



LICENCIATURA EM TERAPIA OCUPACIONAL

Terapia Ocupacional III

Desempenho ocupacional da pessoa idosa: um olhar para a participação e a funcionalidade.

**Documento elaborado pela docente:
Mônica Braúna Alencar Leão da Costa**

(Setembro, 2019)

Desempenho ocupacional da pessoa idosa: um olhar para a participação e a funcionalidade.

O fenómeno do envelhecimento populacional faz da saúde do idoso um importante foco de cuidado. Entre as modificações que ocorrem neste processo, pode-se fazer referência às alterações fisiológicas, como mudança na aparência física e declínio funcional, requerendo adaptação do indivíduo como forma de manter o seu estado de saúde. O bem-estar do idoso, como em todas as faixas etárias, depende de fatores físicos, mentais, sociais, ambientais, entre outros

Neste sentido, o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (Silva & Silva, 2014).

A qualidade de vida do idoso pode influenciar diversos fatores como condição de saúde, capacidade funcional, estado emocional, assim como pode sofrer influências de interações sociais, atividade intelectual e bem-estar físico e mental. Investigações na área da saúde do idoso têm apontado para a importância da relação entre funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar. Rosa et al. (2007) mostrou que uma melhor qualidade de vida do idoso está relacionada à manutenção da capacidade funcional e à uma rede de interação social estruturada. No caso da funcionalidade, estudos mostram que parece haver uma relação direta com algumas variáveis: presença de doenças crónico-degenerativas, doenças não transmissíveis, presença de fatores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspetos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras (de Oliveira Brasil, 2013).

Face a esta perspectiva, a avaliação funcional vem-se mostrando como recurso fundamental na práxis da Gerontologia e Geriatria, pois constitui-se como uma referência para a determinação de estratégias e para a realização dos cuidados de saúde (Araújo & Santos, 2012). Neste sentido, o modelo biopsicossocial proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pode ser utilizado para subsidiar o cuidado ao idoso, tendo em consideração também os determinantes sociais de saúde (Figura 1): os fatores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss & Filho, 2007).

Figura1. Diagrama de Influência em Camadas de Dahlgren e Whitehead.

Fonte: Comissão de Determinantes de Saúde (2005)



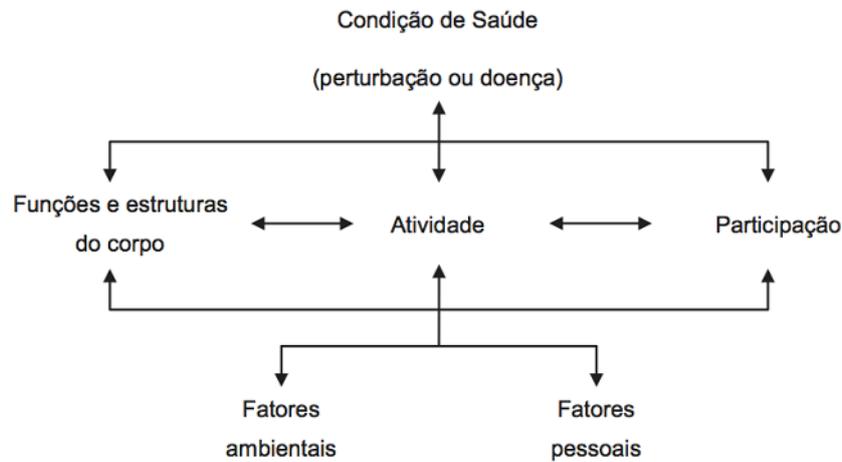
O objeto de classificação pela CIF é a situação de uma pessoa, e não a pessoa em si, ou seja, a CIF classifica a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo, e não classifica pessoas. Assim, a incapacidade não é algo que a pessoa tem, mas alguma coisa que acontece em algum momento de sua vida, ou fase de vida, por exemplo, a velhice, muitas vezes associadas às grandes síndromes geriátricas.

A sociologia sugere que a incapacidade seja exclusivamente determinada pelo contexto, ou seja, determinada pela influência negativa exercida na funcionalidade após a interação entre os fatores pessoais e os fatores ambientais. Por outro lado, na perspectiva biológica, a incapacidade é resultado de problemas nas funções e estruturas do corpo, que por sua vez, são determinados por transtornos ou doenças (Araújo, 2013).

Portanto, o mais importante na prática clínica é considerar a funcionalidade como o ponto central para avaliação e determinação de condutas. Com a utilização da CIF, poderão ser identificadas condições além das relacionadas à saúde, como as do meio ambiente, os recursos a que as pessoas têm acesso, de forma a permitir uma visão mais ampla das circunstâncias que favorecem ou dificultam a resolução dos quadros apresentados (Figura 2). As ações de controle devem contemplar os grupos populacionais priorizando os mais vulneráveis, como aqueles em situação de precariedade, sob alguma forma de discriminação, inseridos em atividades de maior risco para a saúde, entre outros, na perspectiva de superar desigualdades.

Figura 2. Interação entre os componentes da CIF

Fonte: Direcção-Geral da Saúde, 2004.



A CIF é um instrumento de grande relevância no cuidado do idoso, pois permite à equipa de saúde avaliar este sujeito na sua integralidade. Ela considera as suas capacidades e limitações e tem por subsídio uma linguagem comum entre diferentes áreas de conhecimento. Ainda possibilita a implementação do cuidado interdisciplinar de forma a contemplar as necessidades e a adaptação do idoso às condições de vida impostas pela idade. A CIF propõe um novo paradigma de funcionalidade e incapacidade que pode servir de modelo de assistência multidisciplinar (Quispe Mendoza & Macussi e Faro, 2009) além de proporcionar uma base científica para a compreensão e estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; estabelece uma linguagem comum entre os profissionais, permite a comparação de dados entre países, disciplinas e serviços, relacionadas com os cuidados de saúde em diferentes momentos ao longo do tempo e proporciona um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (Sampaio & Luz, 2009).

Nesta perspetiva, este modelo deve integrado e investigado nas dimensões sociais, políticas e culturais, constituindo um desafio para todos, no sentido de explorar a sua aceitabilidade, validade e impacto nos diferentes sistemas, sobretudo explorando o potencial na renovação de políticas mais inclusivas e equitativas (Fontes et al., 2010).

Desempenho Ocupacional... falando de Terapia Ocupacional

Os profissionais da Terapia Ocupacional usam o seu conhecimento sobre a relação transacional entre a pessoa, seu envolvimento em ocupações importantes, e o contexto em que se insere para delinear planos de intervenção- baseados na ocupação- que facilitam a mudança ou crescimento nos fatores do cliente (funções do corpo, estruturas do corpo, valores, crenças e espiritualidade); e habilidades (motora, processual e de

interação social) todos necessários para uma participação bem sucedida... Alcançar a saúde, bem-estar, e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação (Associação Americana de Terapia Ocupacional, 2015).

O terapeuta ocupacional destaca-se como o profissional habilitado para intervir junto ao idoso, contribuindo para manutenção das capacidades remanescentes, estimulação da realização das Atividades da Vida Diária (AVD), adaptação do ambiente de acordo com as demandas, proporcionando independência, autonomia e qualidade de vida (Borges, Placeres, Kuga, Ferreira, Bianchin & Lamari, 2015).

O desempenho ocupacional, foco de intervenção da terapia ocupacional, é o resultado das interações entre a pessoa, o ambiente e a ocupação (Pedretti & Early, 2004). O desempenho ocupacional trata-se da participação integrada e equilibrada do indivíduo na realização de suas atividades cotidianas em três áreas essenciais: **autocuidado, produtividade e lazer**, sendo determinado pelo próprio indivíduo com base em suas experiências, pois possibilita determinar suas habilidades, bem como a satisfação para desempenhar as suas ocupações cotidianas (Law et al., 2009). A análise do desempenho ocupacional requer a compreensão da interação complexa e dinâmica entre os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação da atividade a ser realizada.

Profissionais de terapia ocupacional estão atentos a cada um desses aspectos e avaliam a influência de um sobre os outros, individual e coletivamente. Ao compreender como esses aspectos influenciam entre si, os profissionais podem melhor avaliar como cada aspecto contribui para as preocupações relacionadas com o desempenho de seus clientes e, potencialmente, contribui para intervenções que apoiam o desempenho ocupacional (Estivalet & Corazza, 2017).

O terapeuta ocupacional em sua prática clínica usa princípio teórico e modelo, o conhecimento sobre os efeitos das condições na participação, e as evidências disponíveis sobre a eficácia da intervenção para orientar seu raciocínio. O raciocínio clínico garante a seleção precisa e a aplicação de avaliações, intervenções e medidas de resultado centrado no cliente. Os profissionais também aplicam seus conhecimentos e habilidades a fim de melhorar a participação dos clientes nas ocupações e **promover a sua saúde e bem-estar**, independentemente dos efeitos da doença, da incapacidade, da interrupção ou privação da ocupação.

Entendendo o processo de Terapia Ocupacional na pessoa idosa

O processo da terapia ocupacional é a entrega centrada no cliente de serviços de terapia ocupacional. O processo inclui a avaliação e a intervenção para alcançar os resultados visados, e ocorre no âmbito do domínio de terapia ocupacional, e é facilitada pela

perspetiva distinta de profissionais de terapia ocupacional ao se envolverem em raciocínio clínico, analisando as atividades e ocupações, e colaborando com os clientes.



Para orientar o processo de avaliação, e posteriormente, de intervenção, é importante que o terapeuta adote e seja capaz de articular uma estrutura de referência para a prática terapêutica (modelos teóricos que orientam o raciocínio clínico). Embora seja difícil o estabelecimento de um único protocolo norteador para um processo de avaliação à pessoa idosa, em função da diversidade de áreas, modelos e contextos de atuação, é fundamental que todo o processo de avaliação considere fatores de ordem teórica, metodológica e técnica.

1. O Processo de Avaliação

De acordo com a AOTA (2015), a avaliação do terapeuta ocupacional consiste na elaboração de um perfil ocupacional e da análise do desempenho ocupacional.

- i. O **perfil ocupacional** abarca informações relacionadas ao histórico ocupacional do cliente, seus padrões de desempenho, interesses, valores e necessidades de maneira que proporciona ao terapeuta ocupacional uma compreensão das perspectivas do cliente. Usando uma abordagem centrada no cliente, o profissional reúne informações para entender o que é atualmente importante e significativo para o cliente (ou seja, o que ele ou ela quer e precisa fazer) e identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais.
- ii. A **análise do desempenho ocupacional** investiga a queixa e os problemas, ou mesmo os potenciais, do cliente e requer a compreensão da integração complexa e dinâmica entre os fatores do cliente, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação e da atividade a ser realizada. Na análise do desempenho ocupacional, a queixa e os problemas ou potenciais problemas do cliente são mais especificamente identificados por meio de

instrumentos de avaliação destinados a observar, medir e informar sobre os fatores que facilitam ou impedem o desempenho ocupacional.

Uma avaliação abrangente envolve a utilização de diferentes métodos e instrumentos como: entrevistas (estruturadas e não-estruturadas), instrumentos padronizados e não padronizados, observação do comportamento, ou mesmo do desempenho do cliente na realização de uma determinada atividade.

No campo Gerontológico são inúmeros os instrumentos utilizados na recolha de informações para a intervenção na prática clínica do terapeuta ocupacional, ou mesmo com cunho investigativo. O processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional. E a intensidade deste défice condiciona o grau de dependência que vai afetar o idoso nas diversas áreas da sua vida individual e social, por isso o objetivo da Avaliação Geriátrica Global (AGA) é conhecer com maior precisão o estado do idoso e os seus problemas, possibilitando uma resposta mais completa e adequada dos profissionais e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida para o idoso, de forma a (GERMI, s.d.)

- Aumentar a precisão do diagnóstico
- Tornar o prognóstico mais correto
- Diminuir o risco iatrogénico
- Facilitar condutas preventivas
- Orientar a escolha das intervenções
- Adequar as medidas assistenciais
- Facilitar o acompanhamento
- Melhorar a qualidade de vida

A utilização dos instrumentos decorre de opções ditadas por razões variadas que vai desde os objetivos que se pretende, como aos custos disponibilidade técnica, simplicidade e fiabilidade.

2. Intervenção

A intervenção é composta por três fases:

- i. O **plano de intervenção**, que direciona as ações dos profissionais de terapia ocupacional, descreve as abordagens terapêuticas ocupacionais selecionadas e os tipos de intervenções a serem utilizados no alcance de determinados resultados dos clientes.

- ii. **Implementação da intervenção** é o processo de colocar o plano de intervenção em ação. As intervenções podem se concentrar em um único aspecto do domínio, como uma ocupação específica, ou em vários aspectos do domínio, tais como contexto e ambiente, padrões de desempenho e habilidades de desempenho.
- iii. **Revisão da intervenção** é o processo contínuo de reavaliação e revisão do plano de intervenção, de sua eficácia, e do progresso relacionado aos resultados (AOTA, 2015).

A seguir, iremos abordar a Intervenção do terapeuta ocupacional em três casos específicos. No entanto, ressaltamos que o campo de atuação do terapeuta ocupacional é muito amplo e torna difícil especificá-los de forma individual e sistemática neste capítulo. Ainda mais, que as intervenções do terapeuta ocupacional se regem pela história de vida da pessoa idosa, tendo como referência o seu perfil e desempenho ocupacional.

- **Idosos com risco de quedas**

Os episódios de queda são fortemente influenciados pela instabilidade postural, uma das grandes síndromes geriátricas, decorrente muitas vezes, durante a marcha, uma tarefa motora complexa, que no processo de envelhecimento perde o controle e desempenho funcional (Gomes et al., 2016). As quedas são consideradas um evento multifatorial, inesperado e não intencional, advindo da perda total do equilíbrio corporal e da impossibilidade do sujeito em manter o controle postural. A queda não deve ser minimizada uma vez que este evento ou as consequências deste, podem levar a pessoa idosa a uma perda da sua independência, diminuindo a sua participação em atividades do seu cotidiano, ou pode mesmo levar a óbito. Portanto, as quedas ocasionais estão relacionadas aos fatores extrínsecos, no entanto as quedas recorrentes podem estar diretamente influenciadas por fatores intrínsecos acompanhados, ainda mais, pelo risco ambiental (Gasparotto, Falsarella & Coimbra, 2014).

É preciso compreender interação dos fatores de risco que levam ao evento da queda, como fruto dos Determinantes Sociais em Saúde (Figura 1). A forma como as pessoas envelhecem está intimamente relacionada aos seus ciclos de vida e à maneira como viveram. Neste caso, em particular, o terapeuta ocupacional intervém no âmbito domiciliar com o objetivo de ajustar os potenciais riscos de queda (análise do ambiente): evitar barreiras que impeçam uma marcha segura, diminuição do uso de tapetes, ajuste da iluminação, treino de banho (uso de barras ou cadeiras de banho), redução de mobiliária na zona de acesso. Além do aconselhamento do uso de calçados adequados e produtos de apoio (andarilho, bengalas) e consultadoria à família.

Programas de prevenção, por exemplo sessões de movimento, também têm sido uma prática de excelência pelos terapeutas ocupacionais em idosos institucionalizados. Estes programas têm com o objetivo: aumentar equilíbrio, da resistência, força, e flexibilidade, melhoria da independência nas tarefas de vida diária e reduzir o número de quedas. Os programas podem estar estruturados em sessões de 45 a 60 minutos de

duração: 1. Aquecimento; 2. Caminhada; 3. Exercícios localizados; Alongamento estático e 5. Relaxamento (Daniel, et al., 2015).

- **Idosos com Deficiência Visual**

Dentre as principais causas de alterações visuais na população idosa estão a catarata, o glaucoma e a degeneração macular relacionada à idade, associadas ou não à falta e correção ótica. A pessoa idosa pode ter dificuldade em se concentrar em atividades de curta distância (presbiopia), ter um ligeiro declínio na acuidade visual e campo visual, além de dificuldades relacionadas à adaptação à luz e a escuridão e diminuição da sensibilidade ao contraste e da percepção de profundidade (Weisser-Pike & Kaldenberg, 2010).

Considerando os impactos que a deficiência visual pode acarretar na vida das pessoas idosas, a reabilitação desse ser conduzido prioritariamente por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de promover a qualidade de vida e a participação do indivíduo e levar em consideração o conceito ampliado de saúde (bem-estar físico, psíquico e social) (Nobre, Montilha & Temporini, 2010).

A escolha do tipo de intervenção está diretamente relacionada aos contextos em que a pessoa idosa está inserida, aos papéis que desempenha e o suporte familiar, deve incluir o treinamento e ampliação das habilidades visuais, estratégias sensoriais e organizacionais, adaptações ambientais, uso de recursos óticos, mobilidade na comunidade, resolução de problema e utilização de sentidos remanescentes, promovendo a percepção (Aciem, 2011). As intervenções devem priorizar uma abordagem centrada no cliente, que respeite suas preferências, valores, hábitos e crenças (Corrêa & Santana, 2014). Há que se considerar que o impacto da perda visual é extremamente individual: nem todas as áreas de desempenho ou atividades são importantes ou problemáticas para todos os idosos com alterações visuais.

Na intervenção com pessoas idosas com alterações visuais, o desempenho ocupacional em diferentes atividades requer o uso da visão pode ter o apoio com o uso de recursos de tecnologia assistida que podem impactar expressivamente na participação em atividades significativas para o indivíduo. Neste contexto, os terapeutas ocupacionais podem promover as habilidades funcionais, a independência, a autonomia, a participação e a qualidade de vida de pessoas com deficiência visual por meio de estratégias que considerem os resultados das avaliações referentes às áreas de desempenho e à visão funcional (AOTA, 2015).

- **Idosos com Demência de Alzheimer**

A Demência de Alzheimer (DA) tem um início insidioso e contempla vários estágios com características relacionadas ao comportamento e as alterações neuropsiquiátricas. Os sinais e sintomas estão relacionados ao declínio dos múltiplos domínios cognitivos e consequente impacto no desempenho das AVD (Alzheimer Association, 2013).

As intervenções baseadas no envolvimento em ocupações utilizam o treinamento direto da atividade selecionada no plano terapêutico para treino de competências. Neste caso,

é importante identificar o que está a interferir na execução desta atividade para que o terapeuta possa desenvolver as estratégias de aprendizagem da pessoa com DA.

Intervir no ambiente físico têm sido uma prática comum do terapeuta ocupacional, uma vez que se utiliza de estratégias compensatórias como por exemplo: dicas visuais, sinais com direção, imagens, rótulos em armário, sequências de tarefas, no entanto estas modificações não podem ser tão exageradas, para que não aumente o quadro confusional em que a pessoa com DA não consiga identificar o seu ambiente. O terapeuta analisa o ambiente para identificar a melhor forma de reduzir ocorrências de comportamentos desajustados, desorientação espacial e temporal, além de minimizar a sobrecarga física e mental do cuidador informal (Assis, Assis e Cardoso, 2013). Outras estratégias utilizadas de caráter de teleassistência são: os alarmes sonoros, *palmtops*, dispositivos eletrônicos de voz e pulseira com sensor de queda e limitação de deslocação.

No campo de atuação da Terapia Ocupacional junto a idosos com DA, as intervenções na habilidade de desempenho compreendem os programas de gestão comportamental e programas de prevenção ou compensação de determinadas habilidades que interferem diretamente no envolvimento das suas ocupações (Shaber & Liberman, 2010). Torna-se crucial uma intervenção multidimensional com associação de atividades de lazer, psicomotricidade, estimulação cognitiva e musicoterapia, assim como a estruturação de rotinas. Sempre que for oportuno utilizar também o relaxamento para a redução das alterações comportamentais como: a apatia, depressão, agitação, ansiedade, irritabilidade, agressividade e comportamento motor aberrante (Baglio et al., 2015).

As intervenções voltadas para o desempenho cognitivo podem ser feitas em grupos ou individuais. As abordagens mais utilizadas no treino cognitivo são (Loureiro et al., 2011):

- Compensação: desenvolve as habilidades que estão preservadas e mecanismos alternativos, uma vez que a função alterada não pode ser recuperada.
- Substituição: ensino de estratégias que ajudam o sujeito minimizar os problemas resultantes das disfunções cognitivas.

A Terapia de Reminiscência e Terapia de Orientação para a Realidade ganham cada vez mais expressividade nas intervenções dos terapeutas ocupacionais associadas a outras técnicas cognitivas.

3. Resultados

Os resultados representam o final do processo de terapia ocupacional; eles descrevem o que os clientes podem alcançar através da intervenção da terapia ocupacional. Os benefícios da terapia ocupacional são multifacetados e podem ocorrer em todos os aspetos do domínio. Os resultados estão diretamente relacionados com as intervenções previstas e ocupações, os fatores do cliente, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e com os contextos e ambientes almejados.

Os resultados também podem ser acompanhados para a melhoria da relação transacional entre as áreas do domínio que resultam na capacidade dos clientes de se envolverem em ocupações desejadas que são secundárias às habilidades melhoradas relacionadas ao fator do cliente e as habilidades de desempenho (AOTA, 2015). compreender o idoso e o contexto em que ele vive, são um dos desafios na aplicação de cuidados a essa faixa etária. Os profissionais da saúde precisam atuar no desenvolvimento de práticas mais humanistas, com estímulo ao compromisso e responsabilização entre profissionais e até mesmo com a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer Association (2013). Alzheimer's Disease fact and figures. Chicago.

Aciem, T. M. (2011). Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após a reabilitação.

American Occupational Therapy Association, A. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo - 3ª ed. traduzida. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 26(esp), 1-49. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49>

Araujo, E. S. D. (2013). CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. *Fisioterapia & Saúde Funcional*, 2(1), 6-13.

Araújo, I., & Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: Avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 95-102.

Assis, M., Assis, L. & Cardoso, A. (2013). Reabilitação das atividades diárias. In Malloy-Diniz, I. et al., *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.

Baglio, F., Griffanti, L., Saibene, F. L., Ricci, C., Alberoni, M., Critelli, R., ... & Cabinio, M. (2015). Multistimulation group therapy in Alzheimer's disease promotes changes in brain functioning. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 29(1), 13-24.

Borges, E. M., Placeres, A. F., Kuga, J. Y., Ferreira, S., Bianchin, M. A., & Lamari, N. M. (2015). Diminuição da funcionalidade em idosos reinternados. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(2), 38-41.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). A conceptual framework for action on social determinants of health

Corrêa, G. C., & Santana, V. C. (2014). Avaliação do impacto de uma intervenção de terapia ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 43-50.

Daniel, F. D. N. R., Vale, R. G. D. S., Nodari Júnior, R. J., Giani, T. S., Bacellar, S., Batista, L. A., & Dantas, E. H. M. (2015). Static balance of elderly women submitted to a physical activity program. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 735-742.

de Cássia Gomes, G., Teixeira-Salmela, L. F., de Freitas, F. A. S., Fonseca, M. L. M., de Barros Pinheiro, M., de Carvalho Morais, V. A., & Caramelli, P. (2016). Desempenho de idosos na marcha com dupla tarefa: uma revisão dos instrumentos e parâmetros cinemáticos utilizados para análise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 165-182.

de Oliveira Brasil, A. C. (2013). Promoção de saúde e a funcionalidade humana. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 26(1), 1-3.

Estivalet, K. M., & Corazza, S. T. (2017). Desempenho ocupacional de idosos praticantes de hidroginástica/Occupational performance of elderly practitioners of water aerobics. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(2).

Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceituais, estruturais e de aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 171-178.

Gasparotto, L. P. R., Falsarella, G. R., & Coimbra, A. M. V. (2014). As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(1), 201-209.

Loureiro, A. P. L., de Lima, A. A., da Silva, R. D. C. G., & Najjar, E. C. A. (2011). Reabilitação cognitiva em idosos institucionalizados: um estudo piloto. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(2), 136-144.

Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (s.d). Avaliação Geriátrica. Acedido em: https://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf 7 de maio de 2019.

PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Desempenho Ocupacional e Modelos de Prática para Disfunção Física. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. Terapia Ocupacional: capacidades práticas para disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004. p. 3-13

Quispe Mendoza, I. Y., & Mancussi e Faro, A. C. (2009). Soporte social del anciano quirúrgico: Revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 8 (15), 1-10.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2982-2992, dez. 2007.

Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Funcionalidade e incapacidade humana: Explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (3), 475-483.

Schaber, P., & Lieberman, D. (2010). *Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders*. Press Bethesda.

Silva, F. C. M., & Silva, H. R. O. (2014). Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 19(3).

Weisser-Pike, O. & Kaldenberg, J. (2010). Abordagens de terapia ocupacional para facilitar o envelhecimento produtivo de indivíduos com baixa visão. *OT Practice* , 15 (3), CE-1.