manipulação de objetos da tarefa ou do contexto para facilitar o inicio, continuação ou termino da tarefa
6	Demonstração - modelagem com afirmações verbais (caso seja necessário) para ilustrar como iniciar, continuar ou completar uma tarefa
7	Orientação física - é necessário movimentar o corpo do paciente ou uma extremidade para facilitar uma ação que inicie, continue ou termine a tarefa.
8	Apoio físico - este tipo de assistência pressupõe que existe contacto físico para suportar o corpo e/ou uma extremidade para promover o inicio, continuação ou término de uma tarefa, podendo ser acompanhado de afirmações verbais
9	Assistência total - o avaliador faz a subtarefa pelo paciente de modo a compensar alguma dificuldade/deficiência que este apresente

Através da análise da tabela constatamos que os níveis 1-3 envolvem apenas apoio verbal, enquanto os níveis 4-6 requerem uma ação desenvolvida pelo avaliador. Por sua vez nos níveis 7 e 8 o avaliador necessita de mover o paciente, e no nível 9 o avaliador executa quase todas as tarefas pelo paciente.

Durante a avaliação quando o participante não consegue realizar uma tarefa de modo autónomo, o avaliador deve fornecer o suporte mínimo para que tal ocorra.

Deste modo, para calcular o nível de autonomia da pessoa em cada tarefa determina-se qual o grau de assistência necessário nas tarefas e qual a sua frequência. Concretamente em termos de frequência deve ser cotado o número de vezes que o avaliador fornece um determinado nível de assistência. No entanto não devem ser utilizados mais que três cotações para cada nível, pois recomendam os autores que quando a frequência é superior a três deve ser utilizado o nível de assistência seguinte.

De modo a calcular a autonomia atribuindo-lhe um valor de 3,2,1 ou 0 sendo que quanto maior o valor maior é a autonomia. Caso a pessoa consiga realizar a tarefa sozinha o avaliador deve assinalar a opção “não é necessário assistência”.

Após este procedimento calcula-se a média dos níveis de autonomia atribuídos a cada tarefa obtendo uma pontuação final que varia de 0 a 3. Esta pontuação é escrita na grelha correspondente na folha de pontuação (pontuação média da autonomia).

No que concerne à segurança esta baseia-se nos comportamentos que a pessoa adota durante o seu desempenho na atividade, sendo que o avaliador anota com uma cruz (X), ou outro símbolo, na coluna referente à segurança caso durante as subtarefas observe comportamentos de risco, por parte do paciente.

A segurança é avaliada no geral por tarefa e não por subtarefa, contrariamente ao que se verifica com a autonomia, obedecendo aos critérios que se encontram espelhados na tabela 6. No entanto o critério de segurança não é avaliado em atividades que não constituem um perigo físico imediato para a pessoa como é o caso do uso do telefone.

Em termos de adequação esta é avaliada em termos de processo e de qualidade, que caso o avaliador denote alguma ineficiência no desempenho da tarefa deve registar na coluna referente ao processo e proceder de igual modo, quando a qualidade não é aceitável.

Na escala original cada tarefa da PASS tem palavras duplamente sublinhadas e palavras com sublinhado simples que indicam os critérios de adequação. De um modo geral as palavras duplamente sublinhadas, referem-se aos critérios de processo ou seja descrevem como é expectável que a pessoa desempenhe a tarefa (ex.: descalça os sapatos, transporta a panela até à mesa, localiza a casa de banho). As palavras em sublinhado simples dizem respeito à qualidade da ação da pessoa (ex.: de um modo seguro, de forma controlada, mantêm o equilíbrio, não mais que duas tentativas).

Por outro lado, cada vez que os critérios de qualidade ou de processo não se verifiquem o avaliador deve anotá-lo na grelha de avaliação, na tarefa correspondente. Neste âmbito a adequação da tarefa é cotada quer em termos de qualidade quer em termos de processo, numa escala de 0 a 3.

O número de cruzes assinaladas na grelha de adequação da tarefa são utilizadas para determinar a pontuação sumária. Esta pontuação é baseada no total de tarefas de cada atividade usando os critérios de processo e de qualidade. Se a pontuação do processo e da qualidade forem diferentes deve-se usar a pontuação mais baixa.

Em termos de população alvo, esta escala pode ser utilizada com pessoas que apresentem uma limitação quer física quer cognitiva.

Outro fator relevante da PASS é o facto de que esta tem em consideração o princípio de intervenção baseada no cliente, e desta forma contempla a hipótese de

retirar itens que não são culturalmente relevantes, assim como acrescentar outras atividades consideradas fulcrais para o quotidiano.

No que concerne às medidas psicométricas a PASS apresenta bons resultados em termos de fiabilidade no teste-reteste (autonomia r= 0.92 a 0.96; segurança com 80% a 90% de concordância), e uma alta concordância entre observadores (autonomia 96%, segurança 97%) (Holm & Rogers, 2008).

Em termos de validade, a validade de conteúdo é baseada no OARS Multidimensional Fuctional Assessment Questionnaire (Pfeiffer, 1975) na Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) (Gurland et al., 1977), na Physical Self-Maintenance and Instrumental Self-Maintenance Scale (Lawton et al., 1982) e no Functional Activities Questionnaire. A validade de constructo da autonomia e da segurança foi estabelecida através da análise de um fator exploratório (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 4 – Métodos

Globalmente, quando se observa as diversas escalas mencionadas para medição do desempenho em atividades da vida diária e atividades de vida diária instrumentais, verifica-se que apenas uma, o índice de Barthel se encontra validada na população portuguesa.

Desta forma, como principais objetivos pretende-se contribuir para a validação da PASS na população portuguesa e identificar as principais problemáticas ao nível da funcionalidade em atividades significativas.

Como resultados esperados visa-se através da utilização desta escala, criar ferramentas que melhorem a prática clínica dos profissionais de saúde, nomeadamente, como forma de avaliar e determinar o grau de recuperação de pessoas incapacitadas, facilitar o estabelecimento de prioridades de intervenção dos cuidados de saúde, assim como desenvolver oportunidades para melhorar a sua autonomia na comunidade.

De modo a criar a versão portuguesa da PASS foi feito um contacto inicial, através de correio eletrónico, com uma das autoras a Professora Doutora Margo Holms, solicitando-lhe autorização para validação da escala para a língua e cultura portuguesa.

Após ter sido recebida uma resposta positiva e respetiva autorização da autora, o formulário de aplicação e pontuação da PASS foi submetido a um procedimento baseado em tradução/retroversão de acordo com as regras definidas pela WHO (2011), e deste modo criada a versão portuguesa da PASS. Este procedimento tem como objetivo criar diferentes versões noutras línguas, que possuam uma equivalência com o original (neste caso em Inglês), a nível não só linguístico mas também cultural. Desta forma o instrumento poderá ser aplicado e utilizado de um modo quase idêntico ao original tendo em atenção as questões culturais de cada sociedade, ao invés de uma simples equivalência linguística (WHO , 2011).

Neste âmbito, como primeira etapa ocorreu uma tradução de Inglês Americano para Português Europeu por dois tradutores de língua inglesa, com português como língua materna. As instruções clínicas contendo orientações relativamente ao material a ser utilizado, assim como instruções verbais que devem ser fornecidas ao indivíduo antes da execução das tarefas, foram traduzidas por uma terceira pessoa bilíngue em Português e Inglês.

No final obtiveram-se duas versões portuguesas do formulário de pontuação da PASS, bem como uma tradução das instruções clínicas que foram submetidas a análise. Este procedimento teve como objetivo consolidar as três traduções e uniformizar as expressões utilizadas, tornando a escala mais coerente e compreensível do ponto de vista linguístico.

De seguida procedeu-se a uma apreciação das tarefas em termos culturais sendo que foram retiradas, com o consentimento da autora, 8 tarefas no âmbito das AVDIC, constantes na escala original, que a seguir se identificam, 'pagar contas com cheque', 'fazer o saldo do livro de cheques', 'enviar contas por correio', 'obter informação importante via auditiva', 'obter informação importante via visual', 'consertar uma lanterna', 'jogar ao bingo' e 'utilizar o forno', por não possuírem relevância significativa na sociedade portuguesa. De seguida, também com o consentimento da autora, foram acrescentadas quatro tarefas consideradas como necessárias em termos de autonomia na comunidade portuguesa: 'pagar as contas com multibanco', 'obter informação importante pela televisão', 'mudar as pilhas de um comando de televisão' e 'uso do micro-ondas'.

A integração das tarefas supramencionadas na versão portuguesa foi realizada através do processo de construção de itens disponível no manual de utilizador da PASS, fornecido pela autora. De salientar que, as tarefas selecionadas foram escolhidas devido à sua funcionalidade ou por melhor se adequarem ao sistema de cotação utilizado pela PASS. Desta forma, embora existam outras atividades culturalmente relevantes não foram incluídas por diversas razões, nomeadamente serem atividades muito gerais ou desenvolvidas em vários contextos, ou difíceis de observar e de mensurar. Para além disso, em algumas tarefas da PASS original foram modificadas, de modo a melhor corresponder às diferenças culturais.

Concomitantemente foi enviado à Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra um pedido para a colaboração de um grupo de terapeutas ocupacionais, que desenvolvessem a sua prática clínica com pessoas adultas e idosas com incapacidade, a fim de constituírem o painel de peritos. De seguida, após aceitação da referida instituição em participar no estudo, realizou-se uma reunião de apresentação e explicação do modo de aplicação da escala ao respetivo painel de peritos.

A principal tarefa de um painel de peritos consiste em sintetizar uma grande variedade de *inputs* e, de seguida, produzir um relatório que forneça recomendações para futuras possibilidades e necessidades sobre o tema em análise. Este tipo de

metodologia é geralmente utilizado em temáticas que requerem elevados conhecimentos técnicos, ou em temáticas extremamente complexas em que é necessário uma síntese de vários peritos (Slocum, 2003).

Após o processo de tradução, o objetivo do painel de peritos consiste em identificar expressões linguísticas ou vocabulário técnico que possa ser incompreensível ou ambíguo e sugerir alternativas. Durante este processo, as linhas orientadoras da WHO (2011) defendem que o investigador deve fornecer quaisquer materiais que auxiliem na compreensão da tradução.

Deste modo aquando do envio da escala foi também fornecido aos peritos o manual de utilizador da PASS, com vista a facilitar a compreensão do modo de aplicação do instrumento. Posteriormente a escala foi revista pelos quatro elementos que constituem o painel, procedendo-se às devidas alterações até obtenção de um consenso final entre os peritos. Após este momento a escala foi enviada novamente à autora de modo a obter feedback.

Por conseguinte, a versão Portuguesa da PASS é composta por duas páginas para cada tarefa. Na primeira página constam as condições clínicas, nomeadamente o espaço e materiais necessários à avaliação, bem como as instruções clínicas, com as orientações a serem fornecidas à pessoa. A segunda página contêm uma tabela com todas as subtarefas a executar, a fim de que o examinador cote a autonomia, segurança e adequação ao longo da tarefa.

No seu total a PASS é constituída por 22 tarefas distribuídas pelos domínios MF (mobilidade funcional), AVDB (atividades da vida diária básicas), AVDIC (atividades de vida diária instrumentais cognitivas) e AVDIF (atividades de vida diária instrumentais físicas) de acordo com o apresentado na figura 7, que a seguir se apresenta:

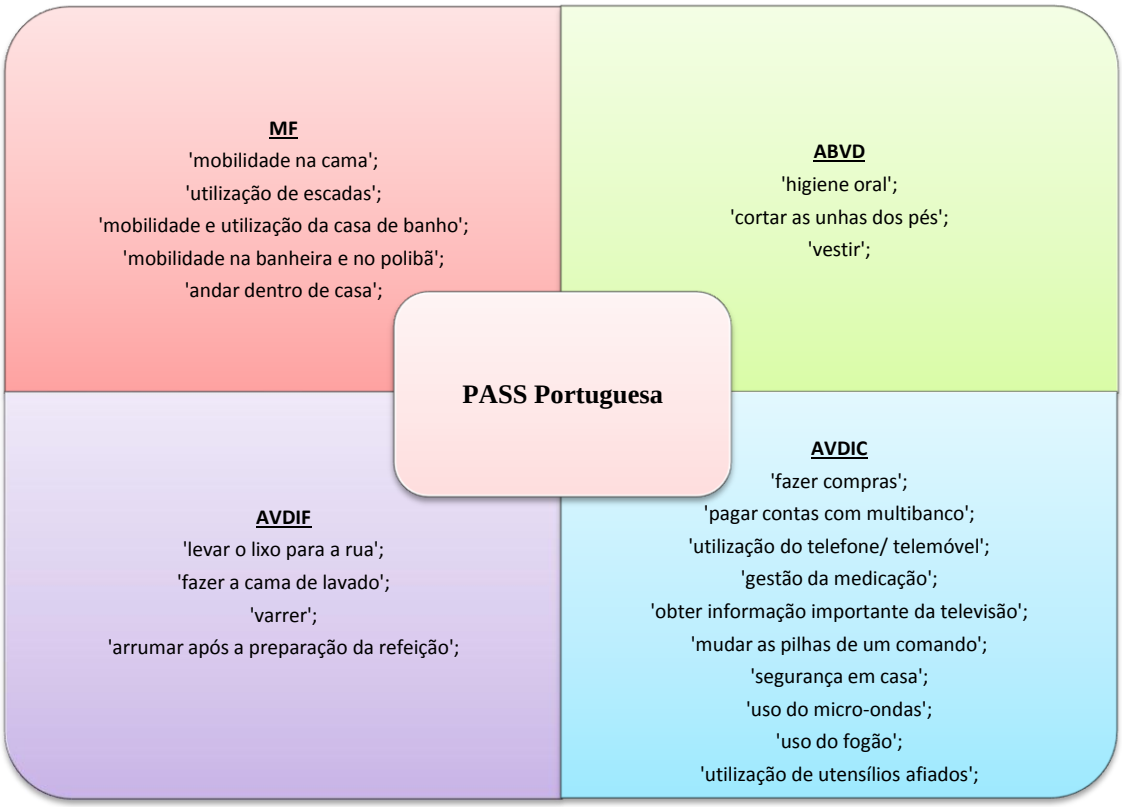

Figura 7 – Escala PASS versão Portuguesa. A versão Portuguesa da escala PASS é constituída por 22 tarefas agrupadas em 4 domínios identificados como: MF - Mobilidade funcional; AVDB - Atividades Básicas da Vida Diária; AVDIF - Atividades da Vida Diária Instrumentais Fisicas; AVDIC - Atividades da Vida Diária Instrumentais Cognitivas.

Quando considerada a categoria Mobilidade Funcional, a primeira tarefa consiste na 'mobilidade na cama'. Nesta tarefa o principal objetivo é avaliar o modo como a pessoa entra e sai da cama, assim como de que forma muda de posição dentro da cama. Esta tarefa inclui dez subtarefas que se dividem em seis subtarefas caso o indivíduo possua a capacidade de bipedestação ou em sete subtarefas para pessoas utilizadoras cadeira de rodas. Concretamente as subtarefas consistem em:

- Subtarefa 01 (indivíduo em pé) - Flete-se para se deitar na cama de uma forma controlada (não se atira);
- Subtarefa 02 (utilizador de cadeira de rodas) - Posiciona a cadeira de rodas e o corpo adequadamente para se transferir para a cama (cadeira a 45º com a cama, trava a cadeira, aproxima o corpo da frente da cadeira);
- Subtarefa 03 (utilizador de cadeira de rodas) - Transfere-se para cama adequadamente (não se atira);

- Subtarefa 04 (ambas as situações) - Ajusta a posição do corpo de forma a que o colchão suporte completamente todo o corpo (de barriga para baixo, de costas, de lado);
- Subtarefa 05 (ambas as situações) - Vira-se 180 graus de uma forma controlada (movimento suave, sem tentativas frustradas);
- Subtarefa 06 (ambas as situações) - Senta-se na berma da cama de uma forma controlada (não necessita de impulsão);
- Subtarefa 07 (utilizador de cadeira de rodas) - Posiciona a cadeira de rodas e o corpo adequadamente para se transferir para a cadeira (cadeira a 45º com a cama, trava a cadeira, aproxima o corpo da cadeira);
- Subtarefa 08 (pessoa em cadeira de rodas) - Transfere-se para cadeira adequadamente (não se atira);
- Subtarefa 09 (indivíduo em pé) - Levanta-se da cama de uma forma controlada (não se balança para ganhar impulso);
- Subtarefa 10 (indivíduo em pé) - Põe-se de pé, equilibra-se e mantém o equilíbrio (não se puxa para cima, não se agarra à cama ou a outros objetos).

A segunda tarefa 'utilização de escadas' consiste na avaliação do modo como o participante sobe e desce um lance de escadas. Para esta tarefa são consideradas três subtarefas:

- Subtarefa 01 - Sobe escadas com passo alternado mantendo o equilíbrio (não coloca os dois pés no mesmo degrau, não usa a parede para se amparar, nem usa o corrimão para puxar o corpo para cima);
- Subtarefa 02 - Posiciona-se no patamar adequadamente (a cerca de 15 cm da borda do patamar) mantendo o equilíbrio (não se inclina contra a parede para se apoiar, nem se encosta à parede);
- Subtarefa 03 - Desce as escadas com passo alternado mantendo o equilíbrio (não coloca os dois pés no mesmo degrau, não usa a parede para se amparar, nem desce apoiando todo o peso no corrimão).

Para a avaliação da tarefa 'mobilidade e utilização da casa de banho' solicita-se ao indivíduo que dispa a parte inferior da roupa (podendo utilizar uns calções de avaliação sobre a sua própria roupa) e que sente e levante da sanita. Esta tarefa é composta por doze subtarefas, nove para pessoas com capacidade de bipedestação e nove para utilizadores de cadeira de rodas que consistem em:

- Subtarefa 01 (ambas as situações) - Encontra a casa de banho facilmente (vai diretamente para a casa de banho);
- Subtarefa 02 (indivíduo em pé) - Coloca-se na posição correta em frente à sanita, mantendo o equilíbrio (não se agarra ao lavatório para se apoiar, não se agarra ao toalheiro para se apoiar);
- Subtarefa 03 (utilizador de cadeira de rodas) - Posiciona a cadeira de rodas e o corpo adequadamente para se transferir para a sanita (cadeira a 45º com a cama, trava a cadeira, aproxima o corpo da frente da cadeira);
- Subtarefa 04 (ambas as situações) - Arranja a roupa conforme necessário (para não se sujar) mantém o equilíbrio adequadamente (não perde o equilíbrio/cai para a frente/nem para trás);
- Subtarefa 05 (utilizador de cadeira de rodas) - Transfere-se para sanita adequadamente (não se atira);
- Subtarefa 06 (indivíduo em pé) - Baixa-se para a sanita de forma controlada (não se deixa cair, as nádegas estão centradas e bem colocadas no assento);
- Subtarefa 07 (ambas as situações) - Alcança e recolhe (segura e enrola) o papel higiénico, mantendo o equilíbrio (não cai para a frente nem para os lados);
- Subtarefa 08 (ambas as situações) - Limpa a área perineal adequadamente (remove sinais de urina e matéria fecal com papel higiênico);
- Subtarefa 09 (ambas as situações) - Põe o papel higiénico na sanita mantendo o equilíbrio (não cai para a frente nem para os lados);
- Subtarefa 10 (utilizador de cadeira de rodas) - Transfere-se para a cadeira adequadamente (não se atira);
- Subtarefa 11 (indivíduo em pé) - Levanta-se da sanita de uma forma controlada (não se balança para ganhar impulso, não perde o equilíbrio), mantém o equilíbrio em pé (não se balança, nem se "agarra" ao lavatório ou a outro objeto);
- Subtarefa 12 (ambas as situações) - Arranja a roupa adequadamente (ajusta-a corretamente na cintura) mantém o equilíbrio apropriadamente (não perde o equilíbrio/não cai para a frente/não cai para o tampo da sanita).

A tarefa 'mobilidade na banheira e no polibã' pretende avaliar as transferências para a banheira ou para o polibã, quer em situação de duche quer em caso de banho de imersão. Esta tarefa consiste em doze subtarefas das quais três são referentes ao duche (em polibã ou banheira) para pessoas com bipedestação e duas para utilizadores de cadeira de rodas. As situações de banho de imersão são avaliadas em cinco subtarefas.

Posteriormente duas subtarefas são utilizadas para avaliar o descalçar do calçado e das meias sendo a sua pontuação depois transferida para a tarefa de vestir.

- Subtarefa 01 (indivíduo em pé) - Entra na banheira de forma controlada (levanta os pés por cima do rebordo, não bate com os pés no rebordo, mantém o equilíbrio enquanto está em pé apoiado/a só numa perna);
- Subtarefa 02 (utilizador de cadeira de rodas) - Transfere-se adequadamente para a cadeira de banho ou para a banheira (trava a cadeira, mantém o equilíbrio, posiciona o corpo, coloca corretamente a tábua de transferência, não se atira);
- Subtarefa 03 (indivíduo em pé) - Vira-se (cerca de 180 graus para um lado e volta à posição inicial) de uma forma controlada (mantém o equilíbrio, não escorrega);
- Subtarefa 04 (indivíduo em pé) - Sai da banheira/polibã de uma forma controlada (levanta os pés por cima do rebordo da banheira/polibã, não bate com os pés no rebordo da banheira/polibã, mantém o equilíbrio enquanto está em pé apoiado/a só numa perna);
- Subtarefa 05 (utilizador de cadeira de rodas) - Transfere-se adequadamente para a cadeira de rodas (trava a cadeira, mantém o equilíbrio, coloca corretamente a tábua de transferência, não se atira);
- Subtarefa 06 (indivíduo em pé) - Entra na banheira de uma forma controlada (levanta os pés por cima do rebordo, não bate com os pés no rebordo, mantém o equilíbrio enquanto está em pé apoiado/a só numa perna);
- Subtarefa 07 (indivíduo em pé) - Baixa-se para se sentar no fundo da banheira de uma forma controlada (não se deixa cair);
- Subtarefa 08 (indivíduo em pé) - Senta-se no fundo da banheira e mantém o equilíbrio (não se agarra às paredes da banheira nem à saboneteira);
- Subtarefa 09 (indivíduo em pé) - Levanta-se do fundo da banheira de uma forma controlada (não se balança para ganhar impulso);
- Subtarefa 10 (indivíduo em pé) - Sai na banheira de uma forma controlada (levanta os pés por cima do rebordo, não bate com os pés no rebordo, mantém o equilíbrio enquanto está em pé apoiado/a só numa perna);
- Subtarefa 11 (ambas as situações) - Descalça-se eficientemente (não se debate para descalçar ou tirar os sapatos) e completamente (os dedos dos pés estão fora dos sapatos) *[Copie a pontuação para a tarefa nº7];*

- Subtarefa 12 (ambas as situações) - Tira as meias eficientemente (não se debate para fazer passar as meias nos calcanhares ou nos dedos dos pés) e completamente (dedos dos pés totalmente fora das meias) *[Copie a pontuação para tarefa nº7]*

Durante a avaliação da tarefa 'andar dentro de casa', é proposto à pessoa que ande até determinados pontos de uma sala de acordo com o diagrama fornecido na PASS (figura 8), permitindo assim determinar a sua autonomia, segurança e adequação enquanto se desloca.

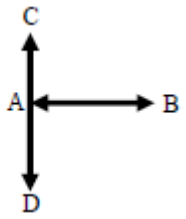

Figura 8 - Diagrama utilizado pela PASS para avaliação da autonomia, segurança e adequação durante a tarefa 'andar dentro de casa'. Durante a tarefa é solicitado à pessoa que se desloque do ponto A, para B; de A para C e de A para D.

Esta tarefa é avaliada do mesmo modo quer o indivíduo possua marcha autónoma, quer se desloque com um auxiliar de marcha ou cadeira de rodas. Por conseguinte as três subtarefas, que englobam esta atividade são:

- Subtarefa 01 (De A para B e voltar) - Anda esse percurso, vira-se e volta para trás mantendo o equilíbrio (não perde o equilíbrio, não usa os móveis ou as paredes para se equilibrar; não bate nem tropeça nos móveis);
- Subtarefa 02 (De A para C e voltar) - Anda esse percurso, vira-se e volta para trás mantendo o equilíbrio (não perde o equilíbrio, não usa os móveis ou as paredes para se equilibrar; não bate nem tropeça nos móveis);
- Subtarefa 03 (De A para D e voltar) - Anda esse percurso, vira-se e volta para trás mantendo o equilíbrio (não perde o equilíbrio, não usa os móveis ou as paredes para se equilibrar; não bate nem tropeça nos móveis).

A avaliação da tarefa 'higiene oral' corresponde à tarefa nº 4 da PASS Portuguesa e inclui-se nas Atividades da Vida Diária Básicas (AVDB). Nesta tarefa é solicitado à pessoa que lave os seus dentes ou dentadura, dentadura e dentes ou apenas as gengivas. Para tal, esta tarefa conta com treze subtarefas que se dividem em seis para pessoas que escovem só dentes, nove para pessoas que usam dentaduras e quatro para pessoas que limpam as gengivas.

- Subtarefa 01 (todos) - Ajusta a água adequadamente (temperatura morna, não retira as mãos e a água não está com demasiada pressão - não espirra no lavatório, na parede, nem no chão);
- Subtarefa 02 (dentes) - Manipula a bisnaga de forma a pôr na escova a quantidade de pasta adequada (consegue ver-se a pasta na escova);
- Subtarefa 03 (dentes) - Escova completamente todas as partes da boca onde tem dentes (não se veem restos alimentares);
- Subtarefa 04 (dentes) - Enxagua a boca e cospe para o local adequado (não engole a pasta, cospe para o lavatório mas não para o cesto do lixo);
- Subtarefa 05 (dentaduras) - Cumpre adequadamente todos os aspetos da preparação da solução (abre a embalagem, põe água suficiente sem salpicar);
- Subtarefa 06 (dentaduras) - Retira as dentaduras da boca (nenhuma dentadura ou parte dela são visíveis na boca);
- Subtarefa 07 (dentaduras) - Coloca as dentaduras na solução de uma forma controlada (sem deixar cair, os salpicos são mínimos) e ficam totalmente cobertas pela solução (não fica nenhuma parte de fora);
- Subtarefa 08 (dentaduras) - Escova e enxagua completamente todas as partes das dentaduras (não se veem restos alimentares);
- Subtarefa 09 (dentaduras) - Coloca corretamente todas as dentaduras na boca (ex.: a dentadura de cima em cima) e de forma segura (fixadas corretamente);
- Subtarefa 10 (dentaduras) - Toma as precauções adequadas para não danificar as dentaduras (agarra-as ou poisa-as de forma segura para que não caiam enquanto as escova ou enxagua);
- Subtarefa 11 (gengivas) - Limpa as gengivas totalmente (esfrega/escova a parte da boca que não tem dentes);
- Subtarefa 12 (todos) - Passa bem a escova por água (retira a pasta, restos alimentares);
- Subtarefa 13 (todos) - Fecha a torneira da água completamente.

A tarefa seguinte no grupo das AVDB é designada ‘cortar as unhas dos pés’ sendo que o seu principal objetivo consiste em avaliar a autonomia, segurança e adequação do participante enquanto este corta as unhas dos seus pés. Esta tarefa é composta por quatro subtarefas que se descrevem por:

- Subtarefa 01 - Segura o instrumento para cortar as unhas corretamente (pega no instrumento pela parte adequada, o instrumento está na posição correta a patilha de

segurança foi libertada alavanca do corta-unhas virada para a posição de cortar, segura a ponta correta da lima);

- Subtarefa 02 - Chega a cada pé (direito e esquerdo) e mantém o equilíbrio enquanto corta as unhas (não precisa de se segurar ao lavatório);
- Subtarefa 03 - Usa o instrumento para cortar as unhas de uma forma controlada (insere a unha no espaço entre as lâminas da tesoura ou do corta unhas ou posiciona a lima num ângulo apropriado em relação à unha, não se espeta nem corta a pele);
- Subtarefa 04 - Corta as unhas (duas em cada pé) adequadamente (corta toda a borda da unha, o corte é relativamente suave e uniforme).

A tarefa 'vestir', enquadra-se nas AVDB e, consiste em cotar o desempenho da pessoa enquanto veste e despe peças de roupa nomeadamente casaco com botões, calças ou calções e coloca um par de meias. Esta tarefa é composta por nove subtarefas, sendo que nas duas primeiras a pontuação é transcrita das últimas duas subtarefas da tarefa 'mobilidade na banheira e no polibã'.

- Subtarefa 01 (pontuação obtida na tarefa nº5) - Descalça os sapatos eficientemente (não se debate para descalçar ou tirar os sapatos) e completamente (os dedos estão fora dos sapatos);
- Subtarefa 02 (pontuação obtida na tarefa nº5) - Tira as meias eficientemente (não se debate para fazer passar as meias nos calcanhares ou nos dedos) e completamente (dedos totalmente fora das meias);
- Subtarefa 03 - Veste a peça de roupa da parte de baixo corretamente (alinha a frente do vestuário com a frente do corpo põe apenas uma perna numa calça) e mantém o equilíbrio (não tem de se amparar);
- Subtarefa 04 - Veste a parte de cima das peças de vestuário corretamente [usa só as mãos (não os dentes), agarra a segunda manga no máximo à segunda tentativa, a roupa fica do lado correto em relação a cada parte do corpo];
- Subtarefa 05 - Abotoa o casaco/ blusa corretamente (aperta todos os botões nas casas corretas, aperta cada botão à primeira ou à segunda tentativas);
- Subtarefa 06 - Despe a parte de cima da roupa corretamente [usa só as mãos (não os dentes), tira só a roupa que interessa];
- Subtarefa 07 - Despe a parte de baixo da roupa corretamente (tira só a roupa que interessa) e mantém o equilíbrio (não tem de se amparar);
- Subtarefa 08 - Calça as meias eficientemente (não se debate) e de forma correta (a meia está do direito, o calcanhar da meia sobre o calcanhar do pé);

- Subtarefa 09 - Calça os sapatos eficientemente (não se debate) e de forma correta (sapato direito/esquerdo no pé direito/esquerdo, sapato não é acalcanhado, o pé está enfiado no sapato, os atacadores/fechos estão apertados).

A tarefa nº 10 integra a categoria das AVDIF denomina-se de 'levar o lixo para a rua'. Durante a realização desta tarefa é solicitado aos participantes que levantem e transportem um saco com peso equiparado a um saco do lixo para fora de casa, e que de seguida retomem abrindo a porta da rua com uma chave fornecida pelo avaliador.

Para esta tarefa são descritas as seguintes oito subtarefas:

- Subtarefa 01 - Apanha o saco do chão mantendo o equilíbrio (não tenta agarrar-se para se equilibrar, não troca os pés para recuperar a postura);
- Subtarefa 02 - Levanta o saco de forma controlada (sem solavancos, o saco não baloiça);
- Subtarefa 03 - Transporta o saco mantendo o equilíbrio (não se inclina para o saco, não se inclina em direção oposta ao saco, não tenta agarrar-se para se equilibrar);
- Subtarefa 04 - Abre a porta o suficiente para poder passar com o saco (não bate na porta nem na ombreira quando sai);
- Subtarefa 05 - Põe o saco no chão de uma forma controlada (não deixa cair o saco, não se ouve um "baque" quando as latas pousam no chão);
- Subtarefa 06 - Vira-se para a porta e mantém o equilíbrio (não se agarra à parede para se amparar, não se ampara para se reequilibrar);
- Subtarefa 07 - Fecha a porta de forma controlada (não fecha a porta com o pé) mantendo o equilíbrio (não se agarra à parede para se amparar, não se ampara para se reequilibrar);
- Subtarefa 08 - Volta a abrir a porta usando a chave com um máximo de 3 tentativas (não se ouve mais de 3 cliques da chave ou "estalidos" da fechadura).

A tarefa 'fazer a cama de lavado' enquadra-se nas AVDIF e pretende-se que o indivíduo retire os lençóis e a fronha da almofada e que, de seguida os troque por outros, mudando a roupa da cama conforme é culturalmente aceite. Para tal, esta tarefa decompõe-se em seis subtarefas que de seguida se descrevem:

- Subtarefa 01 - Tira toda a roupa da cama mantendo o equilíbrio (retira tudo, exceto a proteção do colchão, não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça);

- Subtarefa 02 - Coloca o lençol de baixo sem que as pontas toquem no chão (o lençol é entalado por baixo do colchão) mantendo o equilíbrio (não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça);
- Subtarefa 03 - Coloca o lençol de cima e faz a dobra sem que as pontas batam no chão (as pontas caídas do lençol não chegam aos sapatos) mantendo o equilíbrio (não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça);
- Subtarefa 04 - Coloca a colcha / coberta sem que as pontas batam no chão (as pontas caídas da colcha não chegam aos sapatos) mantendo o equilíbrio (não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça);
- Subtarefa 05 - Coloca a almofada na fronha e encontra a abertura à primeira ou à segunda tentativas (não fica nenhuma parte da almofada de fora da fronha) mantendo o equilíbrio (não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça);
- Subtarefa 06 - Coloca a almofada na cabeceira da cama (parte em que o lençol de cima não está apanhado) mantendo o equilíbrio (não se encosta à cama ou a outros móveis para se equilibrar, não tropeça).

Considera-se a tarefa 'Varrer' (T16) como pertencente à categoria de AVDIF sendo que nela se pressupõe avaliar a autonomia, segurança e adequação da pessoa enquanto esta varre cereais espalhados pelo chão, e de seguida os coloca no lixo com o auxílio de uma pá (cabo longo ou cabo curto). Deste modo esta tarefa é composta por duas subtarefas:

- Subtarefa 01 - Varre todos os cereais para uma pá do lixo mantendo o equilíbrio (não ficam cereais no chão, não tenta apoiar-se na vassoura ou na pá do lixo);
- Subtarefa 02 - Despeja todos os cereais da pá do lixo para o caixote do lixo mantendo o equilíbrio (não ficam cereais na pá, nem no chão à volta do balde do lixo, não tenta apoiar-se na parede, na vassoura, nem na pá).

A tarefa 22 é a última a integrar o grupo das AVDIF e denomina-se de 'arrumar após a preparação de refeição'. Nela pressupõe-se que o indivíduo junte, lave e arrume de forma apropriada os utensílios de cozinha que usou durante as tarefas de preparar refeição (uso do micro-ondas, uso do fogão, utilização de utensílios afiados). De modo a proceder à avaliação são realizadas seis subtarefas:

- Subtarefa 01 - Junta toda a loiça/utensílios de cozinha que se sujaram com a refeição (vai buscar ao fogão, à banca, à mesa, etc.);

- Subtarefa 02 - Prepara adequadamente a água e o detergente para lavar a loiça e as panelas no lava-loiças (veem-se bolhas, a água está morna ou quente ao toque);
- Subtarefa 03 - Lava a loiça adequadamente (não ficam restos de comida nos pratos);
- Subtarefa 04 - Enxagua a loiça adequadamente (não se vê detergente, restos de alimentos ou resíduos);
- Subtarefa 05 - Coloca corretamente os pratos, as panelas e os utensílios lavados e passados por água no escorredor (não fica nada na banca ou no lava-loiças, não se veem restos de comida ou de detergente);
- Subtarefa 06 - Arruma/limpa adequadamente todos os espaços utilizados (balcão, mesa, fogão, lava-loiças, chão) (põe as sobras no frigorífico ou no lixo, não deita pedaços para o chão, limpa os espaços utilizados, de tal modo que não se veem restos de alimentos ou resíduos).

A tarefa número 08 designada de 'fazer compras' engloba-se na categoria de Atividades da Vida Diária Instrumentais Cognitivas (AVDIC). Nesta tarefa é expectável que o avaliado consiga reconhecer e escolher diversos produtos a partir de uma lista de compras. Após esta subtarefa a pessoa deve ser capaz de realizar operações de pagamento de compras utilizando dinheiro (moedas e notas) e cupões. A última subtarefa compreende noções de reconhecimento e cálculo do troco. Por conseguinte esta tarefa desenvolve-se nas seguintes cinco subtarefas:

- Subtarefa 01 - Seleciona os 4 produtos da lista de compras corretamente (identifica os produtos, e escolhe-os recolhendo-os num local);
- Subtarefa 02 - Seleciona a quantia correta para pagar os 4 produtos (o dinheiro dado corresponde ao montante da fatura);
- Subtarefa 03 - Seleciona o cupão de desconto correto para os produtos correspondentes (põe de parte o cupão de desconto, indica o produto correspondente, coloca o cupão de desconto no produto certo);
- Subtarefa 04 - Entrega o cupão correto e o dinheiro ao avaliador;
- Subtarefa 05 - Indica corretamente que o troco que recebeu está errado (falta dinheiro) e indica corretamente o troco que deveria ter recebido.

A tarefa 09 enquadra-se nas AVDIC e baseia-se em 'Pagar contas com multibanco'. Como o próprio nome indica pressupõe que o avaliado pague uma conta habitual (agua, luz ou gás) utilizando as operações disponíveis na caixa de multibanco. Esta tarefa compreende cinco subtarefas que se descrevem por:

- Subtarefa 01 - Insere o cartão no multibanco de forma adequada (não dobra o cartão, insere-o na ranhura correta);
- Subtarefa 02 - Coloca o pin do cartão em menos de 3 tentativas;
- Subtarefa 03 - Seleciona a opção pagamentos e insere os dados corretamente (lê os dados correspondentes entidade/referencia/ montante e insere-os no local adequado);
- Subtarefa 04 - Confere os dados de forma adequada;
- Subtarefa 05 - Retira o cartão de forma adequada.

A tarefa 'utilização do telemóvel ou telefone', pertence às AVDIC, e tem como principal objetivo avaliar a funcionalidade da pessoa através da realização de uma chamada para um serviço (no manual de utilizador é sugerido telefonar para a farmácia) e, posteriormente captar e reter informações transmitidas via telefónica. Para esta tarefa são avaliadas sete subtarefas:

- Subtarefa 01 - Obtém o número correto da farmácia (a partir da lista telefónica, operador, lista telefónica pessoal, memória, etc.);
- Subtarefa 02 - Posiciona o telefone/telemóvel de forma correta (a parte de ouvir junto à orelha, a parte falar junto à boca);
- Subtarefa 03 - Marca o número da farmácia corretamente (o número marcado corresponde ao que foi selecionado);
- Subtarefa 04 - Obtém a informação corretamente (localização e hora de fecho);
- Subtarefa 05 - Conclui a chamada corretamente (se foi uma pessoa a atender, despede-se e diz obrigado para dar a entender ao empregado que a chamada acabou e não são precisas mais informações, se for atendimento automático desliga);
- Subtarefa 06 - Pousa o telefone com segurança / carrega no botão de desligar corretamente (a chamada é terminada);
- Subtarefa 07 - Comunica informação plausível (horas de atendimento).

A tarefa 'gestão da medicação', integra as AVDIC e, tem como objetivo percecionar a funcionalidade da pessoa na administração da sua medicação. Para tal é solicitado que a pessoa seja capaz de ler os rótulos dos medicamentos e que realize a sua distribuição numa folha (que atua de modo semelhante a uma caixa de distribuição de comprimidos). As subtarefas são executadas com medicamentos com tampa à prova de criança e sem tampa à prova de criança. Por conseguinte as seis subtarefas que compõem esta atividade consistem em:

- Subtarefa 01 (frasco com tampa à prova de criança) - Indica corretamente a vez seguinte em que a medicação deve ser tomada (com base no tempo de teste corresponde às instruções do rótulo);
- Subtarefa 02 (frasco com tampa à prova de criança) - Abre o primeiro frasco de comprimidos com facilidade (à segunda tentativa);
- Subtarefa 03 (frasco com tampa à prova de criança) - Distribui os comprimidos pelos compartimentos de tempo certos para os 2 dias seguintes (todos os comprimidos e todos os compartimentos indicados, nos dias indicados);
- Subtarefa 04 (frasco sem tampa à prova de criança) - Indica corretamente a vez seguinte em que a medicação deve ser tomada (com base no tempo de teste corresponde às instruções do rótulo);
- Subtarefa 05 (frasco sem tampa à prova de criança) - Abre o segundo frasco de comprimidos com facilidade (à segunda tentativa);
- Subtarefa 06 (frasco sem tampa à prova de criança) - Distribui os comprimidos pelos compartimentos de tempo certos para os 2 dias seguintes (todos os comprimidos e todos os compartimentos indicados, nos dias indicados).

A tarefa 'obter informação importante da televisão' é considerada AVDIC e, visa que o indivíduo leia e ouça uma notícia divulgada na televisão que constitui um problema. Após este momento é expectável que a pessoa seja capaz de nomear uma ação plausível a empreender em função do problema apresentado. Neste âmbito esta atividade compreende duas subtarefas que se apresentam de seguida:

- Subtarefa 01 - Comunica o problema com precisão (ex.: água contaminada);
- Subtarefa 02 - Indica uma ação a empreender em resultado do problema que é plausível (solução= ferver água, comprar água engarrafada).

A tarefa 15 diz respeito à ação de 'trocar as pilhas de um comando de televisão' sendo que nela objetiva-se que o indivíduo seja capaz de reconhecer o problema proposto, e consequentemente procurar formas e estratégias adequadas para o solucionar. Esta tarefa enquadra-se no âmbito das AVDIC sendo que de seguida se expõem as quatro subtarefas que a constituem:

- Subtarefa 01 - Manipula o comando adequadamente (retira a tampa cuidadosamente, retira as pilhas gastas com cuidado);
- Subtarefa 02 - Identifica adequadamente o número e o formato de pilhas a utilizar;

- Subtarefa 03 - Coloca as pilhas adequadamente (pilhas de acordo com a posição indicada no comando) e coloca corretamente a tampa do comando (comando bem fechado);
- Subtarefa 04 - Confirma de forma adequada se o comando está a funcionar.

Na tarefa 'segurança em casa' pretende-se que a pessoa reconheça situações comuns de perigo que podem ocorrer no contexto habitacional, sendo que, depois a pessoa deve nomear uma ação adequada para evitar esse mesmo perigo. Esta atividade é composta por seis subtarefas que se descrevem por:

- Subtarefa 01 (perigo: tapete) - Identifica corretamente o perigo de tropeçar (poderia tropeçar num tapete enrolado);
- Subtarefa 02 (perigo: tapete) - Sugere uma forma aceitável de evitar o risco de tropeçar (tirar o tapete, usa um tapete com antiderrapante);
- Subtarefa 03 (perigo: faca) - Identifica corretamente o perigo de se cortar (faca com a lâmina para cima);
- Subtarefa 04 (perigo: faca) - Sugere uma forma aceitável de evitar o perigo de se cortar (guardar a faca com a lâmina para baixo ou guarda na gaveta imediatamente depois de a lavar e secar);
- Subtarefa 05 (perigo: arrumação dos óleos) - Identifica corretamente o problema de arrumação (o produto para os móveis poderia acidentalmente ser usado em vez do óleo de cozinha, envenenamento possível);
- Subtarefa 06 (perigo: arrumação dos óleos) - Sugere uma forma aceitável de corrigir o problema de arrumação (retirar o produto para os móveis do armário da cozinha e guardá-lo debaixo do lava-loiças, na casa de banho, ou num armário do corredor).

A tarefa 'uso do micro-ondas' é categorizada como AVDIC, e insere-se dentro das quatro tarefas que envolvem preparar uma refeição completa e arrumar o material utilizado. Nesta tarefa em concreto é solicitado à pessoa que aqueça um segundo prato de uma refeição utilizando o micro-ondas. Neste âmbito a avaliação é constituída pelas seguintes oito subtarefas:

- Subtarefa 01 - Coloca o 2º prato num recipiente próprio para o micro-ondas sem salpicar (não derrama comida para o chão nem para o balcão);
- Subtarefa 02 - Coloca o recipiente no micro-ondas (posiciona-o no centro do micro-ondas);
- Subtarefa 03 - Liga o micro-ondas corretamente (manipula o botão o para tempo e energia – 2 minutos e meio a 3 minutos ligado);

- Subtarefa 04 - Monitoriza a comida de forma adequada (deixa a comida no micro-ondas por um tempo adequado);
- Subtarefa 05 - Remove o recipiente do micro-ondas enquanto a comida ainda está quente (vapor pode ser visto a sair do recipiente, verifica se a comida está morna ao toque ou ao provar);
- Subtarefa 06 - Fecha a porta do micro-ondas;
- Subtarefa 07 - Transporta e coloca a comida nos pratos corretamente (usa luva por baixo do recipiente ou fá-lo deslizar por cima do balcão por uma questão de estabilidade quando em presença de fraqueza ou tremor, não entorna para o chão);
- Subtarefa 08 - Transporta os pratos para a mesa corretamente (usa luva por baixo dos pratos ou usa carrinho quando em presença de fraqueza, tremores ou instabilidade; usa a borda do prato para transportar, não entorna para o chão).

A tarefa 'uso do fogão' engloba-se nas AVDIC e pretende cotar a autonomia, segurança e adequação da pessoa enquanto aquece sopa utilizando um fogão a gás ou elétrico, através de sete subtarefas que de seguida se discriminam:

- Subtarefa 01 - Coloca a panela no bico de gás ou da chapa correta (o/a mais próximo da panela);
- Subtarefa 02 - Acende/liga corretamente o bico de gás/chapa (mexe no manípulo do bico de gás em cima do qual está ou vai estar a sopa, regula o comando para médio ou alto);
- Subtarefa 03 - Vigia a sopa adequadamente (mexe, regula a temperatura conforme a necessidade, a sopa não fica agarrada à panela, verifica que a temperatura da sopa está quente e não morna ao toque ou provando a sopa);
- Subtarefa 04 - Retira a panela do fogão quando a sopa ainda está quente (é possível ver o fumo a sair da panela, verifica tocando ou provando, que a temperatura da sopa está quente ou morna);
- Subtarefa 05 - Desliga o bico de gás/chapa rapidamente (+/- 1 minuto antes de retirar a sopa de cima do fogão);
- Subtarefa 06 - Transporta e coloca a sopa nos pratos corretamente (usa luva por baixo da panela ou faz a panela deslizar por cima do balcão por uma questão de estabilidade quando em presença de fraqueza ou tremor, não entorna para o chão, apenas alguns pingos pequenos no balcão);

- Subtarefa 07 - Transporta os pratos para a mesa corretamente (usa luva por baixo da taça ou usa carrinho quando em presença de fraqueza, tremores ou instabilidade, usa a borda do prato para transportar, não entorna para o chão).

A vigésima primeira tarefa da PASS Portuguesa designa-se de 'utilização de utensílios afiados', e classifica-se como AVDIC. Para esta tarefa é proposto ao indivíduo que selecione uma maçã e que a descasque conforme a instrução dada utilizando para tal uma faca apropriada para o efeito. Deste modo a avaliação é constituída por quatro subtarefas:

- Subtarefa 01 - Retira o fruto correto do frigorífico (maçã);
- Subtarefa 02 - Seleciona a faca apropriada (faca de descascar ou outra faca pequena);
- Subtarefa 03 - Corta o fruto em 8 partes, tira o caroço à maçã e tira-lhe a casca corretamente (8 pedaços, tira o caroço, tira as sementes, tira a casca);
- Subtarefa 04 - Transporta corretamente para a mesa o prato com a maçã (não leva a faca, usa um carrinho se sentir fraqueza, tremor ou instabilidade, não deixa cair ao chão).

De modo a proceder à validação cultural procurou-se formar o grupo estudado. Por conseguinte, para os fins desta investigação foi feito um pedido a duas IPSS, do Conselho de Coimbra, constituídas por diversas valências para idosos ou pessoas adultas incapacitadas, sendo posteriormente escolhidas pessoas que respeitassem os critérios de inclusão e exclusão (Marshall, 1996). Nesta fase, foram também selecionadas algumas pessoas a residir na comunidade que se enquadrassem nos parâmetros estabelecidos para este estudo.

Através deste método criou-se uma amostra por conveniência selecionando-se pessoas às quais existia facilidade de acesso (Patton, 2002; Turato, 2005).

Como critérios de inclusão definiu-se indivíduos que se encontrassem inseridos na faixa etária adulta ou idosas que apresentassem algum tipo de incapacidade.

Concretamente em Portugal, para efeitos estatísticos as pessoas são consideradas em idade adulta desde que completam a maioridade, aos 18 anos, até aos 65 anos (Direção Geral da Saúde, 2011), embora eventualmente também se pode considerar o início da idade idosa a partir dos 60 anos (WHO, 2010).

A escolha deste tipo de amostragem prende-se com o facto de nesta população existir uma maior probabilidade de perda de autonomia, e desta forma ser necessária a atuação de um terapeuta ocupacional.

Os critérios de exclusão aplicam-se a todas as pessoas que não se encontrassem capazes de expressar de forma clara, e coerente, as suas ideias, bem como comunicar oralmente ou por escrito de forma percetível.

Paralelamente procurou-se que o grupo estudado contivesse alguma diversidade de características, de modo a garantir a heterogeneidade, e consequentemente torná-lo o mais representativo possível da população-alvo (Fortin, 2000). Por conseguinte, procurou-se constituir uma amostra com pessoas de ambos os géneros e diferentes idades, bem como em diversos estágios de saúde.

Com estas considerações em mente foi enviado um pedido de colaboração à Casa de Repouso de Coimbra, que apoia um total de, aproximadamente, 91 pessoas, distribuídas por diversas valências, nomeadamente Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Centro de Noite, bem como à Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra em concreto às valências de Centro de Atividades Ocupacionais e Formação Profissional. Concomitantemente foram também selecionadas algumas pessoas residentes na comunidade.

Posteriormente, após autorização para desenvolvimento de estudo nas referidas instituições, realizou-se uma abordagem inicial aos participantes, na qual foi explicado o objetivo do estudo, o que era pretendido e solicitada autorização para participação através de um termo de consentimento informado. Este procedimento visa informar, por escrito, qual a natureza do estudo e seus procedimentos, de modo a que o participante compreenda a informação que lhe é transmitida e tome uma decisão consciente, livre e informada de participar voluntariamente na investigação (Green & Trorogood, 2005).

De ressalvar que o consentimento informado, fornecido aos utentes integrantes neste estudo, foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Em utentes cuja incapacidade física ou baixa escolaridade se manifestasse como impeditiva de assinar, a autorização foi obtida por consentimento verbal e o consentimento assinado por uma testemunha da confiança do utente na sua presença. Este procedimento é também designado por *assinatura a rogo*. Em utentes com alguma incapacidade cognitiva foi também solicitado o consentimento de forma verbal e a assinatura do seu consentimento na presença de uma testemunha.

Não obstante durante a aplicação da escala foi respeitada a vontade do utente sendo aplicadas apenas as tarefas nas quais era da sua vontade participar.

De igual forma foram respeitados os princípios éticos de privacidade e da confidencialidade dos dados obtidos junto dos participantes. Neste sentido os dados recolhidos foram apenas utilizados para fins deste estudo, assim como a identificação dos participantes foi mantida como confidencial (Fernández-Ballesteros, 2004; Green & Trorogood, 2005).

Todos os procedimentos éticos e metodológicos supramencionados foram executados de igual forma aos participantes residentes na comunidade.

Durante a aplicação da escala foram mantidas em consideração algumas situações que de seguida se encontram explicitadas.

Primeiramente de acordo com a escala hierárquica definida para as atividades, foram aplicadas as atividades básicas da vida diária (ABVD) e mobilidade funcional (MF). No caso de os participantes não oferecerem condições físicas, cognitivas ou de segurança mínimas para realizar estas atividades, não foram aplicadas as tarefas referentes às atividades de nível superior de complexidade, ou seja as atividades da vida diária instrumentais (AVDI).

De ressalvar ainda que tarefas que não eram significativas para a pessoa também não foram aplicadas, tal como explicitado pela autora no manual de utilizador, bem como quando alguma atividade estava contraindicada pelo médico. Por último, respeitando os princípios de ética inerentes a este estudo não foram executadas tarefas sem o prévio consentimento do participante.

Após a aplicação da escala os dados foram tratados utilizando a ferramenta estatística SPPS versão 23

Como hipóteses de estudo pretendeu-se verificar, através dos resultados obtidos, se a variável idade constitui um fator influenciador da autonomia, segurança e da adequação, durante o desempenho de tarefas significativas. De igual modo pretendeu-se estudar se existia alguma diferença estatística entre o género feminino e o género masculino nos três critérios de desempenho já mencionados (autonomia, segurança e adequação).

Após a conclusão destas hipóteses de estudo foram realizados testes estatísticos, de modo a aferir a concordância entre observadores em cada tarefa.

Capítulo 5 – Resultados

Na seguinte tabela 8 apresentam-se os resultados sociodemográficos e de local referentes aos participantes na aplicação para validação da PASS.

Tabela 8 – Resultados sociodemográficos, da população estudada para validação, e de local da amostra da PASS Portuguesa. São apresentados os valores de frequência e percentagem relativamente às variáveis idade, género e local

Variável		Frequência	Percentagem
Idade	<60	35	35,7
	[60 - 80[	25	25,5
	80+	38	38,8
	Média	64,2	
	Mediana	68,5	
	Máximo	97	
	Mínimo	22	
Género	Masculino	38	38,8
	Feminino	60	61,2
Local	UCC	37	38
	Centro de Noite	15	15
	Comunidade	16	16
	APCC	30	31

Pela análise da variável idade podemos verificar que a maioria dos participantes encontra-se no grupo de pessoas com mais de 80 anos, seguindo-se pessoas com idade inferior a 60 anos. Em paralelo observa-se que a média das idades é de 64,2 anos e a mediana de 68,5 anos.

Em termos de género, a partir dos dados apresentados, é possível concluir que a amostra abrange um total de 98 participantes, sendo constituída maioritariamente por elementos do género feminino (N=60).

No que concerne ao local onde se procedeu à aplicação da escala, pode constatar-se que maioritariamente foi aplicada na Unidade de Cuidados Continuados (N=37) e na APCC (N=30) correspondendo respetivamente a 38% e 31% da amostra total.

Em termos de pontuações obtidas de seguida proceder-se-á à sua exposição enquadradas em cada um dos quatro domínios que compõem a PASS (Mobilidade Funcional (tabela 9), Atividades da Vida Diária Básicas (tabela 10), Atividades da Vida Diária Instrumentais Físicas (tabela 11), Atividades da Vida Diária Instrumentais Cognitivas (tabela 12). Nas diferentes tarefas são espelhados os resultados obtidos ao nível dos parâmetros autonomia, segurança e adequação em termos de média, pontuação máxima e mínima.

Tabela 9 - Cotações obtidas nas tarefas que constituem o domínio Mobilidade Funcional no que se refere aos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias dos resultados, valores máximos e mínimos

Mobilidade Funcional (MF)

Tarefa		Autonomia (%)	Segurança (%)	Adequação (%)
'mobilidade na cama' N = 96	Média	75,7	72,2	66,3
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
'utilização de escadas' N = 58	Média	93,3	88,5	79,9
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	33,3	33,3	0,0
'mobilidade e utilização da casa de banho' N = 94	Média	80,0	75,9	65,2
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
'mobilidade na banheira e no polibã' N = 95	Média	68,0	58,6	60,0
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
'andar dentro de casa' N = 95	Média	87,2	84,9	76,1
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0

Análise SPSS da PASS

Desta categoria a tarefa 'utilização das escadas' é aquela que foi executada por um menor número de participantes (N=58). Estes resultados devem-se ao facto de esta atividade não ter sido aplicada em pessoas que se deslocam em cadeira de rodas, canadianas, pessoas amputadas, ou pessoas que não possuem marcha. Em contrapartida a tarefa 'mobilidade na cama' foi executada por um maior número de participantes (N=96).

A nível de média de resultados nos parâmetros de cotação podemos observar que todas as tarefas apresentam valores superiores a 50%. Em traços gerais é possível percecionar que o parâmetro autonomia revela valores superiores aos restantes em todas as tarefas. Por outro lado a adequação é por norma o parâmetro com menor pontuação,

excetuando a tarefa ‘mobilidade na banheira e no polibã’, cujo valor mais inferior surge na segurança. Concretamente a atividade ‘utilização de escadas’ é considerada como a que apresenta valores mais elevados em todos os parâmetros no domínio Mobilidade Funcional. Em contrapartida a tarefa ‘mobilidade na banheira e no polibã’ apresenta-se como aquela em que os participantes revelaram piores índices de autonomia, segurança e adequação.

Tabela 10 - Cotações obtidas nas tarefas que constituem o domínio Atividades de Vida Diária Básicas no que se refere aos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias dos resultados, valores máximos e mínimos.

Atividades de Vida Diária Básicas (AVDB)

Tarefa		Autonomia (%)	Segurança (%)	Adequação (%)
‘higiene oral’ N = 96	Média	86,1	87,2	78,8
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
‘cortar as unhas dos pés’ N = 53	Média	55,2	50,3	35,8
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
‘vestir’ N = 96	Média	69,8	65,3	59,7
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0

Análise SPSS da PASS

Nesta categoria as pontuações obtidas situam-se acima dos 35%. Em termos de participação denota-se que houve um menor número de pessoas a executar a tarefa de ‘cortar as unhas dos pés’ (N=53). De igual modo é nesta tarefa que se manifestam os níveis mais baixos de autonomia (55,2%) segurança (50,3%) e adequação (35,8%).

Por outro lado a tarefa ‘higiene oral’ apresenta os valores mais elevados na autonomia, segurança e adequação, aproximadamente ao nível dos 80%. Para esta tarefa o critério com melhor resultado foi a segurança, contrastando com as restantes tarefas em que a melhor pontuação se verificou na autonomia. Para todas as tarefas o critério adequação foi o que evidenciou piores resultados.

Tabela 11 - Cotações obtidas nas tarefas que constituem o domínio Atividades de Vida Diária Instrumentais Físicas no que se refere aos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias dos resultados, valores máximos e mínimos.

Atividades de Vida Diária Instrumentais Físicas (AVDIF)

Tarefa		Autonomia (%)	Segurança (%)	Adequação (%)
'levar o lixo para a rua' N = 54	Média	92,2	87,7	78,4
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	25,0	33,3	33,3
'fazer a cama de lavado' N = 39	Média	82,3	83,8	66,7
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	16,7	0,0	0,0
'varrer' N = 44	Média	92,0	90,9	80,3
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	16,7	0,0	33,3
'arrumar após preparação de refeição' N = 56	Média	83,3	79,2	73,2
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0

Análise SPSS da PASS

Quando se observa em detalhe a categoria de Atividades da Vida Diária Instrumentais Físicas observa-se que a tarefa com maior número de participantes consiste em 'arrumar após uma refeição' (N=56), seguida da tarefa 'levar o lixo para a rua' (N=54).

Por sua vez 'fazer a cama de lavado' foi a tarefa menos executada com 39 participantes. Em relação a esta tarefa uma possível explicação prende-se com o facto de uma grande percentagem da amostra se encontrar em condições de institucionalização, onde frequentemente não existe a necessidade de realizar esta tarefa no dia-a-dia. Por outro lado existe uma elevada exigência e esforço físico associado a esta tarefa o que pode condicionar a sua execução em utentes com um grau de saúde mais debilitado.

Em termos de resultados quando comparando com as categorias MF e AVDB verificou-se que todas as tarefas apresenta pontuações mais elevadas, ou seja acima de 66,7%.

Especificamente quando analisadas as tarefas desta categoria denota-se que a tarefa ‘levar o lixo para a rua’ foi a que apresentou maior percentagem de autonomia (92,2%). Nos restantes parâmetros os maiores valores de segurança e adequação observaram-se durante a concretização da tarefa ‘varrer’, com 90,9% e 80,3% respetivamente.

Por outro lado concluiu-se existe uma menor autonomia (82,3%) e adequação (66,7%) durante o desempenho da tarefa ‘fazer a cama de lavado’, bem como menores indicadores de segurança durante a arrumação após refeição (79,2%).

Á semelhança dos resultados obtidos nas restantes categorias, o parâmetro autonomia foi superior aos restantes em todas as tarefas, excetuando a tarefa ‘fazer a cama de lavado’, na qual o critério com maior score foi a segurança (83,8%). A adequação revelou-se como o critério com menores pontuações em todas as tarefas.

Tabela 12 - Cotações obtidas nas tarefas que constituem o domínio Atividades de Vida Diária Instrumentais Cognitivas no que se refere aos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias dos resultados, valores máximos e mínimos.

Atividades da Vida Diária Instrumentais Cognitivas (AVDIC)

Tarefa		Autonomia (%)	Segurança (%)	Adequação (%)
‘fazer compras’ N = 75	Média	72,3		66,7
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	0,0		0,0
‘pagar contas com multibanco’ N = 19	Média	98,6		98,2
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	80,0		66,7
‘utilização do telefone/ telemóvel’ N = 71	Média	84,9		73,7
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	0,0		0,0
‘gestão da medicação’ N = 64	Média	65,1	76,0	60,4
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	0,0	0,0	0,0
‘obter informação importante da televisão’	Média	74,4		70,6
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	0,0		0,0

N = 93				
‘mudar as pilhas de um comando de televisão’ N = 53	Média	80,6		81,1
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	0,0		0,0
‘segurança em casa’ N = 92	Média	72,0		63,8
	Máximo	100,0		100,0
	Mínimo	0,0		0,0
‘uso do micro-ondas’ N = 56	Média	91,0	79,8	76,2
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	41,7	33,3	33,3
‘uso do fogão’ N = 41	Média	84,0	69,1	73,2
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	33,3	0,0	33,3
‘utilização de utensílios afiados’ N = 85	Média	90,0	91,8	80,8
	Máximo	100,0	100,0	100,0
	Mínimo	25,0	0,0	0,0

Análise SPSS da PASS

De acordo com o mencionado anteriormente, estas atividades apresentam-se de nível superior e consequentemente não foram aplicadas em participantes que não demonstrassem competências básicas para as executar, ou que já não fossem consideradas significativas para os mesmos. Em termos de participação apenas 19 pessoas do grupo estudado participaram na atividade ‘pagar as contas com multibanco’. Por outro lado verificou-se um maior número de participantes na tarefa ‘obter informação importante da televisão’ (N=93).

Em termos de critérios de classificação verifica-se que todas as tarefas demonstram valores superiores a 60%. Concretamente a autonomia com 98,6% e a adequação com 98,2% apresentam valores muito próximos do valor máximo na tarefa ‘pagar contas com multibanco’. Ao nível da segurança denotam-se valores de maior score na tarefa ‘utilização de utensílios afiados’ (91,8%).

Desta categoria é possível percecionar que a tarefa ‘gestão da medicação’ é considerada como aquela em que os participantes globalmente evidenciaram menor

autonomia (65,1%) e adequação (60,7%). Na segurança os piores resultados evidenciaram-se durante a realização da tarefa 'uso do fogão' (69,1%).

Por norma a autonomia foi o critério com maior pontuação, tendo como exceção as tarefas 'gestão da medicação', 'utilizar utensílios afiados' e 'mudar as pilhas de um comando de televisão'.

De seguida foram realizados testes de correlação para as variáveis género e idade de acordo com as hipóteses levantadas no capítulo Métodos. Por conseguinte os resultados obtidos para a correlação entre géneros encontram-se explanados na tabela 13 que se apresenta:

Tabela 13 – Pontuações obtidas relativamente ao género nas diferentes tarefas nos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias obtidas, desvio padrão, t e variável de significância (Sig. 2 tailed), sendo F para género Feminino e M para género masculino.

Tarefa	Parâmetro	Género	Média	Desvio Padrão	t	Sig. (2tailed)
T01 - Mobilidade na cama	Autonomia	F	77,0	34,0	,433	,666
		M	73,7	38,2		
	Segurança	F	70,6	38,7	-,500	,619
		M	74,8	41,1		
	Adequação	F	65,5	33,3	-,275	,784
		M	67,6	38,1		
T02 - Utilização de escadas	Autonomia	F	92,3	20,1	-,525	,601
		M	95,0	16,6		
	Segurança	F	88,0	24,1	-,228	,820
		M	89,4	21,5		
	Adequação	F	82,4	24,5	,985	,329
		M	75,8	25,6		
T03 - Mobilidade e utilização da casa de banho	Autonomia	F	81,4	31,4	,513	,609
		M	77,8	35,9		
	Segurança	F	74,7	38,6	-,369	,713
		M	77,8	39,8		
	Adequação	F	66,7	34,8	,503	,616
		M	63,0	34,5		
T04 - Higiene Oral	Autonomia	F	87,7	23,3	,794	,429
		M	83,5	27,6		
	Segurança	F	87,0	23,2	-,073	,942
		M	87,4	27,6		
	Adequação	F	79,7	23,2	,419	,676
		M	77,5	27,3		
T05 -	Autonomia	F	67,9	40,9	-,043	,966

Mobilidade na banheira e no polibã		M	68,3	39,7		
	Segurança	F	53,7	39,6	-1,547	,125
		M	66,7	39,8		
	Adequação	F	58,2	36,4	-,638	,525
		M	63,0	33,6		
T06 - Cortar as unhas dos pés	Autonomia	F	54,8	41,7	-,069	,945
		M	55,7	43,6		
	Segurança	F	45,6	47,5	-,832	,409
		M	56,5	47,6		
	Adequação	F	33,3	40,1	-,516	,608
		M	39,1	41,0		
T07 - Vestir	Autonomia	F	70,0	34,2	,058	,954
		M	69,5	41,7		
	Segurança	F	63,3	38,5	-,606	,546
		M	68,5	44,4		
	Adequação	F	60,5	30,0	,287	,775
		M	58,6	33,7		
T08 - Fazer compras	Autonomia	F	67,1	32,3	-1,715	,091
		M	80,5	33,7		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	60,9	34,6	-1,764	,082
		M	75,9	37,7		
T09 – Pagar contas com multibanco	Autonomia	F	96,7	7,1	-1,323	,227
		M	100,0	0,0		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	95,8	11,8	-1,000	,351
		M	100,0	0,0		
T10 - Levar o lixo para a rua	Autonomia	F	91,5	17,9	-,314	,755
		M	93,0	16,2		
	Segurança	F	85,1	24,5	-,904	,370
		M	90,7	20,5		
	Adequação	F	75,9	21,6	-,886	,380
		M	81,3	23,7		
T11 - Utilização do telefone/tele móvel	Autonomia	F	85,9	23,8	,382	,703
		M	83,5	29,2		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	74,0	29,4	,087	,931
		M	73,3	33,2		
T12 - Gestão	Autonomia	F	61,8	30,3	-,999	,321

da medicação		M	69,7	32,3		
	Segurança	F	73,9	37,0	-,563	,575
		M	79,0	34,8		
	Adequação	F	57,7	36,6	-,695	,490
		M	64,2	38,0		
T13 - Fazer a cama de lavado	Autonomia	F	80,0	23,2	-,874	,388
		M	85,6	12,6		
	Segurança	F	79,7	31,4	-1,198	,239
		M	89,6	20,1		
	Adequação	F	65,2	27,5	-,405	,688
		M	68,8	25,7		
T14 - Obter informação importante da TV	Autonomia	F	71,9	32,8	-,928	,356
		M	78,2	30,6		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	68,4	35,3	-,779	,438
		M	74,1	32,0		
T15 - Mudar as pilhas de um comando de TV	Autonomia	F	73,3	29,6	-2,059	,045
		M	88,7	24,4		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	77,4	27,3	-1,090	,281
		M	85,3	25,6		
T16 – Varrer	Autonomia	F	91,1	21,8	-,469	,642
		M	94,0	12,4		
	Segurança	F	87,8	25,5	-1,882	,067
		M	97,6	8,9		
	Adequação	F	76,7	23,4	-1,640	,108
		M	88,1	16,6		
T17 - Andar dentro de casa	Autonomia	F	84,7	34,8	-1,068	,288
		M	91,3	25,4		
	Segurança	F	81,6	35,4	-1,345	,182
		M	90,1	25,9		
	Adequação	F	73,6	33,5	-1,014	,313
		M	80,2	26,6		
T18 - Segurança em casa	Autonomia	F	70,8	31,6	-,439	,662
		M	73,9	33,4		
	Segurança	F	.	.		
		M	.	.		
	Adequação	F	62,6	37,3	-,406	,686
		M	65,7	33,8		
T19 - Uso do	Autonomia	F	89,4	14,5	-,949	,347

micro-ondas		M	92,9	12,2		
	Segurança	F	81,7	25,6	,591	,557
		M	77,3	30,0		
	Adequação	F	76,3	23,1	,061	,952
		M	76,0	18,1		
T20 - Uso do fogão	Autonomia	F	84,2	19,6	,096	,924
		M	83,6	21,6		
	Segurança	F	67,9	33,3	-,302	,765
		M	71,1	30,5		
	Adequação	F	73,1	23,1	-,037	,971
		M	73,3	18,7		
T21 - Utilização de utensílios afiados	Autonomia	F	90,0	17,2	-,006	,996
		M	90,1	15,4		
	Segurança	F	93,1	16,5	,813	,418
		M	89,6	23,1		
	Adequação	F	83,0	19,2	1,279	,205
		M	77,1	23,1		
T22 - Arrumar após refeição	Autonomia	F	81,4	24,0	-,831	,410
		M	86,3	16,4		
	Segurança	F	72,4	33,8	-2,449	,018
		M	90,5	21,5		
	Adequação	F	74,3	24,4	,459	,648
		M	71,4	19,1		

Análise SPSS do género

Deste modo segue-se uma breve exposição dos resultados obtidos por tarefa.

Na tarefa ‘mobilidade na cama’ os participantes do género feminino apresentaram uma maior média de autonomia com 77,0% (34,0% de desvio padrão) comparativamente aos elementos do género masculino com 73,7% (38,2% de desvio padrão). Em contrapartida quando correlacionada a segurança evidencia-se que os homens, com 74,8% (desvio-padrão de 38,7%), efetuaram a sua mobilidade com maior segurança do que as mulheres com 70,6% (desvio-padrão de 41,1%). Na adequação, à semelhança da segurança, a média da pontuação obtida pelos homens 67,6% (38,1% de desvio-padrão) foi superior à obtida pelas mulheres 65,5% (33,3% de desvio-padrão).

No geral, não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os géneros, nos três parâmetros (Sig. 2 tailed > 0,05).

No que concerne à autonomia na tarefa ‘utilização de escadas’ os participantes do género masculino obtiveram melhor desempenho, 95,0% com um desvio padrão de 16,6%, quando comparado com o das participantes do género feminino, que relataram

uma autonomia de 92,3% com um desvio-padrão de 20,1%. A significância neste parâmetro (0,601) foi superior a 0,05, não havendo deste modo diferença significativa entre ambos os grupos. De igual forma o género masculino demonstrou procedimentos mais seguros, numa média de 89,4% (desvio-padrão de 21,5%), enquanto o género feminino revelou um valor de segurança ligeiramente mais baixo (88,0% com um desvio padrão de 24,1%). A significância para este parâmetro com 0,820 foi maior que 0,05, não havendo por conseguinte diferenças significativas. Por sua vez na adequação foram as pessoas do género feminino com 82,4% (desvio-padrão de 24,5%) que revelaram melhor média, contrastando com os 75,8% (desvio-padrão de 25,6%) atingidos pelos elementos do género masculino. À semelhança dos parâmetros autonomia e segurança, a adequação revelou um valor de significância superior a 0,05.

No âmbito do desempenho na 'mobilidade e utilização da casa de banho' as mulheres apresentaram-se como mais autónomas, com uma pontuação de 81,4% (desvio-padrão de 31,4%), do que os homens, com 77,8% (desvio-padrão de 35,9%). Contudo, na segurança verificou-se a situação contrária, possuindo os homens melhor média com 77,8% (desvio-padrão de 39,8%) enquanto as mulheres obtiveram 74,7% (38,6% de desvio-padrão). Na adequação, à semelhança da autonomia, conclui-se que as mulheres desempenharam esta tarefa de um modo mais apropriado com 66,7% (34,8% de desvio-padrão) quando em comparação com os homens 63,0% (34,5% de desvio-padrão). Nos três parâmetros não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os géneros, uma vez que a variável Sig. é superior a 0,05.

No que concerne à tarefa 'higiene oral' os elementos do género feminino evidenciaram melhores valores de autonomia com 87,7% (desvio-padrão de 23,3%) e de adequação com 79,7% (desvio-padrão de 23,2%), em comparação com as pontuações obtidas pelos participantes do género masculino com 83,5% (desvio-padrão de 27,6%) de autonomia e, 77,5% (desvio-padrão de 27,3%) de adequação. Por sua vez o género masculino com 87,4% (desvio-padrão de 27,6%) demonstrou uma aplicação de procedimentos seguros, ao longo das subtarefas, ligeiramente superior às do género feminino com 87,0% (desvio-padrão de 23,2%).

Para os três parâmetros o valor de Sig. não foi estatisticamente significativo, não havendo deste modo diferenças entre os dois grupos.

Em termos da tarefa 'cortar as unhas dos pés' os homens revelaram melhor desempenho nos três parâmetros (55,7% de autonomia com desvio-padrão de 43,6%; 56,5% de segurança com desvio-padrão de 47,6%; 39,1% de adequação com um desvio-

padrão de 41,0%), quando comparando com o desempenho das mulheres (54,8% de autonomia com desvio-padrão de 41,7%; 45,6% de segurança com desvio-padrão de 47,5%; 33,3% de adequação com um desvio-padrão de 41,0%).

Contudo, não se verificaram diferenças significativas entre ambos os géneros nos três parâmetros retratados dado que o valor de Sig. é superior a 0,05.

Na tarefa 'vestir' as mulheres demonstraram-se mais autónomas (pontuação de 70% com 34,2% de desvio-padrão) que os homens (pontuação de 69,5% com 41,7% de desvio-padrão). De modo equiparado na adequação o processo e a qualidade destas foram superiores (60,5% com 30,0% de desvio-padrão), ao demonstrado pelos elementos do género masculino (58,6% com 33,7% de desvio-padrão). Por outro lado o valor de segurança atingido foi superior no género masculino (68,5% com 44,4% de desvio-padrão) em relação ao género feminino 63,3% com 38,5% de desvio-padrão).

No entanto para os três critérios de avaliação não se verificaram diferenças significativas entre ambos os géneros (Sig > 0,05).

Durante a tarefa 'fazer compras' os homens atingiram pontuações superiores na autonomia (80,5% com 33,7% de desvio-padrão), e na adequação (75,9% com 37,7% de desvio-padrão), quando em comparação com as mulheres com 67,1% de autonomia (32,3% de desvio-padrão) e 60,9% de adequação (34,6% de desvio-padrão).

Nesta tarefa ambos os parâmetros evidenciaram um valor de Sig. superior a 0,05, não existindo diferenças significativas entre a funcionalidade de homens e mulheres.

Em termos da tarefa 'pagar as contas com multibanco' a população masculina do grupo atingiu o nível máximo de autonomia e adequação possível (100%). Por sua vez as participantes do género feminino atingiram valores ligeiramente inferiores com 96,7% de autonomia (desvio-padrão de 7,1%) e 95,8% (desvio-padrão a 11,8%) de adequação. Por conseguinte, não se verificaram diferenças significativas entre os géneros, tendo a significância em ambos os parâmetros sido superior a 0,05.

Durante a tarefa 'levar do lixo para a rua' os homens manifestaram valores médios superiores nos três critérios de avaliação: 93,0% (com desvio-padrão de 16,2%) de autonomia, 90,7% (20,5% de desvio-padrão) de segurança e 81,3% (23,7% de desvio padrão) de adequação. Em contrapartida as mulheres realizaram esta tarefa com maior apoio, atingindo 91,5% de autonomia (desvio-padrão de 17,9%), 85,1% de segurança (desvio-padrão de 24,5%) e 75,9% de adequação (desvio-padrão de 21,6%).

Contudo, de um modo global, quando analisada a significância (Sig 2 tailed) nos critérios estabelecidos constataram-se valores superiores a 0,05. Por conseguinte

conclui-se que não existem diferenças significativas entre o desempenho dos homens e o desempenho das mulheres.

Em contrapartida na tarefa ‘utilização do telemóvel ou telefone’ as mulheres obtiveram 85,9% de autonomia com 23,8% de desvio-padrão e 74,0% de adequação com um desvio-padrão de 29,4%. Estas pontuações apresentaram-se como ligeiramente superiores às dos homens que atingiram 83,5% de autonomia com 29,2% de desvio-padrão, e 73,3% de adequação com um desvio-padrão de 33,2%.

Quando analisado o Sig. 2 tailed da tarefa observaram-se valores superiores a 0,05 e, deste modo conclui-se que não existem diferenças significativas entre ambos os géneros.

No desempenho da tarefa ‘gestão da medicação’ os homens obtiveram melhores pontuações que as mulheres na autonomia, segurança e adequação. Deste modo, em concreto, a população masculina atingiu 69,7% (32,3% de desvio-padrão) de autonomia, 79,0% (34,8% de desvio-padrão) de segurança e 64,2% (38,0% de desvio-padrão) de adequação, valores que se apresentaram ligeiramente superiores aos das mulheres com 61,8% de autonomia (30,3% de desvio-padrão), 73,9% de segurança (37,0% de desvio-padrão), 57,7% de adequação (36,6% de desvio-padrão).

Quando observados os valores de Sig. 2 tailed conclui-se que estes são superiores a 0,05, e portanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na gestão da medicação.

Durante a tarefa ‘fazer a cama de lavado’ as pontuações obtidas pelo género masculino com 85,6% de autonomia (12,6% de desvio-padrão), 89,6% de segurança (20,1% de desvio-padrão), e 68,8% de adequação (25,7% de desvio-padrão) foram, em todos os critérios, superiores às manifestadas pelo género feminino com 80,0% de autonomia (23,2% de desvio-padrão), 79,7% de segurança (31,4% de desvio-padrão), 65,2% de adequação (27,5% de desvio-padrão). No entanto quando observado o valor de significância não foram encontradas diferenças significativas.

De igual modo, na tarefa ‘obtenção de informação importante da TV’ os participantes masculinos com 78,2% (30,6% de desvio-padrão) de autonomia e 74,1% (32,0% de desvio-padrão), realizaram as subtarefas de um modo mais autónomo e apropriado, quando em comparação com as participantes femininas com 71,9% (32,8% de desvio-padrão) de autonomia e 68,4% de adequação (35,3% de desvio-padrão). Quando analisada a significância através do valor de Sig. 2 tailed conclui-se que não existem diferenças significativas entre ambos os géneros.

No que concerne à tarefa ‘mudar as pilhas de um comando de TV’ os homens com 88,7% (24,4% de desvio-padrão) revelaram um desempenho mais autónomo que as mulheres com 73,3% (29,6% de desvio-padrão). Para este parâmetro o valor de Sig. 2 tailed foi de 0,045 e, deste modo, inferior a 0,05. Por conseguinte existem diferenças significativas de autonomia entre ambos os géneros. Na adequação os homens, com 85,3% (25,6% de desvio-padrão), realizaram as subtarefas respeitando um maior número de vezes os padrões de processo e de qualidade que as mulheres (77,4% com 27,3% de desvio-padrão). No entanto, ao contrário da autonomia, o valor de significância foi superior a 0,05 e, por conseguinte, não se verificam diferenças significativas.

Em termos da tarefa ‘varrer’ os participantes masculinos demonstraram pontuações mais elevadas de autonomia (94,0% com 12,4% de desvio-padrão), de segurança (97,6% com 8,9% de desvio-padrão), e de adequação (88,1% com 16,6% de desvio-padrão), em comparação com as participantes femininas (91,1% de autonomia com 21,8% de desvio-padrão; 87,8% de segurança com 25,5% de desvio-padrão; 76,7% de adequação com 23,4% de desvio-padrão). No que concerne à significância o valor de Sig. 2 tailed para os três critérios foi superior a 0,05, podendo assim concluir-se que não existem diferenças significativas entre os dois géneros.

Durante a tarefa ‘andar dentro de casa’ os elementos do género masculino apresentaram-se como mais autónomos (93,1% com 25,4% de desvio-padrão) que os elementos do género feminino (84,7% com 34,8% de desvio-padrão). De um modo equiparado, na segurança foi prestada menor assistência aos homens, que atingiram uma pontuação média de 90,1% com 25,9% de desvio-padrão, que às mulheres que obtiveram um score de 81,6% com 35,4% de desvio-padrão. Concomitantemente na adequação observou-se uma pontuação de 80,2% com 26,6% de desvio-padrão nos homens, enquanto as mulheres apresentaram um valor ligeiramente inferior de 73,6% com 33,5% de desvio-padrão. Para todos os parâmetros desta tarefa o valor de significância foi superior a 0,05 não existindo, desta forma diferenças significativas entre os géneros.

Em termos da tarefa ‘segurança em casa’, a autonomia e a adequação revelaram melhores pontuações quando executadas por elementos do género masculino, com 73,9% de autonomia (33,4% de desvio-padrão) e 65,7% de adequação (33,8% de desvio-padrão). Por sua vez, as participantes do género feminino demonstraram um

desempenho ligeiramente inferior, com 70,8% de autonomia (31,6% de desvio-padrão) e 62,6% de adequação (37,3% de desvio-padrão).

Quando analisada a significância de ambos os parâmetros constata-se que os valores atingidos foram superiores a 0,05 e, por conseguinte não se verificam diferenças significativas entre os géneros.

Durante a tarefa 'uso do micro-ondas' os homens, com 92,9% (12,2% de desvio padrão), apresentaram um desempenho mais autónomo do que as mulheres, com 89,4% (14,5% de desvio-padrão). No entanto, em termos de segurança as participantes femininas realizaram procedimentos mais seguros obtendo um score de 81,7% (25,6% de desvio-padrão) em comparação com os elementos masculinos com 77,3% (30,0% de desvio-padrão). De um modo semelhante com 76,3% (23,1% de desvio-padrão) foi o género feminino que evidenciou um melhor processo e qualidade da ação, no entanto com uma diferença muito ténue do género masculino (76,0% com 18,1% de desvio-padrão). No que concerne à variável Sig. 2 tailed conclui-se que não existem diferenças significativas entre os géneros.

Em contrapartida no desempenho da tarefa 'uso do fogão' as participantes femininas foram as mais autónomas com uma pontuação de 84,2% (19,6% de desvio-padrão), enquanto os participantes masculinos necessitaram de maior assistência com 83,6% (21,6% de desvio-padrão). Contudo, ao nível da segurança o género masculino demonstrou procedimentos mais seguros numa média de 71,1% (30,5% de desvio-padrão), enquanto o género feminino revelou uma pontuação ligeiramente inferior (67,9% com um desvio padrão de 33,3%). De igual modo, a adequação realizou-se de um modo mais apropriado durante o desempenho dos homens com 73,3% (18,7% de desvio-padrão) muito embora as mulheres tenham obtido uma diferença mínima de 73,1% (23,1% de desvio-padrão). Para os três parâmetros não se verificam diferenças significativas entre ambos os géneros, dado que o Sig 2 tailed apresentou valores superiores a 0,05.

Na tarefa 'utilização de utensílios afiados' os participantes de ambos os géneros evidenciaram valores de autonomia muito semelhantes, em que os elementos masculinos atingiram 90,1% (15,4% de desvio-padrão) e as participantes femininas 90,0% (17,2% de desvio-padrão). Por outro lado, quando correlacionada a segurança, as mulheres demonstraram maior eficácia em manter a sua segurança com 93,1% (desvio-padrão de 16,5%), que os homens com 89,6% (desvio-padrão de 23,1%). Na adequação, à semelhança do parâmetro anterior, a média obtida pelas mulheres 83,0% (19,2% de

desvio-padrão) foi superior à demonstrada pelos homens com 77,1% (23,1% de desvio-padrão). Em virtude dos resultados expostos, a variável Sig. 2 tailed apresentou valores mais elevados que 0,05 e, deste modo não foram encontradas diferenças significativas no desempenho de ambos os géneros.

Quando analisada a tarefa 'arrumar após a preparação de refeição' os homens evidenciaram menor necessidade de assistência e, desta forma demonstraram uma autonomia superior (86,3% com 16,4% de desvio-padrão) à manifestada pelas mulheres (81,4% com 24,0% de desvio-padrão).

De igual modo a segurança, foi significativamente superior nos homens com 90,5% (desvio-padrão de 21,5%) em comparação com a percentagem de 72,4% (33,8% de desvio-padrão) obtida pelas mulheres.

Em contrapartida na adequação, o processo e a qualidade das participantes femininas foi superior (74,3% com 24,4% de desvio-padrão) ao evidenciado pelos elementos do género masculino (71,4% com 19,1% de desvio-padrão).

Deste modo, em suma para esta tarefa, é de assinalar que apenas o parâmetro segurança apresentou um valor de significância (Sig. 2 tailed) inferior a 0,05, concluindo-se que existem diferenças significativas nos procedimentos de segurança entre homens e mulheres.

Na tabela 14 que se segue são expostos os resultados aferidos da correlação para a variável idade.

Tabela 14 – Pontuações obtidas relativamente ao grupo etário nas diferentes tarefas nos parâmetros avaliados: autonomia, segurança e adequação. São apresentadas as médias obtidas, desvio padrão, F e variável de significância (Sig.)

Tarefa	Parâmetro	Idade	Média	Desvio Padrão	F	Sig.
T01 - Mobilidade na cama	Autonomia	< 60	94,4	19,0	8,511	< 0,001
		[60 - 80[	70,9	38,6		
		80+	62,7	38,2		
	Segurança	< 60	97,0	17,4	14,386	< 0,001
		[60 - 80[	69,3	44,0		
		80+	52,6	39,2		
	Adequação	< 60	88,9	21,5	13,916	< 0,001
		[60 - 80[	60,0	37,3		
		80+	50,9	33,5		
T02 - Utilização	Autonomia	< 60	96,4	12,2	,572	,567
		[60 - 80[	92,3	20,0		

de escadas		80+	90,5	23,9		
	Segurança	< 60	93,1	17,0	,869	,425
		[60 - 80[	87,2	25,6		
		80+	84,1	27,1		
	Adequação	< 60	77,8	28,9	1,349	,268
		[60 - 80[	89,7	16,0		
		80+	76,2	23,9		
T03 - Mobilidade e utilização da casa de banho	Autonomia	< 60	92,6	21,8	4,343	,016
		[60 - 80[	77,8	33,4		
		80+	70,3	38,0		
	Segurança	< 60	97,0	17,4	10,777	< 0,001
		[60 - 80[	75,0	42,0		
		80+	57,7	42,1		
	Adequação	< 60	77,8	25,9	4,418	,015
		[60 - 80[	65,3	38,7		
		80+	54,1	35,4		
T04 - Higiene Oral	Autonomia	< 60	94,2	16,0	3,618	,031
		[60 - 80[	86,5	24,1		
		80+	78,7	29,8		
	Segurança	< 60	99,0	5,8	7,184	,001
		[60 - 80[	85,3	23,7		
		80+	78,1	31,3		
	Adequação	< 60	85,9	16,7	6,175	,003
		[60 - 80[	85,3	23,7		
		80+	68,4	27,9		
T05 - Mobilidade na banheira e no polibã	Autonomia	< 60	85,5	30,0	6,557	,002
		[60 - 80[	68,2	40,5		
		80+	52,7	42,5		
	Segurança	< 60	90,9	24,0	34,066	< 0,001
		[60 - 80[	58,3	40,8		
		80+	30,7	28,3		
	Adequação	< 60	76,8	24,3	9,113	< 0,001
		[60 - 80[	62,5	35,9		
		80+	43,9	36,4		
T06 - Cortar as unhas dos pés	Autonomia	< 60	88,1	26,0	8,248	,001
		[60 - 80[	44,5	40,2		
		80+	39,9	41,3		
	Segurança	< 60	91,1	26,6	10,920	< 0,001
		[60 - 80[	38,6	48,8		
		80+	29,8	39,9		
	Adequação	< 60	73,3	33,8	13,514	

		[60 - 80[	22,8	36,9		< 0,001
		80+	19,3	27,9		
T07 - Vestir	Autonomia	< 60	90,1	27,6	9,692	< 0,001
		[60 - 80[	65,8	39,1		
		80+	54,9	35,5		
	Segurança	< 60	97,0	17,4	24,680	< 0,001
		[60 - 80[	58,7	43,3		
		80+	42,1	36,1		
	Adequação	< 60	73,7	23,2	6,159	,003
		[60 - 80[	57,3	34,0		
		80+	49,1	31,7		
T08 - Fazer compras	Autonomia	< 60	91,3	13,3	18,231	< 0,001
		[60 - 80[	76,1	30,1		
		80+	45,8	36,3		
	Segurança					
	Adequação	< 60	81,6	22,9	10,908	< 0,001
		[60 - 80[	74,2	37,0		
		80+	41,7	37,1		
T09 – Pagar contas com multibanco	Autonomia	< 60	99,4	1,9	5,526	,015
		[60 - 80[	100,0	0,0		
		80+	90,0	14,1		
	Segurança					
	Adequação	< 60	97,2	9,6	,268	,768
		[60 - 80[	100,0	0,0		
		80+	100,0	0,0		
T10 - Levar o lixo para a rua	Autonomia	< 60	99,3	3,5	3,898	,027
		[60 - 80[	87,7	21,0		
		80+	86,0	21,4		
	Segurança	< 60	98,6	7,0	5,410	,007
		[60 - 80[	80,4	29,0		
		80+	78,6	24,8		
	Adequação	< 60	91,3	15,0	8,568	,001
		[60 - 80[	70,6	23,2		
		80+	66,7	22,6		
T11 - Utilização do telefone/ telemóvel	Autonomia	< 60	96,3	6,9	7,068	,002
		[60 - 80[	85,5	29,3		
		80+	70,3	31,0		
	Segurança					

	Adequação	< 60	85,2	19,2	7,644	,001
		[60 - 80[	78,8	33,4		
		80+	54,5	31,8		
T12 - Gestão da medicação	Autonomia	< 60	86,4	20,7	24,075	< 0,001
		[60 - 80[	64,3	27,9		
		80+	36,8	23,0		
	Segurança	< 60	100,0	0,0	20,547	< 0,001
		[60 - 80[	73,7	34,4		
		80+	45,6	38,8		
	Adequação	< 60	89,7	15,7	33,388	< 0,001
		[60 - 80[	54,4	33,7		
		80+	26,3	28,5		
T13 - Fazer a cama de lavado	Autonomia	< 60	86,2	17,3	2,609	,087
		[60 - 80[	82,7	17,8		
		80+	66,6	25,3		
	Segurança	< 60	91,3	20,6	2,263	,119
		[60 - 80[	73,3	30,6		
		80+	72,2	39,0		
	Adequação	< 60	65,2	25,6	1,294	,286
		[60 - 80[	76,7	27,4		
		80+	55,6	27,2		
T14 - Obter informação importante da TV	Autonomia	< 60	88,7	17,8	6,758	,002
		[60 - 80[	71,3	36,5		
		80+	62,3	34,4		
	Segurança					
	Adequação	< 60	86,3	18,6	10,799	< 0,001
		[60 - 80[	74,7	36,4		
		80+	52,0	35,9		
T15 - Mudar as pilhas de um comando de TV	Autonomia	< 60	92,8	12,7	9,412	< 0,001
		[60 - 80[	80,2	31,0		
		80+	55,6	32,4		
	Segurança					
	Adequação	< 60	89,3	15,9	4,175	,021
		[60 - 80[	81,3	29,7		
		80+	63,9	33,2		
T16 – Varrer	Autonomia	< 60	90,3	20,2	,270	,765
		[60 - 80[	95,5	15,1		
		80+	92,6	22,2		
	Segurança	< 60	97,2	9,4	4,156	,023

		[60 - 80[	90,9	21,6		
		80+	74,1	36,4		
	Adequação	< 60	79,2	21,6	1,053	,358
		[60 - 80[	87,9	22,5		
		80+	74,1	22,2		
T17 - Andar dentro de casa	Autonomia	< 60	99,0	5,6	4,930	,009
		[60 - 80[	86,1	31,0		
		80+	76,5	41,8		
	Segurança	< 60	97,1	9,5	6,517	,002
		[60 - 80[	87,5	30,8		
		80+	71,3	41,5		
	Adequação	< 60	90,5	17,3	9,442	< 0,001
		[60 - 80[	77,8	28,9		
		80+	61,1	36,1		
T18 - Segurança em casa	Autonomia	< 60	92,7	9,7	18,957	< 0,001
		[60 - 80[	70,8	35,8		
		80+	52,1	31,8		
	Segurança					
	Adequação	< 60	83,3	18,8	15,906	< 0,001
		[60 - 80[	68,1	41,1		
		80+	41,2	32,9		
T19 - Uso do micro-ondas	Autonomia	< 60	96,1	7,1	4,563	,015
		[60 - 80[	88,0	11,6		
		80+	84,2	20,3		
	Segurança	< 60	91,4	19,8	5,538	,007
		[60 - 80[	66,7	30,9		
		80+	71,4	28,8		
	Adequação	< 60	79,0	16,4	,472	,626
		[60 - 80[	73,3	25,8		
		80+	73,8	23,3		
T20 - Uso do fogão	Autonomia	< 60	88,8	15,5	,755	,477
		[60 - 80[	81,3	20,9		
		80+	80,5	24,6		
	Segurança	< 60	87,5	20,6	5,291	,009
		[60 - 80[	56,4	31,6		
		80+	58,3	35,2		
	Adequação	< 60	75,0	19,2	,093	,911
		[60 - 80[	71,8	26,7		
		80+	72,2	19,2		
T21 -	Autonomia	< 60	93,7	11,2	1,659	,197

Utilização de utensílios afiados		[60 - 80[	90,5	20,9		
		80+	86,2	16,9		
	Segurança	< 60	90,3	21,4	,276	,759
		[60 - 80[	90,9	23,4		
		80+	93,8	13,2		
	Adequação	< 60	75,3	22,7	5,277	,007
		[60 - 80[	92,4	14,3		
		80+	78,1	20,1		
T22 - Arrumar após preparação de refeição	Autonomia	< 60	90,6	13,3	3,434	,040
		[60 - 80[	74,8	31,6		
		80+	78,2	17,1		
	Segurança	< 60	97,5	8,9	14,166	< 0,001
		[60 - 80[	66,7	37,8		
		80+	57,1	30,5		
	Adequação	< 60	77,8	20,7	1,235	,299
		[60 - 80[	71,1	27,8		
		80+	66,7	18,5		

Análise SPSS da variável idade

Especificamente para esta variável, após análise da tabela 14, procedeu-se à realização do teste de Scheffe, com vista a verificar entre que faixas etárias existem diferenças significativas. Os resultados obtidos apresentam-se na tabela 15, que se segue.

Tabela 15 - Resultados obtidos da aplicação do teste de Scheffe para a variável grupo etário. São apresentados os valores de significância (Sig.) para as combinações entre grupos etários

Tarefa	Parâmetro	Grupo etário (I)	Grupo etário (J)	Sig.
T01 - Mobilidade na cama	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,031
			80+	,001
		[60 - 80[	< 60	,031
			80+	,630
		80+	< 60	,001
			[60 - 80[	,630
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,014
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,014
			80+	,183
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,183

	Adequação	< 60	[60 - 80[	,003
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,003
			80+	,524
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,524
T02 - Utilização de escadas	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,822
			80+	,581
		[60 - 80[	< 60	,822
			80+	,963
		80+	< 60	,581
			[60 - 80[	,963
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,761
			80+	,437
		[60 - 80[	< 60	,761
			80+	,932
		80+	< 60	,437
			[60 - 80[	,932
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,381
			80+	,977
		[60 - 80[	< 60	,381
			80+	,309
		80+	< 60	,977
			[60 - 80[	,309
T03 - Mobilidade e utilização da casa de banho	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,229
			80+	,017
		[60 - 80[	< 60	,229
			80+	,671
		80+	< 60	,017
			[60 - 80[	,671
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,074
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,074
			80+	,180
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,180
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,380
			80+	,015
		[60 - 80[	< 60	,380
			80+	,441
		80+	< 60	,015

			[60 - 80[	,441
T04 - Higiene Oral	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,488
			80+	,031
		[60 - 80[	< 60	,488
			80+	,463
		80+	< 60	,031
			[60 - 80[	,463
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,094
			80+	,001
		[60 - 80[	< 60	,094
			80+	,485
		80+	< 60	,001
			[60 - 80[	,485
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,996
			80+	,010
		[60 - 80[	< 60	,996
			80+	,023
		80+	< 60	,010
			[60 - 80[	,023
T05 - Mobilidade na banheira e no polibã	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,241
			80+	,002
		[60 - 80[	< 60	,241
			80+	,303
		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,303
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,001
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,001
			80+	,004
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,004
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,269
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,269
			80+	,095
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,095
T06 - Cortar as unhas dos pés	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,006
			80+	,002
		[60 - 80[	< 60	,006
			80+	,931

		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,931
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,002
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,002
			80+	,800
		80+	< 60	,000
			[60 - 80[	,800
	Adequação	< 60	[60 - 80[	< 0,001
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	< 0,001
			80+	,948
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,948
T07 – Vestir	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,030
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,030
			80+	,465
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,465
	Segurança	< 60	[60 - 80[	< 0,001
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	< 0,001
			80+	,160
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,160
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,121
			80+	,003
		[60 - 80[	< 60	,121
			80+	,565
		80+	< 60	,003
			[60 - 80[	,565
T08 - Fazer compras	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,155
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,155
			80+	,002
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,002
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,723
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,723

			80+	,004
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,004
T09 – Pagar contas com multibanco	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,965
			80+	,020
		[60 - 80[	< 60	,965
			80+	,024
		80+	< 60	,020
			[60 - 80[	,024
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,810
			80+	,902
		[60 - 80[	< 60	,810
			80+	1,000
		80+	< 60	,902
			[60 - 80[	1,000
T10 - Levar o lixo para a rua	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,092
			80+	,062
		[60 - 80[	< 60	,092
			80+	,957
		80+	< 60	,062
			[60 - 80[	,957
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,033
			80+	,026
		[60 - 80[	< 60	,033
			80+	,972
		80+	< 60	,026
			[60 - 80[	,972
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,008
			80+	,003
		[60 - 80[	< 60	,008
			80+	,862
		80+	< 60	,003
			[60 - 80[	,862
T11 - Utilização do telefone/ telemóvel	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,300
			80+	,002
		[60 - 80[	< 60	,300
			80+	,121
		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,121
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,734
			80+	,002

		[60 - 80[	< 60	,734
			80+	,022
		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,022
T12 - Gestão da medicação	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,012
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,012
			80+	,003
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,003
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,012
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,012
			80+	,012
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,012
	Adequação	< 60	[60 - 80[	< 0,001
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	< 0,001
			80+	,006
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,006
T13 - Fazer a cama de lavado	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,886
			80+	,088
		[60 - 80[	< 60	,886
			80+	,263
		80+	< 60	,088
			[60 - 80[	,263
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,217
			80+	,305
		[60 - 80[	< 60	,217
			80+	,997
		80+	< 60	,305
			[60 - 80[	,997
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,522
			80+	,727
		[60 - 80[	< 60	,522
			80+	,310
		80+	< 60	,727
			[60 - 80[	,310
T14 - Obter	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,096

informação importante da TV			80+	,002
		[60 - 80[	< 60	,096
			80+	,521
		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,521
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,365
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,365
			80+	,024
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,024
T15 - Mudar as pilhas de um comando de TV	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,283
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,283
			80+	,038
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,038
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,605
			80+	,021
		[60 - 80[	< 60	,605
			80+	,204
		80+	< 60	,021
			[60 - 80[	,204
T16 – Varrer	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,768
			80+	,955
		[60 - 80[	< 60	,768
			80+	,948
		80+	< 60	,955
			[60 - 80[	,948
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,702
			80+	,023
		[60 - 80[	< 60	,702
			80+	,202
		80+	< 60	,023
			[60 - 80[	,202
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,556
			80+	,839
		[60 - 80[	< 60	,556
			80+	,383
		80+	< 60	,839
			[60 - 80[	,383

T17 - Andar dentro de casa	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,277
			80+	,009
		[60 - 80[	< 60	,277
			80+	,489
		80+	< 60	,009
			[60 - 80[	,489
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,492
			80+	,002
		[60 - 80[	< 60	,492
			80+	,136
		80+	< 60	,002
			[60 - 80[	,136
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,250
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,250
			80+	,092
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,092
T18 - Segurança em casa	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,013
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,013
			80+	,041
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,041
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,189
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,189
			80+	,007
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,007
T19 - Uso do micro-ondas	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,154
			80+	,024
		[60 - 80[	< 60	,154
			80+	,724
		80+	< 60	,024
			[60 - 80[	,724
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,015
			80+	,068
		[60 - 80[	< 60	,015
			80+	,881
		80+	< 60	,068

			[60 - 80[	,881
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,705
			80+	,755
		[60 - 80[	< 60	,705
			80+	,998
		80+	< 60	,755
			[60 - 80[	,998
T20 - Uso do fogão	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,610
			80+	,563
		[60 - 80[	< 60	,610
			80+	,995
		80+	< 60	,563
			[60 - 80[	,995
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,024
			80+	,041
		[60 - 80[	< 60	,024
			80+	,986
		80+	< 60	,041
			[60 - 80[	,986
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,926
			80+	,946
		[60 - 80[	< 60	,926
			80+	,999
		80+	< 60	,946
			[60 - 80[	,999
T21 - Utilização de utensílios afiados	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,790
			80+	,199
		[60 - 80[	< 60	,790
			80+	,633
		80+	< 60	,199
			[60 - 80[	,633
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,994
			80+	,782
		[60 - 80[	< 60	,994
			80+	,869
		80+	< 60	,782
			[60 - 80[	,869
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,011
			80+	,850
		[60 - 80[	< 60	,011

			80+	,039
		80+	< 60	,850
			[60 - 80[	,039
T22 - Arrumar após preparação de refeição	Autonomia	< 60	[60 - 80[	,066
			80+	,194
		[60 - 80[	< 60	,066
			80+	,908
		80+	< 60	,194
			[60 - 80[	,908
	Segurança	< 60	[60 - 80[	,002
			80+	< 0,001
		[60 - 80[	< 60	,002
			80+	,603
		80+	< 60	< 0,001
			[60 - 80[	,603
	Adequação	< 60	[60 - 80[	,652
			80+	,326
		[60 - 80[	< 60	,652
			80+	,866
		80+	< 60	,326
			[60 - 80[	,866

Quando analisada a tarefa ‘mobilidade na cama’, verifica-se que os indivíduos mais novos (< 60) foram os mais autónomos com 94,4% (desvio-padrão de 19,0%). Para os restantes, os níveis de autonomia apresentaram valores inferiores, tendo o grupo dos [60 - 80[obtido 70,9% de autonomia (desvio-padrão de 38,6%), e o grupo dos mais velhos (80+) uma pontuação de 62,7% (desvio-padrão de 38,2%). Deste modo, quando observado o valor de significância, constata-se que existem diferenças significativas (valor de Sig. < 0,05) na autonomia, concretamente entre o grupo < 60 e os restantes dois grupos ([60 - 80[e 80+). Entre os grupos de pessoas mais velhas ([60 - 80[e 80+) não se verificaram diferenças de desempenho na autonomia uma vez que o valor de Sig. é superior a 0,05.

De um modo equiparado, na segurança, o grupo mais novo (< 60) revelou a aplicação de procedimentos que evitam danos com maior frequência, executando as subtarefas com uma média de 97,0% (17,4% de desvio-padrão). Este resultado foi bastante superior ao obtido pelo grupo dos [60 - 80[com 69,3% (44,0% de desvio-padrão) e que o grupo das pessoas com mais de 80 anos com 52,6% (39,2% de desvio-

padrão). Por conseguinte, através da análise da variável Sig. observa-se que existem diferenças na segurança entre as pessoas com menos de 60 anos e as pessoas de ambos os grupos com mais idade ([60 - 80[e 80+). A partir dos 60 anos não se denotam diferenças nos procedimentos de segurança entre os dois grupos (Sig > 0,05).

Em termos de adequação, à semelhança dos parâmetros anteriores, as pessoas com menos de 60 anos, realizaram as transferências para a cama e moveram-se dentro da cama de um modo mais apropriado e respeitando os padrões estabelecidos, o que resulta num score de 88,9% (desvio-padrão de 21,5%). De seguida as pessoas com idades compreendidas entre 60 e 80 anos revelaram uma adequação de 60,0% (37,3% de desvio-padrão) e, por último encontram-se os participantes com mais de 80 anos com 50,9% (33,5% de desvio-padrão). Deste modo quando comparados os valores de Sig. afere-se que existem diferenças na adequação entre os mais novos (<60) e ambos os grupos mais velhos ([60 - 80[e 80+).

Durante a tarefa 'utilização de escadas' todos os grupos etários demonstraram níveis de autonomia acima dos 90%. Desta forma as pessoas com idade inferior a 60 anos revelaram uma autonomia de 96,4% (desvio-padrão de 12,2%), ao que se seguiram as pessoas dos 60 anos aos 80 com 92,3% (desvio-padrão de 20,0%). Nesta tarefa as pessoas com mais de 80 anos, necessitaram de assistência pontual de baixa frequência, alcançando uma pontuação de 90,5% (desvio-padrão de 23,9%).

No que concerne ao critério segurança as pessoas com menor idade evidenciaram maior facilidade em executar procedimentos que as protejam da queda, e deste modo atingiram os 93,1% (desvio-padrão de 17,0%). Os grupos com mais idade apresentaram uma redução na segurança, tendo as pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos obtido 87,2% (desvio-padrão de 25,6%) e os participantes com mais de 80 anos 84,1% (desvio-padrão de 27,1%).

Contudo, verificou-se que pessoas pertencentes ao grupo [60 - 80[executaram as subtarefas de forma mais adequada, obtendo uma pontuação de 89,7% (desvio-padrão de 16,0%), que comparativamente aos restantes participantes. Assim, participantes com idade inferior a 60 anos apresentaram 77,8% de adequação (desvio-padrão de 28,9%), seguindo-se pessoas mais velhas (80+) com 76,2% (desvio-padrão de 23,9%).

Para esta tarefa os valores de Sig., nos três critérios, foram superiores a 0,05 não existindo, desta forma, diferenças significativas no desempenho dos três grupos.

Quando analisado o desempenho na tarefa 'mobilidade e utilização da casa da banho' observou-se que os participantes com idade inferior a 60 anos foram

considerados como os que apresentaram melhores pontuações nos três parâmetros. Deste modo, em concreto as pessoas mais novas alcançaram 92,6% de autonomia (21,8% de desvio-padrão), 97,0% de segurança (17,4% de desvio-padrão) e, 77,8% de adequação (25,9% de desvio-padrão). Para participantes do grupo etário intermédio [60 - 80[, o seu desempenho situou-se ao nível de uma funcionalidade moderada, necessitando este grupo de mais assistência que o grupo anterior. Por conseguinte, neste âmbito, atingiram 77,8% de autonomia (33,4% de desvio-padrão), 75,0% de segurança (33,4% de desvio-padrão) e, 65,3% de adequação (38,7% de desvio-padrão). Concretamente em pessoas com mais idade, superior a 80 anos, observou-se a necessidade de maior apoio terapêutico nos três parâmetros, tendo revelado pontuações inferiores aos dois grupos anteriores. Deste modo, apresentaram 70,3% de autonomia (38,0% de desvio-padrão), 57,7% de segurança (42,1% de desvio-padrão) e, 35,4% de adequação (35,4% de desvio-padrão).

Especificamente em termos de significância, conclui-se que existem diferenças significativas entre os participantes mais novos (< 60) e os participantes mais velhos (80+), dado que entre estes grupos os valores de Sig. foram inferiores a 0,05.

Durante a concretização da tarefa 'higiene oral' os participantes com menos de 60 anos foram os mais autónomos, desempenhando as subtarefas com melhor nível de segurança e, respeitando aceitavelmente o processo e qualidade estabelecidos. Neste sentido, as pontuações obtidas por este grupo classificaram-se com a autonomia a 94,2% (16,0% de desvio-padrão), 99,0% de segurança (5,8% de desvio-padrão) e 85,9% de adequação (16,7% de desvio-padrão).

Com valores ligeiramente inferiores encontram-se os participantes com idades entre os 60 e os 80 anos. Deste modo apresentaram 86,5% de autonomia (24,1% de desvio-padrão) e 85,3% de segurança e adequação (23,7% de desvio-padrão).

Por último, verificou-se que após os 80 anos as pessoas manifestaram um desempenho menos rentável, quando comparado com outras faixas etárias. Desta forma, nas subtarefas inerentes o grupo 80+ demonstrou 78,7% de autonomia (29,8% de desvio-padrão), 78,1% de segurança (31,3% de desvio-padrão) e 68,4% de adequação (27,9% de desvio-padrão).

Quando analisado o valor de significância (Sig.) denota-se que existem diferenças significativas na autonomia, segurança e adequação entre participantes novos (<60 anos) e o grupo de participantes mais velhos (80+). Concomitantemente ao nível

da adequação observam-se diferenças entre o grupo [60 - 80[e pessoas com idade superior a 80 anos.

Em termos da tarefa ‘mobilidade na banheira e no polibã’, verificou-se que em pessoas mais novas, (<60 anos), ocorre menor necessidade de apoio, tendo os participantes deste grupo atingido os 85,5% (30,0% de desvio-padrão) de autonomia. Por sua vez a autonomia do grupo etário [60 - 80[situou-se nos 68,2% (40,5% de desvio-padrão). Á semelhança da tarefa anterior, participantes com idade superior a 80 anos demonstram níveis inferiores de autonomia, tendo alcançado os 52,7% (42,5% de desvio-padrão).

No que concerne à segurança constata-se uma grande discrepância entre os valores obtidos pelos três grupos. Desta forma, conclui-se que os participantes com menor idade (<60 anos), com 90,9% (24,0% de desvio-padrão) realizaram as transferências e moveram-se na banheira/polibã com relativa segurança, adotando procedimentos seguros com intervenção mínima. No entanto pessoas dos [60 - 80[apresentaram uma redução na sua segurança com 58,3% (40,8% de desvio-padrão). Participantes com mais de 80 anos necessitam de maior apoio, de modo a evitar o perigo de queda, revelando uma pontuação de 30,7% neste critério (28,3% de desvio-padrão).

Na adequação, de um modo semelhante aos restantes critérios, observou-se que as subtarefas foram desempenhadas com maior precisão em pessoas com menos de 60 anos, revelando um score de 76,8% (24,3% de desvio-padrão). Por outro lado pessoas com idades entre os 60 e os 80 apresentaram uma menor adequação, 62,5% (35,9% de desvio-padrão), quando comparativamente com o grupo <60. As pessoas mais velhas foram as que evidenciaram menor adequação com 43,9% (36,4% de desvio-padrão).

No global, quando analisada a significância observa-se que o valor de Sig. apresenta-se como inferior a 0,05 em todos os parâmetros, na correlação entre o grupo < 60 e o grupo 80+, demonstrando assim que existem diferenças significativas entre o desempenho destes dois grupos. Especificamente, ao nível da segurança são também encontradas diferenças significativas entre o grupo [60 - 80[quer com o grupo < 60, quer com o grupo 80+.

Pela análise da tarefa ‘cortar as unhas dos pés’ é possível percecionar que os participantes com menor idade apresentaram-se, claramente, como mais autónomos (88,1% com 26,0% de desvio-padrão) do que os elementos do grupo [60 - 80[(44,5% com 40,2% de desvio-padrão), e que os elementos com mais de 80 anos (39,9% com

41,3% de desvio-padrão). Estes resultados verificaram-se de igual modo na segurança, onde os mais novos revelaram um índice de segurança bastante próximo do desejável com uma pontuação média de 91,1% (26,6% de desvio-padrão). No entanto os mais velhos, quer o grupo [60 - 80[com 38,6% (48,8% de desvio-padrão), quer os elementos 80+ com 29,8% (39,9% de desvio-padrão), manifestaram graves condicionantes de segurança, necessitando de maior apoio para evitar riscos. Em paralelo na adequação, o grupo de pessoas com menos de 60 anos destacou-se com uma pontuação de 73,3% (33,8% de desvio-padrão), enquanto o grupo de [60 - 80[e 80+, apresentaram valores de 22,8% (36,9% de desvio-padrão) e 19,3% (27,9% de desvio-padrão), respetivamente.

Para todos os parâmetros, o valor de significância entre as pessoas mais novas (<60) e ambos os grupos de pessoas com maior idade ([60 - 80[e 80+) foi inferior a 0,05, concluindo que existem diferenças significativas. Por outro lado não foram encontradas diferenças de desempenho entre os grupos mais velhos ([60 - 80[e 80+).

No que concerne à autonomia na tarefa 'vestir' o grupo < 60 anos evidenciou uma funcionalidade muito próxima da independência com 90,1% (desvio-padrão de 27,6%). Deste modo os restantes grupos [60 - 80[e 80+ relataram maiores dificuldades, manifestando valores de autonomia inferiores, com 65,8% (desvio-padrão de 39,1%) e 54,9% (desvio-padrão de 35,5%), respetivamente.

De igual forma, durante as subtarefas os participantes mais novos conseguiram, mais facilmente, manter a sua segurança demonstrando uma média de 97,0% (desvio-padrão de 17,4%), enquanto as pessoas com mais idade revelaram valores de segurança substancialmente inferiores, de 58,7% (desvio-padrão de 43,3%) para o grupo [60 - 80[e de 42,1% (desvio-padrão de 36,1%) para o grupo 80+.

Na adequação as pessoas com menos de 60 anos, com 73,7% (desvio-padrão de 23,2%) atingiram a melhor média, contrastando com os 57,3% (desvio-padrão de 34,0%) alcançados pelos participantes de idades entre os 60 e os 80. As pessoas pertencentes ao grupo 80+ foram as que apresentaram maiores entraves, em realizar as subtarefas com o processo e qualidade esperados, revelando uma pontuação de 49,1% (desvio-padrão de 31,7%).

Quando analisada a significância, constata-se que na correlação entre as pessoas com menos idade e ambos os grupos com mais idade, [60 - 80[e 80+, os valores atingidos quer na autonomia, quer na segurança foram inferiores a 0,05 e, por conseguinte verificam-se diferenças significativas. Contudo, não foram observadas diferenças entre pessoas com idade entre 60 e 80 anos e pessoas com mais de 80 anos.

Em termos de adequação, conclui-se que apenas existem diferenças significativas entre pessoas nos dois extremos da variável idade (grupo < 60 anos e grupo com mais de 80).

Durante a tarefa 'fazer compras' o desempenho do grupo com menos de 60 anos foi, em todos os critérios, superior ao dos grupos com pessoas com mais idade. Deste modo, as pessoas mais novas manifestaram 91,3% de autonomia (13,3% de desvio-padrão) e 81,6% de adequação (22,9% de desvio-padrão), valores mais próximos da independência quando comparados com os obtidos pelo grupo [60 - 80[com 76,1% de autonomia (30,1% de desvio-padrão) e 74,2% de adequação (37,0% de desvio-padrão). Os participantes com mais de 80 anos revelaram necessidade de maior apoio quer para a autonomia quer para a adequação, obtendo scores de 45,8% de autonomia (36,3% de desvio-padrão) e 41,7% de adequação (37,1% de desvio-padrão).

Quando observados os valores de significância (Sig.) é possível percecionar que existem diferenças significativas, em ambos os critérios, entre o grupo <60 e o grupo 80+, bem como entre as pessoas do grupo [60 - 80[e pessoas com mais de 80 anos. Por sua vez entre os grupos <60 e [60 - 80[o valor de Sig. foi superior a 0,05, não existindo, por isso diferenças e autonomia e adequação entre ambos.

Na tarefa 'pagar contas com o multibanco' todos os grupos etários demonstraram níveis de autonomia superiores de 90%. Deste modo, as pessoas com idades compreendidas entre 60 e 80 anos surgem com o melhor desempenho, tendo atingido a autonomia completa de 100%, seguindo-se pessoas com menos de 60 anos com 99,4% (1,9% de desvio-padrão) e, por último pessoas com idade superior a 80 anos com 90,0% (14,1% de desvio-padrão). Na adequação, através dos resultados obtidos constata-se que participantes com idade superior a 60 anos ([60 - 80[e 80+), desempenharam as subtarefas com a economia de esforço e qualidade desejadas, atingindo os 100%. As pessoas mais jovens com 97,2% (9,6% de desvio-padrão) apresentaram uma adequação ligeiramente inferior.

Quando observados os valores de Sig., para a autonomia, conclui-se que estes são inferiores a 0,05, existindo diferenças quando se compara o desempenho de pessoas com mais de 80 anos, com o de pessoas mais novas, quer do grupo [60 - 80[, quer para < 60 anos.

Na tarefa 'levar o lixo para a rua' os participantes evidenciaram valores de autonomia superiores a 86%. Desta forma os participantes com idade inferior a 60 anos atingiram valores de 99,3% (3,5% de desvio-padrão), apresentando-se como o grupo etário mais autónomo. Por sua vez os elementos do grupo [60 - 80[e do grupo 80+

indicam valores de autonomia próximos com 87,7% (21,0% de desvio-padrão) e 86,0% (21,4% de desvio-padrão), respetivamente.

De um modo semelhante, quando correlacionada a segurança, o grupo mais jovem evitou riscos com menor intervenção, obtendo uma pontuação de 98,6% (desvio-padrão de 7,0%), ao que se seguiram pessoas com idades compreendidas entre 60 e 80 anos com 80,4% (desvio-padrão de 29,0%). Deste modo, verifica-se que as pessoas com maior idade (80+) com 78,6% (24,8% de desvio-padrão), necessitaram de maior apoio para adotar procedimentos seguros.

Na adequação, a média obtida pelos mais novos de 91,3% (15,0% de desvio-padrão) foi superior à demonstrada por ambos os grupos de mais velhos. Deste modo o grupo etário [60 - 80[atingiu os 70,6% (23,2% de desvio-padrão) e as pessoas com idade superior a 80 anos executaram as subtarefas com 66,7% de adequação (22,6% de desvio-padrão).

Nomeadamente, na autonomia os valores de Sig., foram superiores a 0,05, e deste modo não existem diferenças significativas entre grupo etário para este parâmetro. Contudo denotam-se diferenças entre a segurança e adequação demonstrada pelos mais jovens (<60) e os dois grupos de pessoas mais velhas ([60 - 80[e 80+).

Durante a tarefa 'utilização do telefone/telemóvel', as pessoas com menos de 60 anos manifestaram-se como as mais autónomas (96,3% com 6,9% de desvio-padrão) bem como, com melhor precisão e respeito pelos padrões de qualidade (85,2% com 19,2% de desvio-padrão) que os restantes grupos etários. Por conseguinte as pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos, com 85,5% de autonomia (29,3% de desvio-padrão) e 78,8% de adequação (33,4% de desvio-padrão), revelaram necessidade de maior apoio, seguindo-se o grupo de pessoas com mais de 80 anos, consideradas com as mais dependentes nesta tarefa, com 70,3% de autonomia (31,0% de desvio-padrão) e 54,5% de adequação (31,8% de desvio-padrão).

Quando considerada a funcionalidade na autonomia, observam-se valores de Sig inferiores a 0,05 entre o grupo < 60 e o grupo 80+, e desta forma é possível concluir que existem diferenças significativas entre ambos.

Em termos de adequação denota-se que existem diferenças significativas no desempenho das subtarefas entre as pessoas mais velhas (80+) e as pessoas pertencentes aos restantes grupos ([60 - 80[e < 60).

Na tarefa 'gestão da medicação' pessoas com menos idade apresentaram melhores resultados de autonomia (86,4% com 20,7% de desvio-padrão), segurança

(100%) e adequação (89,7% com 15,7% de desvio-padrão) quando comparadas com as pessoas com mais de 60 anos. Entre pessoas mais velhas, verifica-se que quanto maior é a idade maior é a necessidade de assistência. Deste modo pessoas entre 60 e 80 anos apresentaram de autonomia 64,3% (27,9% de desvio-padrão), segurança 73,7% (34,4% de desvio-padrão) e de adequação 54,4% (33,7% de desvio-padrão). Por sua vez pessoas do grupo 80+ revelaram-se como as mais dependentes com 36,8% de autonomia (23,0% de desvio-padrão), 45,6% de segurança (38,8% de desvio-padrão), e 26,3% (28,5% de desvio-padrão) de adequação.

Quando analisada a significância, através do valor de Sig., conclui-se que existem diferenças significativas na autonomia, segurança e adequação entre todos os grupos etários.

Na tarefa 'fazer a cama de lavado', os participantes com menos idade foram os mais autónomos com 86,2% (17,3% de desvio-padrão), muito embora o grupo [60 - 80[tenha obtido valores próximos com 82,7% (17,8% de desvio-padrão). Por outro lado os participantes com mais de 80 anos necessitaram de maior assistência para concretizar esta tarefa com sucesso, atingindo os 66,6% (25,3% de desvio-padrão). De um modo semelhante, ao nível da segurança o grupo < 60 demonstrou aplicar com maior frequência procedimentos seguros com 91,3% (20,6% de desvio-padrão). Os restantes grupos etários evidenciaram pontuações semelhantes tendo o grupo [60 - 80[alcançado 73,3% (30,6% de desvio-padrão), uma pontuação ligeiramente superior, à de pessoas com idades superiores a 80 anos com 72,2% (desvio padrão de 39,0%).

No entanto quando analisados os scores de adequação conclui-se que participantes com idades entre 60 e 80 anos fazem a cama de um modo mais apropriado, com 76,7% (27,4% de desvio-padrão), do que os participantes dos restantes grupos etários. Para este parâmetro o processo e a qualidade de pessoas com <60 foi 65,2% (25,6% de desvio-padrão), enquanto pessoas mais velhas apresentaram uma adequação de 55,6% (27,2% de desvio-padrão).

Para os três parâmetros não se verificaram diferenças significativas entre grupos etários.

Durante a tarefa 'obtenção de informação importante pela televisão', verifica-se que pessoas com menor idade (<60) conseguiram assimilar mais facilmente a informação transmitida, bem como identificar uma solução correta para o problema apresentado, manifestando 88,7% de autonomia (17,8% de desvio-padrão) e 86,3% de adequação (18,6% de desvio-padrão). Por outro lado pessoas com idade compreendida

entre os 60 e os 80 anos, revelaram maiores dificuldades em realizar ambas as subtarefas, apresentando pontuações inferiores quer na autonomia com 71,3% (36,5% de desvio-padrão), quer em termos de adequação 74,7% (36,4% de desvio-padrão). Por último, as pessoas de idade mais avançada foram consideradas as que necessitaram de maior apoio para a concretização, com sucesso, desta tarefa, manifestando uma autonomia de 62,3% (34,4% de desvio-padrão) e uma adequação de 52,0% (35,9% de desvio-padrão).

Em termos de significância os valores de Sig. encontrados permitem averiguar que existem diferenças significativas entre a autonomia das pessoas com menos de 60 anos e pessoas com idade superior a 80 anos. Concomitantemente na adequação existem diferenças significativas no desempenho entre pessoas do grupo 80+ com participantes quer do grupo [60 - 80[, quer do grupo <60.

No que concerne à autonomia na tarefa 'mudar das pilhas de um comando de TV' os elementos do grupo <60 revelaram uma capacidade de funcionalidade próxima da independência obtendo 92,8% (desvio padrão de 12,7%). Quando comparados, o grupo [60 - 80[manifestou uma autonomia ligeiramente mais condicionada, evidenciando um score inferior com 80,2% (desvio-padrão de 31,0%). Para esta tarefa as pessoas após os 80 anos demonstraram pior média que os restantes grupos (55,6% com 32,4% de desvio-padrão). A significância para este parâmetro revelou diferenças significativas entre a funcionalidade de pessoas mais velhas (80+) com pessoas do grupo [60 - 80[, bem como com pessoas com menos de 60 anos.

Na adequação observaram-se resultados semelhantes aos da autonomia, tendo o grupo de pessoas com menos de 60 anos obtido 89,3% (desvio-padrão de 15,9%) e as pessoas entre os 60 e os 80 anos 81,3% (desvio-padrão de 29,7%). Neste parâmetro verifica-se que pessoas mais velhas (80+) alcançaram os 63,9% (desvio-padrão de 33,2%). Quando observados os valores de Sig. denota-se que a adequação revela um valor de significância inferior a 0,05 na correlação entre pessoas com mais de 80 anos e pessoas com menos de 60 anos.

Durante a tarefa 'varrer' a autonomia apresentada pelos diversos grupos etários foi superior a 90%. Concretamente pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos, com 95,5% (desvio-padrão de 15,1%), revelaram-se como os mais autónomos, enquanto pessoas pertencentes ao grupo 80+ revelaram necessidade de maior assistência aferindo uma autonomia de 92,6% (desvio-padrão de 22,2%). Assim, neste parâmetro, as pessoas com menor idade (<60) apresentaram valores inferiores de autonomia, sendo

consideradas as mais dependentes com uma pontuação de 90,3% (desvio-padrão de 20,2%).

No entanto, este grupo atingiu uma pontuação média de 97,2% (9,4% de desvio-padrão) ao nível da segurança, adotando os procedimentos mais seguros na recolha dos cereais e sua colocação no lixo. De seguida surge o grupo [60 - 80[com 90,9% (desvio-padrão de 21,6%) de segurança e por último as pessoas com mais de 80 anos com 74,1% (desvio-padrão de 36,4%).

Concomitantemente na adequação, de forma semelhante à autonomia, observou-se uma pontuação superior de 87,9% (22,5% de desvio-padrão) nas pessoas de idade intermédia ([60 - 80[) quando comparadas com os restantes grupos.

Neste caso as pessoas com menos idade apresentaram valores ligeiramente inferiores, de 79,2% (21,6% de desvio-padrão), sendo entre as pessoas mais idosas (80+), com 74,1% (22,2% de desvio-padrão), que se verificou menor qualidade e economia de esforço nas ações.

Dos três parâmetros de avaliação apenas a segurança demonstrou valores de Sig. inferiores a 0,05. Por conseguinte, observa-se que existem diferenças significativas na manutenção da segurança entre pessoas do grupo < 60 e as do grupo 80+.

Na tarefa 'andar dentro de casa', os elementos mais novos manifestaram uma capacidade praticamente independente, de 99,0% (5,6% de desvio-padrão), para se deslocarem pelos diversos espaços fechados de uma sala. Por sua vez, os participantes com idades entre os 60 e os 80 anos demonstraram necessidade de apoio, com 86,1% (31,0% de desvio-padrão), sendo nas pessoas mais velhas, com 76,5% (41,8% de desvio-padrão), onde a assistência foi prestada com maior frequência. Estes resultados expandiram-se de igual forma à segurança, pertencendo a maior a pontuação às pessoas com menos de 60 anos (97,1% com 9,5% de desvio-padrão). Neste âmbito pessoas com idades entre 60 e 80 anos manifestaram valores de segurança inferiores com 87,5% (30,8% de desvio-padrão). No entanto, foi em pessoas com idade superior a 80 anos que se revelaram as maiores dificuldades em manter a segurança durante o andar (71,3% com 41,5% de desvio-padrão).

No que concerne à adequação, as pessoas mais novas com 90,5% (17,3% de desvio-padrão) deslocaram-se pela casa mantendo o equilíbrio com maior eficácia, quando em comparação com pessoas do grupo [60 - 80[com 77,8% (28,9% de desvio-padrão) e do grupo 80+ com 61,1% (36,1% de desvio-padrão).

Quando analisada a significância em todos os parâmetros constata-se que os valores atingidos foram inferiores a 0,05 na correlação entre o desempenho de pessoas jovens (<60) e pessoas mais idosas (80+) e, por conseguinte verificam-se diferenças significativas entre ambos os grupos.

Durante a aplicação da tarefa 'segurança em casa', o grupo < 60 demonstrou melhores valores de autonomia com 92,7% (desvio-padrão de 9,7%) e de adequação com 83,3% (desvio-padrão de 18,8%), quando em comparação com os participantes do grupo [60 - 80[com 70,8% (desvio-padrão de 35,8%) de autonomia e, 68,1% (desvio-padrão de 41,1%) de adequação. A este nível pessoas com mais idade, (grupo 80+) evidenciaram maiores problemáticas em identificar de forma autónoma e correta os perigos a que podem estar sujeitos, alcançado uma pontuação de 52,1% de autonomia (31,8% de desvio-padrão) e 41,2% de adequação (32,9% de desvio-padrão).

De um modo geral na autonomia denotaram-se diferenças significativas entre todos os grupos. Por sua vez, na adequação foram encontradas diferenças entre as pessoas mais velhas (80+) com ambos os grupos de pessoas mais novas (grupo < 60 e grupo [60 - 80[).

No que concerne à tarefa 'uso do micro-ondas' as pessoas com menos idade, com 96,1% (7,1% de desvio-padrão) apresentaram uma autonomia muito próxima da independência completa, necessitando de menos apoio que pessoas com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos com 88,0% (11,6% de desvio-padrão). Neste âmbito as pessoas mais velhas (80+) foram as que necessitaram de maior assistência revelando uma autonomia de 84,2% (20,3% de desvio-padrão). Para este parâmetro o valor de Sig. foi inferior a 0,05, durante a comparação entre a funcionalidade de pessoas do grupo <60 e participantes do grupo 80+, existindo deste modo diferenças significativas na autonomia destes dois grupos.

Em termos de segurança os elementos do grupo < 60, demonstraram uma maior precaução com a sua segurança, evidenciando um nível de 91,4% (19,8% de desvio-padrão), seguindo-se pessoas do grupo 80+ com 71,4% (28,8% de desvio-padrão). Finalmente denota-se que as pessoas do grupo [60 - 80[com 66,7% (30,9% de desvio-padrão) apresentaram necessidade de uma maior assistência, com vista a evitar queimaduras durante o uso do micro-ondas. Neste âmbito, ao nível da significância foram encontradas diferenças significativas entre pessoas mais novas (<60) e pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos (valor de Sig. < 0,05).

Na adequação os valores situaram-se na ordem dos 70% sendo que foram as pessoas mais novas com 79,0% (16,4% de desvio-padrão) que concretizaram as subtarefas, respeitando com maior eficiência os padrões de processo e de qualidade. As pessoas mais velhas (grupo 80+) revelaram um desempenho ligeiramente inferior com 73,8% (23,3% de desvio-padrão). Por conseguinte, pessoas com idades entre 60 e 80 anos, com 73,3% (25,8% de desvio-padrão), manifestaram maiores problemáticas em realizar subtarefas de acordo com o estabelecido. No entanto, ao contrário dos parâmetros supramencionados, o valor de significância foi superior a 0,05 e, por conseguinte, não se verificaram diferenças significativas.

Quando analisado o desempenho na tarefa 'uso do fogão' denota-se que os participantes obtiveram valores próximos que rondam os 80%. No entanto é de salientar que os elementos do grupo < 60 anos obtiveram melhor score na autonomia com 88,8% (15,5% de desvio-padrão) que os restantes dois grupos etários. Neste sentido as pessoas do grupo [60 - 80[manifestaram um ligeiro decréscimo na sua autonomia com 81,3% (20,9% de desvio-padrão), seguindo-se pessoas com mais de 80 anos com 80,5% (24,6% de desvio-padrão). Para este parâmetro os valores de Sig. (0,48) demonstram-se superiores a 0,05, não havendo por este motivo diferenças significativas na autonomia dos grupos.

Durante a concretização das subtarefas, as pessoas com menos idade (<60) revelaram bons níveis de conservação da sua segurança, situando-se nos 87,5% (20,6% de desvio-padrão). No entanto, quando analisada a segurança de pessoas mais velhas verifica-se uma diferença acentuada, em relação aos valores obtidos pelos mais novos. Deste modo, pessoas com mais de 80 anos apontaram para uma segurança média de 58,3% (35,2% de desvio-padrão), sendo as pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos as que mais correram riscos para a sua saúde com 56,4% (31,6% de desvio-padrão). Quando observados os valores de Sig. conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas, ao nível da segurança, entre as pessoas com menos de 60 anos e ambos os grupos de pessoas mais idade ([60 - 80[e 80+).

Em termos de adequação os mais novos manifestaram uma maior precisão, economia de esforço e qualidade nas ações com 75,0% (19,2% de desvio-padrão). De seguida surge a adequação de pessoas com mais de 80 anos, com 72,2% (19,2% de desvio-padrão), sendo as pessoas entre os 60 e os 80 consideradas como as que manifestaram menor qualidade e processo com 71,8% (26,7% de desvio-padrão). A este

nível os valores de variância foram superiores a 0,05, não existindo, deste modo, diferenças na adequação entre os três grupos.

Na tarefa ‘utilização de utensílios afiados’ os participantes com menos idade apresentaram-se como os mais autónomos, com 93,7% (11,2% de desvio-padrão), quando em comparação, quer com pessoas entre os 60 e os 80 anos (90,5% com 20,9% de desvio-padrão), quer com pessoas com mais de 80 anos (86,2% com 16,9% de desvio-padrão).

Contudo, em termos de procedimentos de segurança, os elementos mais idosos (80+) manifestaram-se como os mais capazes de adotar medidas para evitar cortar-se, alcançando uma pontuação de 93,8% (13,2% de desvio-padrão). Por sua vez o grupo [60 - 80[obteve uma percentagem ligeiramente inferior com 90,9% (23,4% de desvio-padrão), sendo no entanto as pessoas mais novas as que apresentaram maiores dificuldades em evitar perigos, com uma pontuação de 90,3% (21,4% de desvio-padrão).

Por outro lado, é de ressalvar que participantes com idades entre os 60 e os 80 anos desempenharam as subtarefas de um modo mais apropriado e correto, com 92,4% (14,3% de desvio-padrão). Deste modo, pessoas com idade superior a 80 anos evidenciaram algumas falhas quer no processo quer na qualidade, obtendo uma pontuação de 78,1% (20,1% de desvio-padrão). No entanto é em pessoas com menos idade (<60 anos) que a adequação se apresentou como mais necessitada de intervenção, para melhorarem o corte da maçã e respetivo transporte, com um score de 75,3% (22,7% de desvio-padrão).

Quando analisada a significância, através do valor de Sig., conclui-se que não existem diferenças significativas entre os grupos, em termos de autonomia e segurança. Contudo na adequação é possível percecionar que existem diferenças entre o modo de realização das subtarefas entre o grupo [60 - 80[e os restantes.

Durante a tarefa ‘arrumar após a preparação de refeição’ os participantes com menos idade atingiram uma maior média de autonomia com 90,6% (13,3% de desvio padrão). Por outro lado pessoas com mais idade (80+) revelaram necessidade de maior assistência com 78,2% (17,1% de desvio-padrão) ao que se seguiram pessoas entre os 60 e os 80 anos, sendo estas consideradas como as mais dependentes com 74,8% (31,6% de desvio-padrão).

De modo equiparado, quando correlacionada a segurança, evidencia-se que pessoas com menos de 60 anos com 97,5% (desvio-padrão de 8,9%), arrumaram e

lavaram a loiça com maior segurança que pessoas com mais idade. Desta forma pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos demonstraram 66,7% de segurança (desvio-padrão de 37,8%), seguindo-se as pessoas mais velhas com 57,1% (30,5% de desvio-padrão).

Na adequação a pontuação obtida pelos mais novos de 77,8% (20,7% de desvio-padrão) foi ligeiramente superior à obtida pelos restantes grupos etários. Deste modo, em concreto o grupo [60 - 80[apresentou uma adequação de 71,1% (27,8% de desvio-padrão), tendo os mais idosos (80+) evidenciado as pontuações mais baixas com 66,7% (18,5% de desvio-padrão).

Para esta tarefa, em função dos resultados expostos não foram encontradas diferenças significativas nos parâmetros de autonomia e adequação, uma vez que os valores de Sig. se apresentaram como superiores a 0,05. Por outro lado na segurança registaram-se diferenças significativas entre pessoas com menor idade (<60) e grupos de pessoas mais velhas (grupo [60 - 80[e grupo 80+).

De seguida, de acordo com o indicado no capítulo Métodos, segue-se, na tabela 16, a exposição da correlação entre observadores realizada para cada tarefa:

Tabela 16 - Análise SPSS da correção entre observadores. São apresentados os valores da correlação de Pearson nos três parâmetros (autonomia, segurança e adequação) nas 22 tarefas da PASS.

Concordância entre observadores			
Tarefa	Autonomia	Segurança	Adequação
01 ‘mobilidade na cama’	,999**	.[a]	,357
02 ‘utilização de escadas’	,796**	1,000**	,944**
03 ‘mobilidade e utilização da casa de banho’	1,000**	.[a]	1,000**
04 ‘higiene oral’	1,000**	.[a]	,801**
05 ‘mobilidade na banheira e no polibã’	,999**	1,000**	,915**
06 ‘cortar as unhas dos pés’	1,000**	.[a]	,949**
07 ‘vestir’	1,000**	.[a]	,908**
08 ‘fazer compras’	1,000**		1,000**
09 ‘pagar contas com o multibanco’	1,000**		1,000**
10 ‘levar o lixo para a rua’	1,000**	.[a]	1,000**
11 ‘utilização do telemóvel/telefone’	1,000**		,936**
12 ‘gestão da medicação’	,974**	.[a]	1,000**
13 ‘fazer a cama de lavado’	1,000**	,688**	,900**
14 ‘obter informação importante da TV’	1,000**		,948**
15 ‘mudar as pilhas de um	1,000**		,524*

comando de TV’			
16 ‘varrer’	1,000**	.[a]	,936**
17 ‘andar dentro de casa’	1,000**	1,000**	1,000**
18 ‘segurança em casa’	1,000**		1,000**
19 ‘uso do micro-ondas’	,830**	1,000**	,859**
20 ‘uso do fogão’	1,000**	1,000**	1,000**
21 ‘utilização de utensílios afiados’	,997**	1,000**	,935**
22 ‘arrumar após preparação de refeição’	1,000**	1,000**	,946**

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

a. Não é possível calcular porque pelo menos uma das variáveis é constante.

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Capítulo 6 – Discussão

De seguida discute-se os resultados obtidos refentes às tarefas que integram a PASS por parâmetro de pontuação (autonomia, segurança e adequação). Por conseguinte, na figura 9, que se segue, são apresentados os resultados obtidos para o parâmetro autonomia para as 22 tarefas que constituem a escala PASS.

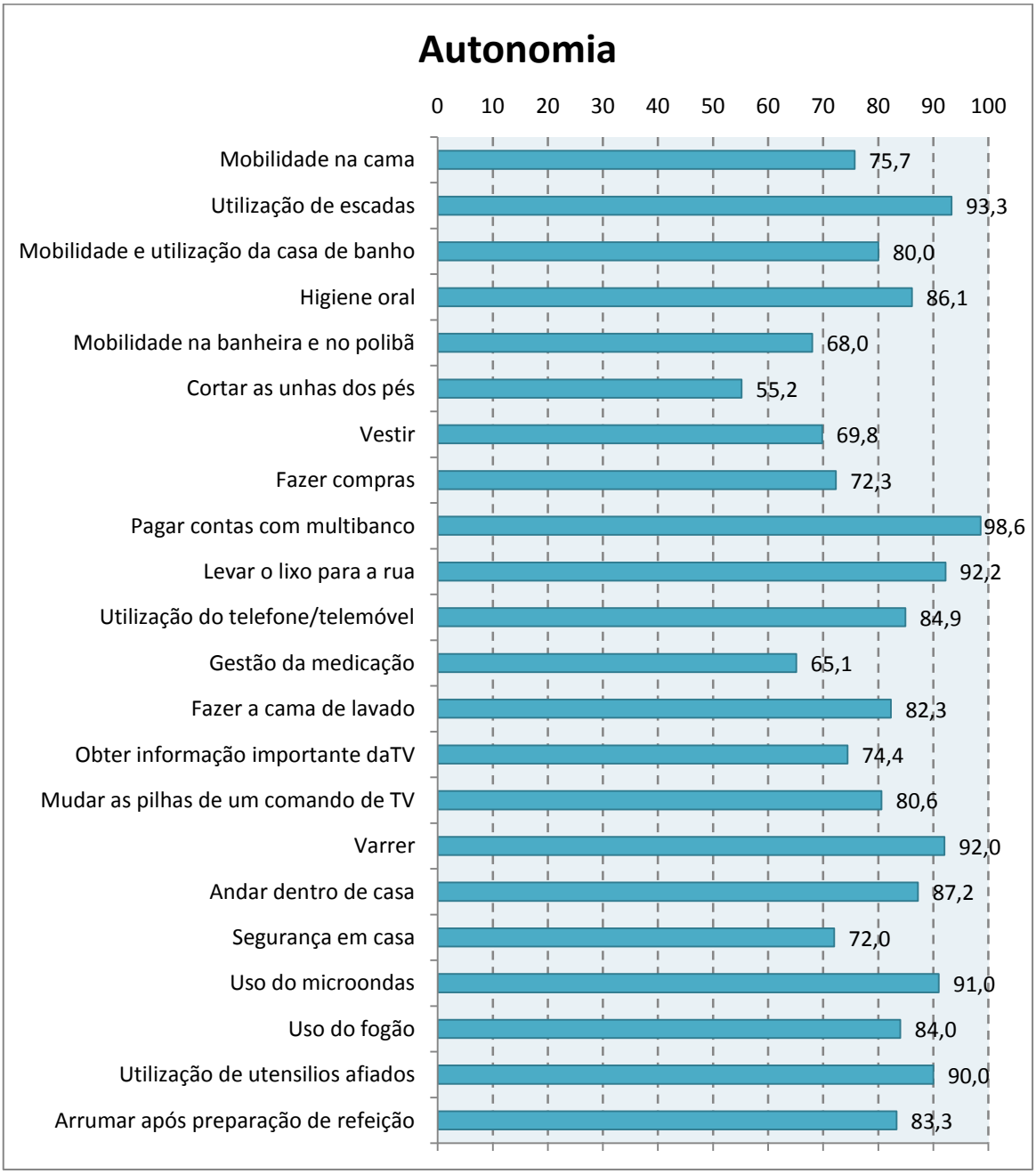

Figura 9 - Pontuação média obtida para o parâmetro autonomia em todas as tarefas que constituem a escala PASS. É possível observar que em média a população estudada apresenta índices de autonomia superiores a 50%, em todas as tarefas, indicando uma funcionalidade de nível moderado a alto.

Globalmente, a população estudada apresentou índices de autonomia superiores a 50% em todas as tarefas, o que indica uma funcionalidade de nível moderado a alto.

Quando se restringe, especificamente, a intervalos de autonomia [50%; 60%[verificou-se que a tarefa 'cortar as unhas dos pés' foi aquela em que o grupo estudado apresentou menor índice de autonomia, com um valor médio de 55,2%. Uma possível explicação, para este valor será a elevada exigência física que é necessária para adotar uma postura que permita ao indivíduo levar o corta-unhas até aos pés - grande amplitude de movimento e de flexão do tronco, equilíbrio e de adaptação a uma posição pouco confortável, e mesmo antinatural. Concomitantemente, verificou-se que é necessário uma grande precisão motora, coordenação de movimentos e força muscular durante a utilização do corta-unhas, o que compromete o sucesso em casos de maior incapacidade.

Estes resultados foram também mencionados em estudos realizados com a PASS (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014), assim como em outros estudos realizados por Tavares et al., (2007), onde referem que esta atividade apresenta os maiores índices de dependência no grupo das ADVB.

Em termos de autonomia compreendida no intervalo [60%; 70%[há três atividades que se enquadram nesta categoria: 'mobilidade na banheira e no polibã' (68,0%), 'gestão da medicação' (65,1%) e 'vestir' (69,8%).

No que concerne à tarefa 'mobilidade na banheira e no polibã' os participantes manifestaram dificuldades na entrada e saída da banheira, necessitando de apoio físico para concluir estas etapas com sucesso. Um possível fator, que poderá contribuir para uma menor autonomia, foi a altura do rebordo da banheira, que obrigou a que durante as transferências o indivíduo tivesse que ter um bom equilíbrio e controlo motor, assim como amplitude de movimento dos membros inferiores. Porém, numa população envelhecida ou com patologias incapacitantes, como a que estudámos, verificou-se que estas competências encontram-se diminuídas, o que poderá provocar dificuldades acrescidas para concretizar esta tarefa. Nos seus estudos Chisholm, Toto, Raina, Holm, e Rogers, (2014) indicam esta tarefa como a de menor autonomia no grupo Mobilidade Funcional o que corresponde aos resultados evidenciados neste trabalho.

Em termos de 'gestão da medicação' denotou-se que as principais dificuldades de execução prendem-se com a abertura do frasco com tampa à prova de criança e, na distribuição dos medicamentos pela folha fornecida, de acordo com as instruções do rótulo. A primeira dificuldade dever-se-á à necessidade de competências motoras ao

nível do membro superior, muito em concreto motricidade fina da mão, em associação com competências cognitivas de modo a compreender as instruções de abertura. Durante a distribuição da medicação observaram-se problemáticas na perceção do modo de funcionamento da tabela de dupla entrada fornecida, bem como na compreensão e retenção das instruções apresentadas, de modo a completar adequadamente as subtarefas. Quando analisados artigos dos autores Chisholm, Toto, Raina, Holm, e Rogers (2014) constatou-se que esta tarefa demonstrou piores valores de autonomia quando comparada com a mesma tarefa na PASS original.

Na tarefa 'vestir' uma possível justificação para o valor obtido será devido à sua elevada complexidade motora, em termos de competências cognitivas, de atenção, sequenciação e memória, que poderão estar em falha em pessoas institucionalizadas. Deste modo foi fornecido apoio verbal e supervisão em especial no abotoar dos botões, colocar as meias e calçar. De salientar também, algumas vezes, a necessidade de apoio físico durante as subtarefas que se circunscreviam ao vestir a roupa da parte inferior do corpo. Estes resultados estão de acordo com os encontrados noutros estudos, em que os autores referem que, para esta tarefa, são demonstrados elevados níveis de dependência, sobretudo em pessoas com demência (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

No grupo de tarefas com autonomia no intervalo [70%; 80%[encontram-se as seguintes tarefas: 'mobilidade na cama' (75,7%), 'fazer compras' (72,3%), 'obter informação importante da TV'(74,4%) e, 'segurança em casa' (72,0%).

Durante a execução da tarefa 'mobilidade na cama' evidenciaram-se como principais dificuldades as transferências para a cama no caso de pessoas em cadeira de rodas, ou o levantar da cama em indivíduos com marcha. De igual forma, alguns participantes manifestaram menor autonomia e necessidade de apoio ocasional aquando de se virarem 180º graus, na cama. A obtenção desta pontuação poderá dever-se a que, embora o grupo estudado apresente alguma incapacidade para realizar as subtarefas supramencionadas, o contexto institucional encontrava-se equipado com produtos de apoio (cama móvel, tábua de transferências, barras laterais), o que facilitou e permitiu que o participante com as suas capacidades remanescentes realizasse as subtarefas propostas, com o mínimo de apoio por parte de terceiros.

Na tarefa 'fazer compras' as dificuldades incidiram, essencialmente, na concretização do troco, na leitura da lista de compras, e consequente seleção dos produtos. Dado que esta tarefa pertence às atividades de vida diária instrumentais, ou seja apresenta um grau de complexidade superior, obriga ao envolvimento de

capacidades como a atenção e memória, bem como aptidão para concretizar operações como a leitura e cálculo mental. Deste modo, pessoas com patologias com comprometimento cognitivo necessitaram de maior orientação (gestos, pistas, reformulação da tarefa).

De salientar que pessoas analfabetas revelaram dificuldades de autonomia acrescidas, dado necessitarem de assistência total para ler a lista de compras e os cupões. Estes achados são concordantes com a bibliografia onde se refere que pessoas analfabetas evidenciam com maior frequência dependência nas suas AVDI (Mattos, Carmo, Santiago, & Luz, 2014). Por outro lado problemas sensoriais ao nível da visão dificultaram a distinção dos produtos e do dinheiro, comprometendo a conclusão da tarefa com sucesso. Estas questões sensoriais ao nível da visão, nomeadamente em pessoas idosas, são descritas como um fator que se encontra associado à perda de autonomia nas AVDI (Mattos, Carmo, Santiago, & Luz, 2014).

No entanto é de salientar que esta tarefa, inserida no grupo AVDIC obteve melhor desempenho que nos estudos realizados com a PASS original (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

Durante a execução da tarefa ‘obter informação importante da TV’ foi possível percecionar que alguns participantes possuíaram dificuldades em compreender e reter informação fulcral a partir da notícia, tendo o examinador que fornecer assistência com pistas verbais, instruções e gestos. Por outro lado, também foi possível constatar que sendo dada a assistência na primeira subtarefa muitos participantes conseguiram apontar uma solução, minimamente apropriada para o problema sugerido.

Quando analisada a tarefa ‘segurança em casa’ concluiu-se que durante as subtarefas de determinar uma solução para o problema do tapete enrugado e de arrumação, muitas vezes é necessário prestar assistência verbal acompanhada por gestos.

Seguidamente no que concerne à autonomia no intervalo [80%; 90%[encontram-se as tarefas de ‘mobilidade e utilização da casa de banho’ (80,0%), ‘higiene oral’ (86,1%), ‘utilização do telefone/telemóvel’ (84,9%), ‘fazer a cama de lavado’ (82,3%), ‘mudar as pilhas de um comando de TV’ (80,6%), ‘andar dentro de casa’ (87,2%), ‘uso do fogão’ (84,0%) e ‘arrumar após preparação de refeição’ (83,3%).

Durante a execução da tarefa ‘mobilidade e utilização da casa de banho’ a generalidade dos participantes apresentou bons índices de funcionalidade, conseguindo executar as subtarefas propostas com algum apoio essencialmente ao nível da

supervisão. Por outro lado as principais dificuldades manifestaram-se no arranjar da roupa, sentar ou transferir-se para a sanita e em limpar a área perineal, tendo alguns participantes necessitado de apoio físico nestas etapas. Uma possível explicação deve-se ao facto de estas subtarefas exigirem coordenação motora, equilíbrio e amplitude de movimento, o que poderá estar condicionado em pessoas mais velhas ou com alguma incapacidade.

No que concerne à 'higiene oral' verificou-se que os participantes conseguiram concluir esta tarefa com alguma supervisão e assistência por via de pistas, instruções ou gestos. A repetição diária desta rotina, criando hábitos fixos de desempenho, pode ser uma possível explicação para uma pontuação elevada, mesmo em casos de alguma incapacidade cognitiva. Concomitantemente, para casos de institucionalização, os utentes dispunham de um contexto mais facilitador (ex.: lavatórios adaptados para cadeiras de rodas, torneiras de abertura fácil), o que permitiu reduzir as suas incapacidades. Em termos de dificuldades denotou-se a necessidade de maior assistência em termos de instruções e gestos durante as subtarefas de escovar completamente os dentes/dentaduras, tomar as precauções adequadas para não danificar as dentaduras e limpar totalmente as gengivas.

Na execução da tarefa 'utilização do telefone ou telemóvel' os participantes aparentaram ter presente a noção do local onde devem adquirir os seus medicamentos e consequentemente, demonstraram-se capazes de, com maior ou menor assistência verbal, selecionar o número desejado. Nalguns participantes foi necessário recorrer a reformulação do contexto, dado as teclas do telemóvel serem de pequenas dimensões o que complicava a visualização dos números. Por vezes evidenciaram-se algumas dificuldades em reter a informação transmitida, e posteriormente comunicá-la ao examinador.

Na tarefa 'fazer a cama de lavado' um possível fator a considerar deve-se ao facto de que pessoas institucionalizadas com frequência já não realizam esta tarefa. Por outro lado, a população para a qual esta atividade é significativa manifestava uma preservação das suas capacidades, o que torna possível serem minimamente autónomos na sua execução. Especificamente, durante a sua concretização, os participantes apresentaram noções de memorização e reconhecimento da sequência culturalmente estabelecida para esta tarefa. Deste modo as principais problemáticas circunscreveram-se sobretudo durante o colocar do lençol debaixo do colchão, sendo frequente recorrer à assistência física de terceiros para terminar esta subtarefa.

Na tarefa ‘mudar as pilhas de um comando de TV’ o grupo estudado conseguiu realizar as subtarefas inerentes com apoio pontual de gestos, pistas e demonstrações.

As principais etapas onde se verificou a necessidade de assistência foram sobretudo em abrir a tampa do comando, selecionar o modelo correto de pilhas e colocar adequadamente as pilhas no comando. Estes achados devem-se por um lado à minúcia de movimentos exigidos e, por outro à necessidade de utilizar competências cognitivas de nível superior como a resolução de problemas.

Nas subtarefas inerentes à tarefa ‘andar dentro de casa’ verificaram-se maiores incapacidades na memorização da direção até à qual se deviam deslocar e consequente retorno. No entanto, globalmente observou-se um bom desempenho durante as deslocações. Uma possível explicação prende-se com o facto de esta atividade ser realizada diariamente, tornando possível manter a capacidade de marcha ativa por maiores períodos de tempo, ou no caso de pessoas com incapacidade permitir uma recuperação desta competência com maior rapidez. Por outro lado, pessoas incapacitadas tinham à sua disposição auxiliares de marcha adaptados às suas necessidades, o que lhes permitiu serem menos dependentes do apoio de terceiros.

Na tarefa ‘uso do fogão’, uma vez que esta tarefa enquadra-se nas atividades instrumentais, foram excluídos os participantes que não demonstrassem competências básicas cognitivas e físicas mínimas para a executar. Concomitantemente verificou-se que, participantes com estado de saúde de maior debilidade possuiam auxílio do seu meio familiar ou através de serviços na comunidade para a concretização desta tarefa. Por outro lado, no grupo estudado evidenciaram-se maiores dificuldades nas subtarefas de colocar/retirar a panela no fogão e transportar os pratos para a mesa, sobretudo em pessoas com mobilidade reduzida. Estas problemáticas prendem-se com o facto de no primeiro caso o fogão não se encontrar adaptado para cadeira de rodas, deste modo os participantes ficaram muito longe da chapa do fogão para colocar/retirar a panela de uma forma apropriada. No segundo caso, os participantes não conseguiram deslocar-se e transportar em simultâneo os pratos ou panela, comprometendo a sua pontuação na autonomia.

No que concerne à tarefa ‘arrumar após a preparação de refeição’ é de salientar que esta atividade apresenta-se como atividade instrumental, ou seja, as suas subtarefas exigem um bom controlo e destreza motora, bem como, a preservação de funções executivas de nível superior da atenção, memória e sequenciação. Por conseguinte os participantes que consideraram esta atividade como significativa, desejando retomá-la

no seu quotidiano possuíam à partida competências básicas para uma autonomia moderada. Por outro lado, os principais entraves ao bom desempenho surgiram nas subtarefas de juntar a loiça e respetiva arrumação, nomeadamente em pessoas que se deslocavam com o apoio de auxiliar de marcha. Este fator deveu-se à dificuldade de transportar utensílios de cozinha em simultâneo com o auxiliar de marcha. Paralelamente, pessoas com mobilidade reduzida, utilizadoras de cadeira de rodas, enfrentaram a dificuldade em colocar e lavar os utensílios, uma vez que o lava-loiças possuía dimensões reduzidas e não se encontrava adaptado à estrutura da cadeira. Noutros participantes observou-se a necessidade de prestar apoio com instruções e gestos, de modo a que mais facilmente dispusessem dos objetos essenciais à tarefa e, desta forma melhorassem a sequenciação inerente.

Por último, em termos de autonomia no intervalo [90%; 100%], sendo consideradas como as tarefas com melhor pontuação neste parâmetro, constam: 'utilização de escadas' (93,3%), 'pagar contas com o multibanco' (98,6%), 'levar o lixo para a rua' (92,2%), 'varrer' (92,0%), 'uso do micro-ondas' (91,0%) e 'utilização de utensílios afiados' (90,0%).

Relativamente à tarefa 'utilização de escadas' uma possível explicação para os resultados encontrados deve-se ao facto do lance de escadas utilizado possuir um corrimão bilateral, fornecendo mais apoio ao participante e, em consequência, reduzir a necessidade do apoio de uma terceira pessoa.

A tarefa 'pagar contas com o multibanco' apresentou-se como a tarefa com o valor de autonomia mais elevado da PASS Portuguesa. Para esta tarefa verifica-se que, dada a sua extrema complexidade em termos de operações de leitura, aprendizagem de gestão de tecnologias, alguns pacientes foram excluídos por não apresentarem competências físicas e cognitivas que lhes permitissem um desempenho consistente. Por outro lado denotou-se que muitas pessoas com maior idade não consideraram esta tarefa como significativa, preferindo utilizar outros meios para pagar contas (caderneta, pagar na loja, pedindo apoio de terceiros). No global os participantes reconheceram a sequenciação adequada, realizando todas as etapas necessárias, sem recorrer ao auxílio do examinador. Pontualmente observaram-se casos de necessidade de apoio pontual, recorrendo a pistas para evitar a dispersão da tarefa.

No que concerne à tarefa 'levar o lixo para a rua' constatou-se que no global, os participantes manifestaram boa funcionalidade para realizar as subtarefas com apoio pontual do examinador. Salienta-se que o facto de o saco possuir duas alças largas

poderá ter atuado como um facilitador. Concomitantemente, dado que o peso do saco do lixo era pouco elevado pode ter beneficiado a autonomia dos participantes com maior incapacidade. Por outro lado observou-se em alguns casos a necessidade de reformular o contexto, no sentido de reduzir o peso do lixo, sobretudo em pessoas com reduzida força muscular, com vista a melhorar a autonomia nas subtarefas de apanhar o saco e transportá-lo. Por último detetaram-se dificuldades de âmbito físico para fechar a porta e abri-la novamente com a chave, tendo alguns participantes requerido apoio físico.

Quando analisada a tarefa 'varrer' concluiu-se que a concretização desta tarefa demonstrou-se de difícil desempenho para pessoas em cadeira de rodas, pelo acréscimo de complexidade em varrer e manobrar a cadeira em simultâneo. De igual modo, pessoas que se deslocavam com auxiliar de marcha requereram orientação física por parte do examinador, de modo a conseguir colocar os cereais no lixo. No entanto em traços gerais constatou-se que os participantes executaram as duas subtarefas inerentes, com apoios físicos e pistas verbais esporádicas.

Durante a tarefa 'uso do micro-ondas' os participantes apresentaram um bom reconhecimento da forma de aquecer alimentos no micro-ondas, aplicando uma sequenciação adequada.

Especificamente nas subtarefas ligar o micro-ondas e monitorizar a comida evidenciou-se, nalguns participantes, a importância de fornecer instruções verbais pontuais, de modo a melhorarem a sua funcionalidade, e procederem à sua conclusão. Por sua vez as subtarefas colocar o segundo prato num recipiente próprio, transportar e colocar a comida nos pratos e transportar os pratos para a mesa demonstraram dificuldades acrescidas para pessoas com um grau debilidade física maior.

Concretamente na última subtarefa ('transportar os pratos para a mesa') em pessoas com mobilidade condicionada constatou-se a necessidade de apoio físico contínuo, dada a problemática de transportar os pratos e mover a cadeira/andarilho.

Na tarefa 'utilização de utensílios afiados' ocorreu um decréscimo da autonomia durante as tarefas de recolher e transportar a maçã, dado alguns participantes apresentarem mobilidade reduzida, necessitando de assistência para se deslocarem e transportarem em simultâneo o prato. De igual modo, observou-se que alguns participantes necessitaram de pistas e instruções durante a subtarefa de descascar a maçã, com vista a melhorarem a sua autonomia.

Seguidamente procede-se à análise do parâmetro segurança, e por conseguinte na figura 10 encontram-se explanados os resultados obtidos neste critério nas 18 tarefas em que é aplicável.

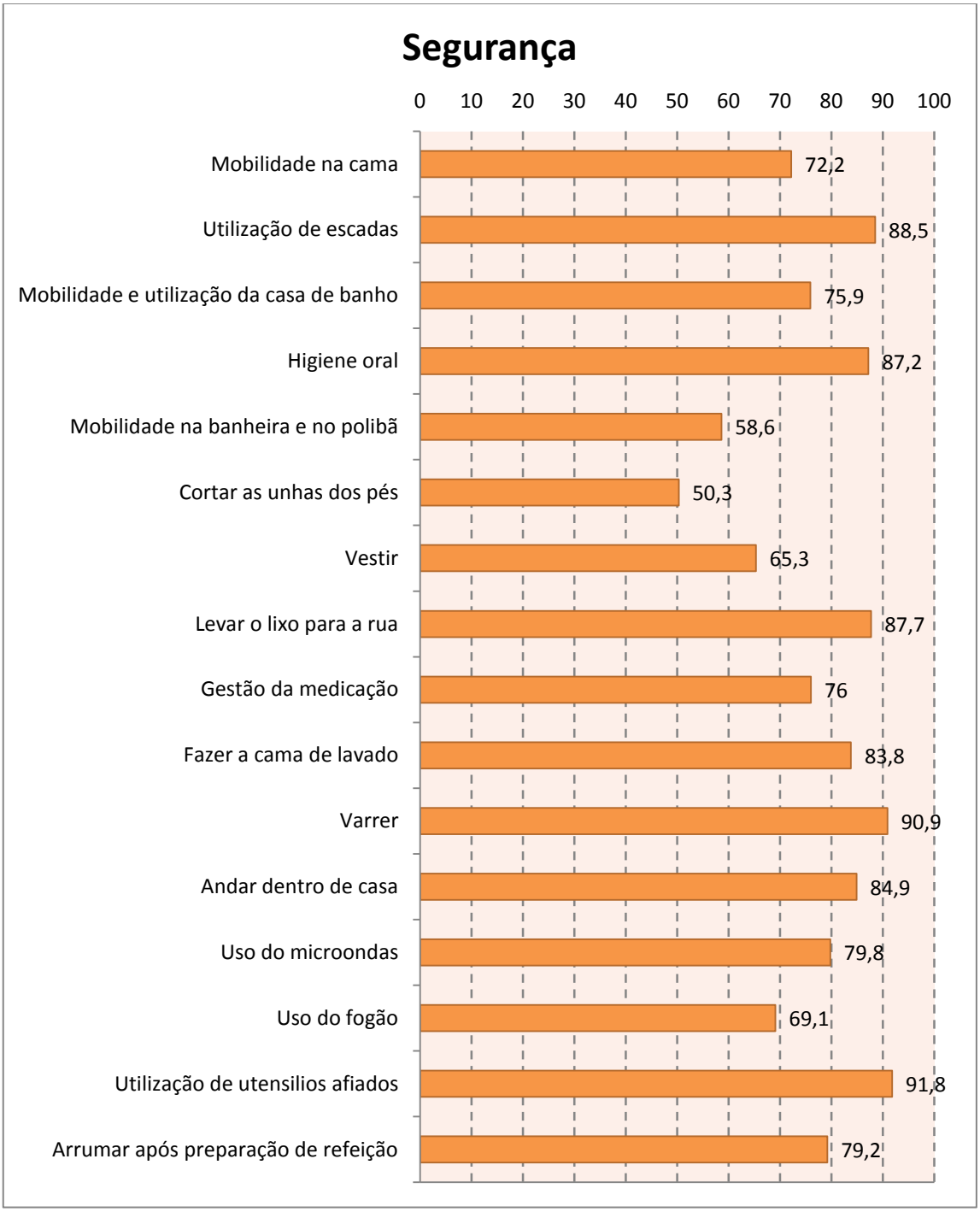

Figura 10 - Pontuação média obtida para o parâmetro segurança das tarefas. São apresentados os resultados obtidos para o critério segurança nas 18 tarefas da escala PASS em que é aplicável. Como pode observar-se os níveis médios de segurança são superiores a 50%.

Globalmente observando as pontuações obtidas em todas as tarefas avaliadas conclui-se que os níveis de segurança foram iguais ou superiores a 50%, permitindo constatar que existiu um nível de segurança intermédio a alto durante o desempenho das tarefas.

Concretamente avaliando as tarefas com pontuações mais baixas detetou-se que as tarefas 'mobilidade na banheira e no polibã' (58,6%) e 'cortar as unhas dos pés' (50,3%) possuem pontuações de segurança no intervalo [50%; 60%[.

Em termos de 'mobilidade na banheira e no polibã' as principais problemáticas manifestaram-se essencialmente na entrada e saída da banheira e/ou polibã. O motivo deve-se sobretudo ao facto de as transferências obrigarem a um maior controlo motor e equilíbrio num pavimento muito escorregadio, ou que estando protegido por tapetes não melhora a segurança oferecida. Deste modo uma vez que existiu uma maior instabilidade e perigo de queda, em especial em pessoas com maior debilidade de estado de saúde, verificou-se uma recorrente intervenção por parte do examinador, com vista a fornecer uma maior segurança ao participante. Nos estudos produzidos que utilizaram a PASS os resultados a este nível foram semelhantes aos encontrados (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

A tarefa 'cortar as unhas dos pés' foi a que apresentou menor percentagem de segurança da PASS portuguesa. Uma possível explicação deve-se ao facto de requerer uma postura de extrema flexão do tronco, e associadamente bom controlo motor e equilíbrio, competências que se encontravam mais fragilizadas em pessoas com alguma patologia. Neste âmbito, durante as subtarefas 'chegar a cada pé' e 'cortar as unhas' foi prestado auxílio de modo a evitar possíveis danos. Quando confrontados os resultados com a bibliografia evidenciaram-se resultados similares com os encontrados neste trabalho (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

No que concerne à segurança no intervalo [60%; 70%[pode-se considerar as tarefas 'vestir' (65,3%) e 'uso do fogão' (69,1%).

Especificamente ao nível da tarefa 'vestir' observaram-se maiores riscos para a segurança do participante durante a concretização das subtarefas de vestir e despir a parte de baixo da roupa, uma vez que estas obrigam à transição da posição de sedestação para bipedestação, originando riscos de quedas em pessoas com maior fragilidade de estado de saúde.

Em participantes com menor controlo do movimento, sobretudo ao nível do tronco, destacou-se um risco acrescido para a segurança, durante o calçar e descalçar as

meias e ao calçar os sapatos. Neste âmbito, o apoio e intervenção do examinador tornaram-se essenciais, de forma a corrigir posturas prejudiciais ao estado de saúde e evitar lesões durante a sua execução. Na bibliografia encontrada, relativamente à PASS original, foram relatados achados concordantes sendo apontada esta tarefa (das AVDB) como a de maiores riscos de segurança após a tarefa 'cortar as unhas dos pés' (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

Em termos do 'uso do fogão' a segurança apresentada deveu-se essencialmente ao facto desta tarefa envolver o transporte e manuseamento de objetos aquecidos, a elevada temperatura, havendo o risco de queimaduras. Por conseguinte, os maiores riscos para a segurança relevaram-se durante o retirar da panela do fogão e transporte dos pratos para a mesa. Neste âmbito, muitas vezes as pessoas negligenciaram o facto de se poderem queimar na panela após o aquecimento da sopa, tendo sido necessário que o examinador fornecesse assistência para que não ocorrerem danos. De ressalvar que estes achados se encontram equiparados aos resultados obtidos na PASS (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

Quando analisadas tarefas com segurança compreendida entre [70%; 80%[encontram-se as seguintes tarefas: 'mobilidade na cama' (72,2%), 'mobilidade e utilização da casa de banho' (75,9%), 'gestão da medicação' (76,0%), 'uso do micro-ondas' (79,8%), e 'arrumar após preparação da refeição' (79,2%).

Em termos da tarefa 'mobilidade na cama' observou-se que na globalidade as subtarefas demonstraram um nível de segurança apropriado, tendo ocorrido alguns riscos mínimos para a segurança, contudo sem necessidade de assistência.

Por outro lado os principais perigos observaram-se nas subtarefas circunscritas às transferências para a cama: 'flete-se para a cama' e 'levanta-se da cama' no caso de pessoas com marcha, 'transfere-se para a cama', 'transfere-se para a cadeira' para indivíduos que se deslocavam em cadeira de rodas. A subtarefa de 'sentar-se na cama' apresentou alguns riscos para a segurança, tendo sido necessário prestar assistência de modo a evitar danos.

A tarefa 'mobilidade e utilização da casa de banho' foi concretizada com maior segurança nas subtarefas de 'encontrar a casa de banho', 'colocar o papel higiénico na sanita', 'posicionar a cadeira adequadamente', 'alcançar o papel higiénico' e 'colocá-lo na sanita'.

Nas subtarefas que envolviam 'posicionar o corpo, ou a cadeira de rodas, adequadamente em relação à sanita' observaram-se alguns riscos mínimos, sobretudo

em participantes com menor controlo motor e equilíbrio, embora não se tenha verificado a necessidade de prestar assistência.

As principais problemáticas detetaram-se em subtarefas como ‘arranjar a roupa conforme o necessário’, ‘transferir-se ou baixar-se para a sanita’, ‘limpar a área perineal’ e ‘levantar-se da sanita’, nas quais foi necessário o examinador prestar auxílio a fim de que os participantes não sofressem danos. Por outro lado aferiu-se que no caso dos participantes institucionalizados, o facto das casas de banho estarem adaptadas com barras laterais e alteadores de sanita contribuiu para um aumento da segurança nesta tarefa.

Na avaliação da tarefa ‘gestão da medicação’ apenas foram consideradas as subtarefas ‘abrir o primeiro frasco (tampa à prova de criança)’ e ‘abrir o segundo frasco (tampa regular)’. Globalmente constatou-se que os participantes realizaram medidas seguras, abrindo ambos os frascos sem colocar em risco a sua saúde. Contudo nalguns utentes verificou-se a necessidade de interromper a tarefa, dado o risco de engolirem os medicamentos ou de derrubarem o seu conteúdo.

Durante a tarefa ‘uso do micro-ondas’ globalmente os participantes executaram as tarefas com segurança mínima. Ocasionalmente, verificou-se a presença de alguns riscos menores, durante o ‘remover do recipiente do micro-ondas’, embora sem necessidade de intervenção por parte do examinador. Deste modo as principais questões ao nível da segurança surgiram durante o transporte da comida, devido a esta estar quente, implicando por vezes intervenção para evitar o risco de queimaduras.

Na tarefa ‘arrumar após a preparação de refeição’ denotou-se que uma elevada percentagem de participantes realizou esta tarefa recorrendo a procedimentos seguros. Neste âmbito, as subtarefas mais críticas foram ‘juntar a loiça’, ‘arrumar/limpar os espaços’ e ‘colocar os utensílios usados no escorredor’, para as quais se verificou a necessidade de apoio terapêutico. No caso das duas primeiras uma possível explicação prende-se com questões de equilíbrio durante a marcha, que comprometeram o transporte de objetos de forma segura. Por outro lado, alguns participantes apresentavam patologias que colocavam em risco a sua segurança quando tentavam transportar os utensílios (ex.: síndrome do túnel cárpico). Esta justificação também é plausível durante a etapa de colocar a loiça no escorredor, uma vez que oferece um maior risco ao participante de a deixar cair. Concomitantemente, em participantes com menor destreza e agilidade motora esta subtarefa suscitou a necessidade de apoio, em virtude da loiça estar mais escorregadia. Esta tarefa foi neste trabalho a que evidenciou

piores resultados de segurança do grupo AVDIF o que contradiz os achados de Chisholm, Toto, Raina, Holm, e Rogers (2014) que referem a tarefa ‘fazer a cama de lavado’.

No que concerne a níveis de segurança no intervalo [80%; 90%[encontram-se as tarefas ‘utilização de escadas’ (88,5%), ‘higiene oral’ (87,2%), ‘levar o lixo para a rua’ (87,7%), ‘fazer a cama de lavado’ (83,8%) e ‘andar dentro de casa’ (84,9%).

Em termos da tarefa ‘utilização de escadas’ denotou-se que os participantes conseguiram subir e descer escadas com supervisão com alguns riscos, sem no entanto precisarem de intervenção. As subtarefas onde se assinalaram maiores riscos para a integridade física, registaram-se durante o ‘subir e descer as escadas’, chegando nalguns casos a existir apoio do examinador, para evitar o risco de desequilíbrio e posterior queda. Uma possível explicação para o valor de segurança apresentado prende-se com o facto dos participantes institucionalizados executarem a tarefa num ambiente adaptado, ou seja num vão de escadas com corrimão bilateral o que os auxiliou a manter o equilíbrio e, consequentemente diminuindo o risco de queda.

No que concerne à ‘higiene oral’ as principais complicações manifestaram-se essencialmente em evitar que algumas pessoas com incapacidade cognitiva deglutissem a pasta de dentes, ou exercessem força excessiva durante a escovagem, provocando danos nas gengivas. Concomitantemente, em casos com menor coordenação motora, surgiu a necessidade de intervenção do examinador de modo a evitar que as dentaduras escorregassem e se danificassem.

Nas restantes subtarefas os participantes demonstraram bons índices de segurança executando procedimentos seguros.

No âmbito da tarefa ‘levar o lixo para a rua’ os participantes realizaram as subtarefas de modo seguro, ou com alguns procedimentos de risco mínimo mas sem assistência. Pontualmente detetaram-se casos com maior risco de segurança durante o ‘virar para a porta’, ‘apanhar o saco do lixo’ e ‘colocar o saco do lixo no chão’, devendo-se possivelmente às transições de posição do corpo, o que obriga à regulação do equilíbrio.

Ao nível da tarefa ‘fazer a cama de lavado’ verificou-se que os participantes incluíam medidas de segurança no seu desempenho, tendo por vezes demonstrado riscos mínimos no ‘tirar da roupa da cama’. Nalguns participantes, cujo equilíbrio, controlo motor e força muscular se apresentavam condicionados, foi fornecida assistência para ‘colocar o lençol debaixo do colchão’ e ‘colocar a colcha’, com vista a evitar lesões

musculares. Quando correlacionados os resultados com bibliografia verifica-se que estudos desenvolvidos por Chisholm, Toto, Raina, Holm, e Rogers (2014) apontam esta tarefa como a pior em termos de segurança, enquanto neste trabalho o valor mais baixo de segurança do grupo AVDIF surge na tarefa 'arrumar após a preparação de refeição'.

No que concerne à tarefa 'andar dentro de casa' globalmente não existiram diferenças na segurança entre as três subtarefas propostas. Para esta tarefa verificou-se que os principais entraves a um desempenho seguro prenderam-se, essencialmente, com questões de equilíbrio durante a marcha, obrigando ao apoio no examinador de modo a evitar a queda. No entanto, no global verificou-se que uma elevada percentagem de participantes adotou procedimentos seguros, durante a concretização da tarefa.

Por último constata-se que para intervalos de segurança [90%; 100%] encontram-se a tarefa 'varrer' (90,9%) e a tarefa 'utilização de utensílios afiados' (91,8%).

Em termos de segurança durante a tarefa 'varrer' constatou-se que ambas as subtarefas foram realizadas de forma segura pela generalidade dos participantes. A este nível prestou-se auxílio a um número reduzido de pessoas, que apresentavam dificuldades de equilíbrio, de forma a evitar a queda.

No âmbito da tarefa 'utilização de utensílios afiados' verificou-se a presença de procedimentos seguros ou de riscos mínimos para a segurança, não havendo necessidade de auxílio. No entanto concretamente a subtarefa 'cortar a maçã em 8 pedaços, tirar as sementes e a casca' e a subtarefa 'transporte do prato' apresentaram problemáticas de risco para os avaliados. O primeiro caso surgiu essencialmente devido à pouca destreza e coordenação manual ou à menor capacidade cognitiva da pessoa, tendo a intervenção do examinador visado evitar o perigo de corte. Na segunda situação deveu-se, sobretudo, ao facto de as pessoas que desempenhavam a subtarefa terem menor equilíbrio e coordenação motora além de fraqueza muscular, impossibilitando o transporte do prato, sem o quebrar.

De seguida analisar-se-á o critério adequação, sendo que se encontram expostos na seguinte figura 11 os resultados obtidos.

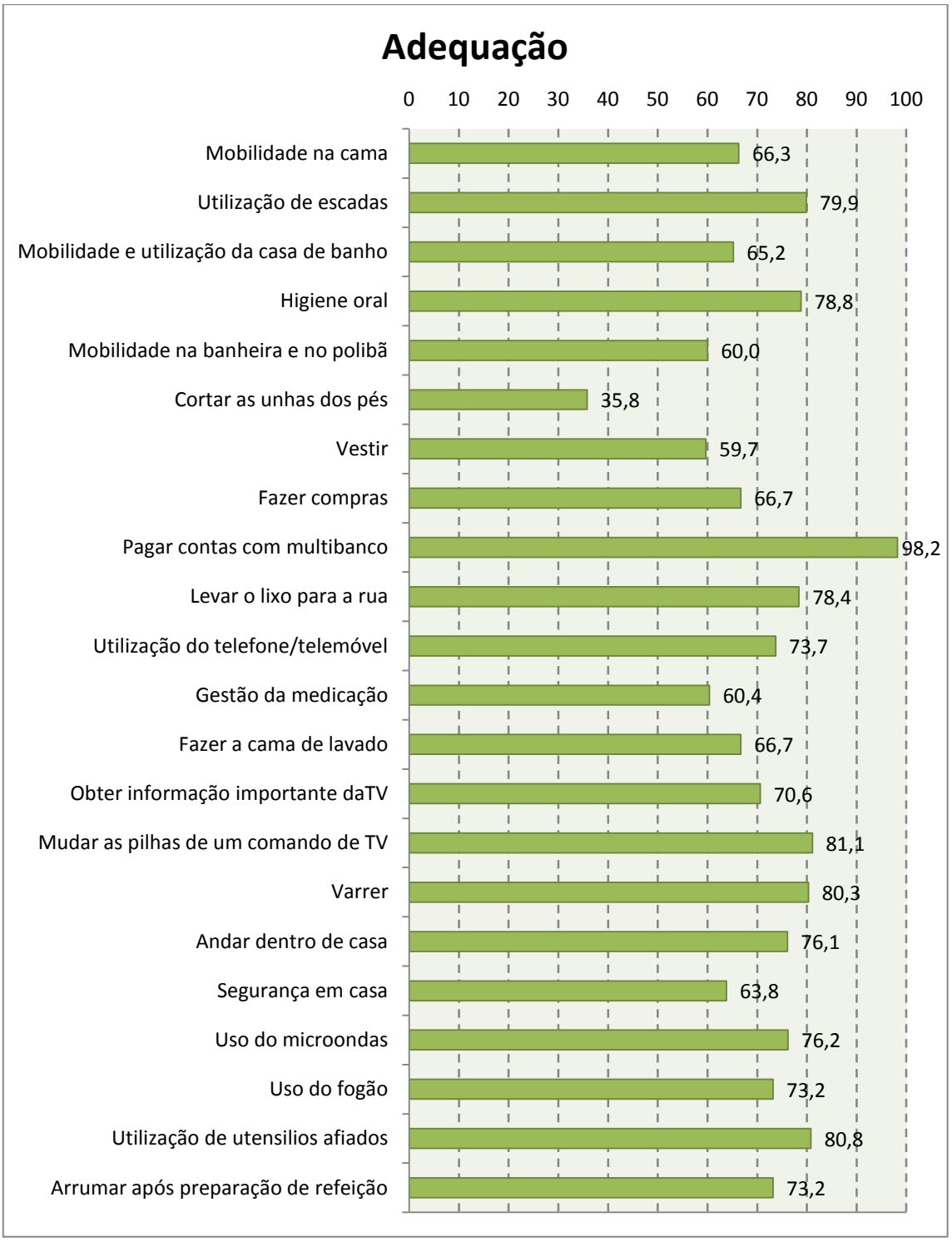

Figura 11 - Pontuação média obtida para o parâmetro Adequação resultados obtidos neste critério nas 22 tarefas da escala PASS, em que é aplicável. Observam-se níveis de adequação superiores a 50%, excetuando a tarefa 'cortar as unhas dos pés' com 35,8%.

De um modo geral observa-se que apenas a tarefa 'cortar as unhas dos pés', com 35,8%, apresentou valores de adequação inferiores a 50%. Uma possível hipótese prende-se com o facto de esta tarefa exigir uma elevada complexidade motora e cognitiva, que se encontrava muitas vezes em falha em pessoas com o estado de saúde

debilitado. Durante a sua realização manifestou-se, com elevada frequência, uma incapacidade por parte dos participantes em respeitar os padrões mínimos estabelecidos. Deste modo, tanto em termos de processo como na qualidade, as subtarefas foram executadas de forma pouco precisa, e com pouco controlo de movimento.

No que concerne à adequação com valores compreendidos entre [50%; 60%[encontra-se a tarefa 'vestir'.

Concretamente nesta tarefa denotaram-se problemáticas na qualidade e no processo em subtarefas referentes ao 'calçar e descalçar os sapatos e as meias'. Esta evidência deveu-se ao facto de serem subtarefas que obrigam a um grande esforço de flexão da coluna ou por flexão da articulação da anca. Neste âmbito pondera-se que o apoio e treino do calçar utilizando ajudas técnicas, como uma calçadeira e um calçador de meias, poderiam potenciar a melhoria dos valores de adequação nestas subtarefas.

Durante o vestir e despir da parte inferior do corpo observaram-se alguns constrangimentos à economia de esforço e precisão de movimento. De igual modo na qualidade surgiram dificuldades em completar as etapas corretamente, sobretudo em pessoas com maior incapacidade cognitiva.

Ao nível dos valores de adequação pertencentes ao intervalo [60%; 70%[pode-se considerar as tarefas 'mobilidade na cama' (66,3%), 'mobilidade e utilização da casa de banho' (65,2%), 'mobilidade na banheira e no polibã' (60,0%), 'fazer compras' (66,7%), 'gestão da medicação' (60,4%), 'fazer a cama de lavado' (66,7%), e 'segurança em casa' (63,8%).

Quando analisada, a adequação na tarefa 'mobilidade na cama' destacou-se que em participantes com maior incapacidade subtarefas como 'fletir-se para a cama' e 'levantar-se ou transferir-se para a cama/cadeira' apresentaram-se como complexas do ponto de vista do controlo do movimento, prejudicando a pontuação da adequação. Nestes casos verificou-se a necessidade de intervenção do examinador, de forma a melhorar quer o processo quer a qualidade. Por outro lado observou-se que em pessoas com limitações mais ligeiras o processo apresentou valores superiores que a qualidade.

Durante a execução da tarefa 'mobilidade e utilização da casa de banho' assinalaram-se algumas dificuldades nas subtarefas envolvendo competências de equilíbrio, sobretudo em pessoas com estados de saúde mais fragilizados. No processo etapas como 'arranjar a roupa', 'limpar a área perineal', 'levantar-se da sanita ou transferir-se' evidenciaram alguma imprecisão e falta de eficiência.

Na tarefa ‘mobilidade na banheira e no polibã’ constatou-se que grande parte dos participantes apresentou, devido à sua condição de saúde, graves dificuldades em manter o equilíbrio, em particular durante as transferências. Especificamente nesta etapa demonstrou-se uma não concretização dos padrões estabelecidos, que se traduziu por um fraco controlo do movimento e, eventualmente tocar com os pés no rebordo da banheira/polibã.

No que concerne à tarefa ‘fazer compras’ denotou-se alguma ineficiência e redundância nas ações de selecionar os produtos a partir da lista fornecida, selecionar o cupão de desconto, e indicar o troco correto a receber, nomeadamente em participantes com capacidades de âmbito cognitivo mais diminuídas.

No caso do uso do cupão, uma hipótese plausível seria devido ao facto da utilização de cupões para pagar compras ser uma medida muito recente na cultura portuguesa e portanto, pouco habitual de ser realizada pelos participantes. A questão do troco e da seleção de produtos poderá dever-se à complexidade de cálculo mental ou de competências de leitura que são exigidas.

Em termos de adequação na tarefa ‘gestão da medicação’ revelaram-se dificuldades em identificar a vez da toma da medicação, assim como, em distribuir os medicamentos pelo compartimento correspondente.

Estas problemáticas apresentadas poderão ter estado interrelacionadas com o facto de uma grande parcela dos participantes se encontrar institucionalizada e, por conseguinte, não integrarem esta tarefa na sua rotina de forma sistematizada, refletindo-se deste modo na adequação.

Quando analisada a tarefa ‘fazer a cama de lavado’ observou-se que as subtarefas que exigiam elevado esforço físico como ‘colocar e prender o lençol debaixo do colchão’, ‘retirar a roupa da cama’ e ‘colocar a colcha’ apresentavam maior falta de eficiência e de economia de esforço, sobretudo em pessoas com incapacidade motora. Por outro lado a qualidade foi penalizada devido a questões de manutenção do equilíbrio, que se tornaram mais evidentes em pessoas que se deslocavam com auxiliares de marcha.

Globalmente durante a realização da tarefa ‘segurança em casa’ verificou-se que a maioria dos participantes reconheceu o perigo de se cortar com as facas, salientando uma ação minimamente aceitável que o permitisse evitá-lo. No entanto manifestaram dificuldades em reconhecer o perigo de tropeçar num tapete enrolado, bem como em considerar como um problema que produtos alimentares sejam armazenados juntos com

produtos de limpeza, divagando sobre o assunto proposto. Nalgumas pessoas com maior incapacidade cognitiva, embora tenham assinalado corretamente o perigo, as sugestões fornecidas não se demonstraram como culturalmente aceitáveis penalizando o resultado da qualidade.

Para valores da adequação situados no intervalo [70%; 80%[encontram-se as seguintes tarefas: 'utilização de escadas' (79,9%), 'higiene oral' (78,8%), 'levar o lixo para a rua' (78,4%), 'utilização do telemóvel/telefone' (73,7%), 'obter informação importante da TV' (70,6%), 'andar dentro de casa' (76,1%), 'uso do micro-ondas' (76,2%), 'uso do fogão' (73,2%) e 'arrumar após a preparação de refeição' (73,2%).

Na tarefa 'utilização de escadas' as principais questões levantadas prenderam-se essencialmente com a lentidão motora para alcançar o degrau seguinte, prejudicando a fluidez dos movimentos e o tempo de execução para lá do expectável. Na qualidade observou-se uma inaptidão para alternar o passo durante a subida dos degraus, sendo que alguns participantes recorreram com frequência ao membro com maior força muscular, para ajudar a elevar o corpo. Em contrapartida o facto de a tarefa ter sido avaliada com corrimão bilateral auxiliou os participantes com dificuldades de equilíbrio, mantendo os padrões expectáveis de qualidade.

No que diz respeito à tarefa 'higiene oral' de um modo geral as subtarefas apresentaram precisão e economia de esforço, embora com ocasional falta de eficiência. Concretamente, surgiram como assinaláveis as dificuldades em manipular a bisnaga, escovar as dentaduras, ou os dentes, evidenciando-se ações redundantes ou com dispêndio de esforço excessivo. Em participantes com maior degradação cognitiva, as subtarefas de 'escovar completamente os dentes', 'passar a escova por água', 'enxaguar a boca e as dentaduras' revelaram uma quebra na sua sequência, sendo necessário apoio para melhorar a cadência e respeitar os padrões estabelecidos (ex.: lavar todos os dentes).

Durante a tarefa 'levar do lixo para a rua' quando analisadas as etapas inerentes observou-se que, em todas as subtarefas foram assinaladas falhas na adequação. Assim, especificamente, pessoas que se deslocavam em cadeira de rodas demonstraram uma menor adequação durante o abrir, virar-se e fechar a porta. Por outro lado, pessoas com bipedestação demonstraram falhas de eficiência e movimentos pouco controlados durante o apanhar, levantar, transportar e colocar no chão o saco do lixo.

Concretamente ao nível da tarefa 'utilização do telemóvel/telefone' os participantes executaram-na com uma adequação razoável. Contudo, os principais

entraves a bons níveis de processo e de qualidade assinalaram-se durante as subtarefas ‘obter do número da farmácia’, e ‘marcar o número corretamente’. Uma explicação para estes resultados deve-se à elevada complexidade, envolvendo capacidades de leitura, atenção e memória. Por sua vez conclui-se que os telemóveis utilizados, para avaliação, possuem dígitos e teclas de pequenas dimensões, comprometendo a sua marcação em pessoas com baixa destreza manual. De igual modo participantes com alguma incapacidade sensorial auditiva obtiveram piores resultados na adequação em obter e comunicar informação. Do mesmo modo, pessoas com maior dificuldade no uso das suas faculdades cognitivas requereram apoio constante, com vista a manter o encadeamento da tarefa.

Pontualmente observou-se maior lentidão durante o pousar do telemóvel, o que poderá ser devido ao facto de, numa faixa etária mais idosa, existir pouca habituação à utilização deste aparelho e, portanto, esta etapa não ser habitualmente desempenhada pelos participantes mais velhos, reduzindo o seu resultado da adequação.

No que concerne à tarefa ‘obter informação importante da TV’ observou-se alguma dispersão da atenção durante a visualização da notícia proposta, o que em casos de maior fragilidade nas competências de processo (atenção, memória, processamento da informação), prejudicou a retenção da informação crucial, e posterior comunicação do problema com a precisão desejada.

A adequação na tarefa ‘andar dentro de casa’ registou muitas vezes condicionantes na marcha do grupo estudado. Esta incapacidade surgiu muitas vezes como restritivo à precisão e fluência da ação, exigindo mais esforço que o necessário. Por sua vez participantes com perdas de equilíbrio necessitaram de apoio, para melhorar a qualidade do seu desempenho. No entanto, em ambas as situações, o facto de grande parte dos participantes com estas limitações possuir auxiliares de marcha adaptados às suas necessidades poderá ter influenciado positivamente o resultado da adequação.

Em termos da tarefa ‘uso do micro-ondas’ os participantes demonstraram alguma eficiência e economia de esforço e uma qualidade aceitável, com algumas melhoras a serem possíveis de realizar. Assim, concretamente os principais problemas surgiram essencialmente, na colocação do segundo prato num recipiente próprio sem salpicar, colocar o prato no micro-ondas e remover o prato após aquecimento. Estas questões manifestaram-se dada a necessidade de recorrer a competências como a precisão motora fina, coordenação oculomotora e força muscular, que muitas vezes se encontravam diminuídas em participantes com patologia. As subtarefas que se

circunscrevem ao transporte de loiça e alimentos apresentaram-se como difíceis quer no processo quer na qualidade, para utentes em cadeira de rodas.

Na tarefa ‘uso do fogão’ os participantes respeitaram, de um modo geral, os padrões estabelecidos para a qualidade, sendo as subtarefas realizadas com economia de esforço e com precisão, embora contando com ocasionais faltas de eficiência. As principais dificuldades assinaladas surgiram nas etapas inerentes à colocação e posterior retirada da panela no fogão. Uma possível explicação deve-se a que muitos participantes executaram um esforço extra para conseguirem alcançar as chapas do fogão. Tal facto deveu-se a diversos fatores, tendo-se destacado o caso de participantes com pouco controlo do tronco e reduzida força muscular, ou a situação de pessoas em cadeira de rodas cuja banca do fogão não se encontrava adaptada a esta necessidade. Nesta tarefa verificaram-se dificuldades no transporte de utensílios para a mesa e mobilização da cadeira de rodas em simultâneo, com repercussão na pontuação da adequação. Por último em casos de maior fragilidade cognitiva recorreu-se a um reforço constante da qualidade de modo a melhorar o encadeamento das subtarefas.

No global na tarefa ‘arrumar após a preparação de refeição’ o grupo estudado respeitou os padrões mínimos de adequação. Nesta tarefa, uma das principais limitações deveu-se ao facto de os participantes com mobilidade reduzida terem lavado a loiça num lava-loiças que não estava adaptado às suas necessidades. Este entrave obriga a que os participantes assumissem uma postura pouco funcional, prejudicando o seu resultado em termos de processo e qualidade. Para os casos referidos, por vezes, foi necessário prestar apoio na etapa de juntar toda a loiça, dada a dificuldade em manusearem a própria cadeira e transportar os utensílios usados. Alguns participantes com maior autonomia optaram por transportar cada objeto à vez, colocando-o sobre o colo o que promove maior cansaço, devido ao esforço extra e ao prolongamento desta subtarefa no tempo, prejudicando a sua adequação.

Por outro lado assinalaram-se problemáticas durante a realização das subtarefas ‘lavar a loiça’ e ‘colocar corretamente os utensílios no escorredor’, muito possivelmente por requererem melhores reflexos, maior destreza manual, força e amplitude muscular para suportar e virar a loiça num estado mais escorregadio.

Por vezes, alguns participantes demonstraram maiores condicionantes em manterem-se focados em cada subtarefa, bem como em encadearem as etapas de modo sequencial e expectável, tendo sido necessário ajustes por parte do examinador, de modo a manterem um nível aceitável de adequação.

Em termos de valores de adequação compreendidos no intervalo [80%; 90%[encontram-se as tarefas ‘mudar as pilhas de um comando de TV’ (81,1%), ‘varrer’ (80,3%) e ‘utilização de utensílios afiados’ (80,8%).

Especificamente analisando os resultados obtidos na tarefa ‘mudar as pilhas de um comando de TV’, concluiu-se que, em média, o grupo estudado necessitou de apoios pontuais, para melhorar a qualidade e o processo das ações a empreender. Os principais itens assinalados dizem respeito às subtarefas de ‘manipular o comando adequadamente’, ‘identificar as pilhas a utilizar’ e ‘colocar adequadamente as pilhas e o comando’. Concretamente, na primeira situação as principais condicionantes prenderam-se com a destreza manual que é exigida, agravando o processo da ação em pessoas com limitações motoras. No caso da identificação das pilhas a utilizar muitas vezes verificaram-se dificuldades sensoriais que prejudicavam a leitura dos símbolos das pilhas, assim como complicações em questões do raciocínio, atenção e resolução de problemas. Durante a colocação adequada das pilhas e da tampa do comando constataram-se restrições no processo e na qualidade, muito possivelmente devido às competências motoras e de processo que se encontravam muitas vezes em falta, em pessoas com condições de saúde incapacitantes.

Em termos de adequação durante a tarefa ‘varrer’ concluiu-se que pessoas com dificuldades de equilíbrio apresentaram uma qualidade aceitável, embora fosse possível melhorar. Ao nível do processo as subtarefas foram realizadas de forma precisa e com economia de esforço. Nestes termos, apenas foram prestados apoios pontuais, consoante a necessidade do participante.

No que concerne à tarefa ‘utilização de utensílios afiados’ os participantes apresentaram bons níveis de adequação nesta etapa embora, algumas melhorias fossem possíveis. Desta forma a ação cortar o fruto em 8 partes apresentou alguns entraves no processo, dado a minúcia e coordenação de movimentos exigida e que, se revelou como difícil para pessoas com maior limitação nas mãos. Em termos de qualidade alguns participantes realizaram a subtarefa de outro modo, e não conforme as instruções fornecidas, sofrendo uma penalização no resultado deste parâmetro.

Novamente os participantes que se deslocavam com auxiliar de marcha ou cadeira de rodas tiveram dificuldades acrescidas durante a retirada do fruto do frigorífico e, no seu transporte para a mesa, devido ao facto de terem que manusear a cadeira ao mesmo tempo. No entanto, ao contrário das tarefas anteriormente referidas, esta condicionante não teve um impacto tão evidente nesta tarefa, possivelmente devido

ao peso dos alimentos a transportar que neste caso é muito menor, e por conseguinte mais fácil de deslocar com apenas uma mão ou no colo.

Por último a tarefa 'pagar as contas com multibanco' com uma adequação de 98,2%, foi a única com valores compreendidos no intervalo [90%; 100%]. Para esta tarefa concluiu-se que o grupo estudado manifestou uma adequação muito próxima do nível de excelência. Durante a exemplificação do pagamento de contas por multibanco as ações foram desempenhadas com precisão, economia de esforço e, concomitantemente, respeitando os padrões estabelecidos de qualidade. Pontualmente foi prestado auxilio, para melhorar quer o processo quer a qualidade durante a seleção da opção pagamentos e inserção dos dados, bem como, na posterior confirmação dos dados.

Seguidamente discute-se os resultados obtidos nas tarefas da PASS para os três parâmetros, utilizando para tal a ferramenta de formatação condicional. Por conseguinte, os parâmetros assinalados com uma seta verde enquadram-se como bom ou muito bom, seta amarela simbolizando um nível intermedio de valores e por último, a seta vermelha representando pontuações de valor baixo ou reduzido, Figura 12.

Nº	Nome da tarefa	Autonomia	Segurança	Adequação
1	Mobilidade na cama	75,7	72,2	66,3
2	Utilização de escadas	93,3	88,5	79,9
3	Mobilidade e utilização da casa de banho	80	75,9	65,2
4	Higiene oral	86,1	87,2	78,8
5	Mobilidade na banheira e no polibã	68	58,6	60
6	Cortar as unhas dos pés	55,2	50,3	35,8
7	Vestir	69,8	65,3	59,7
8	Fazer compras	72,3		66,7
9	Pagar contas com multibanco	98,6		98,2
10	Levar o lixo para a rua	92,2	87,7	78,4
11	Utilização do telefone/telemóvel	84,9		73,7
12	Gestão da medicação	65,1	76	60,4
13	Fazer a cama de lavado	82,3	83,8	66,7
14	Obter informação importante daTV	74,4		70,6
15	Mudar as pilhas de um comando de TV	80,6		81,1
16	Varrer	92	90,9	80,3
17	Andar dentro de casa	87,2	84,9	76,1
18	Segurança em casa	72		63,8
19	Uso do microondas	91	79,8	76,2
20	Uso do fogão	84	69,1	73,2
21	Utilização de utensilios afiados	90	91,8	80,8
22	Arrumar após preparação de refeição	83,3	79,2	73,2

Figura 12 – Análise de todas as tarefas da PASS versão Portuguesa em função dos resultados obtidos para os três parâmetros, autonomia, segurança e adequação, com formatação condicional

⇧ **“Bom/Muito Bom”;**

⇨ **“Razoável”**

⇩ **“Reduzido”**

Por conseguinte através dos dados apresentados na figura 12 conclui-se que sete tarefas apresentaram bons índices de pontuação nos três critérios de avaliação, sendo elas: ‘utilização de escadas’, ‘higiene oral’, ‘pagar contas com multibanco’, ‘levar o lixo para a rua’, ‘mudar as pilhas de um comando de TV’, ‘varrer’ e ‘utilização de utensílios afiados’.

Alguns destes resultados não se encontram em correlação com a bibliografia, que relata que existe uma maior incapacidade em AVDI relacionadas com pagar contas, atividades de manutenção doméstica (onde embora não seja referido se podem encontrar tarefas como varrer e levar o lixo para a rua), quando em comparação com tarefas como usar o telefone (Jefferson, Paul, Ozonoff, & Cohen, 2006).

Os autores Millán-Calenti et al., (2010) evidenciam que tarefas de manutenção da habitação são com frequência aquelas onde existe maior dependência. Contudo os resultados obtidos, no presente trabalho, contrariam estes achados nas tarefas ‘levar o lixo para a rua’, ‘mudar as pilhas de um comando de TV’ e ‘varrer’.

Quando analisado o desempenho na ‘utilização de escadas’ observa-se que dos três critérios, a autonomia foi a que apresentou melhores valores. Uma vez que esta tarefa exige como requisito a presença de marcha, este fator determinou a exclusão de pessoas com patologias motoras mais incapacitantes como é o caso de pessoas com mobilidade reduzida, pessoas com amputação do(s) membro(s) inferior(es).

Por sua vez pessoas que apresentavam maior fragilidade no andar, durante a avaliação, usufruíram de lances de escadas com corrimão bilateral, o que permitiu reduzir a necessidade de assistência física. Esta forma de ajuda em contexto de institucionalização projetou-se de igual forma na segurança aumentando a estabilidade da pessoa, reduzindo o risco de queda. Este parâmetro apresenta menos 5 pontos percentuais que a autonomia, muito possivelmente devido a que durante a subida e descida dos degraus, em pessoas que estavam a readquirir novamente esta competência, o risco de queda demonstrou-se presente de forma incidente.

A adequação revela um valor mais baixo tendo como provável explicação que em situações de perda das competência ocorreu uma redução na precisão e economia dos movimentos, assim como, na manutenção do equilíbrio que se projetaram no

processo da ação e na qualidade. No entanto num ambiente adaptado, como neste caso a utilização do corrimão bilateral, terá auxiliado a uma melhor precisão e estabilização do equilíbrio, permitindo que pessoas com maior incapacidade obtivessem valores mais próximos do desempenho de pessoas sem qualquer condicionante.

Estes resultados não se demonstram em concordância com os autores Tavares et al., (2007) que mencionam esta atividade como pertencente às AVD onde existe maior prevalência de incapacidade sobretudo nas populações mais idosas. Neste âmbito os estudos de Liu, Chang, e Huang, (2012) referem que é na atividade de utilização de escadas que existem maiores dificuldades em atender às necessidades das pessoas idosas dada a dificuldade em prestar auxílio nesta tarefa em comparação com outras como a alimentação.

No que concerne à 'higiene oral' o grupo estudado apresentou valores superiores na segurança (87,2%). Concretamente, o facto de esta tarefa ser realizada habitualmente dentro da rotina diária dos participantes poderá ter sido um potenciador da manutenção das competências necessárias ao seu normal desempenho. Concomitantemente, uma vez que para os participantes institucionalizados os lavatórios encontravam-se adaptados para cadeiras de rodas, este fator exerceu uma influência positiva no desempenho melhorando os valores de autonomia, segurança e adequação. De igual forma as torneiras que tinham à sua disposição (torneiras de cotovelo) facilitaram a sua abertura, reduzindo a incapacidade motora apresentada por alguns participantes. Em termos de autonomia os participantes reconheceram a sequência correta e executaram os movimentos apropriados. Este critério apresentou-se assinalado em pessoas com falta de destreza manual, em especial para colocar a pasta na escova. Por outro lado também foram assistidas pessoas com maior incapacidade cognitiva por necessitarem de pistas verbais constantes para prosseguir nas várias subtarefas.

No global as ações realizadas pelos participantes demonstraram procedimentos seguros, sendo as observações não seguras assinaladas sobretudo na escovagem de dentaduras, dado ser nesta altura que se apresentavam mais escorregadias e mais facilmente suscetíveis de se quebrarem. Contudo dado ser uma ação pontual, entre as várias que constituem esta tarefa, não condicionou o resultado global da segurança dos participantes. A adequação apresentou o valor mais baixo dos três parâmetros, dadas algumas limitações apresentadas terem prejudicado a fluência dos movimentos durante a escovagem dos dentes ou dentaduras e na colocação da pasta na escova. De igual

modo a qualidade considerou-se como aceitável embora sujeita a ser possível de melhorar.

A tarefa ‘pagar contas com o multibanco’ revelou-se como a tarefa com melhores pontuações de autonomia (98,6%) e adequação (98,2%). Uma possível hipótese deve-se a que esta atividade foi significativa apenas uma percentagem mais reduzida da população, muitas vezes pessoas mais jovens e à partida com melhores condições de saúde.

Uma vez que esta tarefa se enquadra nas AVDI e, por conseguinte com um grau de complexidade superior, denotou-se que pessoas com patologias incapacitantes tendem a transferir a responsabilidade desta tarefa para outras pessoas do seu ciclo de confiança, deixando espontaneamente de a exercer quando já não manifestam capacidades para tal. Quando analisada esta tarefa os participantes demonstraram pontualmente algumas dificuldades de autonomia e adequação, mas que podiam ser melhoradas com algum treino e supervisão terapêutica, revelando um desempenho muito semelhante ao da população sem qualquer patologia. Estes resultados contradizem os estudos relatados na bibliografia onde, sobretudo em pessoas mais velhas observam-se dificuldades graves em manter a funcionalidade e independência em atividades que requeiram a gestão das finanças (Millán-Calenti, Tubío, Pita-Fernández, Rochette, Lorenzo, & Maseda, 2012; Njegovan, Man-Son-Hing, Mitchell, & Molnar, 2001).

Durante o desempenho da tarefa ‘levar o lixo para a rua’ a autonomia apresentou-se claramente como o critério com melhores resultados (92,2%). Novamente coloca-se a situação de sendo esta uma tarefa pertencente às AVDI, pessoas com maior incapacidade já não consideravam como significativo realizá-la durante a sua rotina diária ou, num posterior regresso a casa. Concretamente em termos de funcionalidade o grupo estudado aplicou estratégias facilitadoras de autonomia (ex.: pessoas em cadeira de rodas transportaram o saco sobre o colo), com vista a reduzir a necessidade de apoio. No geral a intervenção do examinador foi de âmbito mais pontual, nalguns casos para recordar as instruções fornecidas, ou no auxílio de etapas onde era necessário um melhor controlo motor (ex.: usar a chave para abrir a porta). Em termos de segurança os participantes apresentaram um nível de bom, na ordem dos 87,7%. Para esta atividade concluiu-se que os participantes assumiram estratégias seguras, mantendo uma segurança adequada. Casos em que este parâmetro foi assinalado surgiram, essencialmente em pessoas com alguma dificuldade em manter o equilíbrio durante o

levantamento e/ou colocação do saco do chão. Durante o transporte do saco, o facto de este apresentar um baixo peso auxiliou a manutenção da postura correta e a evitar flutuações de equilíbrio.

A adequação manifestou uma pontuação de 78,4%, devido ao facto de existirem melhorias no ritmo e no controlo dos movimentos possíveis de se concretizar.

Durante a tarefa 'mudar as pilhas de um comando de TV' a adequação foi o critério com melhores pontuações 81,1%, no entanto com uma diferença percentual mínima em relação à autonomia com 80,6%. Nesta atividade falhas na adequação assinalaram-se, sobretudo em subtarefas que requeriam precisão de movimentos como sejam, encaixar as pilhas e a tampa do comando adequadamente, bem como, na determinação assertiva do formato das pilhas a colocar. Para estes casos verificou-se também uma correlação direta com a autonomia registando-se a necessidade de prestação de assistência pontual, muitas vezes através de pistas verbais, ou orientação física para melhorar a sua funcionalidade.

A funcionalidade do grupo estudado na tarefa 'varrer' apresenta 92% de autonomia, 90,9% de segurança e 80,3% de adequação. Em traços gerais denotou-se que a autonomia dos participantes necessitou apenas de alguns apoios terapêuticos de baixa frequência, durante a colocação dos cereais no lixo. Esta subtarefa devido às transições de posição do corpo obrigou a alguns ajustes na segurança, de modo a evitar o risco de queda. Em termos de adequação o resultado obtido demonstrou que os participantes apresentaram uma qualidade aceitável, e que os seus padrões de ação muitas vezes demonstravam precisão e economia de esforço com melhorias a serem possíveis de se operar.

No que concerne à tarefa 'utilização de utensílios afiados' a segurança foi o critério que demonstrou melhores resultados com 91,8%. Neste âmbito os participantes reconheceram o perigo de se cortarem, inerente à utilização de facas, adotando estratégias e comportamentos seguros ou de risco mínimo de modo a evitá-lo (ex.: pessoas com maiores limitações físicas cortaram a maçã mais profundamente e não tão junto à casca do fruto).

No que concerne à autonomia realizaram as etapas de forma autónoma necessitando de assistência, sobretudo verbal, para melhorar a sua funcionalidade (ex.: recordar as instruções fornecidas). A assistência terapêutica incidiu também em casos de mobilidade reduzida, de modo a garantir o transporte da maçã, enquanto a pessoa deslocava a cadeira de rodas ou o auxiliar de marcha.

Por sua vez a adequação demonstrou-se significativamente inferior, dado a dificuldade em realizar os movimentos de forma precisa durante o corte da maçã, bem como, em cortar conforme estipulado nas instruções. De igual modo verificou-se que é possível melhorar os padrões de qualidade e de processo quer nesta subtarefa, quer durante a retirada da maçã do frigorífico, e consequente transporte do prato.

No entanto verifica-se que esta tarefa, quando considerada em termos de preparação de refeição, apresenta um desempenho muito superior ao descrito nos estudos encontrados, onde as tarefas de preparação de refeição são gravemente afetadas em especial nos mais velhos (Jefferson et al., 2006; Njegovan et al., 2001; Silva et al., 2006).

Seguidamente, analisando tarefas com dois parâmetros considerados como bom e um com uma pontuação intermédia, encontram-se as seguintes quatro tarefas: 'fazer a cama de lavado', 'andar dentro de casa', 'uso do micro-ondas' e 'arrumar após a preparação de refeição'.

Concretamente durante a tarefa 'fazer a cama de lavado' concluiu-se que os participantes demonstraram bons resultados de segurança (83,3%) e de autonomia (82,3%) mas um valor significativamente inferior na adequação (66,7%). Em virtude desta tarefa obrigar a um intenso esforço físico, os participantes que a executaram, apresentavam os requisitos mínimos de condições motoras. Por sua vez pessoas com estado de saúde de maior fragilidade encontravam-se muitas vezes institucionalizadas, onde frequentemente esta atividade é realizada por terceiros. Ao nível da segurança durante a mudança dos lençóis observaram-se procedimentos seguros, no entanto ocorreram algumas intervenções pontuais de modo a evitar lesões.

Em termos de autonomia os participantes demonstraram serem capazes de realizar de um modo funcional as diversas subtarefas propostas. Contudo, em pessoas com maior debilidade física, a tarefa de levantar o colchão para colocar o lençol revelou-se como de difícil superação ocorrendo muitas vezes a assistência física do examinador. A adequação foi bastante inferior, revelando padrões de qualidade duvidosos, sobretudo em pessoas com dificuldades em manter o equilíbrio. Em paralelo durante o processo devido à elevada carga de esforço exigido, participantes com maiores agravantes demonstram ações desprovidas de eficiência.

Por conseguinte, esta tarefa indicou o score mais baixo de autonomia nas AVDIF, o que corresponde de igual modo aos resultados encontrados pelos autores da PASS. No entanto, em termos de segurança esta tarefa evidenciou melhores resultados

que perante a bibliografia encontrada (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014). Concomitantemente autores como Jefferson et al., (2006) e Millán-Calenti et al., (2010) mencionam que atividades de gestão doméstica, embora não refira especificamente 'fazer a cama de lavado', obtém pior desempenho porque são das primeiras onde surgem limitações em caso de incapacidade.

A tarefa 'andar dentro de casa' revelou bons índices de autonomia e segurança com 87,2% e 84,9% respetivamente, e uma pontuação de nível intermédio na adequação (76,1%). Por conseguinte, os participantes, quer recorrendo à marcha com ou sem apoio de auxiliar de marcha, ou em cadeira de rodas, apresentaram um bom domínio das deslocações dentro de um espaço fechado dirigindo-se a diversos pontos com apoio mínimo do examinador. Ocasionalmente foram prestados apoios para recordar as instruções fornecidas.

Em termos de segurança, a utilização de dispositivos de apoio à marcha em pessoas com menor condição de saúde predispôs para uma maior segurança e menor necessidade de intervenção. A adequação, por ser um critério sensível ao modo como os participantes realizam as ações, demonstrou uma pontuação mais baixa dado que uma percentagem significativa de pessoas apresentou excessiva lentidão motora, perdas de equilíbrio na transição de um ponto para outro, ou fraco controlo e força muscular para manusear a cadeira num tempo e cadência expectáveis.

Quando analisada a bibliografia verifica-se que os resultados obtidos são relatados de igual modo no artigo científico de Njegovan et al. (2001) onde esta atividade é relatada como das menos afetada nos idosos com declínio cognitivo, dentro do grupo AVD (onde são incluídos os grupos MF e ABVD).

Durante a tarefa 'uso do micro-ondas' a autonomia demonstrou-se como o critério predominantemente melhor com 91%, em contraste com a segurança, que embora com bons níveis apresenta-se significativamente inferior com 79,8%. Por último surge a adequação com índices ao nível do aceitável com 76,2%. Pela análise destes resultados verificou-se que o grupo estudado demonstrou uma boa capacidade de execução do aquecimento de alimentos através do micro-ondas, encontrando-se bastante próximo da autonomia completa. No entanto, alguns ajustes e intervenção terapêutica podem ser prestados para melhorar a funcionalidade durante a colocação do segundo prato no prato, monitorização da comida e transporte dos pratos para a mesa.

A segurança apresenta uma redução de quase 11 pontos percentuais em relação à autonomia. Este valor surge porque os participantes não tinham por hábito usar

proteções para as mãos para retirar o prato quente do micro-ondas ou que, apenas recordavam esta medida depois de tentar tocar no prato uma primeira vez, o que pode torna-se particularmente perigoso, em especial em pessoas com perda de sensibilidade. O risco de queimadura grave também se encontrou presente durante o transporte para a mesa, obrigando a que o terapeuta interviesse de modo a proteger a segurança do participante.

A adequação demonstrou-se de uma qualidade aceitável mas com possíveis melhorias. As ações de derrame do segundo prato para um recipiente próprio e posterior colocação e retirada do prato do micro-ondas apresentaram padrões de alguma ineficácia, devido ao controlo de movimento exigido e que, por vezes se encontrava em falta em participantes mais incapacitados. Participantes com mobilidade reduzida sofreram um acréscimo no grau de dificuldade em respeitar os padrões de adequação, dado terem que manobrar a cadeira e transportar o prato em simultâneo.

Estes resultados contradizem os estudos realizados por Jefferson et al. (2006) e Njegovan, et al. (2001), indicam que é frequente que atividades de preparação de refeição serem das primeiras AVDI onde as pessoas manifestam limitações no seu desempenho.

Na tarefa 'arrumar após preparação de refeição' o critério mais elevado foi a autonomia com 83,3%, ao que se seguiu a segurança com 79.9%. A adequação foi classificada como razoável atingindo os 73,2%. De um modo global o grupo estudado apresentou os conhecimentos básicos e as competências necessárias para lavar a loiça e, posteriormente arrumá-la com suporte terapêutico mínimo. A este nível os principais condicionantes à autonomia prenderam-se com falta de força muscular para transportar objetos, ou incapacidade para se deslocar transportando os utensílios. Por sua vez, em casos de maior debilidade cognitiva foi necessário supervisão terapêutica com instruções verbais para manter o encadeamento da tarefa. Ao nível da segurança, neste contexto, observou-se que muitos participantes reconheceram e conseguiram aplicar medidas seguras de desempenho. No entanto para casos com maiores complicações de saúde, a intervenção do examinador foi crucial com vista a evitar o perigo de queda dos utensílios que poderiam ferir a pessoa avaliada.

No geral a adequação surge como o critério mais penalizado dado que, muitas vezes, verificou-se alguma incoerência e falta de eficácia nas ações desempenhadas (ex.: lentidão motora, dificuldades de transição entre as tarefas, dispersão da atenção). Em contrapartida, o facto de os lava-loiças serem de difícil acesso para pessoas em

cadeira de rodas, permitiu percecionar que, embora tenham conseguido realizar a atividade, este facto reduziu os padrões de qualidade esperados. Para esta tarefa, tal como já foi referido anteriormente, verifica-se que obteve-se uma pontuação segurança mais reduzida do que o que é apontado pelos autores Chisholm, Toto, Raina, Holm, e Rogers (2014).

Noutra categoria considerou-se a tarefa 'utilização do telemóvel/telefone', uma vez que para esta atividade apenas são considerados dois critérios (autonomia e adequação) de avaliação do desempenho. Deste modo os resultados obtidos revelaram bons níveis de autonomia (84,9%) e níveis intermédios de adequação (73,7%).

Por conseguinte, em traços gerais os participantes manifestaram conhecimentos sobre o telemóvel ou telefone e, como fazer uso destes objetos. Concomitantemente conseguiram responder sobre o local onde devem ir comprar os seus medicamentos sem suporte terapêutico. No entanto, a autonomia nem sempre atingiu os parâmetros desejados, uma vez que complicações cognitivas e/ou sensoriais (baixa acuidade visual) causaram problemáticas durante a leitura do número da farmácia e dos números das teclas do telemóvel. Em casos mais pontuais observaram-se dificuldades em reter e transmitir a informação desejada, sendo as pistas verbais fundamentais para o término com sucesso destas subtarefas.

No que concerne à adequação os participantes depararam-se com constrangimentos em localizar o número pedido. Por sua vez, dado as teclas serem pequenas, a dificuldade de visualização do número marcado obrigou à sua inserção várias vezes reduzindo a qualidade da ação. Por conseguinte, as falhas na adequação apontadas poderiam eventualmente serem melhoradas utilizando um telemóvel com teclas de maior dimensão. Por último, nalguns participantes evidenciaram-se complicações em reter a informação e, desta forma não se revelaram capazes de transmitir uma informação plausível tal como esperado.

De um modo geral os resultados obtidos correspondem aos estudos encontrados na bibliografia onde se relata que as pessoas tendem a manter o seu desempenho mais intacto em tarefas como o uso do telefone que em tarefas como fazer compras (Jefferson, Paul, Ozonoff, & Cohen, 2006). No entanto estudos de Njegovan et al., (2001) mencionam que em casos de idosos com declínio cognitivo esta tarefa é gravemente afetada podendo apresentar um desempenho pior que fazer compras e preparar refeições.

Quando observadas situações em que um dos parâmetros revela valores de pontuação elevados, contudo os restantes dois apresentam-se como razoáveis encontram-se as seguintes tarefas: ‘mobilidade e utilização da casa de banho’ e ‘uso do fogão’.

Durante a realização da tarefa ‘mobilidade e utilização da casa de banho’ verifica-se uma autonomia de 80% permitindo percecionar que uma grande percentagem dos participantes realizou esta atividade de modo independente, com alguns apoios terapêuticos até ao nível 6 (demonstração). Um fator que contribuiu para este valor deve-se a que as pessoas avaliadas executaram esta atividade várias vezes ao dia, dentro da sua rotina diária, o que potenciou a manutenção das competências necessárias.

A segurança atingiu os 75,9% o que é apontado como um valor crítico dado que, embora muitos participantes realizassem as subtarefas de um modo expectável e evidenciando riscos mínimos, em pessoas com maior comprometimento tornou-se essencial prestar assistência de modo a evitar o risco de queda. Em paralelo, o facto de as instituições estarem equipadas com alteadores de sanita e barras laterais promoveu um maior nível de segurança, diminuindo a assistência prestada.

Por sua vez a adequação situou-se nos 65,2% evidenciando uma qualidade duvidosa e que, em casos mais condicionados, existiram etapas não executadas ou realizadas com constante falta de eficiência. Estas problemáticas foram evidenciadas nas principais etapas que constituem a atividade como o ‘ajustar da roupa’, o ‘posicionamento na sanita’ e o ‘limpar da área perineal’.

A tarefa ‘uso do fogão’ evidenciou níveis adequados de autonomia (84%), no entanto uma pontuação significativamente inferior na adequação (73,2%). Desta forma os participantes executaram de um modo minimamente funcional as diversas etapas que enquadram esta tarefa, sendo a prestação de apoio terapêutico mais incidente durante etapas que requeriam algum esforço físico, como colocar/retirar a panela e transportar os pratos. Por vezes a assistência sobre a forma de instruções verbais permitiu melhorar a sequenciação e evitar a dispersão da atenção. O facto de o fogão não possuir uma estrutura para cadeiras de rodas influenciou também o desempenho, quer na autonomia, quer na adequação uma vez que dificulta a colocação e retirada da panela do fogão. A adequação surgiu também penalizada durante o transporte, dada a dificuldade em estabilizar o movimento e deslocar-se ao mesmo tempo. A segurança foi o critério com

pontuação mais baixa com 69,1%, evidenciando a dificuldade do grupo estudado em adotar e manter procedimentos seguros.

Por conseguinte concluiu-se que a intervenção do examinador em subtarefas como ‘retirar a panela’, ‘transportar os pratos para mesa’ foi essencial para que alguns participantes melhorassem as suas práticas e, evitar que sofressem queimaduras graves na pele.

Ao nível da segurança esta tarefa foi a que demonstrou piores resultados neste parâmetro do grupo AVDIC o que se apresenta em concordância com a bibliografia encontrada (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014). De igual modo Jefferson et al. (2006) refere que atividades que se circunscrevem à preparação de refeições são das atividades em que as pessoas com incapacidade experienciam primeiramente a perda da sua funcionalidade. Neste âmbito Njegovan et al., (2001) coadjuva referindo que idosos com maior incapacidade cognitiva apresentam uma perda de independência rápida neste tipo de tarefas.

Na categoria de critérios que apresentam exclusivamente com pontuações razoáveis, situam-se as tarefas: ‘mobilidade na cama’, ‘mobilidade na banheira e no polibã’, ‘vestir’, ‘fazer compras’, ‘gestão da medicação’, ‘obter informação importante da TV’ e ‘segurança em casa’.

A funcionalidade durante a ‘mobilidade na cama’ manifestou-se através de uma autonomia de 75,7% indicando que os participantes conseguiram mover-se para a cama e, dentro da cama com assistência verbal e, por vezes, física. No global constatou-se que devido a vários fatores os participantes não conseguiram assumir a posição de decúbito ventral, optando por transitar da posição de decúbito dorsal para lateral. Neste âmbito as transferências para a cama ou para se levantar/sair da cama, apresentaram-se como aquelas em que a assistência é mais frequente.

De ressalvar que em contexto de institucionalização as barras laterais e superiores da cama atuaram como facilitadores da autonomia, aproximando os resultados destas pessoas com os de pessoas com patologias menos graves.

Em termos de segurança um índice de 72,2% permite percecionar que foi importante intervir especialmente nas subtarefas de ‘sentar-se na cama’, ‘levantar-se ou transferir-se’, a fim de assegurar uma melhoria dos procedimentos e evitar possíveis danos que possam advir.

No que concerne ao processo e qualidade das ações os participantes atingiram uma adequação de 66,3%. Concretamente os principais entraves surgiram em paralelo

com subtarefas em que a autonomia é menor. Por conseguinte verificou-se alguma dificuldade em respeitar os padrões estabelecidos, sobretudo nas transferências para a cama, assim como, durante as mudanças de decúbito dorsal para lateral.

Dos três parâmetros de avaliação da 'mobilidade na banheira e no polibã', a autonomia revela-se como o que demonstra melhores resultados com 68%. Este resultado afere que para uma melhor funcionalidade foi necessário prestar orientação física, de maior ou menor frequência, durante as transferências. Tal fato deveu-se a que a posição de se equilibrar numa só perna revelou-se como de extrema complexidade para quem possuía uma perda nas suas competências motoras.

Concomitantemente a adequação dos participantes atingiu os 60% dado que a elevada exigência de precisão e coordenação, impossibilitou o desenvolvimento das ações de um modo apropriado, bem como, impediu o respeito adequado pelos padrões de qualidade estabelecidos.

Por último a segurança demonstrou valores mais baixos na ordem dos 58,6% dado que as entradas e saídas da banheira/polibã envolviam um elevado risco de queda, perigo este que se encontra exacerbado em pessoas com limitações. De acordo com o já referido esta tarefa é das apontadas em estudos com a PASS como entre as que possuem os valores mais baixos de autonomia e segurança (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014).

Por outro lado quer esta tarefa, quer a tarefa anterior ('mobilidade na cama') avaliam na sua essência a capacidade da pessoa de realizar transferências. Desta forma verifica-se que quando considerando o desempenho geral do grupo estudado nas AVD (MF e AVDB) estas tarefas obtiveram resultados razoáveis, não sendo das que tem o desempenho mais prejudicado, o que também ocorreu em estudos analisados de outros autores (Njegovan et al, 2001)

Durante a tarefa 'vestir' a autonomia dos participantes foi de 69,8% aferindo-se que muitas subtarefas conseguem ser concretizadas com simples instruções verbais ou demonstrações, como é o caso de despir a parte superior da roupa ou abotoar os botões. No entanto conclui-se que vestir e despir a parte inferior da roupa e calçar as meias necessitam de assistência física para serem concluídas com sucesso.

Em concordância com a autonomia, a segurança demonstrou-se ao nível dos 65,3% uma vez que as subtarefas mencionadas requeriam coordenação e equilíbrio, o que em participantes com maior incapacidade tornou-se fundamental o apoio e assistência à pessoa com vista a manter a sua segurança.

A adequação com 59,7% deve-se possivelmente a que muitos participantes demonstraram complicações em manter o equilíbrio, assim como desempenharam ações redundantes ou despropositadas.

Globalmente esta tarefa ocupa, em termos de resultados, uma posição intermédia nas AVDB, sendo a atividade que se segue à tarefa 'cortar as unhas dos pés' com piores indicadores em termos de desempenho. Estes resultados demonstram-se de acordo com os encontrados pelos autores que utilizaram a PASS (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014), bem como com estudos de outros autores em que foram utilizadas outras escalas de medição de AVD (Duca, Silva, & Hallal, 2009). No geral nos artigos encontrados os autores defendem que em caso de declínio cognitivo, ou até mesmo demência, as pessoas apresentam um elevado risco de ter o seu desempenho gravemente afetado nesta atividade (Agüero-Torres, Fratiglioni, Guo, Viitanen, Strauss, & Winblad, 1998; Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014; Greiner, Snowdon, & Schmitt, 1996; Njegovan, Man-Son-Hing, Mitchell, & Molnar, 2001).

Em termos de desempenho a tarefa 'fazer compras' demonstrou uma autonomia de 72,3%, indicando que muitos dos participantes conseguiram empreender na generalidade da tarefa com reforço terapêutico. Umas das dificuldades surgiu em pessoas analfabetas durante a seleção dos produtos da lista de compras e do cupão correto, uma vez que foi necessário assistência total para ler e terminarem esta etapa. Mais se afere que alguns participantes demonstraram condicionantes em memorizar e calcular o troco, sendo necessário recorrer a diversos tipos de assistência (instruções, gestos, reformulação da tarefa) de um modo mais frequente.

A adequação foi assinalada nas mesmas subtarefas com 66,7% uma vez que se verificou alguma ineficiência, ou até mesmo redundância durante as ações realizadas. A qualidade foi apenas parcialmente respeitada, dado que em casos de maior desorientação cognitiva nem sempre selecionavam os produtos e o cupão desejado corretamente, assim como, necessitavam de maiores períodos de tempo e assistência para indicar o troco correto.

Os estudos realizados pelos autores Chisholm, Toto, Raina, Holm e Rogers (2014) indicam para esta tarefa piores níveis de autonomia enquadrada na categoria AVDIC, que aqueles que se obtiveram neste trabalho. No entanto é de salientar que estudos de Jefferson et al. (2006) referem que esta atividade é das primeiras a ser afetada em casos de incapacidade, sobretudo de âmbito cognitivo, o que se apresenta de acordo com os resultados obtidos.

A segurança na tarefa ‘gestão da medicação’ foi o critério com maior pontuação com 76%, tendo como principais complicações a abertura do frasco com tampa à prova de criança de forma segura.

A autonomia obteve valores na ordem dos 65,1% verificando-se a necessidade de apoio constante para compreender o modo de utilização da folha de medicação e, posteriormente distribuir os medicamentos pelos dias corretos. Concomitantemente, em correlação com a segurança muitos participantes revelaram-se incapazes de abrir o frasco com tampa à prova de criança após diversas tentativas, sendo necessário assistência total para terminar este passo. Por último, a adequação atingiu os 60,4% uma vez que muitas vezes foram observadas ações redundantes e imprecisas devido a dificuldades em integrar a informação disponibilizada nos rótulos, e de seguida distribuir adequadamente os medicamentos pela folha fornecida. De igual forma, muitos participantes manifestaram complicações em abrir com facilidade a tampa à prova de crianças, não conseguindo executar de modo fluído e preciso as instruções de abertura disponibilizadas.

De salientar que o facto de culturalmente nas instituições a gestão da medicação ser realizada por profissionais de saúde, e não pelos utentes, pode interferir com a manutenção das competências necessárias a esta tarefa. De igual modo na comunidade denotou-se que alguns participantes mais velhos que realizavam esta atividade a distribuição era muitas vezes supervisionada por terceiros.

Tal como já mencionado esta tarefa foi a que obteve pior desempenho na autonomia do grupo AVDIC o que não se encontra de acordo com a bibliografia encontrada relativamente a estudos que utilizam a PASS (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014). No entanto os estudos de Njegovan et al., (2001) assinalam que em pessoas idosas com declínio cognitivo esta tarefa surge como das mais afetadas na sua funcionalidade.

Dos dois critérios de avaliação da tarefa ‘obter informação importante da TV’, a autonomia foi aquele em que os participantes conseguiram apresentar melhores resultados com 74,4%. A adequação, por seu lado, demonstrou um valor inferior com 70,6%. Contudo, para ambos os parâmetros, os participantes revelaram algumas imprecisões e dificuldades em manter a concentração durante a passagem da notícia, comprometendo a retenção da informação desejada. Desta forma, perante estes fatores, observou-se a necessidade de intervenção quer para melhorar a autonomia quer para melhorar os padrões de adequação, de modo a comunicarem o problema apresentado.

Em paralelo, por vezes a solução apresentada não foi considerada como plausível em resultado do problema exposto.

No que concerne à tarefa ‘segurança em casa’ a autonomia dos participantes situou-se nos 72%, seguindo-se a adequação com 63,8%. Para esta tarefa os participantes de um modo geral reconheceram autonomamente o perigo de se cortar exemplificando uma ação apropriada para manter a sua segurança. Em contrapartida demonstrou-se como frequente fornecer assistência para identificar corretamente o perigo de queda devido a um tapete enrolado, bem como, em casos de arrumação conjunta de produtos de limpeza e produtos alimentares.

Finalmente, verifica-se que a tarefa ‘cortar as unhas dos pés’ apresentou valores muito inferiores em todos os critérios de avaliação com 55,2% de autonomia, 50,3% de segurança e 35,8% de adequação. Deste modo conclui-se que esta tarefa foi considerada aquela em que os participantes demonstraram pior desempenho. Os resultados encontrados são coniventes com os achados da autora da PASS que descreve o desempenho dos participantes como de grande dependência e com elevados riscos para a segurança (Chisholm, Toto, Raina, Holm, & Rogers, 2014). Em contrapartida é referido muitas vezes na literatura o facto das AVDI por norma dado serem mais complexas e exigentes obterem pior desempenho que as AVDB, o que contradiz os resultados encontrados sobretudo nesta tarefa (Maciel & Guerra, 2007).

Em suma uma das principais problemáticas desta atividade, sobretudo em termos de autonomia, deveu-se às dificuldades que muitos participantes manifestaram em realizar a flexão do tronco de modo a chegar aos pés. Concomitantemente verificou-se que mesmo com assistência e disponibilizando um objeto para apoio dos pés, muitas pessoas demonstraram-se incapazes de manter a postura necessária enquanto executavam o corte da unha. Finalmente, a elevada destreza e motricidade fina necessária para usar o corta unhas surgiu como um entrave à autonomia, em pessoas com maior fragilidade de saúde.

Em termos de segurança, dada a postura de equilíbrio que é necessária para manter os pés ao alcance do corta unhas, muitas vezes tornou-se fundamental assistir os participantes de modo a evitar desequilíbrios. Neste parâmetro, tal como mencionado para a autonomia, a falta de precisão motora necessária para controlar o movimento do corta unhas poderia originar cortes e feridas na pele, tendo-se atuado para que tal não ocorresse.

Os resultados da adequação encontram-se intrinsecamente interligados com os dos parâmetros anteriores, sendo que muitas vezes perante as dificuldades apontadas em termos de autonomia, os participantes evidenciaram uma qualidade classificada como inaceitável, bem como as subtarefas apresentaram falta de precisão e de esforço que o desenvolvimento da tarefa foi considerado muitas vezes como impossível.

Posteriormente, tal como referido no capítulo Resultados, procedeu-se à discussão das correlações encontradas nas variáveis género e idade.

Deste modo encontraram-se diferenças significativas na autonomia na tarefa 'mudar as pilhas de um comando de TV' e na segurança da tarefa 'arrumar após a preparação de refeição'. Para ambos os casos, a população masculina apresentou melhor média que as participantes do género feminino.

Para ambas as tarefas estes achados vão de encontro ao referido na bibliografia, onde se salienta que as mulheres com doença crónica tem uma maior incidência de incapacidade nas Atividades de Vida Diária Instrumentais que os homens (Alexandre et al., 2014; Maciel & Guerra, 2007; Millán-Calenti, et al., 2010; Murtagh & Hubert, 2004). Estes autores fundamentam que as mulheres dado viverem mais do que os homens, experienciam um maior número de doenças crónicas, o que resulta em limitações na funcionalidade.

No entanto são também mencionados nestes estudos que as mulheres, em especial as com mais idade são mais dependentes que os homens nas AVD, facto que não se verificou neste trabalho (Millán-Calenti, et al., 2010).

Concretamente, durante a troca das pilhas de um comando de TV uma das possíveis explicações para este resultado deve-se com o facto de, socialmente, esta ser uma tarefa geralmente desempenhada pelos homens, e por conseguinte existe um maior domínio e conhecimento intrínseco relativamente às diversas etapas que a constituem. Deste modo, no desempenho da tarefa, as mulheres necessitaram de maior apoio com pistas verbais e demonstrações sobre a sequência e de modo a apreender o que é exigido nas várias etapas. Outra possível explicação pode dever-se ao facto de embora as mulheres, comumente, possuam maior facilidade para tarefas de motricidade fina, em situação de incapacidade esta vantagem pode não se verificar, uma vez que situações de paralisia cerebral, AVC, doença de Parkinson e osteoartrose, entre outras, condicionam os movimentos finos das mãos, levando à necessidade de assistência para realizar a preensão de abrir e fechar o comando e/ou colocar as pilhas. De facto os estudos

encontrados referem que nas mulheres existe uma maior prevalência de doenças crónicas mas não fatais (Leveille, Resnick, & Balfour, 2000).

Em termos de segurança durante a arrumação da loiça, uma possível hipótese deveu-se a que embora em ambos os géneros tenham tido problemáticas durante o transporte da loiça, as mulheres apresentaram maiores limitações na força muscular e destreza manual, necessitando com maior frequência apoio para não deixar cair a loiça. A bibliografia encontrada é conivente com o facto de que um défice precoce no equilíbrio incapacita mais as mulheres (Alexandre et al., 2014). Por outro lado a própria constituição física com menor força muscular e menor densidade óssea são fatores que também contribuem para uma maior incapacidade (Leveille, Resnick, & Balfour, 2000). A presença de patologias como a síndrome do túnel cárpico e a osteoartrose, que são mais frequentes no género feminino (Alexandre et al., 2012) podem também ter condicionado a segurança nesta tarefa. Em paralelo, embora sem se referir em concreto à tarefa de arrumação após a refeição os estudos de Skumlien, Haave, Morland, Bjørtuft, e Ryg, (2006) indicam que as mulheres, sobretudo com doença respiratória crónica, evidenciam um pior desempenho em tarefas mais pesadas de lida da casa dada a sua baixa força muscular.

De facto quer para a tarefa 'mudar as pilhas de um comando' quer para a tarefa 'arrumar após preparação de refeição' os estudos de Murtagh e Hubert, (2004) mencionam que as mulheres requerem uma maior assistência para AVDI que envolvam preensão fina dos objetos, o que se manifesta em concordância com os resultados deste trabalho.

Relativamente à variável idade foi possível percecionar que existem diferenças significativas em todos os parâmetros (autonomia, segurança e adequação) nas tarefas 'mobilidade na cama', 'mobilidade e utilização da casa de banho', 'higiene oral', 'mobilidade na banheira e no polibã', 'cortar as unhas dos pés', 'vestir', 'fazer compras', 'levar o lixo para a rua', 'utilização do telemóvel/telefone', 'gestão da medicação', 'obter informação importante da TV', 'mudar as pilhas de um comando de TV', 'andar dentro de casa' e 'segurança em casa'.

Em concreto na 'mobilidade na cama' as pessoas com menor idade apresentaram um desempenho bastante superior quando comparadas com pessoas mais velhas. Uma possível hipótese deveu-se ao facto que as pessoas com menos idade mesmo em situação de incapacidade possuíam melhores capacidades motoras e de processo, para utilizar estratégias compensatórias promotoras da autonomia, segurança e adequação.

Por outro lado, pessoas mais velhas, mesmo sem condição patológica limitante, experienciam com o passar dos anos a perda das suas capacidades, o que vai limitando a sua funcionalidade para entrar, sair e mover-se na cama de forma segura, apropriada e independente. Concomitantemente pessoas mais jovens e com patologias limitantes conseguem mais facilmente através da utilização de ajudas técnicas ser reeducadas a adquirir a sua autonomia e consequente segurança e adequação.

No que concerne à 'mobilidade e utilização da casa banho' constatou-se um desempenho díspar entre pessoas com menos de 60 anos, e pessoas com mais de 80 anos, nos três parâmetros de avaliação. Uma possível justificação prende-se com o facto de que em idades avançadas ser frequente ocorrerem perdas de equilíbrio, redução da força muscular e da amplitude de movimento, quer devido à presença de uma doença incapacitante quer pelo próprio processo de envelhecimento. Estas manifestações podem por em causa todos os parâmetros em subtarefas como 'colocar-se de forma segura e apropriada em frente à sanita', 'desapertar os botões das calças para despir a parte inferior do corpo', 'limpar a área perineal'. É também nestas idades que surgem patologias, como a doença de Alzheimer, que limitam o uso pleno de capacidades como a sequenciação, a orientação no espaço que são essenciais para o despir e vestir da parte inferior do corpo, localizar a casa de banho. Estas justificações foram também relatadas nos estudos de Agüero-Torres et al., (1998), Millán-Calenti et al., (2010) e Millán-Calenti et al., (2012) onde indicam que a presença de incapacidade cognitiva ou demência afeta a funcionalidade nesta tarefa. Concomitantemente, pessoas mais velhas incapacitadas revelaram maior dificuldade em utilizar estratégias compensatórias e deste modo verificou-se uma maior necessidade de auxílio de terceiros. Por sua vez pessoas mais novas incapacitadas utilizando as capacidades remanescentes combinadas com o uso de produtos de apoio possibilita que a pessoa adquira outras estratégias para se manter autónoma, segura e com a adequação desejada.

Em termos de 'higiene oral' os participantes com menos idade (<60) foram mais funcionais na autonomia e segurança que pessoas com maior idade (80+). Uma justificação será devido a que pessoas mais velhas apresentaram maiores limitações na sua força, destreza manual e amplitude de movimentos, o que limitou o seu envolvimento em tarefas, como em sequenciar e lavar os dentes/dentaduras, bem como manusear as dentaduras sem as deixar escorregar. Na adequação, as pessoas com mais idade apresentaram menor média que os restantes grupos de pessoas (<60 e [60 - 80[), muitas vezes devido à perda de capacidades mais especializadas como os movimentos

finos da mão, memória, atenção, resolução de problemas, o que dificultou a execução dos movimentos de ‘manipular a bisnaga de modo a colocar a quantidade adequada’ e ‘cumprir adequadamente os requisitos da preparação da solução’. Por outro lado, perdas sensoriais, como a visão e a sensibilidade táctil, muito frequentes nestas idades, dificultaram a adequação durante o ajuste da água.

Estes resultados encontrados apresentam-se em concordância com os estudos de Maciel e Guerra, (2007) defendem que existe uma correlação significativa entre o desempenho em AVDB e a variável idade, ou seja quanto maior a idade pior a funcionalidade da pessoa. Num âmbito mais concreto os resultados encontrados encontram-se em concordância com os estudos de Silva, Lopes, Araújo e Moraes, (2006) que mencionam que nos idosos (idades superiores a 60 anos) o desempenho na atividade de higiene oral muitas vezes encontra-se totalmente restrito.

Durante a tarefa ‘mobilidade na banheira e no polibã’ observou-se que a autonomia e a adequação foram significativamente superiores no desempenho de pessoas com menos de 60 anos, quando comparativamente com pessoas com mais de 80 anos. Uma possível justificação deve-se a que em pessoas mais velhas, ocorrem com frequência dificuldades em controlar os movimentos, e em especial o equilíbrio, assim como em suportar-se, com estabilidade, numa só perna para entrar na banheira/polibã. Em paralelo dentro da banheira ocorreu com frequência, nesta faixa etária, necessitarem do apoio de terceiros de modo a virarem-se 180º, de uma forma apropriada. Em contrapartida pessoas com menos idade revelaram uma maior capacidade adaptativa e de ajuste recorrendo por exemplo à tábua de transferências para se tornarem mais autónomos e eficazes, assim como, foram capazes de recrutar maior força muscular para facilitarem as transferências. Em termos de segurança verificou-se que à medida que a variável idade vai aumentando menor é o valor deste parâmetro. Tal poderá dever-se ao facto desta tarefa ter associado um elevado risco de queda, e que com o passar da idade as pessoas possuem uma menor capacidade de ajuste dos movimentos e coordenação do corpo necessitando de maior apoio durante a realização das transferências a fim de não escorregarem. Quando analisados estudos científicos observou-se que em AVDB, entre as quais é mencionado a tarefa ‘tomar banho’, a prevalência de incapacidade é 3,46 vezes maior em pessoas com mais de 80 anos comparativamente a pessoas entre 60 e 64 anos (Duca, Silva, & Hallal, 2009). Concretamente um dos fatores apontados deve-se ao facto do desempenho numa atividade semelhante (‘tomar banho’) ser afetado em

caso de declínio cognitivo, que surge com maior frequência em pessoas mais velhas (Millán-Calenti, Tubío, Pita-Fernández, Rochette, Lorenzo, & Maseda, 2012).

De igual modo durante a tarefa 'cortar as unhas dos pés', os mais novos manifestam uma maior flexibilidade do tronco, o que lhes permitiu alcançar os pés com menor esforço, potenciando a sua autonomia, adequação e segurança. Ora esta capacidade surge cada vez mais diminuída com o passar dos anos, tornando esta tarefa demasiadamente exigente do ponto de vista motor para pessoas com mais anos. Concomitantemente denotou-se que mesmo com o uso de apoios para pés em pessoas mais velhas, esta tarefa obriga a uma postura de recorrente correção do equilíbrio corporal, muitas vezes pouco seguro, em pessoas com menor idade, onde os reflexos estão diminuídos. Por sua vez o uso do corta unhas implica destreza e coordenação de extrema precisão, competências que se vão tornando mais débeis e de difícil recuperação com o passar do tempo.

Estes resultados foram também encontrados nos estudos de Tavares et al., (2007) que refere que o grau de incapacidade nesta tarefa aumenta consoante o aumento da idade. Concomitantemente a literatura refere que é frequente um grande grupo de idosos (idades superiores a 60 anos) não ser capaz de executar esta tarefa (Silva, Lopes, Araújo, & Moraes, 2006).

No que concerne ao 'vestir' o grupo < 60 anos mostrou-se mais autónomo e com melhor capacidade de manter a sua segurança, quando comparados com pessoas de ambos grupos mais velhos ([60 - 80[e 80+). Uma possível explicação prende-se com o facto de pessoas mais novas, com incapacidade, desenvolverem com maior rapidez estratégias compensatórias de desempenho (ex.: usar um abotoador de botões), ou readquirem em menor período de tempo as capacidades necessárias para se vestirem. Por outro lado pessoas com mais anos, com ou sem incapacidade, revelaram maior necessidade de serem assistidas durante o vestir da parte inferior do corpo, por dificuldades de equilíbrio e menor coordenação motora. De igual forma em pessoas mais velhas denotou-se a necessidade de apoio para alcançar os pés e colocar as meias e os sapatos devido a limitação da força muscular, amplitude de movimento e flexibilidade.

De um modo equiparado ao mencionado na tarefa higiene oral, os autores Maciel e Guerra, (2007) defendem que à medida que se avança na idade, as limitações orgânicas levam a repercussões sobre a função física, intelectual e social havendo uma diminuição na qualidade e quantidade das informações necessárias ao controlo motor e

cognitivo eficaz. Estudos de Silva, Lopes, Araújo e Moraes, (2006) corroboram os resultados encontrados referindo que em muitos idosos a capacidade de se vestir encontra-se muitas vezes comprometida.

Em suma ao analisarmos as seis tarefas anteriores constatamos que ao nível das AVD os mais velhos demonstraram um desempenho, em todos os parâmetros, muito inferior ao de pessoas mais jovens. Por conseguinte na bibliografia alguns artigos aludem como possível justificação o facto da que a idade ser um fator de risco para perdas de funcionalidade que não são passiveis de serem retomadas. Concretamente nos estudos de Covinsky et al., (2003) é referido que idosos hospitalizados manifestam menor capacidade para recuperar o seu desempenho funcional nas suas AVD, bem como apresentam um risco elevado de durante a hospitalização agravarem as suas incapacidades nas AVD.

Ao nível da tarefa 'fazer compras' concluiu-se que pessoas mais idosas (80+) necessitaram de maior assistência comparativamente aos restantes grupos etários. Uma possibilidade será devido ao facto de atualmente pessoas com mais idade terem, na sua maioria, baixa escolaridade e deste modo verificou-se um comprometimento na autonomia em ler a lista de compras e os cupões fornecidos. Este fator também se observou nalgumas pessoas durante a realização do cálculo para obter o troco. Outro fator que comprometeu ambos os parâmetros (autonomia e adequação) em pessoas com idades mais avançadas deve-se à perda da acuidade visual, que constringiu o reconhecimento do valor das moedas. Poderá também colocar-se a questão que pessoas mais velhas muitas vezes são substituídas por um familiar na realização deste tipo de atividade, o que leva a uma diminuição gradual das competências necessárias a um bom desempenho. Finalmente outra possível hipótese prende-se com o facto de, em pessoas mais velhas, manifestaram-se maiores dificuldades manter a atenção e consequentemente memorizar as instruções fornecidas. Estas exigências da tarefa aparentaram suplantar a capacidade de resposta compensatória em pessoas com uma idade mais avançada.

De acordo com os estudos de Tavares et al., (2007) é frequente ocorrer nesta tarefa um aumento da dificuldade no género feminino à medida que a idade vai avançando. No entanto estes autores referem também que para o género masculino o pico de maior incapacidade nesta tarefa surge entre os 70 e os 80 anos. De igual modo os achados de Duca, Silva e Hallal, (2009) referem que o avanço da idade encontra-se associado a menores níveis de funcionalidade nesta tarefa, podendo esta estar

interligada ao próprio processo de envelhecimento. Neste âmbito Millán-Calenti et al., (2012) referem que pessoas mais idosas com declínio cognitivo evidenciam maior risco de dependência em tarefas que impliquem gerir finanças.

Em termos de 'levar o lixo para a rua' os participantes com menos idade (<60) demonstraram melhores resultados na segurança e adequação que ambos os grupos de pessoas com mais idade ([60 - 80[e 80+). Um possível fator a ter em consideração prende-se com a manutenção do equilíbrio em tarefas que requeiram a alteração da posição da cabeça. Se a pessoa tiver esta capacidade afetada, o que ocorre com maior frequência em pessoas mais velhas, apresenta um maior risco de queda, sendo necessário uma maior intervenção para manter a segurança. Concomitantemente a presença de patologias, ou o próprio processo de envelhecimento, pode condicionar o uso dos movimentos finos da mão e/ou a força muscular, ocorrendo uma maior dificuldade em abrir a porta com precisão usando uma chave. Por outro, lado alguns idosos demonstraram alguma dificuldade em memorizar o que era solicitado tendo sido apoiados de modo a melhorarem a sua adequação.

Estudos realizados demonstram que ter mais de 80 anos é um fator de aumenta a incidência de incapacidade (Alexandre, Corona, Nunes, Santos, Duarte, & Lebrão, 2014). De igual forma os autores Millán-Calenti et al., (2010) defendem que existe uma correlação entre o aumento da idade e os baixos scores nas AVDI.

Durante a 'utilização do telemóvel/telefone' constatou-se que pessoas com menos idade foram significativamente mais independentes que pessoas com mais de 80 anos. Na adequação foi também detetado que as pessoas mais novas desempenharam as subtarefas com maior economia de esforço e qualidade, quando comparadas com pessoas mais velhas ([60 - 80[e 80+).

Uma das questões que se deve ter em consideração, deve-se a que pessoas com mais de 80 anos, ao longo da sua vida, utilizaram com menor frequência o telefone e/ou o telemóvel e, por conseguinte, necessitaram de maior assistência para compreender o funcionamento dos aparelhos atuais. Por outro lado é de salientar que as teclas e os ecrãs dos telemóveis apresentam-se de dimensões reduzidas, e deste modo de difícil leitura por pessoas mais velhas onde, geralmente, a acuidade visual é mais baixa. Neste âmbito, também as perdas auditivas dificultaram a receção e respetiva comunicação da informação transmitida com precisão. Este fator é corroborado pela bibliografia que justificam que as perdas auditivas vão aumentando com a idade e que uma vez que a receção da informação depende exclusivamente da parte auditiva, torna-se difícil para

os idosos (Cruz et al., 2012). A um nível motor para marcação do número desejado esta tarefa requer precisão e coordenação dos movimentos, o que se encontra comprometido em pessoas mais velhas. Por sua vez, pessoas mais novas aparentaram uma maior agilidade mental e física para lidar com o uso dos telemóveis, o que potencia os resultados atingidos. Por outro lado os autores apontam que o declínio cognitivo, mais frequente em pessoas mais velhas, e o aumento da idade após os 60 anos atuam como fatores que aumentam o risco de dependência nesta tarefa (Millán-Calenti, Tubío, Pita-Fernández, Rochette, Lorenzo, & Maseda, 2012).

Na tarefa 'gestão da medicação' verificaram-se diferenças significativas ao nível da autonomia, segurança e adequação entre os três grupos, apresentando as pessoas com menos idade o melhor desempenho, seguidas de pessoas com idades entre os 60 e os 80 e, por último pessoas com idade superior a 80 anos. Uma possível justificação será devido a que muitos idosos manifestaram dificuldades em integrar o funcionamento da tabela fornecida para realizar a distribuição dos medicamentos, necessitando de pistas verbais e gestos de maior frequência para colocar corretamente o medicamento no dia desejado. De igual modo, problemáticas em ler o rótulo de cada medicamento e reter a respetiva informação surgiram de modo acentuado em especial em idades mais avançadas ou em pessoas analfabetas. Por último a perda de competências como a atenção, a memória, motricidade fina, e coordenação que ocorre de modo mais acentuado à medida que a idade vai aumentando dificultou a funcionalidade na abertura dos frascos, em especial com tampa à prova de criança. Estudos realizados por Tavares et al., (2007) indicam que existe um agravamento da dificuldade em medicar-se nas horas certas sobretudo em pessoas com mais de 80 anos. Concomitantemente verifica-se que pessoas idosas com declínio cognitivo, ou até mesmo o aumento da idade apresentam maior risco de perda da funcionalidade nesta atividade (Millán-Calenti, Tubío, Pita-Fernández, Rochette, Lorenzo, & Maseda, 2012).

Durante a passagem da notícia com vista à obtenção da informação importante da TV denota-se que as pessoas mais velhas manifestam um desempenho significativamente inferior, comparativamente a pessoas mais novas (< 60 anos na autonomia, e < de 60 anos e grupo [60 - 80] na adequação). Uma possível hipótese poderá ser a de que, nestas idades, as pessoas possuem uma menor capacidade para manter a atenção, memorizar e filtrar a informação relevante a partir do que foi transmitido. Estas fundamentações foram também relatadas em estudos de Mattos, Carmo, Santiago e Luz (2014) onde problemáticas na memória comprometem a

independência em AVDI. Em termos de adequação verifica-se também que a capacidade de resolução de problemas poderá estar mais comprometida sendo as respostas à informação fornecida pouco plausíveis. Por outro lado, perdas sensoriais ao nível auditivo e visual comprometem a receção da informação, condicionando o resultado quer da autonomia quer da adequação. Estas hipóteses encontra-se de acordo com os estudos de Silva, Lopes, Araújo e Moraes, (2006) que revelam que no âmbito da comunicação os idosos apresentaram algumas limitações na compreensão cognitiva, compreensão visual, identificação dos sons e verbalização das suas necessidades.

Na tarefa 'mudar as pilhas do comando de TV', os participantes com mais idade (80+) evidenciaram uma autonomia significativamente mais baixa que pessoas com menos de 60 anos e, pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos. Concomitantemente surgem diferenças significativas com o grupo de menos idade (<60) na adequação. Uma hipótese poderá ser que, à semelhança do telemóvel, o comando remoto por ser uma invenção recente, requerer um esforço extra em pessoas mais velhas para a compreensão do seu modo de funcionamento. Concomitantemente, esta tarefa impõe competências de leitura, resolução de problemas e memorização de modo a identificar devidamente o número e formato das pilhas. Por outro lado, é necessária uma elevada precisão para retirar a tampa do comando e para colocar as pilhas no seu respetivo local, competências que se encontraram mais fragilizadas em pessoas de idade avançada.

Ao nível da tarefa 'andar dentro de casa' verificaram-se diferenças significativas nos três parâmetros entre pessoas com menos idade (<60) e pessoas com mais idade (80+), possivelmente porque as pessoas mais novas, mesmo com algum tipo de incapacidade, demonstraram-se mais capazes de recrutar outras capacidades (ex.: possuem maior força muscular para impulsionar uma cadeira de rodas ou um andarilho), ou até mesmo aprender estratégias novas de compensação da perda da marcha (ex.: aprender a manusear uma cadeira de rodas elétrica). Em pessoas mais velhas muitas vezes a sua mobilidade nas deslocações encontrava-se condicionada ao apoio de auxiliares de marcha, ocorrendo nalguns casos que as pessoas tinham que ser levadas por terceiros, devido à baixa força muscular. Questões de manutenção do equilíbrio surgiram muitas vezes nos mais idosos como um risco à segurança durante a marcha. Em paralelo denota-se que muitas vezes, a marcha foi realizada com extrema lentidão motora, necessitando os mais velhos de maiores períodos de tempo para organizar o movimento, o que afeta o seu resultado em termos de adequação. Fatores como a baixa visão também surgiram como um condicionante a uma marcha autónoma, segura e

apropriada. Estes resultados são semelhantes aos de Tavares et al., (2007) que referem que após os 80 anos muitas pessoas relatam muitas dificuldades numa atividade semelhante que designaram de andar perto de casa. A estes achados Silva, Lopes, Araújo e Moraes, (2006) menciona que 19,24% dos idosos estudados apresenta uma restrição total em se deslocar no seu domicílio. Por outro lado foram ainda encontrados estudos que salientam que dificuldades em andar 400 metros é um forte indicador de dependência ao nível das AVD (Mattos, Carmo, Santiago, & Luz, 2014).

Na tarefa 'segurança em casa' os três grupos etários demonstraram diferenças significativas entre si em termos de valores de autonomia. Concretamente os mais novos (<60) indicaram níveis de autonomia superiores, seguindo-se pessoas dos 60 aos 80 anos e finalmente pessoas com mais de 80 anos. Em termos de adequação os participantes com idade superior a 80 anos evidenciaram um desempenho significativamente inferior quando comparados com o grupo de pessoas com menos de 60 anos, bem como com o grupo de pessoas dos 60 aos 80. Neste âmbito alguns fatores prendem-se com o facto de, com o aumento da idade, ocorre uma maior dificuldade em procurar e localizar no ambiente situações que poderão ser um perigo acabando por dispersar-se com outros estímulos do meio. De ressalvar que, sobretudo, algumas pessoas em idade mais avançada manifestaram dificuldades em encontrar uma solução aceitável para o perigo exposto, sobretudo em termos de arrumação, e do tapete enrugado. Por outro lado dificuldades visuais limitaram o desempenho correto nas subtarefas de identificar o perigo exposto. Tal como já mencionado as questões de dificuldade visual aliadas a problemáticas na memória, fatores comprovados que estão associados ao risco de dependência em AVDI, podem ter reduzido o desempenho dos mais idosos (Mattos, Carmo, Santiago, & Luz, 2014).

No que concerne à autonomia e segurança verificaram-se diferenças significativas apenas nestes parâmetros nas tarefas: 'uso do micro-ondas' e 'arrumar após a preparação de refeição'.

Concretamente, na tarefa 'uso de micro-ondas' as diferenças manifestaram-se sobretudo em pessoas com menos de 60 anos, que possuem mais autonomia do que pessoas com idade mais avançada (80+). Em paralelo este grupo (<60) utiliza procedimentos mais eficazes para manter a sua segurança, do que pessoas com idades entre os 60 e os 80 anos. Em termos de autonomia pessoas mais velhas relataram maiores dificuldades em verter a comida para o prato, bem como em deslocar o auxiliar marcha ou cadeira de rodas, em simultâneo com o prato para a mesa. Esta situação

deve-se a que, muitas vezes, em idades mais avançadas existe uma perda acentuada de força muscular e coordenação dos movimentos do corpo. Por outro lado, pessoas com mais de 80 anos indicaram maiores complicações em monitorizar a comida no tempo devido.

No que concerne à segurança uma possível justificação prende-se com o facto de em pessoas mais velhas ocorre uma menor sensibilidade da pele e diminuição dos reflexos, existindo um maior perigo de queimadura durante a retirada da comida do micro-ondas. Outro fator que pode condicionar a segurança nesta tarefa foi a presença da síndrome do túnel cárpico em pessoas mais velhas, o que, muitas vezes, condicionou o transporte do prato em segurança. Por último, o facto de muitas pessoas com estas idades se deslocarem com auxiliar de marcha, e apresentarem algumas dificuldades em coordenar a força muscular e a amplitude dos movimentos, limita a segurança durante o transporte do prato para a mesa.

O desempenho nesta tarefa corresponde aos estudos encontrados na bibliografia que relatam que uma elevada percentagem de idosos (com idade superior a 60 anos) manifestam uma restrição total em atividades de preparação de refeição (Silva, Lopes, Araújo, & Moraes, 2006).

No que concerne à tarefa ‘arrumar após a preparação de refeição’ pessoas com menos de 60 anos demonstram níveis de segurança muito superiores quando comparados com os restantes grupos. Uma hipótese explicativa relaciona-se com o facto, de em pessoas mais velhas, ocorrer uma redução de competências motoras tornando complexas subtarefas como transportar a loiça usada para o lava-loiças ou arrumar a mesma. Deste modo, pelo motivo mencionado, durante a execução destas subtarefas está mais acentuado o perigo de deixar cair objetos ou até mesmo a queda do próprio participante. Por outro lado, também é de salientar que durante a lavagem da loiça e sua colocação no escorredor pode ocorrer com maior frequência o escorregar da loiça podendo cortar ou ferir o participante.

Exclusivamente em termos de autonomia, ocorreram diferenças significativas no desempenho na tarefa ‘pagar contas com o multibanco’, tendo pessoas com mais de 80 anos evidenciado valores significativamente inferiores em comparação com os restantes grupos. Tal facto pode dever-se a que nestas idades as pessoas necessitaram de algumas pistas verbais para encadearem a sequenciação da tarefa da melhor forma, e localizarem com maior rapidez e eficácia a opção que desejam.

As tarefas ‘varrer’ e ‘uso do fogão’ demonstraram diferenças entre grupos etários, no critério segurança. Ao nível da tarefa ‘varrer’, a adoção de procedimentos seguros manifestou-se de um modo mais reduzido nas pessoas com mais de 80 anos, comparativamente com pessoas com menos de 60 anos. Uma possível fundamentação para este resultado refere-se ao facto de pessoas com mais idade perderem com maior facilidade o equilíbrio durante a recolha do lixo e sua colocação no balde do lixo.

No que concerne ao uso do fogão os participantes do grupo < 60 manifestaram valores superiores mantendo de forma mais consistente a sua segurança, que pessoas do grupo 80+ e por último pessoas entre os 60 e os 80 anos. Uma hipótese explicativa deve-se ao facto de em pessoas mais velhas o transporte e colocação de objetos com maior peso como é o caso da panela pode tornar-se um risco, dado que nestas idades as condições como a marcha e a força de preensão se encontram mais limitadas. Os estudos de (Drusini et al., 2002; Vellas et al., 1997) confirmam estes achados indicando que pessoas que tem piores resultados em testes de equilíbrio e menor força na preensão da mão manifestam pior desempenho nas AVDI. Por outro lado questões visuais dificultaram a perceção de qual o bico/chapa do fogão a acender. Estes achados atuam em concordância com outros estudos onde os autores referem que a preparação de refeição, sobretudo em idosos comprometidos ao nível cognitivo, é frequentemente afetada em termos de funcionalidade (Njegovan et al., 2001; Silva, Lopes, Araújo, & Moraes, 2006)

A tarefa ‘usar utensílios afiados’ evidenciou diferenças significativas no parâmetro adequação. As pessoas do grupo [60 – 80] anos, demonstraram melhor score, seguindo-se pessoas com mais de 80 anos e por último pessoas com menos de 60 anos. Por conseguinte, em concreto as pessoas mais novas demonstraram algumas dificuldades sobretudo na qualidade em subtarefas de ‘selecionar a faca apropriada’ e cortar o fruto, conforme é instruído (‘corta o fruto em 8 partes, tira o caroço à maçã e tira-lhe a casca corretamente’). Uma justificação deve-se a que, em caso de incapacidade, mesmo com o auxílio de ajudas técnicas (ex.: tábua de AVDI) existe uma maior dificuldade em executar com rigor esta subtarefa. Por outro lado, pessoas mais novas institucionalizadas tendem a não realizar esta tarefa com frequência, não usufruindo da oportunidade de melhorar o seu processo e qualidade. Por seu lado, pessoas em idades intermédias demonstraram possuir capacidades para contrabalançar a presença de patologias com a habituação de descascar a maçã ou seja o facto de nestas idades esta ser uma tarefa que já executaram com frequência, ao longo da sua vida,

possibilitou uma melhor manutenção das competências necessárias a uma adequação dentro dos limites esperados.

Entre pessoas mais velhas (80+) a presença de patologias que interferem com os movimentos finos da mão dificultou a realização da atividade com a eficácia desejada. Por sua vez a institucionalização, e consequente abandono desta atividade, potencia a perda das competências necessárias a uma maior precisão e economia dos movimentos.

Estes estudos contrariam em parte os estudos de Njegovan et al., (2001) e Silva, Lopes, Araújo e Moraes, (2006) onde referem que atividades inerentes à preparação de refeição encontram-se mais comprometidas em pessoas com idades superiores a 60 anos, em especial na presença de declínio cognitivo, ainda que nestes estudos não seja feita uma referência direta ao critério adequação.

Capítulo 7 – Conclusão

O objetivo do presente estudo consistiu em contribuir para a validação portuguesa da escala Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS), um instrumento que permite avaliar a capacidade da pessoa para viver de forma funcional na comunidade mais próxima. Para tal foram realizados os procedimentos inerentes a este tipo de trabalho académico, como sejam, tradução linguística, validação de painel de peritos, aplicação da escala para validação cultural e análise das medidas psicométricas. Deste modo, em traços gerais, considera-se que o objetivo proposto foi alcançado esperando, com esta validação, fornecer mais um instrumento de apoio à medição de resultados em saúde em Portugal.

Aplicando a PASS a uma amostra de indivíduos com défice de funcionalidade, concluiu-se que a autonomia foi o critério que obteve melhores resultados na ampla maioria das tarefas. Contudo para as tarefas 'higiene oral', 'gestão da medicação', 'fazer a cama de lavado' e 'utilização de utensílios afiados' foi a segurança o critério mais bem classificado. Por sua vez na tarefa 'mudar as pilhas de um comando de TV' a adequação surge com maior pontuação, embora com frequência este foi o parâmetro mais penalizado. No global a tarefa 'pagar contas com multibanco' foi a que apresentou melhor desempenho na autonomia e adequação, em contraposição com a tarefa 'cortar as unhas dos pés' que obteve piores resultados. Nas tarefas avaliadas ao nível da segurança constatou-se desempenhos mais seguros na tarefa 'utilização de utensílios afiados'.

Em termos de diferenças entre género, os homens apresentam maior autonomia no 'trocar as pilhas de um comando de TV', bem como maiores valores de segurança na tarefa 'arrumar após a preparação de refeição'.

Em relação à variável idade no geral o grupo etário com menos idade (<60) manifestou um desempenho maioritariamente mais autónomo, seguro e adequado em quase todas as tarefas, tendo sido muitas vezes encontradas diferenças significativas sobretudo com o desempenho de pessoas muito mais velhas (80+). Como exceção verificou-se que na tarefa 'pagar contas com multibanco' os participantes com idade compreendida entre 60 e 80 anos obtiveram maior autonomia, existindo diferenças significativas com os mais velhos (idade superior a 80 anos). Em contrapartida nas tarefas 'uso do micro-ondas' e 'uso do fogão' o mesmo grupo etário evidenciou piores valores de segurança dos três grupos. Por último na adequação da tarefa 'utilização de

utensílios afiados' os participantes neste grupo etário evidenciaram o melhor desempenho existindo diferenças com os restantes grupos.

Ao nível das limitações considera-se que dado ser uma escala muito detalhada, que engloba um amplo número de tarefas, envolveu um grande dispêndio de tempo na sua aplicação tornando moroso o seu processo de aplicação. Contudo, devido à informação concreta e específica que fornece, a sua utilização considera-se útil para a prática clínica, na medida que permite determinar que aspetos condicionam mais a funcionalidade do indivíduo. Por conseguinte observa-se que a PASS permite auxiliar o profissional de saúde a orientar as suas práticas possibilitando uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

De igual modo verificou-se que a amostra escolhida apresenta-se de pequena dimensão não permitindo que os resultados obtidos possam ser extrapolados para a população portuguesa. Concomitantemente a grande variabilidade de diagnósticos presente não possibilita identificar fatores de incapacidade concretos para um tipo especifico de patologia, ou até mesmo que derivem do próprio envelhecimento. Neste último ponto, dado a escala medir em termos de independência plena, verifica-se que os idosos surgem neste estudo mais penalizados em termos de resultados ao serem comparados com grupos mais jovens. Deste modo durante a aplicação da escala em pessoas mais velhas deve haver um ajuste às capacidades que são expectáveis para este grupo etário, de modo a evitar a subvalorização das suas competências.

Assim, a nível de estudos percursores, seria desejável num futuro estudo utilizar uma amostra de maiores dimensões, podendo posteriormente formar grupos com base no diagnóstico fornecido, a fim de percecionar de que modo as patologias interferem no desempenho da pessoa.

Finalmente, uma das limitações que se constata deve-se ao facto de critérios como a segurança e adequação serem de âmbito mais subjetivo, o que origina alguma divergência nas opiniões entre observadores durante a classificação e posterior cotação. Deste modo é aconselhável, como principal recomendação, a existência de uma formação prévia sobre o modo de aplicação da PASS, bem como criar diretrizes mais específicas em especial para estes dois critérios e integrá-las no manual de utilizador.

Relativamente à questão do tempo de aplicação é de salientar que esta situação pode ser contornada através de uma avaliação mais pautada no tempo. Outra recomendação prende-se com o facto de, tal como autores referem, não existirem atividades específicas e únicas para avaliação da autonomia na comunidade próxima.

Deste modo cabe ao profissional, em conjunto com a pessoa e seus familiares, determinar quais as atividades significativas, utilizando a PASS para aplicar apenas a um determinado número de tarefas, mais relevantes.

Bibliografia

Adams-Fryatt, A. (Março de 2010). Facilitating Successful Aging: Encouraging Older Adults to Be Physically Active. (A. C. Practitioners, Ed.) *The Journal for Nurse Practitioners , 6* (3), pp. 187-190.

Agüero-Torres, H., Fratiglioni, L., Guo, Z., Viitanen, M., Strauss, E., & Winblad, B. (outubro de 1998). Dementia Is the Major Cause of Functional Dependence in the Elderly: 3-Year Follow-up Data From a Population-Based Study. *American Journal of Public Health , 88* (10), pp. 1452-1456.

Alexandre, T. S., Corona, L. P., Nunes, D. P., Santos, J. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2014). Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Revista Saúde Pública , 48* (3), pp. 378-389.

Alexandre, T. S., Corona, L. P., Nunes, D. P., Santos, J. L., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2012). Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals. *Archives of Gerontology and Geriatrics , 55* (2), pp. 431-437.

Almeida, A. (2006). *Envelhecimento activo - faça mais por si*. Obtido em 13 de Fevereiro de 2012, de Psicronos: http://www.psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html

AOTA. (2002). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process.* American Journal of Occupational Therapy.

AOTA. (Novembro de 2008). Occupational Therapy Pratice Framework: Domain & Process. *The American Journal of Occupational Therapy The American Journal of Occupational Therapy , 62* (6), pp. 625-683.

Araújo, F., Pais Ribeiro, J., A., O., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*, (pp. 217-220). Lisboa.

Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (Julho de 2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Publica , 25* (2), pp. 59-66.

Araújo, L. F., & Carvalho, V. Â. (2004). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *MNEME - Revista de Humanidades , 6* (13), 1-9.

Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological prespectives on sucessful aging: the model of selective optimization and compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Edits.), *Sucessful Aging. Prespectives from the Behavioural Sciencies.* New York: Cambridge University Press.

Beard, J. R., & Petitot, C. (2010). Ageing and Urbanization: Can Cities be Designed to Foster Active Ageing? *Public Health Reviews , 32* (2), pp. 427-450.

Bowling, A. (Maio de 2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health , 12* (3), pp. 293-301.

Bowling, A. (24 de Setembro de 2009). Perceptions of active ageing in Britain: divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age and Ageing , 38*, pp. 703-710.

Brorsson, B., & Asberg, K. (1984). Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine , 16* (3), pp. 125-132.

Chisholm, D., Toto, P., Raina, K., Holm, M., & Rogers, J. (Fevereiro de 2014). Evaluating capacity to live independently and safely in the community: Performance Assessment of Self-care Skills. *British Journal of Occupational Therapy , 77* (2), pp. 59-63.

Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2004). *Introduction to occupation - The Art and Science of Living.* New Jersey: Prentice Hall.

Christiansen, C., & Townsend, E. (2004). *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living.* New Jersey: Prentice Hall.

Coelho, R. M., & Albuquerque, C. M. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral.* Obtido em Janeiro de 2014, de Repositório do Instituto Politécnico de Viseu: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1669/1/COELHO%20Rosa%20Maria%20Alves%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf

Cotter, E., Burgio, L., Stevens, A., Roth, D., & Gitlin, L. (2002). Correspondence of the Functional Independence Measure (FIM) Self-Care subscale with real-time observations of dementia patients' ADL performance in the home. *Clinical Rehabilitation , 16*, pp. 36-45.

Covinsky, K. E., Palmer, R. M., Fortinsky, R. H., Counsell, S. R., Stewart, A. L., Kresevic, D., et al. (2003). Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age. *American Geriatrics Society , 51*, pp. 451–458.

Cruz, M. S., Lima, M. C., Santos, J. L., Duarte, Y. A., Lebrão, M. L., & Ramos-Cerqueira, A. T. (agosto de 2012). Defi ciência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública , 28* (8), pp. 1479-1492.

Decreto Lei nº 564/99 de 21 de dezembro. Diário da República n.º 295/1999, Série I-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (14 de Outubro de 2011). *Plataforma Contra a Obesidade.* Obtido em 2 de Junho de 2012, de Sociedade Portuguesa de Cardiologia: www.spc.pt/DL/RFR/artigos/402.pdf

Direção Geral de Saúde. (8 de Junho de 2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas. *Plano Nacional de Saúde 2004 -2010* . Portugal.

Dodge, H. H., Kadowaki, T., Hayakawa, T., Yamakawa, M., Sekikawa, A., & Ueshima, H. (2005). Cognitive impairment as a strong predictor of incident disability in specific ADL–IADL tasks among community-dwelling elders: The Azuchi Study. *The Gerontologist , 45*, pp. 222-230.

Dornelles, B., & Costa, G. J. (2003). *Investindo no envelhecimento saudável.* Porto Alegre: Edipucrs.

Drageset, J. (Março de 2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Science , 18* (1), pp. 65-71.

Drusini, A. G., Eleazer, G., Caiazzo, M., Veronese, E., Carrara, N., Ranzato, C., et al. (2002). One-leg standing balance and functional status in an elderly community-dwelling population in northeast Italy. *Aging clinical and experimental research , 14* (1), pp. 42-46.

Duca, G. F., Silva, M. C., & Hallal, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública , 43* (5), pp. 796-805.

Elliott, M. S., & Barris, R. (julho-agosto de 1987). Occupational Role Performance and Life Satisfaction in Elderly Persons. *OTJR: Occupation, Participation and Health , 7* (4), pp. 215-224.

Farias, S. T., Mungas, D., & Jagust, W. (2005). Degree of discrepancy between self and other-reported everyday functioning by cognitive status: Dementia, mild cognitive impairment, and healthy elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry , 20*, pp. 827-834.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología social.* Madrid, Espanha: Pirámide.

Fisher, A. (2006). Overview of performance skills and client factors. In H. Pendleton, & W. Schultz-Krohn (Edits.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (6 ed., pp. 372-402). St. Louis: Mosby Elsevier.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

Fortin, M.-F. (2000). O Processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Granger, C., Albrecht, G., & Hamilton, B. (Abril de 1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of physical medicine and rehabilitation , 60* (4), pp. 145-54.

Green, J., & Trorogood, N. (2005). *Qualitative Methods for Health Research.* London: Sage Publications.

Greiner, P. A., Snowdon, D. A., & Schmitt, F. A. (1996). The Loss of Independence in Activities of Daily Living: The Role of Low Normal Cognitive Function in Elderly Nuns. *American Journal of Public Health , 86* (1), pp. 62-66.

Grigsby, J., Kaye, K., Baxter, J., Shetterly, S., & Hamman, R. (Maio de 1998). Executive cognitive abilities and functional status among community-dwelling older persons in the San Luis Valley Health and Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society , 46* (5), pp. 590-596.

Grimley-Evans, J. (1984). Prevention of age-associated loss of autonomy: epidemiological approaches. *Journal of Chronic Diseases , 37*, pp. 353-363.

Gurland, B., Kuriansky, J., Sharpe, L., Simon, R., Stiller, P., & Birkett, P. (1977). The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE). *International Journal of Aging and Human Development , 8* (1), pp. 9–42.

Hamrin, E., & Lindmark, B. (1988). Evaluation of functional capacity after stroke as a basis for active intervention. *Scandavian Journal of Caring Science , 2* (3), pp. 113-122.

Hayflick, L. (1996). *How and why we age* (Reprint edition ed.). Ballantine Books.

Holm, M., & Rogers, J. (2008). The Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS). In B. Hemphill-Pearson (Ed.), *Assessments in occupational therapy mental health* (2ª ed., pp. 101-110). Thorofare: SLACK.

INE. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos Portugal.* Obtido em Maio de 2016, de Instituto Nacional de Estatística: Statistic Portugal: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=148313382&att_display=n&att_download=y

INE. (2012). *Saúde e incapacidades em Portugal - 2011.* Obtido em abril de 2016, de Instituto Nacional de Estatística: Statistics Portugal: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=149447974&att_display=n&att_download=y

Institut de Sociologia i Psicologia Aplicades (ISPA). (2010). *Vive el envejecimiento activo: memoria y otros retos cotidianos.* Barcelona, Espanha: Obra Social Fundación ”la Caixa”.

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*, pp. 311-320.

Jiang, J., Tang, Z., & Futatsuka, M. (Novembro de 2002). The impact of ADL disability on depression symptoms in a community of Beijing elderly. *Environmental Health and Preventive Medicine , 7* (5), pp. 199-204.

Kalache, A. (1999). Active ageing makes the difference. *Bulletin of the World Health Organization , 77* (4), p. 299.

Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Revista Saúde Pública , 21* (3), pp. 200-210.

Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., & Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA , 21*, pp. 914-919.

Kielhofner, G. (2008). *Model of Human Occupation: Theory and aplication* (4ª ed.). Baltimore: Lippincott Williams.

Kirshner, B., & Guyatt, G. (1985). A methodological framework for assessing health indices. *Journal of Chronic Diseases , 38* (1), pp. 27-36.

Klein, R., & Bell, B. (Julho de 1982). Self-care skills: behavioral measurement with Klein-Bell ADL scale. *Archives of physical medicine and rehabilitation , 63* (7), pp. 335-338.

Lansley, P., McCreadie, C., & Tinker, A. (3 de Setembro de 2004). Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way? *Age and Ageing , 33* (6), pp. 571-576.

Law, M. (Novembro-Dezembro de 2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy , 56*, pp. 640-649.

Law, M., & Letts, L. (1989). A critical review of scales of activities of daily living. *American Journal of Occupational Therapy , 43* (8), pp. 522-528.

Law, M., & Usher, P. (Abril de 1988). Validation of the Klein-Bell Activities os Daily Living Scale for Children. *Canadian Journal of Occupational Therapy , 55* (2), pp. 63-68.

Lawton, M., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist , 9* (3), pp. 179-182.

Lawton, M., Moss, M., M., F., & Kelban, M. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Gerontology , 37* (1), pp. 91-99.

Leveille, S., Resnick, H., & Balfour, J. (2000). Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging (Milano) , 12* (2), pp. 106-112.

Liu, Y.-H., Chang, H.-J., & Huang, C.-C. (2012). The Unmet Activities of Daily Living (ADL) Needs of Dependent Elders and their Related Factors: An Approach from Both an Individual- and Area-Level Perspective. *International Journal of Gerontology , 6,* pp. 163-168.

Maciel, Á. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordestes do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia , 10* (2), pp. 178-189.

Marques, A., & Trigueiro, M. J. (2011). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo.* Porto: Livpsic.

Marshall, M. N. (15 de Julho de 1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice , 13* (6), pp. 522-525.

Martins, R. (fevereiro de 2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health , 32* (11), pp. 126-140.

Mattos, I. E., Carmo, C. N., Santiago, L. M., & Luz, L. L. (2014). Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics , 14* (47), pp. 1-9.

Mcardle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (1998). *Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano* (4ª ed.). Guanabara Koogan.

McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires.* New York: Oxford University Press.

McIntyre, A., & Atwal, A. (2005). *Occupational Therapy and Older People.* Oxford, United Knigdom: Blackwell Publishing Ltd.

Meeks, C. B., Nickols, S. Y., & Sweaney, A. L. (1999). Demographic Comparisons of Aging in Five Selected Countries. *Journal of Family and Economic Issues , 20* (3), pp. 223-248.

Meireles, A. C. (1 de Outubro de 2008). *Envelhecimento activo da pessoa idosa.* Obtido em 27 de Fevereiro de 2012, de Portal da Saúde Pública: http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/EnvelhecimentoActivoIdoso_CMeireles.htm

Mendes, S. (2008). *Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas.* Obtido em Janeiro de 2014, de Ria repositório institucional: http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3283/1/2009000498.pdf

Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., et al. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics , 50*, pp. 306–310.

Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., Rochette, S., Lorenzo, T., & Maseda, A. (2012). Cognitive impairment as predictor of functional dependence in an elderly sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics , 54*, pp. 197-201.

Miller, S., Brown, C. L., Mitchell, M. B., & Williamson, G. M. (11 de Janeiro de 2013). Activities of Daily Living Are Associated With Older Adult Cognitive Status: Caregiver Versus Self-Reports. *Journal of Applied Gerontology , 32* (3), pp. 1-30.

Moura, C. (2006). *Século XXI - Século do envelhecimento* (1ª ed.). Loures: Lusociência.

Murtagh, K. N., & Hubert, H. B. (Agosto de 2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Healt , 94* (8), pp. 1406-1411.

Nadai, A. (1995). Programa de atividades físicas. *MOTRIZ , 1* (2), 120-123.

Nelson, D., Melville, L., Wilkerson, J., Magness, R., Grech, J., & Rosenberg, J. (2002). Interrater reliability, concurrent validity, responsiveness, and predictive validity of the Melville-Nelson Self-Care Assessment. *American Journal of Occupational Therapy , 56*, pp. 51-59.

Nilsson, I., Bernspång, B., Fisher, A., Gustafson, Y., & Löfgren, B. (outubro de 2007). Occupational Engagement and Life Satisfaction in the Oldest-Old: The Umeå 85+ Study. *OTJR - Occupation, Participation and Health , 27*, pp. 131-139.

Njegovan, V., Man-Son-Hing, M., Mitchell, S. L., & Molnar, F. J. (2001). The Hierarchy of Functional Loss Associated With Cognitive Decline in Older Persons. *Journal of Gerontology: Medical Sciences , 56A* (10), pp. 638-643.

Othero, M. (2008). Terapia Ocupacional em Oncologia. In *Temas em psicooncologia*. São Paulo: Summus Editorial.

Palacios, R. (2002). The future of global ageing. *International Epidemiological Association , 31*, pp. 786-791.

Park, D. (2000). The basic mechanisms accounting for age-related decline in cognitive function. In D. Park, & N. Schwartz (Edits.), *Cognitive Aging: A primer.* Philadelphia: Phychology Press.

Park, D., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology , 60*, pp. 173-196.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3ª Edição ed.). London: Sage Publications.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl, & A. Fonseca (Edits.), *Envelhecer em Portugal.* Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

Paul, S., & Orchanian, D. P. (2003). *PocketGuide to Assement in Occupational Therapy*. New York: Delmar Learning.

Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral Determinants of Healthy Aging. *American Journal of Preventive Medicine , 28* (3), pp. 298-304.

Pfeiffer, E. (1975). *Multidimensional functional assessment: the OARS methodology: a manual.*

PORDATA. (2015). *Portugal - População subtemas 6 (Nascimento e Fecundidade), 7 (Óbitos e Esperança de Vida), 8 (População Residente).* Obtido em novembro de 2015, de PORDATA: Base de Dados Portugal Contemporâneo: http://www.pordata.pt/Tema/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o-1

Radomski, M. V., & Latham, C. A. (2008). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction.* Filadélfia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rajan, K., Hebert, K., Scherr, P., Mendes de Leon, C., & Evans, D. (Maio de 2013). Disability in basic and instrumental activities of daily living is associated with faster rate of decline in cognitive function of older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences , 68* (5), pp. 624-30.

Ready, R., Ott, B., & Grace, J. (2004). Validity of informant reports about AD and MCI patients' memory. *Alzheimer Disease & Associated Disorders , 18*, pp. 11-16.

Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2012). *Manual de Gerontologia.* Lidel.

Roach, K., & Dillen, L. (1988). Development of an Acute Care Index os Functional Status for Patients with Neurologic Impairment. *Physical Therapy , 68*, pp. 1102-1108.

Rogers, J., & Holms, M. (1989). Performance Assessment of Self-Care Skills: Unpublished performance test. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

Rubenstein, L., Schairer, C., Wieland, G., & Kane, R. (1984). Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects of different data sources. *Journal of Gerontology , 39*, pp. 686-691.

SCIRE. (2010). *Klein-Bell Activities of Daily Living Scale (K-B Scale).* Obtido em 9 de Janeiro de 2014, de Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence : http://www.scireproject.com/outcome-measures/klein-bell-activities-of-daily-living-scale-k-b-scale

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.

Silva, M. J., Lopes, M. V., Araújo, M. F., & Moraes, G. L. (2006). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. *Acta Paulista de Enfermagem , 19* (2), pp. 201-206.

Skumlien, S., Haave, E., Morland, L., Bjørtuft, O., & Ryg, M. (2006). Gender differences in the performance of activities of daily living among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chronic Respiratory Disease Journal , 3*, pp. 141-148.

Slocum, N. (dezembro de 2003). *Participatory Methods Toolkit: A practitioner's manual.* Obtido em 11 de agosto de 2016, de United Nations University: http://archive.unu.edu/hq/library/Collection/PDF_files/CRIS/PMT.pdf

Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia Practico Climepsi de Psiquiatria Geriatrica.* Lisboa: Climepsi.

Susniene, D., & Jurkauskas, A. (Junho de 2009). The Concepts of Quality of Life and Happiness – Correlation and Differences. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics , 3*, pp. 58-66.

Tavares, D. M., Pereira, G. A., Iwamoto, H. H., Miranzzi, S. S., Rodrigues, L. R., & Machado, A. R. (Janeiro-Março de 2007). Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto & Contexto Enfermagem , 16* (1), pp. 32-39.

Torres, M., & Marques, E. (2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso. *VI Congresso Português de Sociologia*, (pp. 1-12). Viana do Castelo.

Townsend, E. (1997). Occupation: Potential for personal and social transformation. *Journal of Occupational Science: Australia , 7*, pp. 18-26.

Tunner, A. (2002). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction* (5ª ed.). Londres: Churchill Livinsgtone.

Turato, E. R. (5 de Abril de 2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública , 39* (3), pp. 507-514.

United Nations. (2007). *World Economic and Social Survey 2007.* New York, USA: United Nations.

United Nations. (11 de Março de 2009). *World Population to exceed 9 billion by 2050.* Obtido em 1 de Julho de 2014, de United Nations - We the peoples...A stronger UN for a better world: http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/pressrelease.pdf

University of Toledo. (30 de julho de 2013). *Overview of the Melville-Nelson SCA.* Obtido em 13 de janeiro de 2014, de The University of Toledo - Occupational Therapy: http://www.utoledo.edu/healthsciences/depts/rehab_sciences/ot/pdfs/sca_overview.pdf

Vellas, B., Rubenstein, L., Ousset, P., Faisant, C., Kostec, V., & Nourhashemi, F. (1997). One-leg standing balance and functional status in a population of 512 community-living elderly persons. *Aging (Milano) , 9* (1-2), pp. 95-98.

Veras, R. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatria fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel.

WFOT. (Agosto de 2011). *Statement on Occupational Therapy.* Obtido em Dezembro de 2013, de World Federation of Occupational Therapist: http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT%20ON%20OCCUPATIONAL%20THERAPY%20300811.pdf

WHO . (2011). *Process of translation and adaptation of instruments*. Obtido em 4 de setembro de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

WHO. (Abril de 2002). *Active Ageing: A policy framework.* Obtido em 11 de Fevereiro de 2012, de WHO Health promotion: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

WHO. (2010). *Definition of and older or elderly person*. Obtido em 1 de Dezembro de 2010, de World Health Organization: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html

WHO. (Setembro de 2013). *Disabilities*. Obtido em 19 de Dezembro de 2013, de World Health Organization: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html

WHO. (2001). *Men Ageing and Health: Achieving health across the Span.* Obtido em 3 de dezembro de 2015, de World Health Organization: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66941/1/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf

WHO. (1999). The lifecourse perspective of aging. In WHO, *A life course perspective of maintaining independence in older age* (p. 4). Geneva.

WHO. (2003). *The World Health Report: Shaping the Future.* Obtido em março de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/whr/2003/en/

WHO. (1997). *WHOQOL: Measuring Quality of Life.* Obtido em março de 2016, de World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wilcock, A. (2007). Active ageing: Dream or reality. *New Zealand Journal of Occupational Therapy , 54* (1), pp. 15-20.

Xavier, F. M., Ferraz, M. P., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people´s definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria , 25* (1), pp. 31-39.

Anexos

Pedido para autorização da Autora Margo Holms

Apêndices

Pedido de colaboração à Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC)

Pedido de colaboração à Casa de Repouso de Coimbra (CRC)

Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS) versão Portuguesa