



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Juliana Jesus Moreira

**INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE ADULTOS E  
IDOSOS (IAFAI): DESENVOLVIMENTO DE UMA VERSÃO  
PARA ADULTOS E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Pereira Vilar e pela Doutora Liliana B. Sousa, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

setembro de 2023

## **Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Desenvolvimento de uma versão para adultos e idosos institucionalizados**

### **Resumo**

**Introdução:** O processo de envelhecimento, aliado a condições médicas, fragilidades físicas, orgânicas e sensoriais, leva(m) a perda de aptidões necessárias para a realização das atividades de vida diária (AVDs). Este comprometimento da funcionalidade é um forte preditor de institucionalização de adultos e idosos. O Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) é um instrumento de avaliação da capacidade funcional, já validado e normalizado para a população portuguesa, permitindo avaliar Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares (AIVD-F) e Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas (AIVD-A). No entanto, o IAFAI foi desenvolvido e validado para a população na comunidade, integrando um conjunto de itens que se têm revelado não aplicáveis em contextos institucionais.

**Objetivo:** O objetivo da presente dissertação é o desenvolvimento de uma versão do IAFAI adaptada à população de adultos e idosos institucionalizados.

**Métodos:** Foi conduzido um estudo de natureza quantitativa, que integrou 308 participantes institucionalizados, a quem foi aplicado o IAFAI e a Escala de Deterioração Global. Foi também implementado um estudo qualitativo (grupos focais), integrando uma amostra de 12 participantes (6 profissionais de uma estrutura residencial para pessoas idosas e 6 idosos a residir nesta). No estudo quantitativo, foi analisada a frequência da não aplicabilidade dos itens do IAFAI, considerando a amostra global e subgrupos específicos em função do nível de deterioração cognitiva. Os dados dos grupos focais permitiram uma análise adicional da aplicabilidade dos itens do instrumento, bem como a reformulação e o apuramento de (novos) itens a integrar na versão para adultos e idosos institucionalizados.

**Resultados:** No estudo quantitativo, foram observadas diferenças com significado estatístico na incapacidade funcional determinada pelo IAFAI em função do grau de deterioração cognitiva apurado. Como tal, foi analisada a aplicabilidade e relevância dos itens na amostra global e em função do grau de deterioração cognitiva. Globalmente, foram mantidos 27 itens da versão inicial do IAFAI, reformulados 9 e eliminados 14. O estudo qualitativo,

permitiu ainda criar 9 novos itens, atendendo às particularidades das AVDs em contextos institucionais. Apenas os domínios “higiene e controlo de esfíncteres” pertencente ao módulo 1 e “compreensão e comunicação” pertencente ao módulo 3 não sofreram alterações. Os restantes domínios viram parte ou todos os seus itens reformulados e/ou eliminados. Como esperado, o módulo das AIVD-F foi o que sofreu mais alterações e o módulo das ABVD o que permaneceu mais intacto. Assim, foi possível criar uma versão experimental do IAFAI com itens adaptados aos contextos institucionais.

**Conclusão:** A versão experimental do instrumento ficou definida com 45 itens: 20 itens no módulo 1 (ABVD), 15 itens no módulo 2 (AIVD-F) e 10 itens no módulo 3 (AIVD-A). Apesar de ainda serem necessários diversos estudos de validação e normalização, esta versão pretende ser um aliado na avaliação da capacidade funcional da população institucionalizada, assumindo-se como um instrumento mais ajustado a estes contextos.

**Palavras-chave:** Capacidade Funcional, Indivíduos Institucionalizados, Atividades de Vida Diária, Avaliação Neuropsicológica, IAFAI.

## **Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI): Development of a version for institutionalized adults and older adults**

### **Abstract**

**Introduction:** The aging process, combined with medical conditions, physical, organic and sensory weaknesses, lead to the loss of skills necessary to carry out activities of daily living (AVDs). This impairment of functionality is a strong predictor of institutionalization of adults and older adults. The Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI) is an instrument for assessing functional capacity, already validated and standardized for the portuguese population, allowing the assessment of Basic Activities of Daily Living (ABVD), Instrumental Activities of Daily Living-Family (AIVD-F) and Instrumental Activities of Daily Living-Advanced (AIVD-A). However, the IAFAI was developed and validated for the community population, integrating a set of items that have proven to be inapplicable in institutional contexts.

**Objective:** The objective of this dissertation is the development of a version of the IAFAI adapted to the population of institutionalized adults and older adults.

**Methods:** A quantitative study was conducted, which included 308 institutionalized participants, to whom the IAFAI and the Global Deterioration Scale were applied. A qualitative study (focus groups) was also implemented, integrating a sample of 12 participants (6 professionals from a residential structure for older adults and 6 older adults living there). In the quantitative study, the frequency of non-applicability of IAFAI items was analysed, considering the global sample and specific subgroups depending on the level of cognitive deterioration. The data from the focus groups allowed an additional analysis of the applicability of the instrument's items, as well as the reformulation and identification of (new) items to be included in the version for institutionalized adults and older adults.

**Results:** In the quantitative study, statistically significant differences were observed in functional disability determined by the IAFAI depending on the degree of cognitive deterioration determined. As such, the applicability and relevance of the items in the global sample and according to the degree of cognitive deterioration were analysed. Overall, 27 items from the initial version of the IAFAI were maintained, 9 were reformulated and 14 were

eliminated. The qualitative study also allowed the creation of 9 new items, taking into account the particularities of activities of daily living in institutional contexts. Only the domains “hygiene and sphincter control” belonging to module 1 and “understanding and communication” belonging to module 3 did not change. The remaining domains saw part or all of their items reformulated and/or eliminated. As expected, module 2 was the one that underwent the most changes and module 1 was the one that remained most intact. It was therefore possible to create an experimental version of the IAFAI with items adapted to institutional contexts.

**Conclusions:** The experimental version of the instrument was defined with 45 items: 20 items in module 1 (ABVD), 15 items in module 2 (AIVD-F) and 10 items in module 3 (AIVD-A). Although several validation and standardization studies are still needed, this version aims to be an ally in the assessment of the functional capacity of the institutionalized population, becoming an instrument more adapted to these contexts.

**Keywords:** Functional Capacity, Institutionalized Individuals, Activities of Daily Living, Neuropsychological Assessment, IAFAI.

## **Agradecimentos**

Concluída esta dissertação e, conseqüentemente, o Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação, é momento de agradecer a quem contribuiu de alguma forma para esta investigação, para a minha aprendizagem e desenvolvimento pessoal e/ou prestou apoio ao longo deste processo.

Muito obrigada:

À Professora Doutora Maria Manuela Vilar e à Doutora Liliana Sousa, pela orientação e contributos ao longo do último ano.

À Doutora Ana Paula Amaral pela partilha de dados utilizados nesta dissertação.

À Associação de Idosos Mirense e, em particular, aos utentes e técnicos que aceitaram participar neste projeto, pela disponibilidade e informações pertinentes que adicionaram a esta investigação.

A todos os professores do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação, pelos conhecimentos transmitidos.

À Bruna, pela partilha de documentos, informações, alegrias e frustrações. Por me lembrar que não estava sozinha nesta caminhada.

Ao Manel, por estar sempre disponível para tudo. Por ser um verdadeiro companheiro nesta aventura e na vida, por me fazer crescer e tornar na melhor versão de mim.

À minha “família do Casal”, avós, tios e primos, por todos os valores que me inculcaram desde criança e por toda a força que me transmitiram nos últimos anos.

Aos meus pais, Isabel e Joselito, e ao meu irmão Tomás, pelo apoio em toda a minha vida e, em particular, no meu percurso académico. Sei que qualquer que seja a dificuldade, tenho sempre um porto seguro a quem recorrer.

A todos os que foram perguntando pela dissertação e torcendo por mim.

**Siglas e acrónimos**

AVDs - Atividades de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AIVD-A - Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas

AIVD-F - Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares

APA - *American Psychiatric Association*/Associação Americana de Psiquiatria

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GDS – *Global Deterioration Scale*/Escala de Deterioração Global

GEECD - Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência

IAFAI - Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos

WHO/OMS – *World Health Organization*/Organização Mundial de Saúde

**Índice**

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento conceptual.....	3
2.1. Envelhecimento populacional.....	3
2.2. Institucionalização.....	5
2.3. (In)Capacidade funcional.....	6
2.4. Avaliação da (in)capacidade funcional.....	8
2.5. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos.....	9
3. Objetivo.....	11
4. Metodologia.....	12
4.1. Desenho da investigação.....	12
4.2. Estudo quantitativo.....	12
4.2.1. Amostra.....	12
4.2.2. Procedimentos e instrumentos.....	13
4.2.3. Análise dos dados.....	14
4.3. Estudo qualitativo.....	14
4.3.1. Amostra.....	14
4.3.2. Materiais.....	15
4.3.3. Procedimentos.....	15
4.3.4. Análise dos dados.....	16
5. Resultados.....	16
6. Discussão.....	23
7. Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.....	26
8. Conclusão.....	26
9. Bibliografia.....	28
10. Anexos.....	33

**Lista de tabelas**

Tabela 1. Caracterização da amostra (N=308): variáveis sociodemográficas.....	13
Tabela 2. Caracterização da amostra dos grupos focais: variáveis sociodemográficas..	15
Tabela 3. Itens com elevada percentagem de não aplicabilidade na amostra total.....	17
Tabela 4. Caracterização dos 7 grupos estabelecidos pela GDS ao nível da sua incapacidade funcional global.....	18
Tabela 5. Caracterização da amostra (N=308) quanto à sua (in)capacidade funcional e diferenças no perfil de (in)capacidade funcional em função do grau de deterioração cognitiva (7 grupos estabelecidos pela GDS).....	19
Tabela 6. Diferenças no perfil de (in)capacidade funcional e da percentagem de itens não aplicáveis em função do grau de deterioração (recategorização em dois grupos).....	20
Tabela 7. Distribuição dos itens da versão do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados.....	21

**Lista de anexos**

Anexo A. Resumo de estudos prévios com o IAFAI.

Anexo B. Guiões para a condução dos grupos focais.

Anexo C. Termo de consentimento informado.

Anexo D. Questionários sociodemográficos.

Anexo E. Número de itens não aplicáveis na amostra total e respetiva percentagem (N=308).

Anexo F. Criação de subgrupos em função da deterioração cognitiva.

Anexo G. Número de itens não aplicáveis e respetiva percentagem, nos dois subgrupos (de acordo com grau de deterioração cognitiva).

Anexo H. Composição da versão experimental do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados: conteúdo dos itens.

## 1. Introdução

A Avaliação Neuropsicológica é um processo realizado por Psicólogos em resposta, por exemplo, a pedidos de juízes, neurologistas, psiquiatras ou médicos de família e no contexto de projetos de investigação. Na área do envelhecimento pode assumir diversos objetivos: caracterizar capacidades cognitivas e funcionais, bem como a vertente emocional, de personalidade e comportamental do avaliado, definindo o estado atual e eventuais alterações aos níveis prévios de funcionamento; mensurar e documentar a extensão e natureza dos comprometimentos cognitivos, funcionais, bem como dos sinais e sintomas presentes, permitindo distinguir declínios ou défices decorrentes do envelhecimento normativo, de défices associados a patologias; apresentar hipóteses sobre as ligações cérebro-comportamento; estabelecer uma linha base para avaliações ao longo do tempo do domínio funcional, cognitivo e comportamental, permitindo avaliar a evolução clínica do avaliado, nomeadamente a evolução da doença e a resposta a intervenções de reabilitação neuropsicológica, por exemplo; reforçar ou corroborar hipóteses diagnósticas partindo de padrões de défices identificados; identificar funções preservadas e recursos pessoais, importantes para o delineamento e implementação de intervenções; e testar hipóteses no âmbito de investigações (Simões et al., 2016). Neste processo podem ser utilizadas diversas técnicas/fontes de informação como observação do comportamento, entrevistas clínicas, testes neuropsicológicos e relato de informadores (Potter & Attix, 2006).

Relativamente aos testes neuropsicológicos, estes devem estar em permanente investigação e é importante ter em consideração as suas especificidades, incluindo características psicométricas, vantagens e limitações (Simões et al., 2016).

O instrumento em estudo na presente investigação denomina-se Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI), um instrumento de avaliação da capacidade funcional.

A capacidade funcional remete para as capacidades necessárias para uma vida diária independente. Podem ser divididas em duas categorias: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD caracterizam-se como tarefas simples e rotineiras, como, por exemplo, cuidar da aparência e da higiene pessoal. As AIVD podem, por sua vez, subdividir-se em Atividades Instrumentais de Vida Diária Familiares (AIVD-F) e Atividades Instrumentais de Vida Diária Avançadas (AIVD-A), que se caracterizam como tarefas cognitivamente mais complexas (Marson & Hebert, 2006). A avaliação desta capacidade é relevante, por exemplo, devido ao facto de as limitações

funcionais serem bons preditores de hospitalização, institucionalização, qualidade de vida e gastos com a saúde (Hu et al., 2012) e o seu comprometimento é critério de diagnóstico de algumas condições clínicas (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Em Portugal a população tem envelhecido ao longo dos anos (Instituto Nacional de Estatística, 2022) e o processo de envelhecimento, a par com outros fatores, leva(m) a perda de aptidões necessárias para realizar atividades de vida diária (AVDs), que se traduz usualmente em incapacidade e/ou dependência funcional (Sousa, 2014). Este comprometimento assume-se, como já referido, como um forte preditor de institucionalização da população geral (Luppa et al., 2010).

Em 2014, aquando da publicação dos estudos de desenvolvimento e validação do IAFAI, e a partir da sua utilização em diversos contextos de prática de avaliação neuropsicológica, foi detetado que uma das suas limitações era o facto de não estar adequado à avaliação de pessoas institucionalizadas, devido ao facto de apresentar um conjunto de itens não aplicáveis a essas pessoas (Sousa, 2014). A presente investigação visa expor o trabalho realizado para iniciar a resposta a esta lacuna, sendo o objetivo central do estudo a criação de uma versão experimental do instrumento adequada a adultos e idosos institucionalizados.

A dissertação integra as seguintes secções: enquadramento conceptual, objetivo, metodologia, resultados, discussão, limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras, conclusão, bibliografia e anexos. Na secção “enquadramento conceptual” são apresentados conceitos estruturantes para a compreensão do estudo e da sua relevância, bem como para situar os estudos relativos ao IAFAI. De seguida, é definido o objetivo do estudo e apresentada a metodologia. Nesta secção, após a descrição do desenho da investigação, são explicitadas as amostras que compõem a investigação (308 sujeitos institucionalizados - estudo quantitativo -, 6 sujeitos institucionalizados e 6 profissionais de uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas/ERPI - estudo qualitativo), os materiais utilizados nas recolhas de dados, bem como o processo da sua análise. Relativamente ao estudo qualitativo, são ainda descritos os procedimentos específicos de recolha de dados e, de seguida, são apresentados os resultados obtidos.

Na discussão, é feita uma reflexão e análise destes resultados, à luz de literatura relevante e, posteriormente, são apresentadas limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras. Na conclusão é elaborada uma síntese reflexiva do estudo e das suas principais conclusões.

Por fim, elencam-se as referências bibliográficas que sustentaram os delineamentos e, nos anexos, é possível observar tabelas e materiais utilizados na recolha de dados, por forma a complementar o texto elaborado.

## **2. Enquadramento conceptual**

### 2.1. Envelhecimento populacional

Em Portugal, segundo os censos de 2021 (Instituto Nacional de Estatística, 2022), o índice de envelhecimento populacional aumentou de 128, em 2011, para 182, em 2021. Ou seja, atualmente há 182 idosos (pessoas com 65 ou mais anos) por cada 100 jovens (pessoas com idade igual ou inferior a 14 anos). Este envelhecimento resulta da diminuição da taxa de fecundidade - número de nados vivos relativamente a um dado número de mulheres em idade fértil (geralmente 1000), num determinado período de tempo (Instituto Nacional de Estatística, n.d.) - e do aumento da esperança média de vida (Organização Mundial de Saúde, 2015) e pode ser encarado como um sucesso para o desenvolvimento social e para as políticas de saúde pública. No entanto, acarreta múltiplos desafios, como por exemplo, ao nível da saúde, incluindo a saúde mental, e no consumo de recursos, nomeadamente económicos (Lima, 2016).

Dados da *World Health Organization* (WHO)/Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram-nos que, no ano 2000, a esperança média de vida à nascença era de 66.8 anos, sendo que, em 2019, aumentou para 73.3 anos. Este indicador cresceu mais rápido do que a expectativa de vida saudável - média de anos que um sujeito pode viver sem doenças ou lesões incapacitantes - que aumentou de 58.3, em 2000, para 63.7, em 2019, elevando a proporção de anos vividos com incapacidade funcional e/ou dependência. Ou seja, as pessoas vivem cada vez mais tempo, mas aumenta também a probabilidade de problemas de saúde e de incapacidade (WHO, 2022). Os censos de 2021 refletem este acréscimo das dificuldades na realização de atividades diárias com o aumento da idade, atingindo o seu valor mais elevado em idades superiores a 75 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Os dados de Oliveira e colaboradores (2010) identificaram duas vezes mais dependência funcional na população com 75 ou mais anos, comparativamente aos demais grupos etários em estudo e, um estudo mais recente (Oliveira et al., 2019) identificou, efetivamente, uma associação significativa entre a idade e a dependência na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária.

O conceito de envelhecimento ativo partiu da visão de que o envelhecimento deve ser uma experiência positiva, e reporta-se ao processo de potenciar oportunidades para a segurança, saúde e participação, com vista à melhoria da qualidade de vida ao longo do envelhecimento. Um dos objetivos centrais é manter a independência - capacidade para realizar AVDs - e a autonomia - capacidade para lidar, controlar e tomar decisões no que concerne ao quotidiano - no decurso do envelhecimento. Como referido, há diversos desafios decorrentes de uma população em envelhecimento. Um deles é a prevalência de doenças crónicas, como, por exemplo, o cancro e a depressão, que têm vindo a transformar-se na principal causa de morbilidade e incapacidade e que exigem a criação de políticas para combater a sua expansão. Também as doenças neurodegenerativas, como a Perturbação Neurocognitiva Major devido a doença de Alzheimer, impactam a realização independente de AVDs (APA, 2022). Efetivamente, o aumento do risco de incapacidade na população deve-se, por exemplo, ao facto de as pessoas com algum tipo de deficiência poderem ser confrontadas com barreiras adicionais à medida que envelhecem, ou pode resultar das doenças crónicas que impactam, também, a qualidade de vida (WHO, 2002).

A visão tradicional sobre o envelhecimento focava-se na caracterização da pessoa idosa como incapaz ou em vias de ficar incapaz, devido a défices associados ao processo de senescência. Contudo, o estudo desta área tem vindo a modificar os vetores de análise (Fonseca, 2012). Uma característica relevante da população mais velha é a sua diversidade: por exemplo, há idosos com mais de 80 anos que se podem comparar a jovens de 20 anos ao nível das suas capacidades físicas e mentais, e também há pessoas de 60 anos que necessitam de ajuda para realizar tarefas simples (OMS, 2015). Também no sentido de reconhecer a heterogeneidade das pessoas idosas, foi avançada uma categorização que considera os idosos jovens (65 a 74 anos), idosos idosos (75 a 84 anos), idosos mais velhos (85 a 99 anos) e centenários (idades superiores a 100 anos). É esperado que, em breve, seja também reconhecida a categoria dos supercentenários (sujeitos com idades superiores a 110 anos) (Whitbourne & Whitbourne, 2014). Neste âmbito, surge o conceito de idade funcional, que é independente do de idade cronológica, e corresponde à capacidade de um sujeito, em comparação com outros da mesma idade cronológica, conseguir funcionar no seu ambiente social e físico, de forma independente (Papalia & Feldman, 2013). As disparidades verificadas devem-se, em parte, à nossa herança genética (Steves et al., 2012) e, maioritariamente, aos nossos ambientes sociais e físicos. A relação que temos com o meio pode ser enviesada por diversos fatores, como, por exemplo, o

rendimento. As diferenças de rendimento, de local de residência (urbano ou rural), e outros elementos, podem refletir-se em desigualdades na saúde (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

É possível distinguir o envelhecimento primário, também denominado por envelhecimento normal/normativo (Whitbourne & Whitbourne, 2014), que se deve ao declínio gradual e inevitável que a idade acarreta e que não pode ser impedido, do envelhecimento secundário, que é resultante de doenças, maus hábitos físicos, abusos de substâncias, por exemplo, e que, habitualmente, pode ser evitado, ou seja, o seu aparecimento não é atribuível ao envelhecimento *per si*, mas sim a doenças ou ao estilo de vida (Papalia & Feldman, 2013). Por exemplo, em idosos é esperado um declínio não patológico de algumas capacidades cognitivas [ex.: capacidade de inibição, entre outras (Papalia & Feldman, 2013)], mas podem também estar presentes défices não normativos para a faixa etária dos indivíduos, evidenciando patologias como a doença de Alzheimer (Albuquerque et al., 2016). Estes são exemplos de envelhecimento primário ou normativo e de envelhecimento secundário ou patológico, respetivamente.

O processo de envelhecimento, aliado a condições médicas, fragilidades físicas, orgânicas e sensoriais, leva(m) a perda de aptidões necessárias para realizar AVDs e traduzem-se, usualmente, em incapacidade e/ou dependência funcional (Sousa, 2014).

De acordo com a revisão sistemática de Luppá e colaboradores (2010), nos países desenvolvidos, este comprometimento da funcionalidade é um forte preditor de institucionalização da população geral.

## 2.2. Institucionalização

Com vista à promoção da autonomia, saúde e integração social das pessoas idosas, existem diversos apoios sociais, como é o caso dos serviços de apoio domiciliário, dos centros de dia ou das estruturas residenciais (Correia, 2016).

Uma ERPI, segundo o Instituto da Segurança Social (2017), constitui uma das respostas de apoio social para pessoas mais velhas. Estas estruturas recebem pessoas com 65 ou mais anos de idade – em casos excecionais podem ser aceites pessoas com idade inferior – e visam o seu alojamento de forma temporária ou permanente. Têm em vista diversos objetivos, como a oferta de serviços em permanência e adequados aos problemas biopsicossociais dos utentes; estimular o envelhecimento ativo; incentivar e preservar a relação do sujeito com a sua família

e fomentar a integração social. No ano de 2020, residiam nestas instituições, mais de noventa e nove mil pessoas (Serviço Nacional de Saúde, 2020). Em contexto português, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, diz-nos que as ERPI devem prestar diversos serviços e atividades, como a alimentação, de acordo com as necessidades dos utentes, seguindo prescrições médicas; o tratamento de roupas; a higiene pessoal e dos espaços; atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais, apoio na realização das AVDs; cuidados de enfermagem, acesso a cuidados de saúde e administração de fármacos, quando receitados.

No entanto, Almeida e colaboradores (2019) realizaram um estudo com 37 sujeitos em que avaliaram a capacidade funcional 1 e 3 meses após a institucionalização de pessoas idosas. Foi utilizado o Índice de Barthel, instrumento que avalia a independência para realizar 10 ABVD (Araújo et al., 2007), respondido pelos técnicos das instituições em que se inseriam os utentes. Concluíram que o nível de funcionalidade diminuiu após 3 meses de institucionalização, em comparação com os valores obtidos no primeiro mês. Ou seja, quando entraram para a instituição, os sujeitos realizavam AVDs de forma mais independente do que ao fim de 3 meses, nesse contexto. Esta diminuição pode ocorrer devido ao apoio previsto, facultado por estas Estruturas, a perdas decorrentes do próprio processo de envelhecimento ou a outros fatores, como quedas, que potenciam o aumento da dificuldade para realizar AVDs (Almeida et al., 2019). Nesse sentido, torna-se relevante compreender e ter em conta o fenómeno do impacto da institucionalização na funcionalidade dos utentes.

### 2.3. (In)Capacidade funcional

A capacidade funcional, segundo Marson e Hebert (2006), integra as diversas capacidades essenciais para a vida diária independente, desde as mais básicas e rotineiras, às mais exigentes cognitivamente. São normalmente divididas em duas categorias conceptualizadas num contínuo, não traduzindo construtos independentes: as ABVD e as AIVD.

As ABVD integram as atividades desenvolvidas precocemente na infância, como alimentar-se, cuidar da aparência e da higiene pessoal, vestir-se, mobilizar-se e transferir-se, sendo estas tarefas mais simples e rotineiras. São vistas como comportamentos automáticos que requerem pouca atenção consciente e podem ser realizadas juntamente com outras tarefas, exigindo processos mnésicos procedimentais (Marson & Hebert, 2006).

Já as AIVD podem subdividir-se em AIVD-F e AIVD-A, ambas cognitivamente mais exigentes e complexas que as ABVD. As AIVD-F remetem para as aptidões que visam a manutenção e organização do contexto familiar, estando muitas vezes o seu desempenho associado ao género em algumas faixas etárias. Exemplos destas atividades são: fazer compras e preparar refeições. Por sua vez, as AIVD-A envolvem, para além de movimentos motores rotineiros, níveis elevados de funcionamento neurocognitivo. Ou seja, requerem aptidões cognitivas de ordem superior. Exemplos destas atividades são conduzir ou gerir finanças ou a medicação (Marson & Hebert, 2006).

Concluindo, as AIVD distinguem-se das ABVD no que se refere ao seu grau de complexidade e exigência cognitiva, requerendo processamento controlado, funções executivas e memória procedimental. Podem ainda ser distinguidas pelo seu processo de aquisição e perda, sendo as ABVD adquiridas antes das AIVD, e as ABVD são as que recuperam em primeiro lugar, por exemplo, após lesão cerebral adquirida. Ao nível da sua perda no processo de envelhecimento, as ABVD permanecem relativamente intactas (Marson & Hebert, 2006) ao contrário da capacidade para realizar atividades de ordem superior que declina num maior número de indivíduos (mais de 30%), segundo Carmona-Torres e colaboradores (2019).

Segundo a APA (2022), há diversas condições que podem ter consequências ao nível da capacidade funcional dos indivíduos. Por exemplo, um doente com Perturbação Depressiva Major pode ter défices ligeiros na capacidade funcional, que lhe permitem continuar a ter uma vida independente, mas pode haver também uma total incapacidade para realizar ABVD. No entanto, há duas condições que, segundo a APA, incluem a capacidade funcional nos seus critérios de diagnóstico e, uma delas, apenas pode ser diagnosticada se estiver presente uma afetação da capacidade funcional. Estas perturbações são bastante prevalentes na população idosa, e denominam-se Perturbação Neurocognitiva Ligeira e Perturbação Neurocognitiva Major.

A Perturbação Neurocognitiva Ligeira/*Minor* é diagnosticada quando existe declínio cognitivo ligeiro relativamente ao desempenho anterior, num ou mais domínios cognitivos, nomeadamente na atenção, nas funções executivas, na memória e na aprendizagem, na cognição social e/ou na função perceptivo-motora. Esta evidência deve ser baseada em preocupações do próprio indivíduo, de um informador significativo ou de um profissional de saúde, e na documentação do prejuízo cognitivo identificado através de testes neuropsicológicos ou outra avaliação clínica. Os défices existentes não interferem na capacidade funcional global, mas

pode haver um maior esforço, estratégias compensatórias e de adaptação para realizar, nomeadamente, AIVD-A (APA, 2022). Petersen (2016) afirma que, em casos de comprometimento cognitivo ligeiro, a capacidade funcional está, na sua maioria preservada, apesar de o doente poder não ser tão eficiente em algumas atividades ou dispor de mais tempo para as realizar.

Já a Perturbação Neurocognitiva *Major* é definida como um prejuízo cognitivo significativo num ou mais domínios cognitivos, baseado nas preocupações do indivíduo, de um informador ou de um profissional de saúde, estando presente um prejuízo considerável do desempenho em testes neuropsicológicos ou outra avaliação clínica. Estes défices têm impacto na realização independente das AVDs existindo, pelo menos, necessidade de assistência para realizar as AIVD-A. Esta perturbação pode ser classificada tendo em conta a sua gravidade, sendo que “ligeira” corresponde à presença de dificuldades em AIVD, “moderada” corresponde a dificuldades adicionais em ABVD e “grave” corresponde a indivíduos totalmente dependentes (APA, 2022).

As Perturbações Neurocognitivas *Minor* ou *Major* podem ser acompanhadas, ou não, por perturbação comportamental e podem ser classificadas em diversos subtipos, de acordo com a etiologia do declínio cognitivo, tendo critérios de diagnósticos específicos. Exemplos destes subtipos são a Perturbação Neurocognitiva *Minor* ou *Major* devido à Doença de Alzheimer; Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal *Minor* ou *Major*; Perturbação Neurocognitiva com Corpos de Lewy *Major* ou *Minor* e Perturbação Neurocognitiva Vascular *Major* ou *Minor* (APA, 2022).

#### 2.4. Avaliação da (in)capacidade funcional

A avaliação da capacidade funcional visa a aferição da presença ou ausência das habilidades necessárias para realizar as tarefas do quotidiano e viver uma vida independente (Simões, 2012). Pode ser realizada com recurso a medidas de autorrelato, relato de um informador ou observação do desempenho do sujeito, sendo os dois primeiros métodos os mais utilizados na avaliação de sujeitos mais velhos (Marson & Hebert, 2006).

Esta avaliação é relevante por diversos motivos. Em primeiro lugar, os testes neuropsicológicos de avaliação de funções cognitivas não explicam toda a variabilidade da capacidade funcional, apesar da ligação entre funcionamento cognitivo e funcionamento no quotidiano, como previamente referido (Potter & Attix, 2006); as limitações funcionais são

bons preditores de hospitalização, institucionalização, qualidade de vida e gastos com a saúde (Hu et al., 2012); a diminuição da capacidade funcional é critério de diagnóstico de algumas condições clínicas, como visto anteriormente (APA, 2022); permite a caracterização dos défices na capacidade funcional que advém de deterioração cognitiva, a monitorização da sua evolução e a avaliação do impacto e eficiência de intervenções, nomeadamente medicamentosas (Direção Geral da Saúde, 2023) e de reabilitação neuropsicológica (Silva, 2016). Neste contexto, o desenvolvimento e validação de instrumentos de capacidade funcional representa, também, um desafio.

Em Portugal, para avaliação desta área, é comumente utilizado o Índice de Barthel, que apura o grau de independência na realização de 10 ABVD (Araújo et al., 2007) e a Escala de Lawton e Brody, que permite aferir o grau de independência na realização de 8 AIVD (Araújo et al., 2008), entre outros instrumentos. No entanto, constatou-se a necessidade de desenvolver um instrumento mais abrangente, atualizado relativamente aos modelos de conceptualização da capacidade funcional e representativo dos perfis de funcionamento de pessoas adultas e adultas idosas portuguesas, quer da comunidade, quer de grupos clínicos. O IAFAI surge neste contexto.

### 2.5. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos

O IAFAI é outro dos instrumentos de avaliação funcional usados em Portugal. Foi desenvolvido partindo da necessidade de dar resposta específica ao sistema legal português em processos judiciais (por exemplo, de natureza financeira), pois a abordagem funcional é uma parte importante da perícia, complementando procedimentos avaliativos mais específicos (Sousa, 2014).

Para o seu desenvolvimento, foi usado o modelo conceptual de capacidade funcional de Marson e Hebert (2006), já apresentado anteriormente, e o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Este último foi assumido pela OMS como referencial para avaliar, descrever e medir domínios relacionados com a incapacidade e a saúde. Conceptualiza a funcionalidade e a incapacidade como resultando da interação entre o estado de saúde e os fatores contextuais dos sujeitos (WHO, 2001).

A primeira versão experimental do instrumento contou com 84 itens, divididos em 3 grupos: ABVD, AIVD-F e AIVD-A. Contudo, após o estudo quantitativo exploratório passou a ser constituído por 53 itens (Sousa, 2014).

Um novo estudo foi realizado por Sousa e colaboradores (2014) para determinar a robustez psicométrica do instrumento e levou à eliminação de 3 itens, tal como à conversão das categorias de resposta a uma escala quantitativa dicotómica, em que 0 representa a ausência de incapacidade funcional e 1 a presença desta. As opções de resposta são: independência sem dificuldade (0 pontos), independência com dificuldade (1 ponto), dependência (1 ponto) e não aplicável (Sousa et al., 2015).

A versão final do instrumento ficou, conseqüentemente, definida com 50 itens, divididos pelos três módulos: ABVD (alimentação, vestir, higiene e controlo de esfíncteres, mobilidade e transferências; correspondendo a 18 itens), AIVD-F (conversação e uso do telefone, preparar refeições, cuidar da casa e segurança em casa; integrando 18 itens) e AIVD-A (compreensão e comunicação, tomada de decisão relativa à saúde, finanças, deslocação e uso de transportes, lazer e relações interpessoais, correspondendo a 14 itens) (Sousa, 2014).

De seguida, foi realizado o estudo dos parâmetros normativos da incapacidade funcional. Neste, concluiu-se que o que explica a maior percentagem de variância do valor de incapacidade funcional global são as variáveis clínicas; a comorbilidade apresenta-se como um fator desfavorável à capacidade funcional; e as condições músculo-esqueléticas são as que têm mais influência nesta. Já a idade demonstrou ser a variável sociodemográfica com mais poder preditivo de incapacidade. A variável género foi também tida em conta na definição dos parâmetros, pois concluiu-se que determinadas tarefas eram realizadas, na sua maioria, por mulheres (tarefas domésticas) e outras por homens (tarefas relacionadas com finanças), facto que traduz os hábitos sociais da nossa cultura (Sousa, 2014).

Os parâmetros normativos para a população portuguesa foram estabelecidos em percentis, tendo em conta as variáveis com mais relevância para a interpretação da capacidade funcional (género e a idade, género e número de condições médicas e género e tipo de condições médicas), traduzindo-se em parâmetros/indicadores diferenciados de incapacidade funcional global, incapacidade nas ABVD, AIVD-F e AIVD-A, incapacidade de natureza física, cognitiva e emocional (Sousa, 2014). Relativamente à interpretação dos resultados do instrumento, quanto maior for o valor percentual obtido em cada indicador, menor será o seu percentil associado e, conseqüentemente, mais elevada será a incapacidade funcional do sujeito.

No anexo A, é disponibilizada uma síntese dos resultados destes e de outros estudos de validação do IAFAI, salientando-se estudos relativos às qualidades psicométricas do instrumento, incluindo consistência interna, acordo interinformadores, validade discriminante,

validade de construto e efeito das variáveis nos resultados de capacidade funcional (Cesário, 2013; Dores, 2021; Santos, 2021; Sousa, 2014; Sousa et al., 2014).

Concluindo, segundo Sousa (2014), o IAFAI é de relevante utilização em contextos clínicos e forenses; examina pormenorizadamente as ABVD, AIVD-F e AIVD-A, facto que aumenta a sensibilidade do instrumento; apresenta validade ecológica e de conteúdo; permite olhar a funcionalidade de cada pessoa tendo em conta o seu contexto, de forma global e integrada; tem em conta fatores de saúde que têm impacto na capacidade funcional; providencia informação de natureza diagnóstica e interventiva através dos indicadores de incapacidade de natureza cognitiva, emocional e física; apresenta validade de construto, valores bons de consistência interna, de ajustamento e de capacidade de discriminar grupo de controlo e grupo com condições médicas; e possui um manual técnico com instruções de administração, de cotação e dados normativos com vista à standardização do instrumento.

Apesar de todas as suas vantagens, é relevante referir que o IAFAI apresenta algumas limitações, como é o caso da sua extensão, sendo necessário 15 a 20 minutos, em média, para a sua aplicação (Sousa, 2014). Atualmente está em curso um estudo para o desenvolvimento de uma versão reduzida/breve do instrumento.

Outra limitação prende-se com a aplicação do instrumento à população institucionalizada. Esta população, à semelhança da residente na comunidade, necessita de exame funcional. No entanto, o IAFAI apresenta um conjunto de itens não aplicáveis a estes sujeitos, devido ao contexto em que estão inseridos e aos apoios usualmente previstos nesses locais (Sousa, 2014), como é o caso dos itens “24. Fazer um lanche para si mesmo em casa”; “27. Cuidar da roupa (p. ex., lavar, secar e passar)”; “33. Desligar o fogão, o forno ou o ferro de engomar”, entre outros. Neste âmbito, fica fundamentada a relevância de implementar um estudo visando o desenvolvimento de uma versão para adultos e idosos institucionalizados, em contexto português.

### **3. Objetivo**

A presente investigação tem como objetivo o desenvolvimento de uma versão do IAFAI adaptada à população institucionalizada, através da análise da aplicabilidade dos itens do atual instrumento a pessoas em contexto institucional, e da (eventual) criação de novos itens adequados a este contexto.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Desenho da investigação**

Com vista ao desenvolvimento de uma versão para contextos institucionais, foi realizado um estudo quantitativo e um estudo qualitativo.

O estudo quantitativo foi efetuado a partir de uma base de dados previamente recolhidos no âmbito de uma Tese de Doutoramento, que visa o desenvolvimento de um instrumento de avaliação da capacidade de tomada de decisão em saúde e que incluiu no seu protocolo de recolha de dados o IAFAI como medida de incapacidade funcional. Assim, foi considerada uma amostra de 308 sujeitos a residir em ERPI. A análise destes dados visou apurar a frequência da não aplicabilidade de cada item do IAFAI nesta população. Paralela e complementarmente, o estudo qualitativo foi realizado com recurso à metodologia de grupos focais, uma técnica de investigação que permite recolher dados por meio da discussão em grupo acerca de um tema definido pelo investigador (Morgan, 1996). Foram realizados dois grupos com uma amostra total de 12 sujeitos: um grupo com 6 profissionais de ERPI e um grupo com 6 utentes. O objetivo da realização destes grupos de discussão foi, de igual modo, apurar a aplicabilidade dos itens do IAFAI em contexto institucional, mas também explorar a necessidade de reformulação e/ou criação de novos itens atendendo às especificidades destes contextos.

### **4.2. Estudo quantitativo**

#### **4.2.1. Amostra**

A amostra do estudo quantitativo contou com 308 sujeitos, residentes em ERPI. Como é possível observar na tabela 1, inclui sujeitos com idades compreendidas entre os 60 e os 105 anos ( $M=84.54$ ;  $DP=7.781$ ), maioritariamente viúvos (64%) e do género feminino (73.4%). A escolaridade dos indivíduos variou entre o analfabetismo (34.1%) e o ensino superior (1.9%), sendo que a maioria dos sujeitos frequentou a escola entre o primeiro e o quarto ano (58.8%).

**Tabela 1.** Caracterização da amostra (N=308): variáveis sociodemográficas.

Variáveis		N (%)	M (DP)	Min – Máx
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	82 (26.6%)		
	<b>Feminino</b>	226 (73.4%)		
<b>Idade</b>			84.54 (7.781)	60 - 105
<b>Escolaridade</b>	<b>Analfabeto</b>	105 (34.1%)		
	<b>1 – 4</b>	181 (58.8%)		
	<b>5 – 6</b>	9 (2.9%)		
	<b>7 – 9</b>	5 (1.6%)		
	<b>10 - 12</b>	2 (0.6%)		
	<b>12 +</b>	6 (1.9%)		
	<b>Estado civil</b>	<b>Solteiro</b>	44 (14.3%)	
<b>Casado</b>		57 (18.5%)		
<b>Viúvo</b>		197 (64%)		
<b>Divorciado</b>		10 (3.2%)		

#### 4.2.2. Procedimento e instrumentos

De uma ampla base de dados disponibilizada à equipa de investigação, foram selecionados os sujeitos que continham no seu protocolo de avaliação os seguintes instrumentos de avaliação neuropsicológica: Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) e Escala de Deterioração Global/Global Deterioration Scale (GDS).

A GDS é um instrumento criado para assinalar o declínio cognitivo em indivíduos com demência (Reisberg et al., 1982), traduzido para a população portuguesa pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD et al., 2008). Com base nas informações recolhidas ao longo de entrevistas clínicas, relativamente ao desempenho cognitivo e funcional dos sujeitos, é selecionado o estágio/nível que melhor se adequa às suas características no momento da avaliação. Estes estádios vão desde o nível 1 - “sem declínio cognitivo” - representando a ausência de queixas subjetivas de défice de memória, até ao nível 7 - “declínio cognitivo muito grave” - representando a perda das faculdades verbais, entre outras características (GEECD et al., 2008).

O IAFAI, como supramencionado, é um instrumento composto por 50 itens, divididos em 3 módulos (ABVD, AIVD-F e AIVD-A). Pode ser aplicado a adultos, adultos idosos e seus cuidadores/informadores, em formato de entrevista estruturada. Assim, para cada item do instrumento, é apurado se o sujeito realiza a atividade de forma independente e sem dificuldade, independente mas com dificuldade (nos casos em que, apesar da realização independente da AVD, é relatada dificuldade para a sua realização e/ou recurso a ajuda técnica ou de suporte) ou se deixou de ser capaz de realizar a AVD, classificando-se como dependente (nos casos em

que é necessário supervisão ou ajuda ativa de outra pessoa durante a realização da AVD ou nos casos em que a AVD deixou de ser realizada devido a incapacidade funcional). Há também lugar a assinalar os itens não aplicáveis devido a fatores pessoais de cada indivíduo (por exemplo, se o indivíduo não tem cartão/caderneta bancária e, portanto, não utiliza o multibanco, ou se uma tarefa não é realizada devido aos papéis de género). Por fim, o instrumento prevê o apuramento da natureza da incapacidade, ou seja, se esta é atribuída a fatores físicos, cognitivos e/ou emocionais (Sousa et al., 2015).

### **4.2.3. Análise dos dados**

Para realizar o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 27). Inicialmente, procedeu-se à caracterização da amostra no que concerne às suas características sociodemográficas (género, idade, escolaridade e estado civil), capacidade funcional e comprometimento cognitivo, através de estatísticas descritivas (médias, desvios-padrão, mínimos, máximos e frequências). Para apurar a não aplicabilidade dos itens, foi realizada uma análise de frequências, considerando a amostra total e grupos constituídos em função do grau de deterioração cognitiva. Através de uma análise de variância unidirecional de Welch com análise *post hoc* Games-Howell, tendo como fator a variável relativa ao nível de deterioração cognitiva, resultou a possibilidade de recategorizar os grupos determinados pela GDS (apresentados posteriormente), constituindo-se dois grupos de acordo com a diferenciação de nível de deterioração. O T de Student foi utilizado para verificar a presença de diferenças estatisticamente significativas na incapacidade funcional (para os dois grupos constituídos em função do grau de deterioração cognitiva). Foi considerado o valor de significância de  $p < 0.05$ .

## **4.3. Estudo qualitativo**

### **4.3.1. Amostra**

A amostra deste estudo contou com 12 participantes, divididos em dois grupos: sujeitos a residir em ERPI (n=6) e profissionais de uma ERPI (n=6: 1 gerontólogo, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 enfermeiro e 1 técnico superior de serviço social). O primeiro grupo mencionado era composto por adultos idosos com idades compreendidas entre os 84 e os 94 anos (M=88.83; DP=3.710), predominantemente do género feminino (83.33%). Relativamente à escolaridade, a maioria dos sujeitos frequentou a escola entre o primeiro e o quarto ano

(83.33%). Já o segundo grupo, integrava profissionais com idades compreendidas entre os 25 e os 55 anos ( $M=35.67$ ;  $DP=11.219$ ), de igual modo, maioritariamente do género feminino (83.33%) e com escolaridade superior a 12 anos (cf. Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização da amostra dos grupos focais: variáveis sociodemográficas.

Variáveis		N (%)	M (DP)	Min – Máx
<b>Grupo de sujeitos a residir em ERPI</b>				
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	1 (16.67%)		
	<b>Feminino</b>	5 (83.33%)		
<b>Idade</b>			88.83 (3.710)	84 – 94
<b>Escolaridade</b>	<b>1 – 4</b>	5 (83.33%)		
	<b>5 – 9</b>	1 (16.67%)		
	<b>10 - 12</b>	-		
	<b>12 +</b>	-		
<b>Grupo de profissionais de uma ERPI</b>				
<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	1 (16.67%)		
	<b>Feminino</b>	5 (83.33%)		
<b>Idade</b>			35.67 (11.219)	25 - 55
<b>Escolaridade</b>	<b>12 +</b>	6 (100%)		
<b>Profissão</b>	<b>Gerontólogo</b>	1 (16.67%)		
	<b>Fisioterapeuta</b>	1 (16.67%)		
	<b>Psicólogo</b>	1 (16.67%)		
	<b>Nutricionista</b>	1 (16.67%)		
	<b>Enfermeiro</b>	1 (16.67%)		
	<b>Técnico superior de Serviço Social</b>	1 (16.67%)		

#### 4.3.2. Materiais

Para o desenvolvimento dos grupos de discussão, foram utilizados guiões para a sua condução (consultar Anexo B), termo de consentimento informado (consultar Anexo C) e questionários sociodemográficos (consultar Anexo D).

#### 4.3.3. Procedimentos

Foi realizado um pedido de colaboração a uma instituição que contém uma ERPI e, após a sua resposta afirmativa, foram agendadas as sessões de recolha de dados. Estas tiveram a duração aproximada de 1h cada, e iniciaram com a apresentação das investigadoras, dos participantes e do objetivo da investigação. De seguida, foi feita uma breve explicação sobre a temática da capacidade funcional e o modo como o grupo de discussão iria decorrer. Foi solicitado o consentimento informado dos participantes, bem como a sua autorização para a

gravação áudio da sessão (para que nenhuma informação fosse perdida). Após uma breve apresentação do IAFAI, procedeu-se à análise/discussão sobre a relevância e aplicabilidade dos seus itens aos contextos de ERPI. Posteriormente, foram também explorados potenciais itens a incluir na versão do IAFAI para população em contextos institucionais. Finalmente, foram recolhidas as informações sociodemográficas com vista à caracterização dos grupos (por meio da distribuição de questionários aos profissionais da ERPI e oralmente aos participantes a residir nesta).

#### **4.3.4. Análise dos dados**

Inicialmente, através de estatísticas descritivas, foi realizada a caracterização da amostra, no que concerne às suas características sociodemográficas (género, idade, escolaridade, para ambos os grupos; profissão, no grupo dos profissionais da ERPI). Esta análise foi realizada com o recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 27), sendo obtidas as estatísticas descritivas necessárias a essa mesma caracterização (médias, desvios-padrão, mínimo, máximo e frequências).

De seguida, para a análise do conteúdo obtido nos grupos focais, a gravação áudio foi transcrita e codificada: para cada item e em cada um dos grupos as respostas foram reduzidas a “aplica-se”, “não se aplica” ou “reformular”. Já as sugestões de novos itens foram transcritas na íntegra (Bardin, 2016/1977). Desta forma foi possível aferir a aplicabilidade dos itens do IAFAI aos contextos institucionais (ou a necessidade de eliminação ou reformulação destes), tal como apurar a possibilidade de desenvolvimento de novos itens específicos para esse contexto. Nesse sentido, foram consideradas as categorias *a priori* correspondentes aos domínios do IAFAI e, quando aplicável, reformulados e/ou integrados os (novos) conteúdos dos itens nessas categorias (que permaneceram com a mesma designação ou foram ligeiramente reformuladas) (Bardin, 2016/1977).

## **5. Resultados**

No que concerne ao estudo quantitativo, a análise das frequências de não aplicabilidade dos itens do IAFAI na amostra total permitiu observar percentagens de não aplicabilidade entre 0 e 99.7% (cf. Anexo E), sendo no módulo 2 (AIVD-F) onde se observa um maior número de itens com elevada percentagem de não aplicabilidade (13 itens com percentagens de não

aplicabilidade entre os 98.7 e os 99.7%), como é observável na tabela 3. O módulo 1 (ABVD) é o que apresenta menor número de itens com elevada percentagem de não aplicabilidade (apenas 1 item com 97.7% de não aplicabilidade) e no módulo 3 (AIVD-A) observaram-se 4 itens com elevadas percentagens de não aplicabilidade (98.1, 97.4, 93.2 e 94.5%).

**Tabela 3.** *Itens com elevada percentagem de não aplicabilidade na amostra total.*

<b>Módulo</b>	<b>Domínio</b>	<b>Número do item e AVD avaliada</b>	<b>% de itens NA</b>
<b>Módulo 1</b>	Alimentação	1- Tomar as refeições à hora adequada.	97.7
<b>Módulo 2</b>	Preparar as refeições	24- Preparar um lanche.	98.7
		25- Confeccionar refeições de prato.	99.7
	Cuidar da casa	26- Lavar a louça.	99.7
		27- Cuidar da roupa.	99.7
		28- Limpar o chão.	99.4
		29- Tratar do lixo.	99.7
		30- Cuidar das plantas, quintal ou animais.	99.4
	Segurança em casa	31- Possuir contactos de emergência.	99.4
		32- Lembrar onde estão objetos importantes	98.7
		33- Desligar eletrodomésticos.	99.7
		34- Fechar as torneiras.	98.7
		35- Verificar portas e janelas.	98.7
		36- Supervisionar fontes de aquecimento.	99.7
<b>Módulo 3</b>	Tomada de decisão relativa à saúde	39- Adquirir medicação.	98.1
		41- Tomar medicação	97.4
	Finanças	44- Utilizar cheques.	93.2
	Lazer e relações interpessoais	49- Organizar convívios/passeios.	94.5

Relativamente à deterioração cognitiva dos sujeitos, através da aplicação da GDS (Reisberg et al., 1982; GEECD et al., 2008), foi possível dividir a amostra em sete grupos de indivíduos desde a classificação “sem declínio cognitivo” (14%) até “declínio cognitivo muito grave” (9.7%), tendo sido o grupo com “declínio cognitivo ligeiro” o mais expressivo (22.7%). Nestes grupos, foi visível que os valores médios de incapacidade funcional global se apresentaram mais elevados à medida que o comprometimento cognitivo aumenta. Como

demonstra a tabela 4, o grupo sem declínio cognitivo apresenta uma média de incapacidade funcional global de 24.43% (DP=18.412) enquanto o grupo com declínio cognitivo muito grave apresenta uma média de incapacidade funcional global de 98.90% (DP=2.711).

**Tabela 4.** Caracterização dos 7 grupos estabelecidos pela GDS ao nível da sua incapacidade funcional global.

	N (%)	M	DP	Min	Max
<b>Sem declínio cognitivo</b>	43 (14%)	24.43	18.412	0	70.59
<b>Declínio cognitivo muito ligeiro</b>	18 (5.8%)	38.96	25.467	0	87.50
<b>Declínio cognitivo ligeiro</b>	70 (22.7%)	43.63	21.680	0	95.45
<b>Declínio cognitivo moderado</b>	54 (17.5%)	62.92	21.217	12	95.65
<b>Declínio cognitivo moderadamente grave</b>	46 (14.9%)	72.98	18.238	20	96.55
<b>Declínio cognitivo grave</b>	47 (15.3%)	84.27	15.727	44	100
<b>Declínio cognitivo muito grave</b>	30 (9.7%)	98.90	2.711	90	100

No que concerne aos indicadores de incapacidade funcional na amostra total, observou-se uma média de incapacidade funcional global de 60.03% (DP=29.685). Ao nível das ABVD observou-se uma média de incapacidade funcional de 39.30% (DP=21.977); a incapacidade funcional nas AIVD-F demonstrou-se bastante inferior (M=5.97%; DP=5.972) e nas AIVD-A a média foi de 14.75% (DP=9.688). Relativamente ao motivo de incapacidade, observou-se que a maior percentagem de incapacidade funcional demonstrada se deve a causas de natureza física (M=40.08%; DP=23.827). Observaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos 7 grupos estabelecidos pela GDS (deterioração cognitiva) nos vários indicadores de incapacidade funcional ( $p < 0.001$ ) exceto na incapacidade atribuída a fatores de natureza emocional (impossibilidade de cálculo da ANOVA de Welch para este indicador devido ao facto de pelo menos um grupo não possuir variância de dados) (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.** Caracterização da amostra (N=308) quanto à sua (in)capacidade funcional e diferenças no perfil de (in)capacidade funcional em função do grau de deterioração cognitiva (7 grupos estabelecidos pela GDS).

	M (DP; Amplitude)	F	GLS	Sig.
<b>Incapacidade funcional global</b>	60.03 (29.685; 0-100)	50,100	(6, 107,638)	<.001
<b>Incapacidade funcional nas ABVD</b>	39.30 (21.977; 0-100)	71,188	(6, 107,330)	<.001
<b>Incapacidade funcional nas AIVD-F</b>	5.97 (5.972; 0-20.83)	42,936	(6, 108,287)	<.001
<b>Incapacidade funcional nas AIVD-A</b>	14.75 (9.688; 0-33.33)	219,754	(6, 103,794)	<.001
<b>Incapacidade funcional física</b>	40.08 (23.827; 0-100)	13,493	(6, 104,297)	<.001
<b>Incapacidade funcional cognitiva</b>	32.97 (31.348; 0-100)	283,878	(6, 111,887)	<.001
<b>Incapacidade funcional emocional</b>	1.12 (6.581; 0-63.64)	-	-	-

As análises de *post hoc* permitiram averiguar especificamente entre que grupos se encontravam as diferenças com significado estatístico. Neste sentido, em função do indicador geral de incapacidade funcional global, foram constituídos dois grupos: o primeiro grupo composto por participantes sem declínio cognitivo, declínio cognitivo muito ligeiro e declínio cognitivo ligeiro (num total de 131 indivíduos) e o grupo 2 composto por participantes com declínio cognitivo moderado, declínio cognitivo moderadamente grave, declínio cognitivo grave e declínio cognitivo muito grave (177 participantes) (cf. Anexo F).

Estes grupos, por sua vez, apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si ( $p < 0.001$ ) em todos os indicadores de incapacidade funcional, sendo observadas médias de incapacidade mais elevadas no grupo com maior deterioração cognitiva, à exceção da incapacidade funcional emocional, onde não se observam diferenças com significado estatístico entre os grupos ( $p = 0.316$ ) (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.** Diferenças no perfil de (in)capacidade funcional e da percentagem de itens não aplicáveis em função do grau de deterioração (recategorização em dois grupos).

	Grupo 1		Grupo 2		T	Sig. (2 extremidades)
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
<b>Incapacidade funcional nas ABVD</b>	26.39	19.175	48.85	18.430	-10.160	<.001
<b>Incapacidade funcional nas AIVD-F</b>	1.83	4.09	9.04	5.256	-13.535	<.001
<b>Incapacidade funcional nas AIVD-A</b>	8.46	8.005	19.41	8.07	-11.825	<.001
<b>Incapacidade funcional global</b>	36.68	22.807	77.3	21.150	-15.933	<.001
<b>Incapacidade funcional física</b>	29.16	21.163	48.17	22.471	-7.590	<.001
<b>Incapacidade funcional cognitiva</b>	8.91	12.882	50.77	29.023	-17.050	<.001
<b>Incapacidade funcional emocional</b>	0.69	5.734	1.43	7.144	-1.004	0.316

Considerando a não aplicabilidade dos itens nestes dois grupos, é possível observar que os itens com elevada percentagem de não aplicabilidade (em ambos os grupos) correspondem aos anteriormente identificados na amostra total de participantes. Contudo, o item relativo à utilização de transportes apresenta também uma elevada percentagem de não aplicabilidade no grupo com maior nível de deterioração cognitiva (grupo 2) (92.1%) (cf. Anexo G).

Adicionalmente, é de referir que 14 itens têm maiores percentagens de não aplicabilidade no grupo 1 (sem declínio cognitivo a declínio cognitivo ligeiro), correspondendo aos itens que contemplam as seguintes AVDs: cortar os alimentos, cuidar do cabelo, tratar das unhas, confeccionar refeições de prato, desligar eletrodomésticos, supervisionar fontes de calor, organizar finanças, ir ao banco e realizar atividades habituais, tal como todos os itens do domínio “cuidar da casa”. Por sua vez, 4 itens apresentam a mesma percentagem de não aplicabilidade nos dois grupos (0%), correspondendo aos itens que contemplam as AVDs: despir, abotoar as roupas, lavar e limpar o corpo e deslocar-se em casa. Os restantes 32 itens possuem percentagens de não aplicabilidade mais elevadas no grupo 2 (declínio cognitivo moderado a declínio cognitivo muito grave), correspondendo aos itens que contemplam as seguintes AVDs: tomar as refeições à hora adequada, usar um copo ou chávena sem entornar, comer com os talheres, vestir, atar os cordões, lavar os dentes/tratar da prótese dentária, ir à casa de banho, subir/descer degraus, alcançar objetos, deitar e levantar, segurança no banho, preparar um lanche, ter à mão números/contactos de emergência, lembrar onde estão objetos,

fechar as torneiras, verificar se as portas e janelas estão fechadas, conhecer/lidar com dinheiro, usar o multibanco, preencher cheque, organizar convívios/passeios, tal como todos os itens do módulo “conversação e uso do telefone”, “compreensão e comunicação”, “tomada de decisão relativa à saúde” e “deslocação e uso de transportes” (cf. Anexo G).

Através da análise da não aplicabilidade dos itens (estudo quantitativo) e da informação recolhida nos dois grupos focais realizados (estudo qualitativo), foi possível criar uma versão experimental do instrumento, com itens adaptados à população em estudo. Dos 50 itens do atual instrumento, foi possível manter 27 deles sem qualquer alteração, 9 itens foram reformulados para o contexto institucional e 14 itens foram eliminados. Através da análise das informações dos grupos focais, foi ainda possível criar 9 novos itens e reformular a designação de alguns domínios em função das especificidades dos contextos institucionais.

Como é possível ver na tabela 7, o módulo 1 (ABVD) foi o que permaneceu com menos alterações, mantendo 15 dos seus 18 itens, um deles foi eliminado e os restantes 2 foram reformulados. Já o módulo 2 (AIVD-F) foi o que teve mais alterações. Apenas 5 dos seus 18 itens foram mantidos, 8 foram eliminados e 5 foram reformulados. Por fim, no módulo 3 (AIVD-A), 7 dos seus 14 itens foram mantidos, 5 foram eliminados e 2 foram reformulados. Relativamente aos 9 novos itens, 3 ficaram afetos ao módulo 1, 5 ao módulo 2 e 1 ao módulo 3.

**Tabela 7.** Distribuição dos itens da versão do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados.

	Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Total
<b>Nº de itens que se mantêm</b>	15	5	7	27
<b>Nº de itens eliminados</b>	1	8	5	14
<b>Nº de itens reformulados</b>	2	5	2	9
<b>Nº de novos itens</b>	3	5	1	9
<b>Nº de itens da versão experimental</b>	20	15	10	45

Descrevendo em detalhe as alterações realizadas à versão original do instrumento, e como pode ser observado no anexo H, no módulo 1 (ABVD), no domínio correspondente à alimentação, o item referente à toma de refeições à hora adequada foi eliminado e os 3 restantes itens foram mantidos. No domínio “vestir”, o item relativo a atar os cordões dos sapatos foi alterado para uma formulação mais adequada à população em estudo e, à semelhança do

domínio anterior, os 3 restantes itens foram mantidos. Foi ainda adicionado um novo item relativo à seleção do vestuário. No domínio “higiene e controlo dos esfíncteres”, todos os itens foram mantidos com a sua formulação original, tal como no domínio relativo a “mobilidade e transferências”, à exceção do item que aborda a deslocação dentro ou próximo de casa que foi ligeiramente modificado: a palavra “casa” foi substituída por “instituição”. Foram adicionados dois novos itens no último domínio (“apanhar objetos do chão” e “utilizar o elevador autonomamente”).

No segundo módulo (AIVD-F), no domínio “conversa e uso do telefone”, nos dois primeiros itens e na designação do domínio, foi substituída a palavra “telefone” por “telemóvel”, por se considerar que este é o dispositivo que os adultos e adultos idosos institucionalizados possuem. Os três restantes itens deste domínio foram mantidos. Já os dois itens do domínio “preparar refeições” foram eliminados e correspondiam, tal como a designação da secção indica, à confeção/preparação de refeições, desde lanches a pratos quentes. No entanto, foram adicionados dois novos itens passíveis de ser aplicáveis em contextos institucionais: “servir-se de água” e “tirar café”. A designação do domínio foi também alterada para “refeições”. O domínio “cuidar da casa” passou a ser designado “cuidar do meio envolvente” sendo que todos os seus itens foram eliminados, à exceção do relativo a tratar do lixo que foi alterado para uma formulação mais ajustada ao público-alvo do instrumento (“Colocar o lixo em local próprio”). Foram adicionados neste domínio 3 novos itens direcionados para a seleção de roupa a enviar para a lavandaria, organização de objetos pessoais e fazer a cama. O domínio “segurança em casa” passou a ser designado “segurança na instituição” e apenas dois dos seus itens foram mantidos. Os itens relativos ao manuseamento de eletrodomésticos, como o fogão e aquecedor ou lareira, foram eliminados; o item relativo à posse de contactos de emergência foi reformulado para “pedir auxílio em caso de necessidade” e no item relativo à verificação das portas e janelas, foi eliminada a palavra “portas” (cf. Anexo H).

Por fim, no módulo 3, o domínio “compreensão e comunicação” permaneceu intacto, ao contrário do domínio relativo à “tomada de decisão relativa à saúde”, que apenas manteve um dos seus itens com a formulação original. O item relativo à toma da medicação foi alterado para “reconhece a medicação que toma” e o item relativo à aquisição desta foi eliminado. No domínio “finanças”, dois dos itens que o compõem foram mantidos; os itens relativos ao manuseamento do cartão multibanco e de cheques foram eliminados e no item que aborda a

organização das finanças foram eliminados os seus exemplos. O item correspondente à utilização de transportes públicos, do módulo “deslocação e uso de transportes” foi também eliminado, ao contrário do outro item desta secção que foi mantido. No último domínio que abrange o “lazer e relações interpessoais”, um dos itens foi mantido. Porém, o item relativo à organização de eventos foi eliminado. Nesta secção foi ainda adicionado um item relativo à organização do dia dos sujeitos (ex: decidir em que atividades participar) (cf. Anexo H).

## 6. Discussão

O presente estudo partiu da necessidade de adaptação do IAFAI à população institucionalizada. Efetivamente, a limitação da aplicabilidade do IAFAI aos contextos institucionais foi reconhecida durante o desenvolvimento do instrumento e pelo *feedback* dos profissionais que o aplicavam em diferentes contextos de avaliação neuropsicológica (Sousa, 2014), pela especificidade das AVDs realizadas nestes contextos e consequente não aplicabilidade de um elevado número de itens.

Relativamente à amostra do estudo quantitativo e ao grupo dos residentes em ERPI do estudo qualitativo, foi possível observar que espelham o envelhecimento populacional que estamos a presenciar, apresentando médias de idades de 84.54 e 88.83, respetivamente. Estas amostras eram compostas por sujeitos predominantemente do género feminino (73.4%, na amostra do estudo quantitativo, e 83.33%, no grupo de residentes em ERPI do estudo qualitativo), facto que pode ser explicado pela maior esperança média de vida das mulheres (WHO, 2022).

Ainda sobre a amostra do estudo quantitativo, um achado curioso e que não vai ao encontro da informação da literatura relativa à perda/comprometimento da capacidade funcional, é o facto de a percentagem de incapacidade funcional para realizar ABVD (39.30%) ser bastante superior à percentagem de incapacidade para realizar AIVD-F (5.97%) e AIVD-A (14.75%).

Como referido inicialmente, com o envelhecimento, mantém-se a capacidade para realizar as ABVD (Marson & Hebert, 2006), ao contrário da capacidade para realizar AIVD que declina em mais de 30% dos indivíduos (Carmona-Torres et al., 2019). Adicionalmente, na presença de Perturbações Neurocognitivas Ligeira e *Major*, as AIVD (concretamente as AIVD-A) são também as primeiras a serem afetadas e só na Perturbação Neurocognitiva *Major*

moderada há comprometimento das ABVD (APA, 2022). Na amostra em estudo, apenas 14% dos indivíduos não apresentaram declínio cognitivo e os restantes 86% apresentaram declínio cognitivo muito ligeiro a muito grave. O esperado seria que a percentagem de incapacidade para realizar AIVD-A fosse a mais elevada, seguida da incapacidade para realizar AIVD-F e só depois surgiria a percentagem de incapacidade para realizar ABVD. Panorama semelhante já havia sido reportado no estudo de Gago (2018) que apontou o número elevado de itens não aplicáveis nos módulos das AIVD, devido ao facto de muitas dessas AVDs serem da responsabilidade das instituições e não dos residentes, como possível justificação para este acontecimento.

Estes resultados reiteram a necessidade de adaptação do instrumento à população em estudo, uma vez que, na sua versão inicial para adultos e idosos em contextos comunitários, aparenta não captar as especificidades da incapacidade funcional em contextos institucionais.

Efetivamente, a elevada não aplicabilidade dos itens na amostra total (18 dos 50 itens) e nos dois subgrupos com menor (18 dos 50 itens) e maior (19 dos 50 itens) deterioração enfatiza a necessidade de se constituir uma versão que atenda às especificidades do contexto institucional. Considerando especificamente os módulos do IAFAI, observa-se que a não aplicabilidade dos itens é mais elevada no módulo das AIVD-F e mais baixa no módulo das ABVD. Sendo as AIVD-F as tarefas que têm em vista a manutenção e organização do contexto familiar, como por exemplo preparar refeições (Marson & Hebert, 2006), é compreensível que as instituições se responsabilizem por grande parte destas atividades, já que os indivíduos residem numa instituição onde compartilham o espaço com outros sujeitos. Ao nível da preparação e confeção de refeições, por exemplo, há um conjunto de regras que as instituições devem cumprir de modo a prevenir a transmissão de infeções (Segurança Social, n.d.) e que podem ser encaradas como uma barreira à realização desta AVD pelos residentes.

Consequentemente, na versão experimental construída partindo da análise conjunta da frequência de não aplicabilidade dos itens (na amostra total e nos dois subgrupos) e dos dados dos grupos focais, o módulo das AIVD-F foi o que sofreu mais alterações e o módulo das ABVD foi o que permaneceu mais intacto. Os itens eliminados remetem para a toma de refeições à hora adequada, preparação de lanches e confeção de pratos; cuidar da roupa, louça e do chão; desligar eletrodomésticos; utilizar corretamente fontes de aquecimento e adquirir medicação - atividades asseguradas pelas ERPI, como já referido - tal como cuidar das plantas, quintal ou animais; utilizar o multibanco, cheques e transportes públicos e planear/organizar

eventos - atividades que deixam de fazer parte do quotidiano dos adultos e idosos institucionalizados.

Por fim, apesar de ter sido demonstrada a relevância da adaptação do IAFAI a residentes em ERPI, foi possível apurar que o instrumento foi capaz de distinguir níveis de incapacidade funcional global em função do comprometimento cognitivo, levando à criação de dois grupos: sujeitos sem declínio cognitivo a declínio ligeiro e sujeitos com declínio cognitivo moderado a muito grave. Entre os grupos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em todos os indicadores, à exceção da incapacidade funcional emocional. Este indicador apresentou uma percentagem muito reduzida (apenas 1.12%) na amostra total, ao contrário do que seria de esperar, pois esta população pode caracterizar-se por uma elevada prevalência de perturbação emocional. No estudo de Bernardino (2013), por exemplo, foi observada a presença de depressão em 62% dos sujeitos institucionalizados em estudo. Adicionalmente, Šare e colaboradores (2021) concluíram que, em comparação com os idosos que permanecem nas suas residências, os idosos a residir em lares apresentam maiores níveis de depressão e ansiedade.

É possível apontar algumas hipóteses justificativas da reduzida percentagem do referido indicador: na amostra em estudo na presente dissertação, pode não estar presente perturbação emocional na maioria dos indivíduos (a avaliação desta área não foi acautelada); pode estar presente perturbação emocional, mas esta não ter impacto na realização das AVDs; ou pode ainda ser devida ao facto de a aferição da causa de incapacidade funcional, aquando da aplicação do IAFAI, ser subjetiva e dependente da exploração e perceção do clínico.

Em jeito de síntese, podemos dizer que, ainda que a versão original do IAFAI permita obter um perfil diferenciado de (in)capacidade funcional, considerando o grau de deterioração cognitiva das pessoas institucionalizadas, alguns dos itens revelam-se não aplicáveis e/ou carecendo de reformulações, sendo também possível a criação adicional de conteúdos, por forma a captar a especificidade da funcionalidade em contexto de instituição. Estes reajustamentos do instrumento permitirão informar de forma mais fundamentadas as intervenções, no sentido de contemplar as características das pessoas e as particularidades do ambiente institucional. Assim, surge a proposta desta versão do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados.

## **7. Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras**

Sendo este estudo realizado no âmbito do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação e o tempo para o seu desenvolvimento e submissão curto, a investigação apresenta algumas limitações e deixa muito trabalho por desenvolver.

Uma das limitações desta investigação prende-se com o facto da informação utilizada para integrar novos itens na versão experimental ser proveniente, apenas, de dois grupos (focais) de sujeitos que residem e trabalham na mesma ERPI. Desta forma, não é possível garantir que os dados da amostra sejam representativos (Bardin, 2016/1977) e, conseqüentemente, que os itens sejam aplicáveis a sujeitos residentes em outras instituições. No futuro, deve ser considerada a realização de grupos focais adicionais com residentes e profissionais em outras instituições. É ainda necessário realizar um estudo quantitativo exploratório com a versão experimental proposta, tendo em vista apurar a robustez psicométrica dos novos itens, assegurando a validação e normalização do instrumento para estes contextos.

Outra limitação tem que ver com a vertente emocional da amostra do estudo quantitativo. No momento da análise da base de dados fornecida à equipa de investigação, constatou-se que esta vertente não foi avaliada, pelo que não foi possível justificar a reduzida percentagem de incapacidade funcional devido a fatores emocionais, apenas colocar hipóteses. São necessários estudos que analisem a prevalência de perturbação emocional em sujeitos institucionalizados e o seu impacto na capacidade funcional.

Por fim, é também de considerar no futuro, o desenvolvimento de versões do IAFAI ajustadas à análise da capacidade funcional de sujeitos com comprometimento cognitivo moderado, grave, e sem comprometimento a comprometimento cognitivo ligeiro, já que podem existir algumas diferenças na aplicabilidade dos itens entre os grupos. Desta forma, disponibilizar-se-iam instrumentos ainda mais direcionados à avaliação desta população o que permitiria, por exemplo, reduzir o tempo de aplicação do instrumento (pois cada versão seria construída com itens direcionados para a especificidade de cada grupo).

## **8. Conclusão**

No presente projeto de investigação, através de um estudo quantitativo e de um estudo qualitativo, foi possível atender ao objetivo estipulado: desenvolver uma versão experimental do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados.

A aplicação do IAFAI (versão para a comunidade) a mais de 300 participantes institucionalizados revelou um expressivo número de itens com elevada percentagem de não aplicabilidade. Este resultado alerta para o facto de o questionário original poder não estar adaptado à avaliação da capacidade funcional de sujeitos em contextos institucionais, não permitindo captar as suas especificidades. No estudo qualitativo (grupos focais), as sugestões das pessoas idosas a residir em ERPI e dos colaboradores/profissionais permitiram alargar o *pool* de itens a incluir na nova versão do instrumento, quer por reformulação, quer por novas propostas, considerando AVDs específicas realizadas/passíveis de ser realizadas pelos sujeitos institucionalizados.

Esta versão é composta por um total de 45 itens, distribuídos da seguinte forma: 20 itens no módulo 1 (ABVD), 15 itens no módulo 2 (AIVD-F) e 10 itens no módulo 3 (AIVD-A). Dos 45 itens totais, 27 migraram da versão do IAFAI para a comunidade para esta nova versão, 9 itens foram reformulados para melhor se ajustarem ao contexto da população alvo e os restantes 9 itens foram criados com base na informação recolhida nos grupos de discussão. Como esperado, o módulo relativo às AIVD-F foi o que sofreu mais alterações, contrariamente ao módulo das ABVD que se manteve mais intacto.

Esta nova versão pretende ser um aliado na avaliação da capacidade funcional da população institucionalizada, assumindo-se como um instrumento mais ajustado ao seu contexto e espelhando mais detalhadamente os seus perfis de funcionalidade, através da inclusão de AVDs representativas do seu quotidiano, da eliminação de AVDs não ajustadas e da reformulação de alguns itens do inventário. Fica, agora, o desafio de continuar os estudos (validação e normalização) da versão do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados.

## 9. Bibliografia

- Albuquerque, E., Esteves, P. S., & Cerejeira, J. (2016). Déficit cognitivo ligeiro. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 305-308). LIDEL.
- Almeida, G., Carvalho, C., & Marmeleira, J. (2019). Functional capacity in the elderly initially and after the third month of institutionalization. *Revista Ibero-americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(3), 1915 – 1927 <http://hdl.handle.net/10174/29723>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 217-220). ISPA.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25( 2). <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70. (Obra original publicada em 1977).
- Bernardino, A. R. P. (2013). Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados e não institucionalizados - Valorizar o envelhecimento [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/2696>
- Carmona-Torres, J. M., Rodríguez-Borrego, M. A., Laredo-Aguilera, J. A., López-Soto, P. J., Santacruz-Salas, E., & Cobo-Cuenca, A. I. (2019). Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLOS ONE*, 14(7), e0220157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220157>
- Cesário, P. S. C. (2013). *Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos: Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento psicológico e de características sócio-demográficas* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/25463>

- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>
- Correia, C. (2016). Acessibilidade e suporte social. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 439-443). LIDEL.
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Norma clínica: Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Doente com Declínio Cognitivo ou Demência. Versão atualizada*. Ministério da Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma\\_053\\_2011\\_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente\\_04\\_2023.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf)
- Dores, C. F. das (2021). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Estudo de validação em uma consulta de avaliação neuropsicológica forense* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/99280>
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). LIDEL.
- Gago, A. L. do (2018). *Avaliação da cognição e atividades da vida diária de utentes de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas da Covilhã e Belmonte* [Master's thesis, Universidade da Beira Interior]. Repositório digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8379>
- Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências, Leitão, O. R., Nina, A., & Monteiro, I. (2008). Escala de Deterioração Global. In A. Mendonça, & M. Guerreiro (Coords.), *Escalas e testes na demência. Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência* (2<sup>a</sup>ed., pp.9-13). Novartis.
- Hu, Y., Hu, G., Hsu, C., Hsieh, S., & Li, C. (2012). Assessment of individual activities of daily living and its association with self-rated health in elderly people of Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 6(2), 117–121. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2012.01.024>
- Instituto da Segurança Social, I. P.. (2017). *Guia prático - Apoios sociais – pessoas idosas* (N35J – V4.11) <https://www.seg->

[social.pt/documents/10152/27202/N35\\_apoios\\_sociais\\_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](https://social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)

- Instituto Nacional de Estatística. (n.d.). *Detalhe do conceito. Taxa de fecundidade geral*. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/1708>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>
- Lima, M. P. (2016). Envelhecimento ativo e com sentido. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. Cerejeira (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 3-17). LIDEL.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*, 39(1), 31–38. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp202>
- Marson, D., & Hebert, K. R. (2006). Functional assessment. In D. K. Atix, & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology: assessment and intervention* (pp. 158-197). The Guilford Press.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1), 129–152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Oliveira, A., Nossa, P., & Mota-Pinto, A. (2019). Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta Médica Portuguesa*, 32(10), 654–660. <https://doi.org/10.20344/amp.11974>
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Eurotrials. <http://hdl.handle.net/10400.4/992>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- Papalia, D., & Feldman, R. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12ª Ed., trad. brasileira). AMGH Editora Ltda.
- Petersen, R. C. (2016). Mild Cognitive Impairment. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 22(2, Dementia), 404–418. <https://doi.org/10.1212/con.0000000000000313>
- Portaria n.º 67/2012 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). *Diário da República, 1.ª série, N.º 58*. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>

- Potter, G. G., & Attix, D. K. (2006). An integrated model for geriatric neuropsychological assessment. In D. K. Attix, & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology: assessment and intervention* (pp. 5-26). The Guilford Press.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139. <https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136>
- Santos, A. P. A. dos (2021). *Contributos para a Validação do Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): um estudo de acordo interinformadores e de relação com medida de desempenho de capacidade financeira* [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/99298>
- Šare, S., Ljubičić, M., Gusar, I., Čanović, S., & Konjevoda, S. (2021). Self-Esteem, anxiety, and depression in older people in nursing homes. *Healthcare*, 9(8), 1035. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081035>
- Segurança Social. (n.d.). *Manual de processos-chave. Estrutura residencial para idosos*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs\\_lar\\_estrutura\\_residencial\\_idosos\\_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Processos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4)
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). *Estruturas residenciais para idosos*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/08/12/estruturas-residenciais-para-idosos/>
- Silva, A. R. E. de S. (2016). *Estimulação da memória na doença de Alzheimer em fase inicial: o papel da SenseCam no funcionamento cognitivo e no bem-estar* [Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/31076>
- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: Investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 9-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645438001>
- Simões, M. R., Almiro, P. A., Caldeira, S., Vilar, M., Sousa, L. B., & Freitas, S. (2016). Avaliação neuropsicológica de pessoas mais velhas. In H. Firmino, M. R. Simões, & J. cerejeira (Eds.), *Saúde mental das pessoas mais velhas* (pp. 127-164). LIDEL.

- Sousa, L. B. (2014). *Abordagem funcional na determinação da capacidade financeira e testamentária: linhas orientadoras e desenvolvimento de instrumentos de avaliação* [Dissertação de Doutoramento em Psicologia, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/27039>
- Sousa, L. B., Prieto, G., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2014). The Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory: A Rasch model analysis. *Research on Aging*, 37(8), 787-814. <https://doi.org/10.1177%2F0164027514564469>
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Pires, L., Vilar, M., & Freitas, S. (2015). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Manual de administração e cotação*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação/Serviço de Avaliação Psicológica.
- Steves, C. J., Spector, T. D., & Jackson, S. H. D. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and Ageing*, 41(5), 581–586. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>
- Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2014). Themes and issues in adult development and aging. In *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives* (5th ed., pp. 1-18). Wiley.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- World Health Organization. (2022) *World Health Statistics 2022*. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

## 10. Anexos

### Anexo A. Resumo de estudos prévios com o IAFAI.

	<b>Amostra</b>	<b>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</b>	<b>Validade Discriminante</b>	<b>Validade de Construto</b>	<b>Efeito das Variáveis</b>
Sousa (2014)	<p><b>Construção do instrumento:</b> N=10 profissionais de saúde [3 psicólogos; 4 gerontólogos; 3 psiquiatras] N=4 profissionais do sistema legal [2 juízes; 2 juristas] N=12 adultos idosos [6 comunidade; 6 instituição]</p> <p><b>Versão experimental:</b> Adultos e idosos da comunidade (N= 45) 60% mulheres, 40% homens. Idade: M=66.76; DP=4.32</p>	<p>Domínios: 0.697 Módulos: 0.766 ABVD: 0.921 AIVD-F: N/A (Não foi possível determinar o valor de alfa, devido à ausência de variância nos itens que o compõem). AIVD-A: 0.760</p>		<p>Correlações incapacidade funcional total-módulo de rs=.808 nas ABVD, rs=.782 nas AIVD-F e rs=.905 nas AIVD-A. Correlações incapacidade funcional total-domínios rs=.329 (domínio Segurança em casa) e rs=.782 (domínio Compreensão/Comunicação). Correlações Domínio-Módulo variam entre rs=.312 (domínio Conversação/Usado do telefone com total das AIVD-F) e rs=.856 (domínio Compreensão/Comunicação com o total das AIVD-A).</p>	

	<b>Amostra</b>	<b>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</b>	<b>Validade Discriminante</b>	<b>Validade de Construto</b>	<b>Efeito das Variáveis</b>
Sousa et al. (2014)	<p>N=567 Controlo População geral; 67.2% mulheres; 32.8% homens. Idade: M=69.92; DP=7.867. Escolaridade: 67% ensino primário; 19% 2º ciclo, 6.3% ensino secundário, 7.6% ensino superior</p> <p>N=236 Clínico (doença neurológica e/ou psiquiátrica); 68.6% mulheres; 31.4% homens. Idade: M=65.35; DP=14.722. Escolaridade: 64.8% ensino primário; 12.3% 2º ciclo, 9.7% ensino secundário, 5.5% ensino superior</p>				<p>Idade: Resultados mais altos em sujeitos mais velhos (<math>\geq 70</math> anos) do que em mais novos (<math>&lt; 70</math> anos). Género: homens com melhores níveis de funcionalidade do que mulheres. Escolaridade: Menor escolaridade associada a níveis superiores de incapacidade (<math>\leq 4</math> anos de escolaridade).</p>

	<b>Amostra</b>	<b>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</b>	<b>Validade Discriminante</b>	<b>Validade de Construto</b>	<b>Efeito das Variáveis</b>
Sousa (2014)	Adultos e idosos da comunidade (N=686) 65.2% mulheres; 34.8% homens. Escolaridade: M=6.46, DP=4.07. ACE-R: M=83.77, DP=9.93. GDS: M=8.09, DP=5.07. Condições médicas: M=1.32, DP= 1. 185	Total: 0.855. ABVD: 0.863. AIVD-F: 0.734. AIVD-A: 0.635.		Correlações módulo-total variam entre $r=-.609$ (AIVD e AIVD-A) e $r=.776$ (ABVD e AIVD-F).	Participantes mais velhos com maior incapacidade funcional ( $p<.001$ ). Homens apresentam maior nível de funcionalidade do que mulheres ( $p<.001$ ). Variáveis relacionadas com a saúde com maior poder preditivo de incapacidade funcional do que variáveis demográficas. Maior número de condições médicas associada com maior incapacidade funcional e condições musculoesqueléticas estão mais associadas a maior incapacidade funcional do que condições internas gerais. O funcionamento cognitivo estava associado a níveis de incapacidade funcional emocionais) com correlações variando entre $-.220$ (ABVD) e $-.286$ (total). Sintomas

					depressivos associados a maior incapacidade funcional com correlações variando entre .194 (incapacidade emocional) e .323 (total).
	<b>Amostra</b>	<b>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</b>	<b>Validade Discriminante</b>	<b>Validade de Construto</b>	<b>Efeito das Variáveis</b>
Sousa (2014)	N=43 pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). N=43 grupo de controlo	Total: 0.922. Grupo controlo: 0.994. Grupo TCE: 0.992		Correlações itens-incapacidade funcional global variando entre $r=.336$ (“lavar os dentes”) e $r=.883$ (“ir ao banco lidar com questões financeiras”).	Idade, género e educação não associados a incapacidade funcional em pacientes com TCE. Maioria das características de TCE significativamente associadas às medidas de incapacidade do IAFAI.
Cesário (2013)	População em geral (N=25) 8% Homens; 92% Mulheres; 60% Adultos; 40% Idosos. Idade: M=62,18; DP=10,412 Escolaridade: 72% $\leq 4^{\circ}$ ano; 28% $> 4^{\circ}$ ano. 80% grupo normativo; 20% grupo clínico (Declínio Cognitivo)		Adultos/Idosos incapacidade funcional global (U=0.037; $p=.037$ ) fatores de natureza física (U=0.032; $p=.032$ ) fatores de natureza física cognitiva (U=0.48; $p=.048$ ).	Correlações próprio-informador variam entre $rs=.521$ (fatores emocionais) e $rs=0.653$ (AIVD-F).	

(Santos, 2021)

Nota: GDS/*Geriatric Depression Scale*/Escala de Depressão Geriátrica (sintomatologia depressiva), ACE-R/*Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised*/Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Versão Revista (funcionamento cognitivo), TCE - Traumatismo Crânio-Encefálico.

	<b>Amostra</b>	<b>Precisão: Consistência Interna [Alfa de Cronbach], e acordo interinformadores</b>	<b>Validade Discriminante</b>	<b>Validade de Construto</b>	<b>Efeito das Variáveis</b>	<b>Validade concorrente</b>
Dores (2021)	73 sujeitos. Mulheres: 61.6% Homens:38.4% Idade: M=50.88, DP=9.44 Escolaridade: M= 10.60, DP=5.58 Grupo com declínio cognitivo: 68.5% Grupo normativo: 31.5%		Presença de correlações negativas e com significado estatístico entre dimensões dos instrumentos de rastreio em estudo (MoCA, MMSE e ACE-R) e domínios do IAFAI, sendo, na sua maioria, moderadas.			Diferenças estatisticamente significativas entre grupo normativo e grupo com declínio cognitivo relativamente às AIVD (AIVD-F, $p<.01$ ; AIVD-A, $p<.05$ ) e aos indicadores de incapacidade cognitiva ( $p<.001$ ) e emocional ( $p<.05$ ).

Santos (2021)	<p>Participantes: 49 sujeitos. Mulheres: 79.6% Homens: 20.4% Idade: M=64.29, DP=9.192 Escolaridade: M=7.16, DP= 4.955 Grupo clínico: 20.4 Grupo normativo: 79.6 Informadores: 49 sujeitos. Mulheres: 69.4% Homens: 30.6% Idade: M=47.76, DP=20.277 Escolaridade: M=10.73, DP= 4.685. Relação: cônjuge 36.7%, filho(a) 34.7%, neto(a) 8.2%, vizinho(a) 4.1%, outro 16.3%</p>	<p>Acordo interinformadores: incapacidade funcional global <math>r=0.669</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.800; <math>p&lt;.001</math>; incapacidade nas ABVD <math>r=0.736</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.844; <math>p&lt;.001</math>; nas AIVD-F <math>r=0.556</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.716; <math>p&lt;.001</math> e nas AIVD-A <math>r=0.506</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.666; <math>p&lt;.001</math>; incapacidade devida a fatores de natureza física <math>r=0.684</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.803; <math>p&lt;.001</math> e cognitiva <math>r=0.589</math>; <math>p&lt;.001</math>, CCI=0.742; <math>p&lt;.001</math>. Fatores de natureza emocional, <math>r=0.025</math>; <math>p=.865</math> (não está presente correlação significativa) CCI=0.038; <math>p=0.447</math>.</p>				
---------------	---	--	--	--	--	--

## **Anexo B.** Guiões para a condução dos grupos focais.

### **Guião para condução do grupo de indivíduos a residir em ERPI**

#### **1. Introdução/início da sessão (aproximadamente 5 minutos)**

Objetivos: Apresentação das investigadoras, dos objetivos da investigação e da metodologia de grupos focais.

Exemplo de diálogo:

Bom dia/boa tarde a todos/todas,

O meu nome é Juliana e sou estudante do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação, na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação - Universidade de Coimbra. O meu nome é \_\_\_\_\_ e sou \_\_\_\_\_ [apresentação da(s) investigadora(s) auxiliar(es)]. Estamos, neste momento, a trabalhar num estudo relativo à avaliação da capacidade funcional, em sujeitos institucionalizados. Neste, pretendemos adaptar um instrumento de avaliação da capacidade funcional já existente, para contexto de comunidade, a indivíduos em contexto institucional.

A capacidade funcional, segundo a literatura (Marson e Hebert, 2006), refere-se à capacidade para realizar atividades de vida diária e permite uma vida independente nos contextos em que vivemos. Estas atividades podem ser divididas em duas categorias: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As ABVD são vistas como comportamentos “mais automáticos”, como, por exemplo, *vestir-se*. Já as AIVD podem subdividir-se em atividades instrumentais de vida diária familiares (AIVD-F) e em atividades instrumentais de vida diária avançadas (AIVD-A). As AIVD-F remetem para a capacidade de manutenção e organização do contexto familiar, como, por exemplo, *preparar refeições*. Por sua vez, as AIVD-A envolvem níveis mais elevados de funcionamento neurocognitivo, como, por exemplo, *gerir finanças* (Marson & Hebert, 2006).

Existem instrumentos de avaliação da capacidade funcional que aferem a presença ou ausência das capacidades para realizar as tarefas do dia-a-dia e viver de forma independente (Simões, 2012). No entanto, em contexto português, não há qualquer instrumento que avalie as ABVD e as AIVD, adequado a pessoas a viver em instituição. É a esse problema que desejamos dar resposta com este estudo, sendo importante perceber que atividades são mais importantes/relevantes, neste contexto.

Esta sessão terá aproximadamente 1 hora e podem interromper ou terminar a vossa colaboração a qualquer momento, caso não desejem continuar. A sessão irá ser gravada em formato áudio para que não seja perdida informação. Essa informação será transcrita, mas, na transcrição, não existirá qualquer tipo de identificação pessoal. Apenas a equipa de investigação irá ouvir a gravação e esta irá ser apagada assim que o trabalho estiver concluído. A informação apenas será utilizada para fins de investigação. Desta forma, garantimos a confidencialidade e anonimato dos/as participantes e dos dados (cf. Sousa, 2014).

Têm alguma dúvida? Estão todos/todas de acordo em participar na investigação?

Decidimos dividir a sessão em duas partes. Em primeiro lugar, vamos discutir em conjunto as atividades presentes num instrumento de avaliação funcional já existente (Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos – IAFAI; Sousa, 2014; Sousa et al., 2015). Num segundo momento, vamos falar sobre outras atividades valorizadas por vós, no quotidiano.

Podemos iniciar a discussão?

## **2. Discussão sobre os itens do IAFAI (aproximadamente 35 minutos)**

Objetivos: Neste momento são lidos os itens do IAFAI com vista a apurar se as atividades se aplicam/são valorizadas ou, pelo contrário, não se aplicam, em contexto institucional. Neste último caso, é questionado se há alguma atividade semelhante para incluir no lugar desse item/conteúdo da atividade.

Exemplo de diálogo:

Vamos dar início à nossa discussão. Como referi, já existem instrumentos de avaliação da capacidade funcional usados no nosso país. O que vamos fazer agora é analisar um desses instrumentos; e o que pretendemos é que nos digam se concordam com o que é questionado. Ou seja, se realizam essas atividades e se são importantes para vós, no contexto da instituição.

Por exemplo, “tomar as refeições à hora adequada”, é relevante? (se sim, passar à questão seguinte. Se não, questionar porquê e que outra atividade pode ser colocada no lugar deste item).

(Questionar sobre os restantes itens)

## **3. Discussão sobre outras atividades valorizadas (aproximadamente 15 minutos)**

Objetivos: Nesta fase, o objetivo é perceber que outras atividades são valorizadas pelos sujeitos institucionalizados ao nível da sua capacidade funcional e que não estão presentes no IAFAI. É um momento de discussão livre, de partilha de ideias entre os/as participantes.

Exemplo de diálogo:

Agora, gostaríamos de falar de atividades do quotidiano mais valorizadas por vós, que são importantes para a vida independente e autónoma e que ainda não foram referidas. Desta forma, gostaríamos que nos dissessem quais são as atividades que realizam ou que deixaram de realizar e que mais vos agradam/que são mais relevantes, em termos da vossa independência e autonomia?

(discussão livre entre os/as participantes)

Terminámos o debate, alguém quer acrescentar alguma coisa ao que foi dito?

Obrigada pelas vossas respostas.

#### **4. Recolha de dados sociodemográficos e encerramento (aproximadamente 5 minutos)**

Muito obrigada pela vossa colaboração na sessão, foi muito importante para nós. Gostaríamos apenas de pedir que respondessem a um breve questionário para podermos caracterizar o grupo de discussão (caso necessário, pode ser o investigador a preencher os questionários).

Fim da sessão.

### **Guião para condução do grupo de profissionais da instituição**

#### **1. Introdução/início da sessão (aproximadamente 5 minutos)**

Objetivos: Apresentação das investigadoras, dos objetivos da investigação e da metodologia de grupos focais.

Exemplo de diálogo:

Bom dia/boa tarde a todos/todas,

O meu nome é Juliana e sou estudante do Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação, na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação - Universidade de Coimbra. O meu nome é \_\_\_\_\_ e sou \_\_\_\_\_ [apresentação da(s) investigadora(s) auxiliar(es)]. Estamos, neste momento, a trabalhar num estudo relativo à avaliação da capacidade funcional, em sujeitos institucionalizados. Neste, pretendemos adaptar um

instrumento de avaliação da capacidade funcional já existente, para contexto de comunidade, a indivíduos em contexto institucional.

A capacidade funcional, segundo a literatura (Marson e Hebert, 2006), refere-se à capacidade para realizar atividades de vida diária e permite uma vida independente nos contextos em que vivemos. Estas atividades podem ser divididas em duas categorias: as atividades básicas de vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

As ABVD são vistas como comportamentos “mais automáticos”, como, por exemplo, *vestir-se*. Já as AIVD podem subdividir-se em atividades instrumentais de vida diária familiares (AIVD-F) e em atividades instrumentais de vida diária avançadas (AIVD-A). As AIVD-F remetem para a capacidade de manutenção e organização do contexto familiar, como, por exemplo, *preparar refeições*. Por sua vez, as AIVD-A envolvem níveis mais elevados de funcionamento neurocognitivo, como, por exemplo, *gerir finanças* (Marson & Hebert, 2006).

Existem instrumentos de avaliação da capacidade funcional que aferem a presença ou ausência das capacidades para realizar as tarefas do dia-a-dia e viver de forma independente (Simões, 2012). No entanto, em contexto português, não há qualquer instrumento que avalie as ABVD e as AIVD, adequado a pessoas a viver em instituição. É a esse problema que desejamos dar resposta com este estudo, sendo importante perceber que atividades são mais importantes/relevantes, neste contexto. Iremos discutir em conjunto as atividades presentes num instrumento de avaliação funcional já existente (IAFAI; Sousa, 2014; Sousa et al., 2015).

Esta sessão terá aproximadamente 1 hora e podem interromper ou terminar a vossa colaboração a qualquer momento, caso não desejem continuar. A sessão irá ser gravada em formato áudio para que não seja perdida informação. Essa informação será transcrita, mas, na transcrição, não existirá qualquer tipo de identificação pessoal. Apenas a equipa de investigação irá ouvir a gravação e esta irá ser apagada assim que o trabalho estiver concluído. A informação apenas será utilizada para fins de investigação. Desta forma, garantimos a confidencialidade e anonimato dos/as participantes e dos dados (Cf. Sousa, 2014).

Vamos agora distribuir um consentimento informado para que o leiam e assinem.

Têm alguma dúvida? Estão todos/todas de acordo em participar na investigação?

Podemos iniciar a discussão?

(Recolha dos termos de consentimento)

## 2. Discussão sobre os itens do IAFAI (aproximadamente 40 minutos)

Objetivos: Neste momento são lidos os itens do IAFAI com vista a apurar se as atividades se aplicam aos indivíduos presentes na instituição ou, pelo contrário, não se aplicam, em contexto institucional. Neste último caso, é questionado se há alguma atividade semelhante para incluir no lugar desse item/conteúdo da atividade.

Exemplo de diálogo:

O que vamos fazer agora é, como já referido, analisar um dos instrumentos de avaliação da funcionalidade de adultos e idosos e pretendemos que nos digam se concordam com o que é questionado. Ou seja, se essa atividade é/pode ser realizada pelas pessoas que frequentam a instituição, e reflete a sua independência e autonomia.

Por exemplo, “tomar as refeições à hora adequada”, aplica-se? (se sim, passar à questão seguinte. Se não, questionar porquê e que outra atividade pode ser colocada no lugar deste item).

(Questionar sobre os restantes itens)

Consideram que há alguma atividade que não foi referida e que devia ser incluída?

Terminámos o debate, alguém quer acrescentar alguma coisa ao que foi dito?

### **3. Recolha de dados sociodemográficos e encerramento (aproximadamente 5 minutos)**

Muito obrigada pela vossa colaboração na sessão, foi muito importante para nós. Gostaríamos apenas de pedir para preencherem um breve questionário para podermos caracterizar o grupo de discussão.

(Distribuir os questionários sociodemográficos).

Fim da sessão.

**Anexo C.** Termo de consentimento informado.

**Pedido de colaboração para participação em grupo focal - Termo de consentimento informado**

O presente estudo é realizado no âmbito de um Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra).

Em traços gerais, este estudo centra-se na adaptação de um instrumento de avaliação da capacidade funcional a adultos e idosos institucionalizados. A capacidade funcional remete para a realização das atividades de vida diária (por exemplo, tomar banho e gerir as finanças), sendo relevante para viver de forma independente e autónoma nos contextos de vida em que nos integramos (Marson & Hebert, 2006). Visamos compreender que atividades de vida diária são importantes em contexto de instituição, dado as suas particularidades.

Neste âmbito, solicitamos a sua participação num grupo focal. De acordo com Sousa (2014),

um grupo focal é uma metodologia de investigação baseada num processo de entrevista, que visa obter ideias, perceções e pontos de vista de vários grupos de pessoas (por exemplo, adultos idosos, cuidadores e/ou profissionais), a partir da discussão relativa a uma temática em particular (Anexo 3).

O objetivo destes grupos focais é, então, ajudar-nos a identificar dimensões e conteúdos que são relevantes para a avaliação da capacidade funcional de adultos e idosos em instituições, segundo a perspetiva dos adultos e idosos que as frequentam e profissionais que interagem com estes (ex: psicólogos, assistentes sociais, assistentes operacionais...).

A discussão vai ter a duração aproximada de 1h e será gravada em formato áudio. A informação será transcrita, mas nessa transcrição não existirá qualquer identificação pessoal. A gravação será apagada após o término da investigação (Sousa, 2014).

Salvaguarda-se, assim, o anonimato e confidencialidade dos participantes e dos dados. A informação obtida será usada exclusivamente para fins de investigação. Pode, se assim entender, deixar de participar, a qualquer momento, neste estudo (Sousa, 2014).

Agradecemos a sua colaboração, e apresentamos os melhores cumprimentos.

Coimbra, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

### **Termo de consentimento informado**

Para a participação no grupo focal de discussão, no âmbito do projeto de Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra), intitulado “Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): Desenvolvimento de uma versão para adultos e idosos institucionalizados”, foram-me explicados os objetivos dos grupos focais, o modo como vão ser conduzidos e como a informação recolhida vai ser tratada. Fui também informado/a de que posso desistir da minha participação quando assim o entender. Estou a par das condições apresentadas e aceitei participar voluntariamente neste estudo.

Coimbra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

---

(assinatura do participante)

---

Juliana J. Moreira

Mestranda em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Reabilitação na Faculdade de  
Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra

---

Doutora Maria Manuela P. Vilar

Orientadora. Professora na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação -  
Universidade de Coimbra

---

Doutora Liliana B. Sousa

Orientadora. Laboratório de Avaliação psicológica e Psicometria/ Faculdade de Psicologia  
e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra

**Anexo D.** Questionários sociodemográficos.**Questionário sociodemográfico – caracterização dos grupos focais (utentes da instituição)**

A preencher pelo/a participante:

Género:  Masculino  Feminino  Outro

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Escolaridade: \_\_\_\_\_

A preencher pelas investigadoras:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Grupo focal número: \_\_\_

**Questionário sociodemográfico – caracterização dos grupos focais (profissionais da instituição)**

A preencher pelo/a participante:

Género:  Masculino  Feminino  Outro

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

A preencher pelas investigadoras:

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Grupo focal número: \_\_\_

**Anexo E.** Número de itens não aplicáveis na amostra total e respectiva percentagem (N=308).

	<b>Domínio</b>	<b>Item</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Módulo 1 - ABVD</b>	<b>Alimentação</b>	<b>1</b>	301	97,7
		<b>2</b>	1	0,3
		<b>3</b>	1	0,3
		<b>4</b>	15	4,9
	<b>Vestir</b>	<b>5</b>	1	0,3
		<b>6</b>	0	0
		<b>7</b>	0	0
		<b>8</b>	130	42,2
	<b>Higiene e controlo de esfíncteres</b>	<b>9</b>	0	0
		<b>10</b>	42	13,6
		<b>11</b>	2	0,6
		<b>12</b>	5	1,6
		<b>13</b>	3	1,0
	<b>Mobilidade e transferências</b>	<b>14</b>	0	0
		<b>15</b>	10	3,2
		<b>16</b>	11	3,6
		<b>17</b>	1	0,3
		<b>18</b>	4	1,3
<b>Módulo 2 – AIVD-F</b>	<b>Conversação e uso do telefone</b>	<b>19</b>	202	65,6
		<b>20</b>	202	65,6
		<b>21</b>	15	4,9
		<b>22</b>	9	2,9
		<b>23</b>	9	2,9
	<b>Preparar as refeições</b>	<b>24</b>	304	98,7
		<b>25</b>	307	99,7

	<b>Cuidar da casa</b>	<b>26</b>	307	99,7
		<b>27</b>	307	99,7
		<b>28</b>	306	99,4
		<b>29</b>	307	99,7
		<b>30</b>	306	99,4
	<b>Segurança em casa</b>	<b>31</b>	306	99,4
		<b>32</b>	304	98,7
		<b>33</b>	307	99,7
		<b>34</b>	304	98,7
		<b>35</b>	304	98,7
		<b>36</b>	307	99,7
<b>Módulo 3 – AIVD-A</b>	<b>Compreensão e comunicação</b>	<b>37</b>	10	3,2
		<b>38</b>	94	30,5
	<b>Tomada de decisão relativa à saúde</b>	<b>39</b>	302	98,1
		<b>40</b>	128	41,6
		<b>41</b>	300	97,4
	<b>Finanças</b>	<b>42</b>	69	22,4
		<b>43</b>	262	85,1
		<b>44</b>	287	93,2
		<b>45</b>	127	41,2
		<b>46</b>	157	51,0
	<b>Deslocação e uso de transportes</b>	<b>47</b>	191	62,0
		<b>48</b>	269	87,3
	<b>Lazer e relações interpessoais</b>	<b>49</b>	291	94,5
		<b>50</b>	108	35,1

**Anexo F. Criação de subgrupos em função da deterioração cognitiva.**

	<b>Classificação na GDS</b>	<b>n</b>
<b>1 (n=131)</b>	<b>1 - Sem declínio cognitivo</b>	n=43
	<b>2 - Declínio cognitivo muito ligeiro</b>	n=18
	<b>3 - Declínio cognitivo ligeiro</b>	n=70
<b>2 (n=177)</b>	<b>4 - Declínio cognitivo moderado</b>	n=54
	<b>5 - Declínio cognitivo moderadamente grave</b>	n=46
	<b>6 - Declínio cognitivo grave</b>	n=47
	<b>7 - Declínio cognitivo muito grave</b>	n=30

**Anexo G.** Número de itens não aplicáveis e respectiva percentagem, nos dois subgrupos (de acordo com grau de deterioração cognitiva).

		<b>Grupo 1 (n=131)</b>		<b>Grupo 2 (n=177)</b>		
<b>Domínio</b>	<b>Item</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Módulo 1 - ABVD</b>	<b>Alimentação</b>	<b>1</b>	127	96.9	174	98.3
		<b>2</b>	0	0	1	0.6
		<b>3</b>	0	0	1	0.6
		<b>4</b>	7	5.3	8	4.5
	<b>Vestir</b>	<b>5</b>	0	0	1	0.6
		<b>6</b>	0	0	0	0
		<b>7</b>	0	0	0	0
		<b>8</b>	44	33.6	86	48.6
	<b>Higiene e controlo de esfíncteres</b>	<b>9</b>	0	0	0	0
		<b>10</b>	7	5.3	35	19.8
		<b>11</b>	1	0.8	1	0.6
		<b>12</b>	5	3.8	0	0
		<b>13</b>	0	0	3	1.7
	<b>Mobilidade e transferências</b>	<b>14</b>	0	0	0	0
		<b>15</b>	0	0	10	5.6
		<b>16</b>	0	0	11	6.2
		<b>17</b>	0	0	1	0.6
		<b>18</b>	0	0	4	2.3
<b>Módulo 2- AIVD-F</b>	<b>Conversação e uso do telefone</b>	<b>19</b>	56	42.7	146	82.5
		<b>20</b>	56	42.7	146	82.5
		<b>21</b>	5	3.8	10	5.6
		<b>22</b>	3	2.3	6	3.4
		<b>23</b>	3	2.3	6	3.4

	<b>Preparar as refeições</b>	<b>24</b>	128	97.7	176	99.4
		<b>25</b>	131	100	176	99.4
	<b>Cuidar da casa</b>	<b>26</b>	131	100	176	99.4
		<b>27</b>	131	100	176	99.4
		<b>28</b>	131	100	175	98.9
		<b>29</b>	131	100	176	99.4
		<b>30</b>	131	100	175	98.9
	<b>Segurança em casa</b>	<b>31</b>	130	99.2	176	99.4
		<b>32</b>	129	98.5	175	98.9
		<b>33</b>	131	100	176	98.4
		<b>34</b>	129	98.5	175	98.9
		<b>35</b>	129	98.5	175	98.9
		<b>36</b>	131	100	176	99.4
<b>Módulo 3 – AIVD-A</b>	<b>Compreensão e comunicação</b>	<b>37</b>	0	0	10	5.6
		<b>38</b>	26	19.8	68	38.4
	<b>Tomada de decisão relativa à saúde</b>	<b>39</b>	127	96.9	175	98.9
		<b>40</b>	50	38.2	78	44.1
		<b>41</b>	124	94.7	176	99.4
	<b>Finanças</b>	<b>42</b>	27	20.6	42	23.7
		<b>43</b>	107	81.7	155	87.6
		<b>44</b>	121	92.4	166	93.8
		<b>45</b>	66	50.4	61	34.5
		<b>46</b>	77	58.8	80	45.2
	<b>Deslocação e uso de transportes</b>	<b>47</b>	77	58.8	114	64.4
		<b>48</b>	106	80.9	163	92.1
	<b>Lazer e relações interpessoais</b>	<b>49</b>	119	90.8	172	97.2
		<b>50</b>	51	38.9	57	32.2

**Anexo H.** *Composição da versão experimental do IAFAI para adultos e idosos institucionalizados: conteúdo dos itens.*

<b>Módulos</b>	<b>Domínios</b>	<b>Itens</b>
<b>Módulo 1</b>	Alimentação	1- Eliminado (tomar as refeições à hora adequada).
		2- Mantido inalterado (usar um copo ou chávena sem entornar).
		3- Mantido inalterado (comer com os talheres).
		4- Mantido inalterado (cortar os alimentos).
	Vestir	5- Mantido inalterado (vestir).
		6- Mantido inalterado (despir).
		7- Mantido inalterado (abotoar as roupas).
		8- Reformulado (Substituição de “atar os cordões” por “calçar e descalçar” – calçar e descalçar os sapatos).
		Novo item: “Selecionar a sua roupa?”
	Higiene e controlo de esfíncteres	9- Mantido inalterado (lavar e limpar o corpo).
		10- Mantido inalterado (lavar os dentes/tratar da prótese dentária).
		11- Mantido inalterado (cuidar do cabelo).
		12- Mantido inalterado (tratar das unhas).
		13- Mantido inalterado (ir à casa de banho).
	Mobilidade e transferências	14- Reformulado (Substituída a palavra “casa” por “instituição” – deslocar-se na instituição).
		15- Mantido inalterado (subir/descer degraus).
		16- Mantido inalterado (alcançar objetos).
		17- Mantido inalterado (deitar e levantar).
		18- Mantido inalterado (segurança no banho).
		Novos itens: “Apanhar algo do chão?”, “Utilizar o elevador autonomamente?”.

<b>Módulo 2</b>	Conversação e uso do telefone – Alterado para “Conversação e uso do telemóvel”	19- Reformulado (Substituída a palavra “telefone” por “telemóvel” – marcar um número de telemóvel).
		20- Reformulado (Substituída a palavra “telefone” por “telemóvel” – atender e desligar o telemóvel).
		21- Mantido inalterado (transmitir um recado).
		22- Mantido inalterado (compreender o que dizem).
		23- Mantido inalterado (manter uma conversa).
	Preparar as refeições – Alterado para “Refeições”	24- Eliminado (preparar um lanche).
		25- Eliminado (confeccionar refeições de prato).
		Novos itens: “Servir-se de água?”, “Tirar café?”.
	Cuidar da casa – Alterado para “Cuidar do meio envolvente”	26- Eliminado (lavar a louça).
		27- Eliminado (cuidar da roupa).
		28- Eliminado (limpar o chão).
		29- Reformulado (“Tratar do lixo?” passou a “Colocar o lixo em local próprio?”).
		30- Eliminado (cuidar das plantas, quintal ou animais).
		Novos itens: “Selecionar a roupa para enviar para a lavandaria?”, “Organizar os objetos do seu quarto (p. ex. mesa de cabeceira, roupeiro e wc)?”, “Fazer a cama?”.
	Segurança em casa – Alterado para “Segurança na instituição”	31- Reformulado (“Ter à mão números/contactos de emergência...?” passou a “Pedir auxílio em caso de necessidade?”).
		32- Mantido inalterado (lembrar onde estão objetos importantes).
		33- Eliminado (desligar eletrodomésticos).
		34- Mantido inalterado (fechar as torneiras).
		35- Reformulado (eliminada a palavra “portas” – verificar se as janelas estão fechadas).
		36- Eliminado (Supervisionar fontes de aquecimento).
<b>Módulo 3</b>	Compreensão e comunicação	37- Mantido inalterado (contar uma notícia a alguém).
		38- Mantido inalterado (compreender o que lê).

Tomada de decisão relativa à saúde	<p>39- Eliminado (adquirir medicação).</p> <p>40- Mantido inalterado (explicar o motivo pelo qual vai à consulta).</p> <p>41- Reformulado (“Tomar os medicamentos tal como prescrito...?” passou a “Reconhece a medicação que toma?”).</p>
Finanças	<p>42- Mantido inalterado (conhecer/lidar com dinheiro).</p> <p>43- Eliminado (utilizar o multibanco).</p> <p>44- Eliminado (utilizar cheques).</p> <p>45- Reformulado (eliminação dos exemplos que compõem o item – organizar finanças).</p> <p>46- Mantido inalterado (ir ao banco).</p>
Deslocação e uso de transportes	<p>47- Mantido inalterado (sair sem se perder).</p> <p>48- Eliminado (utilizar transportes públicos).</p>
Lazer e relações interpessoais	<p>49- Eliminado (organizar convívios/passeios).</p> <p>50- Mantido inalterado (realizar atividades habituais).</p> <p>Novo item: “Organizar o seu dia (p. ex. decidir em que atividades quer participar)”.</p>