

# **Contributos do Exercício Físico para a Qualidade de Vida da Pessoa Idosa**

**Versão final após defesa**

**Ana Isabel da Graça Henriques**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Gestão de Unidades de Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor João Carlos Correia Leitão

**Julho de 2024**

## **Declaração de Integridade**

Eu, Ana Isabel da Graça Henriques, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M 12269 do 2º Ciclo/Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã \_\_24\_ / \_07\_\_ / \_2024\_\_

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente  
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

# **Dedicatória**

Aos meus Pais

## **Agradecimentos**

Desejo expressar os meus agradecimentos a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor João Leitão, por desde logo, ter aceitado, orientado, ter confiado nas minhas capacidades. Agradeço a sua disponibilidade, cordialidade e competência na condução deste trabalho.

Ao António, meu marido, e aos meus filhos Pedro e Diogo pelo tempo de que os privei da minha presença, bem como pelo apoio emocional e técnico manifesto.

Ao meu irmão Luís Graça, pelo seu incentivo, por toda a ajuda, pelo seu aconselhamento, sempre oportuno, bem como pelas suas revisões.

À Senhora Vereadora da Câmara Municipal do Fundão, Dr.<sup>a</sup> Alcina Cerdeira, a autorização do estudo e a sua disponibilidade para a entrevista.

À Coordenadora do Memo-Move Fundão, Professora Catarina Rondão, a sua autorização do estudo e disponibilidade manifestada na condução do trabalho de campo, bem como à Dr. Magda, ao Dr. João e ao Dr. Pedro, por toda a disponibilidade demonstrada.

A todos os utentes do Programa Memo-Move, que se disponibilizaram, a participar no estudo e a partilhar as suas vivências, o meu grande bem-haja, pois sem a sua colaboração, não teria sido possível a realização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho, em particular à Sandra e à Inês pelo incentivo e apoio manifesto.

A todos os amigos que acreditaram em mim e me apoiaram neste projeto pessoal e profissional.

A todos a minha profunda gratidão, BEM-HAJA.

## **Resumo**

As evidências sobre a prática de exercício físico e cognitivo, por parte das pessoas idosas, documentam os ganhos e benefícios, em termos de saúde e qualidade de vida das mesmas.

O propósito da presente investigação é compreender como, é que, a prática regular de exercício físico e cognitivo contribui para a percepção da qualidade de vida, por parte dos idosos, que frequentam o Programa Memo-Move Fundão.

O estudo empírico segue uma abordagem qualitativa, tendo-se optado, pelo estudo de caso único do tipo descritivo e exploratório. Definiu-se como caso de estudo o programa comunitário Memo-Move Fundão e como unidade de análise as pessoas idosas, que frequentam o mesmo. A amostra de conveniência foi constituída por 22 idosos participantes ativos no programa supraidentificado. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas aos idosos, profissionais e vereadora da Câmara Municipal do Fundão (CMF). Através do recurso à triangulação de dados, visou-se aferir da validade dos construtos em uso na presente investigação, contrastando as perspetivas de diferentes responsáveis e intervenientes participantes no estudo. O tratamento da informação recolhida, foi realizado com recurso à metodologia de análise de conteúdo.

No que respeita às evidências obtidas, verificou-se uma percepção convergente no que respeita ao reconhecimento do bem-estar físico, cognitivo e reequilíbrio físico e emocional, por parte dos idosos e dos profissionais. As relações interpessoais, a autodeterminação, a integração social e o suporte emocional, são identificados a partir do discurso de ambos os grupos de intervenientes, como contributos relevantes para a qualidade de vida dos idosos, associadas, à frequência do programa Memo-Move.

**Palavras-chave** Envelhecimento ativo; Exercício; Qualidade de Vida; Reequilíbrio físico e emocional.

## **Abstract**

Evidence on the practice of physical and cognitive exercise by elderly people documents the gains and benefits in terms of their health and quality of life.

The purpose of this research is to understand how the regular practice of physical and cognitive exercise contributes to the perception of quality of life by elderly people who attend the Memo-Move Fundão Program.

The empirical study follows a qualitative approach, having opted for a descriptive and exploratory single case study. The Memo-Move Fundão community program was defined as a case study and the elderly people who attend it were defined as the unit of analysis. The convenience sample consisted of 22 elderly people who were active participants in that program. Semi-structured interviews were carried out with the elderly, professionals and councilor of the Fundão City Council (FCC). Data triangulation was used to assess the validity of the constructs in use in the present investigation, contrasting the perspectives of different managers and stakeholders participating in the study. The processing of the information collected was carried out using the content analysis methodology.

Regarding the evidence obtained, there was a convergent perception regarding the recognition of physical, cognitive well-being and physical and emotional rebalancing, on the part of the elderly and professionals. Interpersonal relationships, self-determination, social integration and emotional support are identified from the discourse of both groups of stakeholders, as relevant contributions to quality of life of the elderly, associated with attending Memo-Move program.

**Keywords:** Active aging; Exercise; Quality of life; Physical and emotional rebalancing.

## Índice

Lista de Figuras	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de Acrónimos	xi
1.Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	5
2.1 Quadro teórico	5
2.1.1 Envelhecimento e teoria da Atividade	5
2.1.2 Envelhecimento Ativo	6
2.1.3 Determinantes do Envelhecimento Ativo	8
2.1.4 Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida	8
2.1.5 Contributos do Exercício para o Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida	12
2.2 Modelo de Análise	14
3. Metodologia de Investigação	18
3.1 Abordagem da Investigação e Âmbito do Estudo	18
3.2 Questões de Investigação	18
3.3 Unidade de Análise	19
3.4 Tipo de Amostra	19
3.5 Procedimentos Metodológicos	20
4. Estudo de Caso	23
4.1 Caraterização do Memo-Move Fundão	23
5 Apresentação e Discussão dos Resultados	25
5.1. Estudo 1 - Idosos: Apresentação das Evidências	25
5.2. Estudo 2 - Profissionais e Vereadora	34
5.2.1 - Profissionais: Apresentação das Evidências	33
5.2.2 - Vereadora: Apresentação das Evidências	39
5.3 Discussão dos Resultados	40

6. Conclusões, Limitações e Sugestões	48
Referências Bibliográficas	50
Apêndices	55
Apêndice 1 - Determinantes do Envelhecimento Ativo	56
Apêndice 2- Guião das Entrevistas	65
Apêndice 3 - Parecer da Comissão de Ética da UBI	72
Apêndice 4.- Pedido de Autorização do Estudo à Coordenadora do MM	74
Apêndice 5.- Modelo de Consentimento Informado	76

# Lista de Figuras

Figura 1- Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo	8
Figura 2- Dimensões da Qualidade de Vida	11
Figura 3- Modelo da Qualidade de Vida: Variáveis e Dimensões	15
Figura 4- Contributos do Exercício Físico e Cognitivo para a Qualidade de Vida	45

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões da Qualidade de Vida: Definições e Indicadores	17
Tabela 2 - Distribuição da amostra por sexo	25
Tabela 3 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade	26
Tabela 4- Distribuição da amostra por atividade profissional exercida	26
Tabela 5 - Distribuição da amostra por estado civil	27
Tabela 6 - Distribuição da amostra com quem vive	27
Tabela-7-QV percebida pelos idosos: Bem-estar físico, emocional e material. Classificação da QV: Reequilíbrio físico e emocional	28
Tabela 8- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Bem estar	30
Tabela 9- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Desenvolvimento pessoal	32
Tabela 10 - Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Inclusão social	33
Tabela 11 - Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Reequilíbrio físico e emocional	33
Tabela 12 - Significado de QV dos idosos: Percepção dos profissionais do programa MM	35
Tabela 13 - Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do MM: Bem-estar	36
Tabela 14 - Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do MM: Desenvolvimento Pessoal	37
Tabela 15- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos percebida pelos profissionais do MM: Inclusão social	38
Tabela 16- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do MM: Reequilíbrio físico e emocional	39

## Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AF	Atividade Física
CCDR	Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CE	Comissão Europeia
CIDESD	Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento
CMF	Câmara Municipal do Fundão
DGS	Direção-Geral da Saúde
EA	Envelhecimento Ativo
ENEAS	Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
EF	Exercício Físico
MM	Memo-Move
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPAF	Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
QV	Qualidade de Vida
UBI	Universidade da Beira Interior
UNPF	<i>United Nations Population Fund</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>



## 1.Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno demográfico que se caracteriza pelo aumento da proporção de pessoas idosas relativamente à população total. Esse fenómeno é impulsionado por via do declínio das taxas de fecundidade, da redução da mortalidade em face dos avanços da medicina, da maior acessibilidade a cuidados de saúde e da melhoria das condições de vida e de saúde pública, o que no cômputo global tem contribuído para o aumento da longevidade. No mundo, uma em cada nove pessoas tem pelo menos sessenta anos de idade, estimando-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050 (UNFPA, 2012). O índice de envelhecimento é uma medida que expressa a relação entre o número de pessoas idosas (definidas como aquelas com sessenta e cinco anos ou mais) e o número de pessoas mais jovens (definidas como aquelas com menos de quinze anos), numa determinada população. Seguindo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2021), o índice de envelhecimento em Portugal evoluiu de 27,3% em 1960 para 182,1% em 2021. No território da Cova da Beira, os índices de envelhecimento e de dependência dos idosos, revelam ser superiores aos nacionais e regionais (Plano Local de Saúde, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Cova da Beira 2018-2020).

O envelhecimento humano é um processo natural e, gradual, que ocorre ao longo da vida e envolve uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo caracterizado, pelo declínio progressivo das funções orgânicas e pela diminuição da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio. Trata-se de um fenómeno que é, simultaneamente, multidimensional, por ser comum a todos os seres vivos, e individual, na medida em que cada um envelhece de forma única e a um ritmo próprio. Enquanto processo biológico, este implica modificações fisiológicas, que são cumulativas, progressivas e irreversíveis. As modificações fisiológicas conduzem a uma perda gradual nas reservas fisiológicas o que contribui para o risco aumentado de doença, assim como para a diminuição da capacidade intrínseca e da capacidade funcional surgindo associada uma certa dificuldade de adaptação ao ambiente circundante. A capacidade intrínseca, refere-se ao somatório das capacidades físicas e mentais à disposição de um dado indivíduo (WHO, 2005), determinando, em certa medida, a autonomia deste último. A capacidade funcional resulta da interação da pessoa com o seu ambiente e refere-se à habilidade do indivíduo para realizar as atividades diárias, tidas como necessárias à sua independência e qualidade de vida. Do ponto de vista psicossocial, o envelhecimento é complexo, pois, é influenciado por fatores culturais, religiosos, sociais, económicos, os quais determinam, em parte, a qualidade de vida da pessoa idosa. De entre as várias teorias psicossociais, elaboradas com a motivação de providenciar uma explicação sobre a influência desses fatores sobre o envelhecimento, é de realçar a Teoria da Atividade, por entender-se que é a que melhor fundamenta o presente estudo. Essa teoria foi formulada por Havighurst e

Albrecht em 1953; os quais advogam que, um idoso deve manter-se ativo se quer obter mais satisfação na vida e se quer manter a sua autoestima e conservar a saúde. Ainda segundo estes teóricos, o envelhecimento pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma reorganização dos papéis já desempenhados, cabendo à sociedade valorizar a idade e promover esse processo de ajustamento (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). A Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu, em 2005, o conceito de Envelhecimento Ativo (EA), definindo-o como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que se envelhece. O conceito de EA reconhece que o envelhecimento é um processo normal e que as pessoas idosas têm o direito a permanecerem ativas e integradas na sociedade. Tal inclui a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo práticas diversas, tais como dieta equilibrada, exercício físico regular, manutenção das relações sociais, oportunidades de aprendizagem e crescimento pessoal e participação em atividades promotoras do bem-estar.

O conceito de bem-estar é referido como sinónimo de qualidade de vida (Veenhoven, 2000; Sirgy, 2002). A qualidade de vida é um conceito subjetivo, baseado na percepção pessoal, com grande variabilidade, e também multidimensional, na medida em que inclui entre outras, dimensões a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as condições de vida e as relações sociais do indivíduo. A qualidade de vida foi definida, em 1994, pelo grupo da *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)* como sendo a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Irigaray e Trentini, 2009).

Segundo Azevedo *et al.* (2022) os fatores determinantes do envelhecimento ativo que mais contribuem para uma melhor qualidade de vida são: uma boa base económica; uma boa rede social com amigos, vizinhos e familiares; e a adoção de comportamentos saudáveis. De entre os comportamentos saudáveis, selecionou-se, para efeitos da investigação, a prática do exercício físico (EF) / atividade física (AF), por se tratar de uma ferramenta com potencial para a promoção do envelhecimento ativo com qualidade de vida. Muito embora os conceitos sejam frequentemente usados indistintamente, há que os diferenciar: (i) a atividade física, seguindo Sobral (2003), refere-se ao trabalho muscular capaz de elevar a taxa metabólica acima do nível considerado de repouso; e (ii) o exercício físico é uma atividade física planeada, repetitiva e estruturada, realizada com o objetivo de melhorar ou manter a aptidão física e a saúde, podendo ser entendido como um subgrupo da AF, distinguindo-se pela intencionalidade dos movimentos (Katch & Katch, 1995).

As evidências sobre a prática regular de exercício físico, pelas pessoas idosas, documentam os ganhos e benefícios em termos de saúde e qualidade de vida, das mesmas. A Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2020, no Programa Nacional de Promoção Atividade Física (PNPAF), refere que a atividade física regular contribui para aumentar a longevidade e reduzir a carga da

doença, para além de ser um coadjuvante terapêutico de relevo num conjunto alargado de doenças crónicas não transmissíveis.

No estudo desenvolvido por Cassiano *et al.* (2020) sobre os efeitos de um protocolo misto de exercícios físicos sobre o risco cardiovascular, a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos hipertensos, concluiu-se que a frequência de sintomas depressivos diminuiu de 25% para 4,2%. E, no mesmo estudo, o protocolo misto de exercícios físicos revelou ser uma alternativa de baixo custo e eficaz, no que respeita à melhoria do perfil lipídico e da qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos participantes.

O diagnóstico de saúde da população do território da Cova da Beira, destaca o envelhecimento demográfico como uma prioridade de intervenção devido a uma série de problemas associados, designadamente o isolamento, a solidão, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a baixa adesão à terapêutica, a alimentação inadequada, o sedentarismo e a inatividade física e social. Um dos objetivos orientadores do Plano Local de Saúde 2018-2020, consistiu em promover um envelhecimento ativo da população residente no território supraidentificado. O programa Memo-Move - Centro de Estimulação Cognitiva e Exercício Físico, é um programa comunitário do Município do Fundão, dirigido às pessoas com mais de sessenta e cinco anos, assenta num programa multidimensional e integrado de prevenção e intervenção, que visa contribuir para a promoção do envelhecimento ativo.

Sícoli & Nascimento (2003), preconizam que a participação de pessoas idosas em programas de promoção da saúde e a adoção de comportamentos saudáveis como o exercício físico, são uma excelente opção para prevenir e reduzir um número de declínios funcionais associados ao envelhecimento.

No entanto, os benefícios da prática do exercício físico ainda encontram uma correspondência limitada na observação empírica deste fenómeno, em especial, no que diz respeito às necessidades, expectativas e à motivação dos idosos para a prática regular do exercício, assim como, ao contributo da prática de exercício físico para a perceção da qualidade de vida dos participantes no presente estudo.

A constatação desta limitada correspondência, em sede do desenvolvimento da atividade profissional da candidata, conjugada com a motivação científica anteriormente referida no que concerne à exploração ainda limitada da relação entre as práticas de envelhecimento ativo e a qualidade de vida dos idosos, constituem as principais razões que justificam a realização do presente estudo. Assim sendo, entende-se que a identificação dos benefícios percebidos pelos participantes em programas comunitários como por exemplo o Memo-Move, permitem não só avaliar a satisfação e a autoperceção do bem-estar, mas também os ganhos subjetivos decorrentes da frequência do programa.

O estudo empírico segue uma abordagem qualitativa, tendo-se optado pelo estudo de caso, com o propósito de compreender como é que a prática regular de exercício físico e cognitivo contribui para a

percepção da qualidade de vida dos idosos, que frequentam o programa Memo-Move Fundão. Tendo-se delineado como objetivos secundários: (i) conhecer a percepção da pessoa idosa sobre o significado de qualidade de vida; e (ii) conhecer a autoavaliação da pessoa idosa sobre qualidade de vida.

A oportunidade e importância do estudo emergem com o reconhecimento do bem-estar físico, emocional e cognitivo, decorrente da prática regular de exercício físico e cognitivo, no âmbito do programa Memo-Move, e do contributo do bem-estar para efeitos do reforço do envelhecimento ativo e da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Seguindo Schalock e Verdugo (2002), a utilização do conceito de qualidade de vida, funciona como um marco de referência para a prestação de serviços, fundamenta as práticas baseadas na evidência e permite desenvolver estratégias de melhoria contínua.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro partes, a saber: a primeira parte, reporta-se à fundamentação teórica, e ao modelo de análise que suporta a investigação, o Modelo de Qualidade de Vida baseado na teoria de Schalock e Verdugo (2002); a segunda parte, versa a metodologia adotada para a investigação, nomeadamente: a abordagem e o âmbito do estudo; questões de investigação; unidade de análise, tipo de amostra e por último os procedimentos metodológicos adotados; a terceira parte, documenta o estudo de caso, nomeadamente a caracterização do programa comunitário Memo-Move; são apresentadas e discutidas as evidências decorrentes da triangulação de dados obtida com as entrevistas realizadas aos idosos (Estudo 1) e aos profissionais do programa Memo-Move e ainda à Senhora Vereadora da Câmara Municipal do Fundão (Estudo 2); e na última parte são apresentadas as conclusões, as limitações e as sugestões para estudos futuros.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1 Quadro teórico**

Para Fortin (2009), o quadro de referência de uma investigação, é um conjunto de princípios teóricos e conceptuais, que fornecem a estrutura e a base para a pesquisa, e ajudam a definir o contexto, fornecendo uma estrutura para organizar os conceitos, as relações entre eles e a direção da investigação. No segundo capítulo desta dissertação visa-se descrever a abordagem teórica psicossocial, que alicerça a investigação realizada, assim como definir os conceitos de envelhecimento e envelhecimento ativo, e os seus fatores determinantes. Adicionalmente, pretende-se abordar o conceito de qualidade de vida e os benefícios do exercício físico e cognitivo, no que respeita à promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida da pessoa idosa.

#### **2.1.1 Envelhecimento e Teoria da Atividade**

O envelhecimento humano pode definir-se como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante a totalidade do ciclo de vida (WHO, 2005). É um fenómeno multidimensional, comum a todos os seres vivos, e também individual, na medida em que cada um, envelhece de forma única e a um ritmo próprio. Por seu turno, o processo biológico, implica modificações fisiológicas, que são cumulativas, progressivas e irreversíveis. As modificações fisiológicas conduzem a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, contribuindo para um risco aumentado de doença, assim como para uma diminuição da capacidade intrínseca e da capacidade funcional, levando, por sua vez, a uma inevitável dificuldade de adaptação ao ambiente circundante.

Do ponto de vista psicossocial, o envelhecimento é influenciado por fatores económicos, sociais, religiosos e culturais, que determinam, em parte, a qualidade de vida da pessoa idosa. De entre as várias teorias psicossociais que foram elaboradas com a motivação de explicar a influência desses fatores sobre o envelhecimento, apresenta-se, primeiramente, a Teoria da Atividade, por se entender ser, a que melhor fundamenta a investigação. A referida Teoria formulada por Havighurst e Albrecht (1953) tem, por princípio basilar, a ideia de que o grau de atividade desenvolvida pelo idoso está relacionado com o nível de satisfação com a vida. A mesma Teoria assenta em três premissas:

- 1) A maioria dos idosos, se a sua saúde o permitir, conserva de forma razoável os níveis de atividade;

- 2) O estilo de vida passado e as condições socioeconómicas influenciarão, vinculados ou desvinculados, com maior significado, do que algum processo intrínseco e indeclinável; e
- 3) A atividade social, física e mental deve ser mantida e desenvolvida para que o envelhecimento seja bem aproveitado.

De acordo com a mesma teoria, existe uma relação direta entre o nível de satisfação de viver e os papéis sociais desempenhados, a atividade implementada e a intensidade das relações sociais estabelecidas (Serafim, 2007).

O envelhecimento é influenciado pela interação dos fatores biológicos, sociais, culturais, económicos e ambientais: para que aconteça de uma forma sustentável, ativa e saudável, sendo importante a integração e a interação das pessoas idosas com o meio social. Por conseguinte, é desejável que as pessoas envelheçam de forma saudável, dando continuidade aos seus projetos de vida.

A OMS (2005) introduziu o conceito de envelhecimento saudável, que consiste no processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, o que por sua vez contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa com o meio. O objetivo principal é aumentar o bem-estar, o qual é um conceito holístico que contempla a totalidade dos elementos e das componentes da vida valorizados pelo indivíduo. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que estas últimas mais valorizam (DGS, 2017).

### **2.1.2. Envelhecimento ativo**

O envelhecimento ativo tem uma maior abrangência, pois assume uma natureza multidimensional, que compreende as questões da saúde, e integra a totalidade dos aspetos socioeconómicos, comportamentais, ambientais e culturais que determinam o envelhecimento.

Em 1998, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) definiu o envelhecimento ativo como sendo a capacidade de as pessoas levarem uma vida ativa e produtiva na sociedade, à medida que envelhecem. O envelhecimento ativo implica uma flexibilização do modo como os indivíduos e as famílias repartem o seu tempo entre as atividades de trabalho, educação, lazer e prestação de cuidados. Este conceito reforça a necessidade de prolongamento da vida ativa, protelando assim a entrada na aposentação, bem

como a importância de planejar a mesma, investindo em projetos pessoais/familiares, no sentido de minimizar o impacto da referida aposentação. Esta visão orientadora é corroborada pela Comissão Europeia (CE), que tende a posicionar o envelhecimento ativo como uma estratégia coerente que visa um envelhecer saudável, sendo necessário desenvolver um conjunto de práticas que englobam a educação e a formação ao longo da vida; o prolongamento da vida ativa; a protelação da aposentação e, mais progressivamente, para conseguir que as pessoas idosas se tornem ativas durante a aposentação e realizem atividades que reforcem as suas capacidades e preservem a saúde (CE, 2002). A Comissão Europeia, a par da protelação da aposentação propõe ainda que as pessoas idosas desenvolvam as suas competências e promovam a literacia em saúde e o bem-estar. A OMS no final da Década de 1990, veiculou uma mensagem mais abrangente sobre o significado de “envelhecimento saudável”, ou seja, reconhecendo que para além dos cuidados com a saúde, existem outros fatores a considerar, passíveis de afetar o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997 citado por WHO, 2005). O conceito baseia-se no reconhecimento dos direitos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), preconizando que o «envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas» (WHO, 2002, p.53; l.9).

A OMS estabelece três pilares fundamentais para efeitos de definição e mensuração do conceito de envelhecimento ativo, que se articulam entre si, nomeadamente: (i) Promoção da saúde; (ii) Participação; e (iii) Segurança (WHO, 2002).

Seguindo o preconizado em WHO (2002), em primeiro, a promoção da saúde, é entendida como o processo de capacitação das pessoas para atuarem na melhoria da sua qualidade de vida, de modo a atingirem um estado de completo bem-estar físico, mental e social, para tal precisam de estar dotadas de ferramentas que lhes permitam identificar e satisfazer as suas necessidades, assim como modificar favoravelmente o meio que os envolve. A saúde deve ser entendida como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. É assim um conceito positivo que reforça o potencial de saúde.

Em segundo, a participação, diz respeito à capacidade funcional, no sentido da otimização da sua autonomia, mas também da participação das pessoas idosas nas questões sociais, económicas, culturais e outras. Trata-se da participação cívica, na comunidade onde estão inseridas, quer seja integrando ou liderando órgãos de política autárquica e associações recreativas, quer seja participando no cuidar de familiares (os netos, por exemplo) e, em ações de voluntariado. O importante é que o façam de livre vontade, de acordo com as suas motivações e capacidades (WHO; 2002).

Em terceiro, a segurança é garantida ao assegurar a proteção, segurança e dignidade aos idosos, sendo um elemento-chave para as políticas e programas públicos orientados para a, promoção da segurança social, financeira e física da população idosa; para o respeito dos direitos e das necessidades individuais e coletivas; e para o auxílio das famílias nos cuidados aos seus familiares mais idosos (WHO, 2002).

### 2.1.3 Determinantes do Envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é influenciado por um conjunto de fatores que são indicadores da forma como as populações envelhecem (WHO, 2002).

Os fatores determinantes que contribuem para um envelhecimento ativo, adequam-se à saúde das pessoas de todas as idades. Este conjunto de múltiplos fatores que interagem entre si, acaba por influenciar a saúde das comunidades, sendo passível de intervenção. Apesar de não ser possível atribuir uma causa direta a qualquer um deles, existem evidências que sugerem que todos estes fatores e a sua interação são bons indícios de como os indivíduos e as populações envelhecem (WHO, 2005). Na figura 1, apresentada abaixo, são apresentados os fatores determinantes que são indicadores do modo como as populações envelhecem.

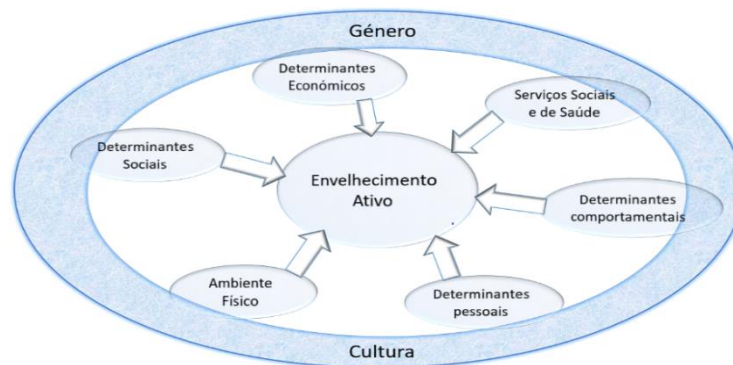


Figura 1- Fatores determinantes do envelhecimento ativo<sup>1</sup>

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde (2005).

<sup>1</sup> A sistematização de cada um dos fatores determinantes é apresentada no Apêndice 1, em virtude do número máximo de páginas aplicável à presente dissertação de mestrado.

### **2.1.4 Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida**

O envelhecimento ativo e saudável pode ser interpretado como um fator ativador da economia através da dinamização do empreendedorismo, da cocriação e do codesenvolvimento. É possível gerar valor acrescentado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, da maior satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, da melhor qualidade de vida e segurança financeira dos familiares e outros cuidadores informais, bem como por via do aumento da eficiência e da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011, citado por DGS, 2017*). Qualidade de Vida (QV), bem-estar subjetivo, felicidade, satisfação com a vida, entre outros, são conceitos usados, em termos equivalentes, para referir a boa vida em geral (Pais-Ribeiro, 2009).

No que respeita à qualidade de vida, este é um conceito subjetivo, baseado na perceção pessoal, com grande variabilidade, como resultado das diferentes aplicações das várias disciplinas, que se têm dedicado ao seu estudo, multidimensional, que incluem entre outras, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as condições de vida e as relações sociais do indivíduo. Apesar de não ser consensual, existe alguma unanimidade em utilizar a definição do WHOQOL, segundo o qual a qualidade de vida relacionada com a saúde, é definida como a perceção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida no contexto da sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Irigaray e Trentini, 2009). A OMS aponta três aspetos básicos a ter em linha de conta na construção do conceito de QV: a subjetividade, a multidimensionalidade (inclui, pelo menos, as dimensões: física; psíquica; psicológica; e social) e a bipolaridade (presença de dimensões positivas e negativas) (Kluthcovsky e Takayanagui, 2007).

A avaliação subjetiva e única, que cada pessoa faz de si própria, das suas vivências, é um dos alicerces da QV percebida, dependendo do nível sociocultural, da idade, e das aspirações pessoais de cada indivíduo (Neri, 2007; Vecchia *et al.*, 2005 citados por Medeiros *et al.*, 2021). Boggatz (2016) e Lara *et al.* (2020) convergem no sentido de a qualidade de vida ser um estado de satisfação geral decorrente do potencial da pessoa e da combinação de aspetos objetivos e subjetivos, que se baseiam em cinco domínios principais do bem-estar: físico; material; social; emocional e cognitivo. As respostas a esses domínios são subjetivas e dependem de vários fatores, tais como a perceção social, material, cultural e individual, entre outros (Gómez e Caballero, 2021). A multidimensionalidade diz respeito ao reconhecimento de que o conceito compreende diferentes dimensões, cuja identificação tem sido objeto de pesquisa em estudos empíricos, utilizando metodologias tanto qualitativas como quantitativas (Gonçalves Marques

*et al.*, 2014). No que concerne à bipolaridade, esta refere-se à presença de dois extremos opostos, ou seja, autonomia *versus* dependência.

De acordo com Veenhoven (2000), diversos conceitos, tais como qualidade de vida, bem-estar e felicidade, são utilizados em termos análogos, conferindo-lhes uma natureza sinônima. Também a saúde é usada como sinônimo de qualidade de vida (Pais-Ribeiro, 2009). Sirgy (2002) integra o conceito de qualidade de vida no âmbito de um conceito mais abrangente de bem-estar subjetivo (BES). O mesmo autor, usa o termo bem-estar subjetivo para expressar os aspectos subjetivos da qualidade de vida (felicidade, satisfação com a vida, e qualidade de vida percebida), defendendo que a qualidade de vida está relacionada com as experiências dos indivíduos. Assim, sentimentos de alegria, prazer, contentamento e satisfação com a vida, são fundamentais para o entendimento da qualidade de vida.

O BES é definido por Sirgy (2002), como a satisfação das necessidades de desenvolvimento, através da participação em domínios importantes da vida. Sendo um importante indicador subjetivo da qualidade de vida, o BES, seguindo Lawton (1983), é uma das dimensões da qualidade de vida na velhice. As outras são: as competências comportamentais; as condições do ambiente em que a pessoa está inserida e a qualidade de vida percebida. O BES, constitui um campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, Suh e Oishi, 1997). As referidas avaliações devem ser cognitivas (satisfação global com a vida e com outros domínios específicos, como por exemplo o casamento e ou o trabalho) e devem incluir também uma dimensão emocional, sobre a frequência, com que se experimentam emoções positivas e negativas (Diener *et al.* 1997 citados por Siqueira, 2008). Trata-se de um conceito que requer autoavaliação, ou seja, só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros (Siqueira, 2008). A autoavaliação é *per se*, subjetiva, sendo que as pessoas, apoiam-se nas suas vivências e experiências, bem como nos seus valores, e nas suas expectativas e emoções, para realizarem a referida autoavaliação. Estas conceções subjetivas estão organizadas em pensamentos e sentimentos sobre a existência individual (Diener e Lucas, 2000 citado por Siqueira, 2008).

A qualidade de vida individual é um fenómeno multidimensional composto por dimensões centrais que são influenciadas por características pessoais e fatores ambientais, bem como pelas respetivas interações. Estas dimensões centrais são as mesmas para todas as pessoas, embora possam variar em termos de importância de uma pessoa para outra. A qualidade de vida, seguindo Gómez *et al.*(2010), compreende dimensões objetivas e subjetivas e melhora com a autodeterminação, a disponibilidade de recursos, o estabelecimento de objetivos e a inclusão. As dimensões básicas da qualidade de vida são um conjunto de fatores que compõem o bem-estar pessoal e os seus indicadores são percepções, condutas ou condições específicas

das dimensões da qualidade de vida que refletem o bem-estar de uma pessoa (Schalok e Verdugo, 2002), conforme é possível observar abaixo na Figura 2.



Figura 2- Dimensões da Qualidade de Vida

Fonte: Adaptado de Schalock e Verdugo (2002).

A OMS (2002) sublinha a importância da promoção de um envelhecimento ativo para aumentar a qualidade de vida dos idosos. Nesta perspectiva, torna-se imperativo que as políticas públicas atuais e futuras estejam focadas na qualidade de vida das pessoas idosas (Velo, 2015).

Segundo a visão de Velo (2015), a prática de um envelhecimento ativo, principalmente através da participação social, contribui para melhorar a saúde e a qualidade de vida do idoso. Esta visão é secundada por Cabral *et al.* (2013), os quais preconizam que a participação social é um fator preponderante para a felicidade dos idosos, estando associada a melhores níveis de bem-estar, satisfação, saúde e qualidade de vida.

A qualidade de vida está igualmente relacionada com a autoestima, o bem-estar pessoal, compreendendo diversos aspectos, tais como: capacidade funcional; nível socioeconômico; estado emocional; interação social; atividade intelectual; autocuidado; suporte familiar; estado de saúde; valores culturais e, éticos; religiosidade; estilo de vida; satisfação com o emprego; atividades da vida diária; e ambiente em que se vive (Vecchia *et al.*, 2005). Importa assim, conhecer as percepções do significado da qualidade de vida para os idosos, com o duplo objetivo de promover e desenvolver projetos de intervenção, que respondam às necessidades e expectativas expressas pelos mesmos.

Segundo Borglin *et al.* (2005), existem poucos estudos qualitativos que versem o significado e a percepção da qualidade de vida para os idosos. De entre os publicados, destacam-se os que abordam a importância de vínculos familiares, relações sociais, saúde, independência, bem-

estar psicológico, papéis sociais, atividades, recursos financeiros, possibilidade de viver em casa e ter uma boa vizinhança, no sentido de se poder assegurar uma boa qualidade de vida na velhice (Irigaray e Trentini, 2009).

O estudo qualitativo de Vecchia *et al.* (2005), revelou que um grupo de idosos priorizava a questão afetiva e a família; outro grupo, atribuía maior relevância ao prazer e ao conforto; ao passo que, para um terceiro grupo, qualidade de vida significava colocar em prática os seus ideais de vida. Os significados de qualidade de vida, evidenciados pelos investigadores dedicados ao estudo desta temática, sublinham a subjetividade e multidimensionalidade do conceito.

Em resultado de uma revisão integrativa da literatura, baseada em sete estudos publicados entre 2015 e 2020, Azevedo *et al.* (2022), concluíram que a qualidade de vida dos idosos, está associada a diversos fatores determinantes, salientando a importância dos recursos económicos, dos apoios sociais e da habitação. Os mesmos autores advogaram ainda que, fatores tais como ter uma menor escolaridade, ser dependente, viver isolado, sofrer de depressão e ter problemas económicos, contribuem para uma pior qualidade de vida. Pessoas mais idosas, do género feminino, viúvas e que residem com os filhos, com menor nível de escolaridade, residentes em meio rural e com piores condições de habitação, apresentaram uma qualidade de vida inferior. Pessoas idosas de faixa etária mais baixa, independentes, com participação social ativa e com bons recursos financeiros apresentam uma qualidade de vida superior.

### **2.1.5 Contributos do Exercício para o Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida**

A promoção da saúde e dos cuidados de diagnóstico e prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida, ajudando na racionalização dos recursos públicos afetos ao nível de oferta de serviços públicos. De facto, comprova-se a eficácia das atividades de diagnóstico e prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias incapacitantes e de evolução prolongada, pelo que se torna prioritária uma atuação concertada, dos atores públicos, privados e sociais, no sentido de melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, e a prática regular de atividade física (DGS, 2006). As evidências sobre a prática regular de exercício físico, por parte das pessoas idosas, documentam os ganhos e benefícios em termos de saúde e qualidade de vida, das mesmas. No estudo desenvolvido por Cassiano *et al.* (2020) sobre os efeitos de um protocolo misto de exercícios físicos sobre o risco

cardiovascular, a qualidade de vida e a presença de sintomas depressivos em idosos hipertensos, concluiu-se que a frequência de sintomas depressivos diminuiu de 25% para 4,2%. Assim, no mesmo estudo, o protocolo misto de exercícios físicos revelou ser uma possível alternativa de baixo custo e eficaz, na melhoria tanto do perfil lipídico, como da qualidade de vida relacionada com a saúde dos idosos participantes.

Ensari *et al.* (2016) estudaram os efeitos de sessões únicas de exercícios de caminhada e ioga sobre os sintomas agudos de humor em pessoas com esclerose múltipla, concluindo que a caminhada e o ioga produziam melhorias semelhantes nos sintomas gerais de humor agudo e, ainda, que a caminhada melhorou a sensação de vigor dos participantes.

Gusi *et al.* (2008) focaram-se no binómio custo/benefício dos programas de exercício físico, para idosos, no âmbito de um estudo randomizado de ensaio controlado, sobre o custo/utilidade de um programa de caminhada para idosas obesas e com excesso de peso e moderadamente deprimidas, nos cuidados de saúde primários em Cáceres, Espanha. Os mesmos investigadores concluíram que a estratégia de convite e o programa de exercícios, resultaram numa alta taxa de participação, o que se traduziu numa adição viável e económica, tendo resultado num melhor atendimento. O programa revelou ser um recurso valioso para ajudar as pessoas idosas a aumentar a sua atividade física, de acordo com as recomendações dos clínicos gerais, para além de contribuir no auxílio à tomada de decisão, prevenção primária e otimização dos recursos em saúde.

Para Matsudo (2006), a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são fundamentais para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. Segundo a mesma autora, a atividade física para além de contribuir para a prevenção e o controlo das doenças crónicas não transmissíveis, também está associada a uma melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida. A prática de atividades físicas também pode ser considerada uma boa forma de reabilitação da função cognitiva, pois melhora a atenção, a memória, e a função executiva; aumenta o transporte de oxigénio para o cérebro, a síntese e a degradação de neurotransmissores; melhora o tempo de resposta e reprime o declínio da função cardiovascular associado ao declínio cognitivo.

A este propósito, cabe destacar a meta-análise desenvolvida por Blondell *et al.* (2014), os quais se basearam num conjunto de vinte e um estudos sobre atividade física e declínio cognitivo, mais um conjunto de vinte seis estudos sobre atividade física e demência, tendo sido publicados de 2007 a 2013, convergindo no sentido de que as pessoas que tinham maior nível de atividade física apresentavam menor risco de declínio cognitivo (RR=0,65; IC95%=0,55-0,76) e demência (RR=0,86; IC95%=0,76-0,97), quando comparados com os que apresentavam menores níveis de atividade física. Os mesmos autores concluíram ainda que os

estudos observacionais longitudinais revelaram uma associação entre níveis mais elevados de atividade física e um risco reduzido de declínio cognitivo e demência.

A boa funcionalidade cognitiva das pessoas idosas é tida como um indicador importante de envelhecimento ativo e de longevidade, sendo que um bom funcionamento cognitivo é fundamental para assegurar a autonomia e a independência da pessoa idosa. No estudo de Irigaray *et al.*(2010), é revelado que o treino cognitivo, incluindo tarefas de atenção, memória e funções executivas, pode auxiliar na manutenção e no aumento das funções cognitivas, assim como contribuir para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar psicológico de idosos

## **2.2 Modelo de Análise**

Tendo presente o Modelo de Qualidade de Vida baseado na teoria de Schalock e Verdugo (2002), organizou-se o desenho metodológico do presente estudo. Assim, seguindo os referidos autores, considera-se, a qualidade de vida individual como um fenómeno multidimensional composto por dimensões centrais que são influenciadas por características pessoais e fatores ambientais, bem como pelas suas interações. Estas dimensões centrais são as mesmas para todas as pessoas, podendo variar de pessoa para pessoa, em termos de importância. A qualidade de vida compreende dimensões objetivas e subjetivas e melhora com a autodeterminação, a disponibilidade de recursos, o estabelecimento de objetivos e a inclusão (Gomez *et al.*2010).

Tal como se pode observar na Figura 3 apresentada abaixo, as dimensões básicas da qualidade de vida, para Schalok e Verdugo (2002), são um conjunto de fatores que compõem o bem-estar pessoal e os seus indicadores são as perceções, as condutas ou condições específicas das dimensões da qualidade de vida, que refletem o bem-estar de uma pessoa.



Figura 3 - Modelo da Qualidade de Vida: Categorias e Dimensões  
 Fonte: Adaptado de Schalock e Verdugo (2002)

Seguindo Schalock e Verdugo (2002), os princípios basilares do modelo da qualidade de vida são os seguintes:

- i) Centralidade na pessoa: diz respeito ao reconhecimento e respeito pela singularidade e individualidade de cada pessoa, destacando a importância de abordar as necessidades, desejos e objetivos individuais, a participação ativa na tomada de decisão, o reconhecimento do direito da pessoa de fazer as suas próprias escolhas e controlar a sua vida;
- ii) Holismo: reforça a importância de compreender e abordar a qualidade de vida, de uma forma integral, considerando todas as dimensões de vida e as suas interconexões. Sugere uma abordagem global e reconhece a complexidade da experiência humana;

- iii) Contexto: reconhece que a qualidade de vida é influenciada pelo ambiente em que a pessoa vive, tendo em linha de conta os fatores ambientais, sociais, culturais;
  
- iv) Ação: destaca a importância da implementação de intervenções efetivas e sustentáveis capazes de promover resultados tangíveis, que visem mudanças positivas, oportunidades de desenvolvimento pessoal e de bem-estar físico e emocional; e
  
- v) Integração: reforça a interconexão e a interdependência entre as diferentes áreas que compõem a experiência de vida da pessoa, promovendo a abordagem holística, a sinergia entre dimensões, a adaptação às necessidades individuais e o contexto em que se insere.

Na Tabela 1 apresentada em seguida, conjugam-se as oito dimensões do modelo, com as definições e indicadores propostos, em termos correspondentes para efeitos de operacionalização das referidas dimensões.

Tabela1 –Dimensões da Qualidade de Vida: Definições e Indicadores

<b>Categorias</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Definições</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Bem-estar</b>	Físico (BF)	Ter boa saúde, sentir-se em boa forma física e ter hábitos de alimentação saudáveis.	Assistência médica; Sono; Saúde e as suas alterações; Atividades de vida diária; Acesso a ajudas técnicas; e Alimentação.
	Emocional (BE)	Sentir-se tranquilo, seguro e não estar nervoso.	Satisfação; Autoconceito e Ausência de stress ou sentimentos negativos.
	Material (BM)	Possuir dinheiro suficiente para comprar o que necessita e o que se deseja ter, ter uma casa e um trabalho adequado.	Casa; Trabalho; Salário ou Pensão; Bens materiais; e Poupanças.
<b>Desenvolvimento pessoal</b>	Relações interpessoais (RI)	Relacionar-se com várias pessoas, ter amigos e dar-se bem com colegas e vizinhos.	Relações sociais; ter amigos identificados; Relações familiares; Contatos sociais positivos e gratificantes; Relações de Casal e Sexualidade.
	Autodeterminação (AU)	Decidir por si mesmo e ter oportunidade de escolher as coisas que quer, como quer a sua vida, o seu trabalho, o seu tempo livre, o lugar onde vive e as pessoas com que se dá.	Metas e preferências pessoais; Decisões; Autonomia; e Escolhas.
<b>Inclusão social</b>	Direitos (DE)	Ser considerado igual aos demais, com tratamento igual, que respeitem a sua forma de ser, as suas opiniões, desejos, intimidade e direitos.	Intimidade; Respeito; Conhecimento; e Exercício de direitos.
	Cidadania	Participação ativa e igualitária na vida comunitária. O acesso a direitos e serviços. Capacidade de exercer escolhas e tomar decisões que afetam a vida pessoal e coletiva.	Participação comunitária; Direitos civis e humanos; Acesso a serviços e recursos;
	Empregabilidade	Capacidade de uma pessoa conseguir, manter e progredir em um emprego no mercado de trabalho.	Taxa de emprego; Estabilidade no emprego; Qualidade do emprego; Remuneração e benefícios.

Fonte: Adaptado de Verdugo *et al.* (2009) Escala GENCAT. Manual de aplicação da escala GENCAT de qualidade de vida.

## **3. Metodologia de Investigação**

### **3.1 Abordagem de investigação e âmbito do estudo**

O presente estudo empírico segue uma abordagem qualitativa, que se enquadra nas cinco características dos estudos qualitativos definidas por Yin (2015), designadamente: estudar o significado da vida das pessoas nas condições da vida real; representar as opiniões e perspetivas das pessoas de um estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte.

Dentro da abordagem qualitativa, optou-se pelo estudo de caso único, do tipo descritivo e exploratório. Para Yin (2015, p.17; l.14), «um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo (o “caso”) em profundidade e no seu contexto do mundo real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes». A motivação principal é a de compreender e descrever, um fenómeno (influência do exercício físico e cognitivo na percepção da qualidade de vida), do ponto de vista dos que vivem a experiência (idosos que frequentam o Programa Memo-Move Fundão). O estudo exploratório, procura informação que possibilite avaliar os fatores determinantes da percepção da qualidade de vida, por parte dos idosos. O que se entende, ser adequado ao objetivo geral, definido para a investigação: “Compreender como, é que, a prática regular de exercício físico e cognitivo contribui para a percepção da qualidade de vida dos idosos, que frequentam o programa Memo-Move Fundão”. Os objetivos secundários, são: i) conhecer a percepção da pessoa idosa sobre o significado de qualidade de vida; e ii) conhecer a autoavaliação da pessoa idosa sobre qualidade de vida.

### **3.2 Questões de Investigação**

As questões iniciais de investigação orientam a procura sistemática de dados para extrair conclusões. “A forma da questão – em termos de “quem”, “que”, “onde”, “como”, e “por que” proporciona uma indicação importante relacionada ao método de pesquisa mais relevante a ser usado. A pesquisa de estudo de caso é, provavelmente, mais apropriada para as questões “como” e “por que” (YIN, 2015, p.31; l28). Em face do exposto definiu-se como questão central de investigação, a seguinte:

**Q1-**Como é que a prática regular de exercício físico e cognitivo, pode contribuir para a percepção da qualidade de vida da pessoa idosa?

Tendo por base o modelo teórico de qualidade de vida, de Schalock & Verdugo (2002) definiram-se as seguintes questões secundarias

**Q1.1** - O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, através da melhoria do bem-estar.

**Q1.2** - O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, através do desenvolvimento pessoal.

**Q1.3** - O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, por via da inclusão social.

### **3.3 Unidade de Análise**

Atendendo à questão central de investigação anteriormente apresentada, definiu-se como caso de estudo o programa Memo-Move Fundão, tendo como unidade de análise, as pessoas idosas que frequentam o referido programa. Trata-se de um programa comunitário promovido pela Câmara Municipal do Fundão, que tem por objetivo, desenvolver atividades que criam estimulação motora e cognitiva nas pessoas com mais de 65 anos, para que as suas perdas de capacidades, reduzam e desacelerem. A razão da escolha do programa Memo-Move, relaciona-se com a sua natureza inovadora e, por entender-se, tratar-se de uma resposta eficiente, visando promover o envelhecimento ativo, numa das regiões do país mais envelhecidas.

### **3.4 Tipo de Amostra**

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin,2009). A amostra de conveniência, por via de uma maior facilidade de acesso à unidade de análise, é constituída por 22 utentes, com mais de 65 anos, que frequentam o programa Memo-Move Fundão. Os critérios de inclusão definidos foram: as pessoas idosas, estarem presentes nos dias, de deslocação do investigador ao espaço onde decorre o programa; manifestarem a sua concordância em participar no projeto de investigação, após serem devidamente informadas; frequentarem o espaço há pelo menos 6 meses; e terem capacidade de partilhar as suas experiências e vivências. A definição destes critérios, de inclusão estão em consonância com o preconizado por Fortin (2009), o qual faz notar a importância atribuída pela aplicação de métodos qualitativos, a diferentes fatores, tais como o saber e a experiência das pessoas selecionadas para o estudo. Nos estudos qualitativos, é importante que as pessoas selecionadas, possam partilhar da sua experiência ou descrever o que interessa ao investigador. A definição da dimensão da amostra (N=22) teve por base a proposta de Rêgo *et al.* (2018), que alertam para a situação de saturação teórica, quando se obtém uma forte correspondência entre os dados, a literatura e a teoria. Ainda segundo, os

mesmos autores, a partir de determinado número de casos, a realização de mais entrevistas não aporta informação nova, atingindo-se a saturação. Para se determinar o poder informacional da amostra teve-se em linha de conta os critérios seguintes: o objetivo do estudo; os participantes com características homogêneas; a existência de um referencial teórico; e o acesso privilegiado do investigador aos participantes no programa Memo-Move Fundão.

### **3.5 Procedimentos Metodológicos**

Relativamente à recolha da informação nos estudos de caso, Meirinhos & Osório (2010) advogam que devem ser o caso e o seu contexto, bem como o problema, as proposições e respetivas questões orientadoras, a indicar ao investigador as melhores técnicas e materiais a utilizar, bem como a informação a recolher. Por conseguinte, adotaram-se os procedimentos seguintes:

- i) Entrevista semiestruturada, aos idosos, previamente assinalados, presentes nos dias em que o investigador se deslocou ao Memo-Move, e que, após terem sido devidamente informados pelo investigador dos objetivos da investigação, acederam a participar na mesma;
- ii) Observação participada das sessões de exercícios;
- iii) Entrevista aos profissionais do Memo-Move, bem como à Senhora Vereadora da Câmara Municipal do Fundão; e
- iv) Consulta de artigos de imprensa e página do programa Memo-Move nas redes sociais.

No sentido de dar correspondência à visão de Yin (2015), segundo a qual a orientação inicial do estudo de caso aponta para múltiplas fontes de evidência, procedeu-se à triangulação de dados.

Nesta linha de ação, a avaliação do estudo de caso pode incluir o uso de análise de documentos, de entrevistas abertas e fechadas, bem como a análise quantitativa de dados registados e a observação direta de campo (Meirinhos & Osório, 2010).

A vantagem mais importante proporcionada pelo uso de fontes múltiplas de evidência é a possibilidade de desenvolver linhas convergentes de investigação e através da triangulação dos dados, adjuvar no reforço da validade do construto e assegurar, deste modo, a convergência de evidências (Yin, 2015). Neste sentido, com a utilização de múltiplas fontes de evidência procurou-se conhecer as perspetivas dos vários intervenientes sobre os contributos do exercício para a qualidade de vida das pessoas idosas.

A entrevista é uma das fontes de informação mais importantes nos estudos de caso (Yin, 2015). Para Fontana e Frey (1994), a entrevista é um meio eficaz para compreender melhor outros seres humanos (Meirinhos e Osório, 2010). Nos termos propostos por Yin (2015), no âmbito do presente estudo, adotou-se um modelo de entrevista curta para efeitos de recolha de dados a tratar no âmbito do estudo de caso. Assim, o guião de entrevista, foi constituído por sete questões estruturadas, pré-definidas, direcionadas para o fenómeno a ser investigado, que tiveram na base da sua elaboração, as linhas orientadoras obtidas a partir da revisão da literatura, integradas no modelo de análise adotado (cf. Apêndice 2). As entrevistas foram realizadas, em termos presenciais no período compreendido entre 21 de dezembro 2023 e 10 de fevereiro 2024, tendo ocorrido na sede do programa Memo-Move, à exceção da entrevista à Senhora Vereadora, que teve lugar no gabinete da Vereadora CMF. Após obtenção de autorização prévia, procedeu-se à gravação áudio das entrevistas, prestando-se informação aos entrevistados sobre os objetivos da investigação, e garantindo que, a utilização dos dados serviria única e exclusivamente para os fins propostos e, ainda, que seria assegurada a confidencialidade dos dados. Após obter a anuência e o consentimento por escrito dos intervenientes, procedeu-se à realização das entrevistas, que haviam sido previamente agendadas, com uma duração média, de sessenta minutos. Relativamente à observação participante, esta assume um modo especial de observação, em que o investigador não é um mero observador passivo, mas pode assumir uma variedade de papéis no estudo de caso, podendo mesmo participar em acontecimentos a serem estudados (Yin, 2015).

Por conseguinte, a investigadora nas suas deslocações à sede do programa Memo-Move, teve oportunidade de observar e interagir com os utentes das duas valências, que serão descritas no ponto 4, em diferentes dias e horários, o que permitiu contextualizar melhor os dados recolhidos.

É de notar que a recolha de dados obedeceu ao cumprimento estrito das questões éticas e legais implícitas à realização de uma investigação, em sede da obtenção do parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (cf. Apêndice 3), e da formalização do pedido de autorização à coordenadora do programa Memo-Move e à Senhora Vereadora da CMF (cf. Apêndice 4), bem como a todos os participantes, garantindo o anonimato, a confidencialidade e o indispensável consentimento informado (cf. Apêndice 5). Para efeitos de tratamento da informação recolhida no estudo de caso, adotou-se a metodologia de análise de conteúdo, preconizada por Bardin (2004).

A análise de conteúdo consiste na aplicação de técnicas de análise das comunicações, visando obter por intermédio da aplicação de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem inferir

conhecimentos relativos de condições de produção e recepção das referidas mensagens (Bardin, 2004).

Segundo Bardin (2004) a técnica de pesquisa da análise de conteúdo adotada no presente estudo, compreendeu três fases principais, a saber: i) pré-análise; ii) exploração do material, categorização ou codificação; e iii) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

## 4. Estudo de Caso

### 4.1 Caracterização do Memo-Move Fundão

O programa Memo-Move Fundão - Centro de Estimulação Cognitiva e Exercício Físico, é um programa comunitário do Município do Fundão, tendo nascido de um projeto académico da Universidade da Beira Interior (UBI). O foco da investigação incidiu, inicialmente, na influência do exercício físico no retardamento da doença de Alzheimer, e, posteriormente, foi direcionado para as pessoas com défice cognitivo ligeiro. A investigação decorreu em lares do concelho do Fundão e foram avaliados vários parâmetros, nomeadamente o exercício físico combinado com a estimulação cognitiva, o perfil lipídico, bem como os danos causados pelo stress oxidativo. Foi realizada uma avaliação inicial, e no final de seis meses, foram avaliados parâmetros de aptidão física, capacidades cognitivas, perfis lipídico e bioquímico. Os resultados foram significativos em termos da melhoria dos níveis de aptidão física e cognitiva, nomeadamente da capacidade funcional, memória e também do perfil lipídico e bioquímico. Os resultados da investigação foram apresentados ao Município do Fundão e, em face dos resultados obtidos, foi decidido avançar com recurso a fundos europeus, na implementação de um projeto comunitário nas vertentes de exercício físico e estimulação cognitiva, surgindo, deste modo, o programa Memo-Move em 2020. Dirigido às pessoas com mais de 65 anos, residentes no concelho do Fundão, assenta num programa multidimensional e integrado de prevenção e intervenção, tendo por objetivos principais: promover o exercício físico combinado com a estimulação cognitiva; treinar, prevenir e reabilitar; e combater o isolamento social com a integração em atividades de grupo. É dinamizado por uma equipa multidisciplinar, constituída por quatro profissionais, sendo que um deles é o Coordenador, que trabalham as dimensões de saúde física, mental e emocional. Segundo a coordenadora do programa, Professora Catarina Rondão, esta iniciativa proporciona uma solução eficiente e inovadora para a resolução dos problemas sociais identificados no concelho, nomeadamente a ineficiência das estruturas de apoio, a ausência de serviços de proximidade e intervenção, a inexistência de soluções eficazes centradas na prevenção e intervenção, as perdas em diferentes aspetos da vida, e a diminuição das relações familiares e sociais que vão ocorrendo com o envelhecimento. Como programa inovador no País, envolve parceiros diversificados, tais como a CMF, o TEIA (Tempo, Educação, Integração e Ação), a UBI e o Hospital de São João, no Porto. Ao nível da saúde mental, apresentam um programa onde se realizam atividades de estimulação cognitiva, utilizando programas de treino cognitivo com supervisão *online*, recorrendo às plataformas “*Cogweb*” e “*Brain on Track*”. Para tal, são realizados exercícios de estimulação da atenção, da memória, da linguagem, da orientação, do cálculo e do raciocínio. Através destas plataformas, monitorizadas e supervisionadas, é possível implementar

programas de treino cognitivo diferenciados na intensidade e especificamente dirigidos aos défices que cada utilizador apresenta. Já no que concerne à saúde física, são operacionalizados programas de exercício físico posteriormente acrescidos com tarefas de estimulação cognitiva (conceito de “*dual-task*”). Aludindo às palavras da mesma coordenadora sobre o programa Memo-Move: “É uma resposta inovadora. temos “*exergames*” que permitem trabalhar e avaliar as capacidades físicas e cognitivas de forma mensurável e lúdica, permitindo manipular, avaliar e voltar a programar. O objetivo é trabalhar as capacidades coordenativas, combinando-as com exercícios de cálculo e memória” (Rondão citada por Jornal do Fundão, 2023). Atualmente, o programa decorre no 1º andar de um Centro Comercial, localizado no centro urbano, administrativo e comercial da Cidade do Fundão, que se encontrava parcialmente desativado, onde foi transformada uma antiga sala de cinema num ginásio devidamente equipado. Existem, para além das áreas comuns, duas salas de estimulação cognitiva, um quadro interativo e uma pista de marcha onde os utilizadores trabalham algumas capacidades físicas como a resistência, o equilíbrio, a força e a flexibilidade. Numa fase posterior e na dinâmica *dual-task*, são estimuladas as capacidades cognitivas como a memória, a atenção, as funções executivas, o cálculo, entre outras. O projeto inclui dois níveis de intervenção. O primeiro nível inclui um plano de trabalho específico e individualizado de seis meses, e que resulta da avaliação física (capacidade funcional entre outras) e cognitiva (escala de demência entre outras) do utente, com recurso a instrumentos de avaliação devidamente testados, trabalham-se “as áreas em défice com materiais próprios e com a ajuda da tecnologia” (Rondão citada no Jornal do Fundão, 2023). O segundo nível inclui, a autonomia e o bem-estar, sendo trabalhado com recurso a um treino mais abrangente, no sentido de promover a socialização e as relações interpessoais. Com provas dadas, em termos de resultados das avaliações realizadas aos frequentadores, foi apresentado sob a forma de um poster, o estudo intitulado “Effect of a community dual-task exercise program on physical fitness of elderly: The MEMO-MOVE program”, num congresso Internacional, realizado em 2023, no Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento (CIDESD). No estudo de Rondão *et al.*(2024) concluiu-se que o ensaio da intervenção “*dual-task*”, apresentou evidências preliminares de que o programa comunitário Memo-Move, pode melhorar a aptidão física em idosos o que poderá contribuir para diminuir a prevalência de quedas. Quanto à avaliação subjetiva do impacto do programa na vida das pessoas idosas, a coordenadora está convicta de que este projeto contribui para melhorar a vida das pessoas “«...os idosos passam muito tempo sozinhos. Não há aqui ninguém que não esteja feliz. Quando aqui chegam podem não vir muito bem, mas saem de cá muito melhor...não curamos ninguém, mas ajudamos a dar qualidade de vida às pessoas e a retardar o avanço de determinadas patologias...»” (Rondão citada por Jornal do Fundão, 2023).

## 5 – Apresentação e Discussão de Resultados

O presente capítulo apresenta e discute as evidências obtidas resultantes das entrevistas aos idosos que frequentam o programa Memo-Move, que se denomina por Estudo 1, ao passo que o estudo realizado junto dos profissionais do Memo-Move e da Senhora Vereadora da CMF, se denomina por Estudo 2, numa perspetiva de triangulação dos dados, com o objetivo de testar e reforçar a validade do construto em estudo (Yin,2015).

Tendo como referencial orientador, o quadro teórico de referência, a questão central de investigação e os objetivos do presente estudo, procedeu-se à aplicação da técnica de análise de conteúdo. O processo de análise dos dados, foi realizado com recurso ao método dedutivo.

### 5.1. Estudo 1 – Idosos: Apresentação das evidências

A amostra foi constituída por 22 pessoas idosas, de um universo de 26 utilizadores do MM, sendo maioritariamente feminina: 68% dos utentes são mulheres, conforme consta da Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo

Sexo	N	%
Feminino	15	68
Masculino	7	32
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria.

A média das idades dos utentes situa-se nos 77, 6 anos, na faixa etária entre os 65 e 87 anos.

O nível de escolaridade que predomina é o da 4<sup>o</sup> classe (referida por 54,5% utentes), apenas 9% dos utentes referem licenciatura, como se observa na Tabela 3 apresentada abaixo.

Tabela 3 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	N	%
Sabe ler e escrever	5	23
4ª Classe	12	54,5
Até ao 6º ano	2	9
Curso profissional	1	4,5
Licenciatura	2	9
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito à atividade profissional exercida, predominam os utentes reformados do setor terciário (comércio e outros serviços), como se apresenta na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da amostra por atividade profissional exercida

Exercício de atividade profissional	N	%
Setor Primário	3	14
Setor Secundário	5	23
Setor Terciário	8	36
Sem Profissão Remunerada	6	27
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria.

Em termos da caracterização do estado civil dos participantes, 54,5% dos utentes são casados, seguindo-se os viúvos, como se observa na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da amostra por estado civil

Estado civil	N	%
Casado	12	54,5
Viúvo	8	36,5
Solteiro	1	4,5
Divorciado	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à questão que lhes foi colocada, sobre com quem vivem, 54,5% dos inquiridos vivem acompanhados do respetivo cônjuge, enquanto 41% dos idosos vivem sós, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da amostra com quem vive

Com quem vive	N	%
Cônjuge	12	54,5
Só	9	41
com outros	1	4,5
Total	22	100

Fonte: Elaboração própria.

Os idosos foram, ainda, questionados no sentido de se poder aferir da sua perceção sobre o significado de qualidade de vida. As respostas obtidas foram categorizadas nas dimensões da Qualidade de Vida, nomeadamente: Bem-estar físico; Bem-estar emocional; Bem-estar material. Conforme se pode observar na Tabela 7 apresentada abaixo, as expressões mais verbalizadas, ter saúde (73%) e ter autonomia (54,5%), enquadram-se na categoria do Bem-estar físico.

Tabela 7– QV percebida pelos idosos: Bem-estar físico, emocional e material. Classificação da QV

Qualidade de vida é:	Entrevistas																						Total	
	E1 (I)	E2 (A)	E3 (I)	E4 (I)	E5 (I)	E6 (A)	E7 (A)	E8 (A)	E9 (A)	E10 (A)	E11 (A)	E12 (A)	E13 (I)	E14 (I)	E15 (I)	E16 (A)	E17 (A)	E18 (A)	E19 (A)	E20 (I)	E21 (I)	E22 (I)		
Bem-estar Físico	Ter saúde	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	16
	Ter autonomia			✓			✓			✓	✓	✓		✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	12
Bem-estar Emocional	Ter apoio / boas relações com família e amigos		✓			✓	✓	✓	✓							✓								6
	Bem estar / Ser feliz	✓							✓		✓	✓												4
	Autoestima																✓							1
	Dignidade		✓													✓			✓					3
	Respeito e Amor pelos outros																		✓					1
	Amizade	✓																						1
	Pertença																✓							1
	Convívio													✓										1
	Paz																			✓				1
	Bem-estar Material	Satisfação das necessidades básicas		✓				✓	✓											✓				
Casa								✓								✓			✓					3
Dinheiro		✓	✓					✓	✓										✓					5
Como Classifica a sua Qualidade de vida	Boa				✓		✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓			✓			✓		6
	Razoável	✓	✓		✓		✓			✓		✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	14
	Má			✓				✓																2

Fonte: Elaboração própria. Modelo de apresentação das respostas adaptado de Rice *et al.* (2014).

Legenda: (I) Entrevistado do grupo de Intervenção; e (A) Entrevistado do grupo de Autonomia e Bem-estar.

A saúde é frequentemente referida como sinónimo de qualidade de vida (Veenhoven, 2000) Na dimensão do bem-estar físico, a evidência constatada nas expressões dos idosos quando inquiridos sobre o significado de QV, é manifestada pelo: “...andar a gente bem com saúde...” (E10, mulher, 78), mesmo quando existe doença ou sequelas, “...ter saúde, minimização das sequelas quando existem...” (E20, mulher, 65, com sequelas de AVC) e também a utilização mais abrangente do conceito de saúde, “...sentir-me bem comigo mesma...” (E11, mulher, 75). Autonomia, enquanto sinónimo de QV é referida por 54,5% dos inquiridos. Está implícita na expressão de uma das inquiridas, limitada, física e psicologicamente, pelas sequelas de um Acidente Vascular Cerebral, “...é querer fazer tudo...” (E3, mulher, 71), outra das inquiridas faz alusão à autonomia ao referir “...ter capacidade para fazer a minha vida...” (E13, mulher, 73). E há uma terceira que refere “...continuar com a vida que tinha antes, tratar das ovelhas, conduzir o carro, tratar da quinta ...” (E21, mulher, 74).

Na dimensão de bem-estar emocional, a evidência que se verificou, nas expressões dos idosos quando inquiridos sobre o significado de qualidade de vida, é manifesta pela categoria “Ter apoio / boas relações com família e amigos” e, é verbalizada por 27% dos inquiridos, aparenta traduzir a importância dos laços familiares e de amizade na vida das pessoas idosas. Como se pode ler nas expressões “...ter apoio da família...” (E2, homem, 70); “...dar-se bem com a família” (E5, homem, 85); “...ter apoio da família e amigos...” (E8, mulher, 74). Ainda na

mesma dimensão, apenas, 18% dos inquiridos fazem referência ao “bem-estar/ser feliz”, como é possível ler nas expressões “*bem-estar, ser feliz, amizade...*” (E1, homem, 76 a), “*ser feliz, alegre, amiga de contar umas estórias...de cantar*” (E9, mulher, 87).

Na dimensão do bem-estar material, a evidência que se verificou, nas expressões dos idosos quando inquiridos sobre o significado de qualidade de vida, é manifesta por: “Dinheiro”, verbalizado por 23% dos inquiridos, associado à “satisfação das necessidades básicas” referida por 18%, como se infere das citações “*...ter o pratinho na mesa, casa, ter um mínimo de condições de vida...*” (E7, mulher, 80), outra das inquiridas faz referência ao bem-estar material “*...viver bem, ter dinheiro para gastar...*” (E9, mulher, 87) e ainda, uma outra, que faz alusão à categoria “casa” “*...ter um teto, ter condições de vida, dinheiro para satisfazer as necessidades...*” (E17, mulher, 79).

Em síntese, a percepção de qualidade de vida, por parte dos idosos entrevistados é expressa pelas seguintes dimensões: ter saúde; ter autonomia; ter apoio / boas relações com a família e amigos; bem-estar/ser feliz, autoestima, dignidade, respeito/amor pelos outros, amizade, pertença, convívio, paz, satisfação das necessidades básicas, casa, dinheiro.

Quanto à classificação do nível de qualidade de vida, a maioria dos entrevistados (64%) percebe-o como sendo “razoável” (numa escala que vai de boa a má).

Indagou-se junto dos idosos sobre a sua percepção acerca dos benefícios obtidos com a prática de exercício regular no programa Memo-Move, as evidências obtidas foram desagregadas pelas categorias e respetivas dimensões do Modelo Teórico de Qualidade de Vida de Shallock e Verdugo (2002) i) Bem-estar: Físico; Emocional e Cognitivo (cf. Tabela 8);

ii) Desenvolvimento Pessoal: Relações interpessoais; e Autodeterminação (cf. Tabela 9),

iii) Inclusão Social: Suporte e Integração (cf. Tabela 10).

Tendo sido obtidas respostas que não se enquadravam no referido modelo teórico de referência, foram categorizadas numa nova dimensão criada: iv) Reequilíbrio físico e emocional (cf. Tabela 11).

Na Tabela 8 apresentada abaixo, apresentam-se os resultados dos contributos do exercício para a percepção de QV dos idosos. Em termos gerais, Bem-estar físico, Bem-estar emocional e cognitivo

Em termos específicos, relativamente ao **bem-estar físico**, as dimensões da melhoria da “Mobilidade”, “Equilíbrio” e “Autonomia” são referidas, cada uma, por 23% dos entrevistados, e são indissociáveis do bem-estar emocional e cognitivo. Nos idosos, as componentes relativas à aptidão funcional (a função cardiorrespiratória; a força; a flexibilidade; a agilidade; e a coordenação) são preditores da capacidade funcional (Morgadinho, 2012), dado permitirem que os idosos consigam executar as atividades de vida quotidiana com independência e

autonomia. Os idosos entrevistados, referiram ser, na sua maioria sedentários, pelo que as atividades físicas e cognitivas realizadas no MM, evidenciam uma grande valorização por parte dos primeiros, nos termos seguintes: “...sinto-me mais leve (...) é um pretexto para sair de casa, vou mais aliviada do corpo e da mente (...) é uma brincadeira boa...” (E9, mulher, 87, viúva).

No que respeita ao **bem-estar emocional e cognitivo**, as dimensões que se destacam são a melhoria do “Humor” e da “Memória” ambas referidas por 41% dos entrevistados, tal como descrito nos excertos i) “...tem contribuído para recuperar a força, o equilíbrio (...) melhorado a memória e o humor...” (E3, mulher, 71, sequelas de AVC, deprimida) ii) “...ajuda muito, com os exercícios que faço aqui, sinto-me mais ágil, sinto-me bem de todas as maneiras...mais alegre, mais leve, com a cabeça aliviada...” (E10, mulher, 78 viúva) iii) “...sentia-me perra, com os exercícios tenho melhorado, estou mais ágil, sofria muitas quedas agora ando melhor, estou mais acompanhada, menos triste, enquanto estou distraída não tenho pensamentos tristes...” (E12, mulher, 85, viúva).

Tabela 8 – Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Bem-estar

Contributos Exercício Físico e Cognitivo		Entrevistas																						Total
		E1 (I)	E2 (A)	E3 (I)	E4 (I)	E5 (I)	E6 (A)	E7 (A)	E8 (A)	E9 (A)	E10 (A)	E11 (A)	E12 (A)	E13 (I)	E14 (I)	E15 (I)	E16 (A)	E17 (A)	E18 (A)	E19 (A)	E20 (I)	E21 (I)	E22 (I)	
Bem Estar	Físico																							
	Mobilidade	✓											✓	✓					✓	✓				5
	Agilidade	✓			✓					✓		✓												4
	Força			✓	✓										✓									3
	Equilíbrio	✓		✓								✓							✓			✓		5
	Autonomia		✓	✓			✓					✓		✓										5
	Emocional / Cognitivo																							
	Autoestima																					✓	✓	2
	Humor		✓	✓		✓			✓		✓						✓	✓			✓		✓	9
	Relacional								✓											✓				2
	Satisfação									✓	✓						✓					✓		4
	Memória	✓		✓	✓	✓			✓			✓	✓	✓		✓								9

Fonte: Elaboração própria. Modelo de apresentação das respostas adaptado de Rice *et al.* (2014).

Legenda: (I) Entrevistado do grupo de Intervenção; e (A) Entrevistado do grupo de Autonomia e Bem-estar.

Na Tabela 9 apresentada abaixo, apresentam-se os resultados dos contributos do exercício para a perceção de qualidade de vida dos idosos. Em termos gerais, na categoria Desenvolvimento pessoal as dimensões **Relações Interpessoais** e Autodeterminação

Em termos específicos na dimensão Relações Interpessoais, a evidência que se verificou, nas expressões dos idosos quando inquiridos sobre o contributo do exercício, para a QV é manifesta pela categoria “convívio/distração” e, é referido por 41% dos inquiridos.

A importância atribuída ao convívio entre pares e à quebra do isolamento, dos que vivem sós (41%), encontra-se expressa nas afirmações dos entrevistados “...a pessoa abre-se (...) convive...” (E7, mulher, 80, casada); “...tenho companhia, convivo com as pessoas (...) saio de casa...” (E1, mulher, 75, viúva) ou ainda “...combate o isolamento, conhecem-se pessoas, ajuda a criar motivação...” (E2, homem 70, casado). A necessidade de interagir com os pares “retomar o convívio que tinha quando trabalhava ...sinto-me feliz aqui” (E12, mulher, 85, viúva, ex. trabalhadora do comércio) e com a equipa do MM, particularmente pelo apoio que recebem desta “...ouvir e compreender as pessoas, o apoio emocional, ...gosto muito de cá andar ... a gente esquece os problemas físicos...” (E8, mulher, 74, viúva).

Na dimensão **Autodeterminação**, as “aprendizagens” são referidas por 54,5% dos inquiridos e expressas nas citações “tenho aprendido coisas novas...muito embora no início fosse melhor, tínhamos mais atividades...” (E16, mulher, 83, viúva), neste excerto, encontra-se implícita a crítica, relativa à redução das atividades, que seriam realizadas no início do programa. Os inquiridos quando se referem às aprendizagens, reportam-se aos exercícios cognitivos, aos “exergames” e também aos momentos de aprendizagem informal, decorrentes das sessões de Literacia para a saúde, que vão sendo realizadas no MM. “...aprendizagens, exercícios para a cabeça, ajuda a gente a fixar, ajuda na memória...” (E12, mulher, 85, viúva). Alguns dos inquiridos fazem referência aos desafios, que lhes são colocados, numa prática de “*dual-task*”, como se pode inferir da expressão “...aprendizagens, memorização das etapas, o combinar o exercício físico com o cognitivo...” (E20, mulher, 65, casada, licenciada). O “*dual-task*” combina, em simultâneo, a realização de uma tarefa motora e uma tarefa cognitiva. Uma investigação realizada por Farias (2017) sobre o efeito de um programa de exercício “*dual-task*” na aptidão física e no estado cognitivo dos idosos, sugere que esta, modalidade, melhora algumas capacidades físicas dos idosos, podendo representar uma mais-valia no equilíbrio funcional, fundamental na prevenção de quedas, e ainda apresenta potencial para melhorar o estado cognitivo, determinante na prevenção dos distúrbios cognitivos e na manutenção da autonomia.

Ainda na dimensão Autodeterminação, “ter um propósito”, é referido por 27,2% dos inquiridos, tendo sido expresso nos excertos das citações “o propósito de me deslocar, a obrigação de cumprir com as tarefas (...) como quando trabalhava nas minas e fazia turnos...” (E14, homem, 72, ex. mineiro, com sequelas de AVC); “...tenho um propósito e motivo para sair de casa ...saio motivada, tenho aprendido exercícios que vou fazendo em casa. Foi a Neuropsicóloga que me acompanhava na Covilhã que me falou do MM (...) aqui é melhor” (E13, mulher, 73, casada). Propósito de vida, é definido por Ribeiro *et al* (2020), como o senso de que a vida tem sentido e intencionalidade, o qual desempenha papel orientador em relação às metas de vida e à tomada de decisões relativas ao uso dos recursos pessoais.

Tabela 9- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Desenvolvimento Pessoal

		Entrevistas																						
Contributos Exercício Físico e Cognitivo		E1 (I)	E2 (A)	E3 (I)	E4 (I)	E5 (I)	E6 (A)	E7 (A)	E8 (A)	E9 (A)	E10 (A)	E11 (A)	E12 (A)	E13 (I)	E14 (I)	E15 (I)	E16 (A)	E17 (A)	E18 (A)	E19 (A)	E20 (I)	E21 (I)	E22 (I)	Total
Desenvolvimento Pessoal	Relações interpessoais																							
	Socialização		✓				✓	✓				✓								✓	✓		✓	4
	Convívio/ Distração							✓		✓	✓	✓						✓	✓	✓	✓		✓	9
	Autodeterminação																							
	Ter um propósito	✓									✓		✓		✓	✓		✓					✓	6
	Motivação		✓												✓									2
	Aprendizagens		✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓			✓				✓	✓	12

Fonte: Elaboração própria. Modelo de apresentação das respostas adaptado de Rice *et al.* (2014)

Legenda: (I) Entrevistado do grupo de Intervenção; e (A) Entrevistado do grupo de Autonomia e Bem-estar.

Segundo Schalock *et al.* (2002) Inclusão social é definida como sentir-se membro da sociedade, sentir-se integrado, contar com o apoio de outras pessoas, e é avaliada pelos indicadores: integração, participação, acessibilidade e apoios. Na Tabela 10 apresentada abaixo, apresentam-se os resultados dos contributos do exercício para a percepção de QV dos idosos. Em termos gerais, na categoria Inclusão Social as dimensões Suporte e Integração. Em termos específicos na dimensão Suporte, a evidência que se verificou, nas expressões de 54,5% dos idosos é manifesta por “capacitação”, como se pode inferir dos excertos, “...ajuda a puxar pela cabeça (...) vou fazendo os exercícios que aprendo, em casa...” (E13, mulher,73), “...tenho aprendido estratégias para lidar com os problemas...” (E2, homem, 70).

O “apoio emocional” é manifestado por 36,3% dos inquiridos, tendo sido expresso nos excertos “...tenho recebido muito apoio emocional, tenho com quem desabafar...” (E3, mulher, 71, sequelas de AVC, deprimida), “...fui bem, recebido, tenho tido apoio emocional...” (E15, homem, 79).

Na dimensão Integração, a evidência que se constatou, é o sentimento de pertença dos idosos que frequentam o programa Memo-Move, e que manifestam a sua satisfação, como se infere da resposta “...gosto muito de cá andar...” (E8, mulher, 74)

Tabela 10- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Inclusão Social

		Entrevistas																						
Contributos Exercício Físico e Cognitivo		E1 (I)	E2 (A)	E3 (I)	E4 (I)	E5 (I)	E6 (A)	E7 (A)	E8 (A)	E9 (A)	E10 (A)	E11 (A)	E12 (A)	E13 (I)	E14 (I)	E15 (I)	E16 (A)	E17 (A)	E18 (A)	E19 (A)	E20 (I)	E21 (I)	E22 (I)	Total
Inclusão Social	Suporte																							
	Apoio emocional			✓				✓	✓				✓			✓			✓	✓			✓	8
	Capacitação		✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓			✓				✓	✓		12
	Integração																							
	Pertença	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	22
	Combate o isolamento		✓																		✓	✓		✓

Fonte: Elaboração própria. Modelo de apresentação das respostas, adaptado de Rice *et al* (2014)

Legenda: (I) Entrevistado do grupo de Intervenção; e (A) Entrevistado do grupo de Autonomia e Bem-estar.

Na Tabela 11 apresentada abaixo, apresentam-se os resultados dos contributos do exercício para a percepção de QV dos idosos. Em termos gerais, na categoria Reequilíbrio Físico e Emocional, as dimensões **Melhoria da Saúde Física** e **Melhoria da Saúde Mental**.

Em termos específicos nas dimensões **Melhoria da Saúde Física**, a evidência que se verificou, nas expressões de 41% dos inquiridos, é manifesta por “Sentir bem”, sendo uma resposta, pouco específica, aparenta traduzir a preocupação dos mesmos com a saúde e, as suas expectativas, relativas ao bem estar psicológico i) “...sinto bem estar...melhor da saúde...”(E10, mulher, 78, viúva) ou ii) “...os exercícios fazem com que me sintam bem da cabeça (...) não penso em certas coisas, não tenho dores”(E5, homem, 85, casado).

Na dimensão **Melhoria da Saúde Mental**, a evidência que se verificou, nas expressões de 23% dos inquiridos, é manifesta por “boa disposição”, como se infere dos excertos, i) “...ajuda psicologicamente e fisicamente, sinto-me mais solta, mais determinada, melhorei da autoestima ...” (E21, mulher, 74, viúva);ii) “... sinto-me mais alegre, mais leve, com a cabeça aliviada...” (E10, mulher, 78). O bem-estar psicológico é definido como a capacidade do indivíduo de possuir uma visão positiva sobre si mesmo e sobre a sua vida (Irigaray *et al.*, 2010).

Tabela 11 - Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV percebida pelos idosos: Reequilíbrio Físico e Emocional

		Entrevistas																							
Contributos Exercício Físico e Cognitivo		E1 (I)	E2 (A)	E3 (I)	E4 (I)	E5 (I)	E6 (A)	E7 (A)	E8 (A)	E9 (A)	E10 (A)	E11 (A)	E12 (A)	E13 (I)	E14 (I)	E15 (I)	E16 (A)	E17 (A)	E18 (A)	E19 (A)	E20 (I)	E21 (I)	E22 (I)	Total	
Reequilíbrio físico / emocional	Melhoria da saúde física																								
	Sentir bem							✓		✓			✓		✓			✓	✓	✓	✓	✓			9
	Alívio das dores						✓													✓					2
	Melhoria da saúde mental																								
	Alívio do stress																	✓							1
	Boa disposição										✓			✓		✓			✓					✓	5
	Aceitar as Limitações		✓							✓					✓		✓					✓		✓	6

Fonte: Elaboração própria. Modelo de apresentação das respostas adaptado de Rice *et al.* (2014).

Legenda: (I) Entrevistado do grupo de Intervenção; e (A) Entrevistado do grupo de Autonomia e Bem-estar.

Em síntese, os contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida, percebida pelos idosos entrevistados, são expressos pelos indicadores apresentados abaixo, para cada uma das dimensões:

- i) Bem-estar físico, referidas a Melhoria da mobilidade, da Agilidade, da Força, do Equilíbrio, e da Autonomia;
- ii) Bem-estar Emocional e Cognitivo, referidos o aumento da Autoestima, a melhoria do Humor, o aumento das competências relacionais, a Satisfação, e a melhoria da Memória;
- iii) Desenvolvimento Pessoal, na dimensão, Relações Interpessoais, foram referidas a Socialização e o Convívio / Distração. Na dimensão, Autodeterminação, foram referidos, o ter um Propósito, o ter Motivação, as Aprendizagens;
- iv) Inclusão social, na dimensão, Suporte, foram referidos o Apoio emocional e a Capacitação. Na dimensão Integração, foram referidas a Pertença e o Combate ao Isolamento; e
- v) Reequilíbrio Físico e Emocional, na dimensão Melhoria da Saúde Física, foram referidas o Sentir Bem e o Alívio das Dores. Na dimensão Melhoria da Saúde Mental, foram referidos o Alívio do Stress, Boa disposição e o Aceitar as Limitações.

## 5.2 Estudo 2- Profissionais e Vereadora da CMF

### 5.2.1 Profissionais: Apresentação das evidências

A equipa Multidisciplinar do programa Memo-Move é constituída por uma Professora de Educação Física, 40 anos, doutorada, que coordena a equipa, doravante designada por (P1); Psicóloga, 46 anos, Mestre (P2); Técnico de Exercício Físico, 25 anos, Licenciado (P3) e Técnico Superior, 54 anos, licenciado em Sociologia (P4). Trabalham juntos no Projeto desde o seu início, que remonta a outubro de 2020. As respostas dos profissionais que integram a equipa do programa Memo-Move, sobre o significado de qualidade de vida para a pessoa idosa, são apresentadas na Tabela 12.

Tabela 12 – Significado de QV dos idosos: Percepção dos Profissionais do Programa MM

Categorias	Excertos das citações dos profissionais do Programa MM
Saúde / Bem-estar	“qualidade de vida está associado a <b>saúde</b> e todas as pessoas procuram a saúde...” “pilares da qualidade de vida: exercício físico, estimulação cognitiva, nutrição, sono, socialização” (P1)  “nós técnicos, consideramos que a <b>saúde</b> física em conjunto com a saúde mental, cognitiva, é que lhes proporciona uma grande qualidade de vida ...” (P2)  “para terem qualidade de vida, as pessoas têm que sentir bem-estar, acima de tudo <b>bem-estar físico</b> , não ter dor, não ter doença.”(P4)
Autonomia	“ser <b>autónomo</b> , ter em termos emocionais e cognitivos uma performance idêntica à que sempre teve (...) conseguir resolver os problemas que são mais prementes e os que sente na pele” (P4)
Apoio da Família / amigos	“as pessoas têm mais qualidade de vida se tiverem uns grupos sociais mais ativos, como é o caso da <b>família e dos amigos...</b> ” (P3)
Dinheiro	“a qualidade de vida das pessoas depende muito do <b>dinheiro</b> que elas têm” (P4)

Fonte: Elaboração própria.

Na perspetiva os Profissionais do programa Memo-Move, a qualidade de vida das pessoas idosas, significa terem Saúde e Bem-estar, Autonomia, Apoio da família e amigos e Dinheiro. Relativamente à classificação da qualidade de vida, por parte das pessoas idosas que frequentam o programa Memo-Move, as evidências obtidas, apontam para uma avaliação negativa, como se infere da resposta *“Infelizmente, não classifico da melhor forma possível,*

*porque as pessoas que chegam aqui, primeiro têm um nível de aptidão física muito fraco, isto é um indicador de não qualidade e, portanto, vai afetar as tarefas funcionais” (P1).*

Sob a perspectiva da Coordenadora do programa Memo-Move, as funções cognitivas diminuídas, o Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, o déficit de nutrição, a perturbação do sono, e o isolamento social, são indicadores da avaliação negativa, que faz da qualidade de vida, das pessoas idosas “*ao nível das funções cognitivas, muitos deles não estão nos parâmetros que nós desejaríamos, ok! E há outros indicadores, que nos deixam em estado de alerta, 99,9% das pessoas que frequentam o MM, têm um IMC elevadíssimo, acima daquilo que é expectável para a faixa etária” (P1).* Um dos colaboradores, chega mesmo, a classificar a qualidade de vida de Má, justificando com a situação económica e social de muitos dos idosos “*má, é muito má porque as pessoas, a maioria, recebem reformas muito baixas e o nível de vida está muito alto. As famílias não estão presencialmente como no passado, em termos de quantidade e qualidade de tempo e relações e isso, vai naturalmente causar desgosto e tristeza, o que conduz à solidão e ao isolamento...” (P4)*

No que respeita aos contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida, os profissionais referem; os benefícios fisiológicos como o aumento da oxigenação e a redução dos efeitos do *stress* oxidativo, as melhorias aos níveis da funcionalidade física e psicológica, nomeadamente da aptidão física e autonomia. Aos níveis emocional e cognitivo, a melhoria do humor, da autoestima, do relacionamento interpessoal e da memória. As evidências, apresentadas, foram agrupadas nas dimensões do bem-estar (cf. na Tabela 13). O bem-estar é um conceito holístico que contempla a totalidade dos elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa, sendo fundamental na promoção de um envelhecimento ativo enquanto processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança (WHO, 2002).

Tabela 13– Contributos do exercício físico, e emocional e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do Programa MM: Bem-estar

Categoria: Bem Estar	Excertos das citações dos profissionais MM
Físico	“...queixam-se (idosos) que estão muito enferrujados, que não <b>conseguem andar</b> , quando aqui chegam já estão <b>cansados</b> , são muito sedentários, depois assistimos à evolução, a forma como vão fazendo os exercícios...” (P2)

Emocional	“... a pessoa fica mais <b>bem disposta</b> , aumenta a <b>autoestima</b> , patologias como a depressão vão perdendo força ...”(P4)
Cognitivo	“... ao nível cognitivo, <b>melhoria da memória</b> , para o que são as nossas atividades e o nosso relacionamento...” (P4)

Fonte: Elaboração própria.

Dois dos objetivos do programa Memo-Move: promover a socialização, e combater o isolamento; são verbalizados pelos participantes, como contributos significativos do exercício físico e cognitivo, bem como da frequência do programa. A socialização, e o combate ao isolamento, foram agrupados na categoria Desenvolvimento Pessoal, dimensão Relações Interpessoais. O propósito que move os idosos na procura do programa, bem como as aprendizagens, os treinos, o aumento da literacia, foram enquadrados na dimensão Autodeterminação, e são objeto de descrição nos excertos das entrevistas, apresentado na tabela 14.

Tabela 14- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do Programa MM: Desenvolvimento pessoal

Categoria: Desenvolvimento pessoal	Excertos das citações dos profissionais MM
Relações Interpessoais	<p>“...enquanto fazem exercício também estão a <b>socializar</b>, a interagir connosco e gostam muito porque falam, conversam, riem...” (P2)</p> <p>“...<b>combate o isolamento</b> ... temos o feedback, isto tem me feito muito bem, se não fosse isto (MM), eu estava sozinha, e isto, é que nos faz acreditar que estamos no caminho certo” (P1)</p>

Autodeterminação	<p>“...as pessoas vêm com um <b>propósito</b>, receber estímulos físicos, emocionais, sociais” (P1)</p> <p>“...conseguem manter os níveis de autonomia e as suas capacidades ainda bem desenvolvidas, e é bom de ver isso (...) em casa tentam ir fazendo os exercícios que <b>aprendem</b> aqui connosco” (P3)</p>
------------------	---

Fonte: Elaboração própria.

A inclusão social, pode ser definida como o conjunto de meios e ações de combate à exclusão social, provocada pelas diferenças em termos de classe social, educação, idade, deficiência, género, etc. No programa Memo-Move, procura-se oferecer oportunidades de integração, de socialização, de participação em atividades lúdicas, na estimulação física e cognitiva das pessoas idosas, que por razões como: solidão, diminuição de recursos materiais, reforma, saúde, se encontram, isolados. As dimensões da Inclusão Social, expressas pelos profissionais, encontram-se descritas nos excertos das entrevistas, apresentados na Tabela 15.

Tabela 15- Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do Programa MM: Inclusão Social

Categoria: Inclusão social	Excertos das citações dos profissionais MM
Integração	<p>“As pessoas ligam a perguntar se há atividades, isto é um indicador de que realmente elas precisam, não é? Depois temos os feedbacks, isto tem feito muito bem, se não fosse isto, eu estava só, e isto é que nos faz acreditar que estamos no caminho certo” (P1)</p> <p>“(...) é um projeto multidimensional com duas vertentes a da prevenção e a da <b>integração</b>” (Vereadora)</p> <p>“O exercício, traz muito mais <b>integração</b> (...) conseguimos trazer mais pessoas graças ao exercício físico e a estas dinâmicas que temos feito aqui à tarde”(P3)</p>
Apoio	<p>“...é uma garantia que muitas destas pessoas, a parte mais positiva da semana é aqui connosco, têm atenção, motivação, muitos feedbacks positivos, pessoas simpáticas sempre disponíveis...” (P1)</p>

Acessibilidade	“As pessoas vêm porque precisam. Há quem esteja conosco há dois anos. Não abandonamos ninguém. Se as pessoas ficassem sem este tipo de resposta, voltariam à estaca zero” (P1)
----------------	--

Fonte: Elaboração própria

Emergiram do discurso dos profissionais e da Senhora Vereadora, evidências relativas aos contributos do exercício, para a saúde e bem-estar, que não se enquadrando nas categorias do modelo teórico, adotado, foram agrupadas numa nova categoria, nomeada de Reequilíbrio Físico e Emocional. Reportam-se à melhoria do funcionamento da pessoa enquanto ser holístico, fazendo, também, alusão à prescrição do exercício, como uma medida, não farmacológica, como se pode verificar nos excertos das entrevistas, apresentados na Tabela 16.

Tabela 16. Contributos do exercício físico e cognitivo para a QV dos idosos, percebida pelos profissionais do Programa MM: Reequilíbrio Físico e Emocional

Categoria: Reequilíbrio físico/emocional	Excertos das citações dos profissionais MM
Melhoria da saúde física / Mental	<p>“...somos o medicamento gratuito, que é fundamental para manter o <b>equilíbrio físico e cognitivo</b>. Acho que aqui as pessoas são felizes...” (P1)</p> <p>“...a melhoria do <b>funcionamento físico e emocional</b>” (P4)</p> <p>“... o exercício contribui para <b>harmonizar o corpo</b>” (P4)</p> <p>“...contribui positivamente porque traz benefícios tanto ao nível psicológico, relacional como para o cérebro e para o corpo...” (P3)</p> <p>MM, é um projeto multidimensional (...), o objetivo é que esta resposta seja prescrita até pelo médico, no futuro...” (Vereadora)</p>

Fonte: Elaboração própria.

## 5.2.2 Vereadora: Apresentação das evidências

A entrevista à Senhora Vereadora da CMF, teve lugar no dia 21 de dezembro 2023, dois dias antes, o Fundão havia sido distinguido pela Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR) Centro, como um dos “territórios de longevidade” pelas condições para um envelhecimento seguro, saudável e ativo. Para o Presidente da CMF *“esta distinção reforça o Fundão como cidade amiga das pessoas idosas, onde se estimula o envelhecimento ativo através da criação de condições de saúde, participação e segurança, de modo a reforçar a qualidade de vida das pessoas...”* (Paulo Fernandes citado em cm-fundão.pt). Para a Senhora Vereadora da CMF, a distinção da CCDR, veio dar visibilidade ao trabalho desenvolvido no âmbito das respostas sociais, promotoras de um envelhecimento ativo, e ainda, trazer uma necessidade acrescida de responsabilidade social. As respostas sociais do Município, visam, na perspetiva da Senhora Vereadora, o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo um envelhecimento ativo e saudável *“o facto de vivermos mais anos, têm de ser vividos efetivamente com qualidade”*. As respostas sociais implementadas pelo município, procuram dar resposta a: i) isolamento das pessoas idosas com a sua integração social; ii) sinalização e intervenção em situações de risco social; iii) promoção da autonomia, literacia, alfabetização de idosos; e, iv) estimulação do exercício físico e cognitivo, tendo em vista a prevenção da doença, a promoção da saúde física e mental, e do bem-estar.

A respeito do programa Memo-Move, a Senhora Vereadora argumenta que *“é de facto uma resposta completamente inovadora na nossa região e em Portugal conhecemos poucas (...) é um projeto multidimensional com duas vertentes a da prevenção e a da integração, o objetivo é que esta resposta seja prescrita até pelo médico, no futuro...”*. Sem financiamento público direto, a aposta têm sido as candidaturas a fundos, como o da inovação social, no entanto a Senhora Vereadora admite a necessidade de um financiamento mais robusto *“agora ainda mais com esta responsabilidade, acrescida de sermos território de longevidade, temos que apostar efetivamente nestes modelos financeiros ...temos provas de que vale a pena apostar”*. A respeito dos resultados obtidos, afirma *“...sim temos resultados bastante positivos, que apontam mesmo para a diminuição da medicação e muitas vezes até mesmo de internamentos (...) evitar, retardar a institucionalização”*. A Senhora Vereadora entende que, qualidade de vida é sinónimo de bem-estar, e que, o exercício físico e cognitivo, podem potenciar esse bem-estar, promover a saúde física e mental e prevenir a doença *“temos que apostar muito na prevenção, se nós nos exercitarmos, isso está mais que provado, iremos certamente ter menos problemas no futuro, com as doenças ditas da terceira idade”*. A Senhora Vereadora expressou ainda a sua preocupação, ao afirmar que, deveriam existir mais políticas públicas para o envelhecimento e que, ainda, existe muito trabalho por realizar neste campo, *“o que estamos a fazer ainda é muito pouco, por exemplo, só agora, é que se fez o*

*primeiro plano para o envelhecimento ativo (...) devemos batalhar para que haja verdadeiras respostas públicas acessíveis”.*

### **5.3 Discussão dos Resultados**

A percepção da qualidade de vida, de idosos e profissionais é convergente nas várias categorias do bem-estar, identificando-se como dimensões comuns, as 4 seguintes: (i) saúde/bem-estar;(ii) autonomia; (iii) apoio da família e amigos; e (iv) dinheiro.

Em primeiro, na dimensão **saúde/bem-estar**, a saúde considerada como um estado de bem-estar físico mental e social completo, e não somente a ausência de doença ou incapacidade (WHO, 1948 citado por Pais-Ribeiro, 2009), é referida, frequentemente, como sinónimo de qualidade de vida. Dos estudos qualitativos sobre o significado da qualidade de vida para os idosos, destacam-se a importância de vínculos familiares, relações sociais, saúde, independência, bem-estar psicológico, papéis sociais, atividades, recursos financeiros, viver em casa e ter uma boa vizinhança para ter uma boa qualidade de vida na velhice (Irigaray e Trentini, 2009).

As evidências obtidas no presente estudo reforçam as obtidas por Gonçalves Marques *et al.* (2014), no âmbito de um estudo prévio realizado na região centro de Portugal, cujo objetivo era conhecer a percepção dos idosos sobre a qualidade de vida. Os resultados obtidos por Gonçalves Marques *et al.* (2014) apontaram no sentido de que, para os idosos, qualidade de vida significa ter saúde, ter paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou de trabalho. Acrescem as necessidades de manter relações interpessoais e de receber apoio da família, dos amigos e vizinhos.

Em segundo, no que concerne à **autonomia**, definida como a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia a dia, de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002, citado por DGS 2006). A otimização da autonomia, constitui um dos pilares do envelhecimento ativo, no sentido de assegurar um melhor nível de qualidade de vida, sendo consensual, para os participantes no presente estudo, que autonomia é sinónimo de qualidade de vida. As evidências obtidas, vão ao encontro dos fatores associados à autonomia pessoal em idosos, resultado de uma revisão sistemática de estudos epidemiológicos analíticos, tendo sido agrupados por Gomes *et al.* (2021) em funcionalidade, relações familiares, relações interpessoais, percepção sobre a vida, satisfação

com serviços de saúde, fatores demográficos, escolaridade, estado geral de saúde e qualidade de vida.

Em terceiro, no que respeita ao **apoio da família e dos amigos**, a família é posicionada pelos participantes no presente estudo como uma fonte de suporte físico, emocional e social, quando esta se verifica, dado que uma parte substancial dos idosos vivem sós (41%). Amigos, vizinhos e profissionais das instituições, tal como sucede com o programa MM, constituem a sua rede de apoio informal. Para Villaverde Cabral (2013) os estudos sobre envelhecimento que se têm debruçado sobre as relações sociais, em diferentes contextos, apontam no sentido de que as pessoas mais integradas socialmente, com mais relacionamentos e mais satisfeitas com a qualidade desses relacionamentos, tendem a evidenciar um melhor estado de saúde, por comparação com as pessoas com menos relações sociais, concluindo que as redes e o apoio sociais exercem uma clara influência sobre a saúde.

Em quarto, no que concerne ao **dinheiro**, esta é uma das componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas, que se alicerça na tríade, bem-estar financeiro, saúde, e suporte e integração social (DGS, 2017). A condição económica é também identificada por Maia (2015), como um fator que contribui para a qualidade de vida da pessoa idosa. Por um lado, porque a falta de recursos económicos dificulta a participação dos idosos na sociedade, conduzindo ao isolamento e, conseqüentemente, à depressão e, por outro lado, porque este interage com o bem-estar geral, podendo conduzir a sentimentos de insegurança que se repercutirão em todas as dimensões da vida do idoso (Azevedo *et al.*, 2022).

No que respeita à classificação da qualidade de vida verificam-se divergências entre os grupos. Por um lado, os idosos, classificam-na de razoável, e por outro lado, os profissionais do programa Memo-Move entendem-na como deficitária. A classificação dos idosos, vai ao encontro da apreciação subjetiva do estado de saúde dos inquiridos de uma amostra (N=1000) utilizada no estudo coordenado por Villaverde Cabral (2013), no qual cerca de metade dos inquiridos 50,4 %, com mais de 50 anos, considerava a sua saúde subjetiva razoável. As evidências empíricas prévias apontam no sentido da existência de uma relação entre os usos do tempo e a prática de atividades; o grau de integração social; a intensidade e a qualidade das relações sociais; bem como o apoio emocional e instrumental que os idosos podem receber (mas também prestar), a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida na velhice. A apreciação dos profissionais parece tomar em linha de conta os parâmetros definidos, como indicadores de boa qualidade de vida, nomeadamente: a aptidão física; o desempenho cognitivo; e as relações interpessoais. Contudo, a apreciação dos profissionais parece estar revestida de uma certa

subjetividade, o que, tal como preconizado por Pais-Ribeiro (2009), atesta que a popularidade do conceito de qualidade de vida é um dos principais obstáculos à sua discussão científica.

No que diz respeito aos contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida, é sinalizada uma percepção convergente no que respeita ao reconhecimento do bem-estar físico, emocional e cognitivo, por parte dos dois grupos. O exercício físico tem sido documentado como uma das formas de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar. As evidências obtidas vão ao encontro de uma revisão sistemática, realizada por Marquez *et al.* (2020), nos EUA, em 2018, em que foram examinadas a relação entre atividade física (AF) e a qualidade de vida e o bem-estar, experienciados pela população em geral ao longo da vida e por pessoas com condições psiquiátricas e neurológicas.

Relativamente ao bem-estar cognitivo cabe notar que, está bem sustentado na literatura que o treino cognitivo pode melhorar o funcionamento cognitivo de idosos, e promover a manutenção da boa qualidade de vida e do bem-estar psicológico na velhice.

Irigaray *et al.* (2011), mostram uma associação positiva entre função cognitiva e qualidade de vida, assim, as atividades em grupo (grupo de Autonomia e Bem-estar), são extremamente importantes para a promoção da saúde mental, permitem que as pessoas melhorem aspetos cognitivos, como por exemplo, a atenção e a memória, também o convívio com diferentes gerações (equipa e colaboradores) pode resultar em efeitos positivos para ambos. Seguindo Goncalves e Trucollo (2020), a participação social e a interação, fortalece os vínculos entre pessoas de diferentes gerações e propiciam: a autonomia, a independência, a participação, a dignidade, a assistência e a autorrealização do idoso.

As dimensões: socialização, propósito e aprendizagens, são reveladas a partir do discurso de ambos os grupos, como contributos relevantes para a qualidade de vida dos idosos, associados à frequência do programa Memo-Move. A amostra estudada revelou que 54,5% dos idosos, vivem com o cônjuge e 41% vivem sós, e pelos seus relatos, confirmados pelos profissionais, a diminuição das suas redes de apoio contribui para o isolamento e a solidão, situação que conduz, frequentemente, à deterioração cognitiva e à doença, razões pelas quais a socialização é um dos fatores promotores da saúde mental. Cabral *et al.* (2013), sugerem que, por comparação com os relacionamentos familiares (baseados num sentido de obrigatoriedade), são os relacionamentos de amizade (baseados numa escolha voluntária) aqueles que mais contribuem para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. A aprendizagem informal, a que fazem referência idosos e profissionais, associada a um propósito, aparenta contribuir para a participação e para o desenvolvimento pessoal dos idosos que frequentam o programa Memo-Move. De acordo com Freire (2000), os idosos têm

importantes reservas para o desenvolvimento, que podem ser ativadas por via de aprendizagem, exercícios ou treino (Irigaray, 2011). A aprendizagem ao longo da vida, contribui para o desenvolvimento pessoal, para a melhoria da qualidade de vida e para o envelhecimento bem sucedido da população idosa (Cordeiro, 2011).

A existência de um propósito de vida é fundamental para as pessoas envelhecerem com qualidade, visto que é promotor do desenvolvimento pessoal e do envelhecimento ativo, sendo um indicador significativo da saúde física e mental. As evidências agora obtidas, estão em linha com a visão expressa por Ribeiro *et al.* (2020), ao advogarem que o propósito pode ser melhorado por via do envolvimento em atividades significativas, como por exemplo as de lazer, educacionais, filantrópicas, sociais, culturais ou familiares, consideradas como intervenções focadas na melhoria do propósito de vida em idosos, que podem contribuir para fortalecer as reservas neurológicas e cognitivas, senso de controle, o senso de competência e o comportamento orientado para o cumprimento de metas.

As dimensões integração em particular o combate ao isolamento, e o suporte emocional, são reveladas a partir do discurso de ambos os grupos, como contributos relevantes para a qualidade de vida dos idosos, associados à frequência do programa Memo-Move.

O investimento em programas de estimulação física e cognitiva, Universidade da Terceira Idade, entre outros, promove a inclusão social e contribui para um envelhecimento ativo e para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas. Seguindo Tavares *et al.* (2024), a expansão dos programas comunitários (atividades físicas), é essencial para que todos os idosos, independentemente da sua situação económica, possam usufruir de uma vida mais saudável e participativa na sociedade.

As dimensões, respeitantes à melhoria da saúde física e mental, são igualmente referidas, por idosos e profissionais, aparentando resultar da interação com as anteriores (bem-estar, socialização, aprendizagem e propósito). A prática de atividade física, mesmo que iniciada em idade avançada e independentemente do seu tempo semanal de prática, está associada a melhores níveis de saúde, de qualidade de vida e de variáveis antropométricas, contribuindo para a redução do número de medicamentos prescritos e para a melhoria dos níveis de aptidão física (Krug *et al.*, 2019). O que vai ao encontro de uma das recomendações do PNPAF (2020), onde é referido que a atividade física é boa para o coração, corpo e mente, uma vez que promove

o bem-estar e ajuda a prevenir e / ou a gerir um conjunto importante de doenças crónicas do foro cardiovascular, físico e mental, quando praticada regularmente.

As pessoas enquanto praticam atividades físicas, cognitivas, de lazer, interagem entre si e com os profissionais, recebem estímulos vários, aprendem, aumentam as suas competências, quebram o ciclo do isolamento a que muitas estão confinadas, e têm como propósitos, prevenir a doença, melhorar a saúde e o bem-estar e aumentar a qualidade de vida. Cunningham *et al.* (2020), realizaram uma revisão sistemática de revisões e meta-análises, sobre as consequências da inatividade física em idosos, e revelaram que idosos fisicamente ativos ( $\geq 60$  anos) apresentam risco reduzido de mortalidade por todas as causas e cardiovascular, cancro da mama e de próstata, fraturas, quedas recorrentes, incapacidade nas Atividades de Vida Diária, limitação funcional e declínio cognitivo, demência, doença de Alzheimer e depressão. Segundo os mesmos autores, os idosos tiveram trajetórias de envelhecimento mais saudáveis, melhor qualidade de vida e melhor funcionamento cognitivo.

Em seguida, na Figura 4 apresenta-se uma síntese da discussão dos resultados, onde se amplia o modelo conceptual da qualidade de vida dos idosos, que congrega as três dimensões iniciais do presente estudo, a saber, o bem-estar, o desenvolvimento pessoal, e a inclusão social, mediante a inclusão de uma nova dimensão a do reequilíbrio físico e emocional

Figura 4- Contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida.



Fonte: Elaboração Própria.

Em face das evidências obtidas, procurou-se dar resposta às questões secundárias:

Q1.1- O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, melhorando o bem-estar.

Os idosos identificaram como contributo do exercício físico e cognitivo para a sua qualidade de vida, a melhoria da sua aptidão física (bem-estar físico), melhoria do humor (bem-estar emocional) e da memória (bem-estar cognitivo). O que pode ser justificado pelas alterações fisiológicas/psicológicas, capazes de potenciar o bem-estar e consequentemente a qualidade de vida, o que vai ao encontro, do preconizado por Rogerson (1995), que afirma que a qualidade de vida é influenciada por dois grupos de variáveis. O primeiro corresponde aos mecanismos internos psicológicos e fisiológicos, que produzem grau de satisfação e gratificação na vida. O segundo refere-se a fatores externos, capazes de desencadear os primeiros. No caso, a frequência do programa Memo-Move e a prática de exercício físico e cognitivo regular, aparentam ter contribuído para a melhoria do desempenho físico associada à melhoria do humor e da memória, para o aumento do bem-estar, da inclusão social e do desenvolvimento pessoal o que se traduz em reequilíbrio físico e emocional e no aumento da qualidade de vida dos idosos envolvidos.

Q1.2- O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, por via da inclusão social.

Tal é ratificado pelo facto de se verificar o, aumento ou a reativação das relações sociais dos idosos que frequentam o programa Memo-Move. Seguindo Chachamovich *et al.*(2008), o tamanho, a configuração e as funções das redes sociais são elementos associados à qualidade de vida na velhice. A rede social teria a capacidade de amortecer impactos emocionais negativos, pela perceção do indivíduo de que não está sozinho, de que tem com quem contar, sentindo segurança decorrente do sentido de pertença e integração. Para Irigaray (2011), a criação de redes sociais capazes de oferecerem apoio social ao idoso, fomentam as suas relações sociais, bem como, oferecem-lhes oportunidades de permanecerem ativos e de estabelecerem novos contatos sociais. O que aparenta ser o caso, a frequência do programa Memo-Move, permite a muitos dos idosos quebrar o ciclo do isolamento, conhecer outras pessoas, socializar com os pares e com a equipa de profissionais, partilhar as suas vivências e relativizar os seus problemas. Experiências que aparentemente se traduzem num aumento do bem-estar e do desenvolvimento pessoal, o que aparenta contribuir para a sua qualidade de vida.

Q1.3-O exercício físico e cognitivo promove a qualidade de vida, através do desenvolvimento pessoal.

A este propósito deve destacar-se a motivação que guia alguns dos inquiridos e que, vai ao encontro dos resultados da revisão integrativa sobre propósito de vida, levado a cabo por Ribeiro *et al.* (2020), que a tendência de extrair significado de experiências de vida e ter um sentido de intencionalidade e direcionamento, podem efetivamente guiar o comportamento, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido. Adultos e idosos com altos níveis de propósito de vida, que trabalham orientados por metas de vida, enfrentam melhor o envelhecimento, investem mais em autocuidado e no desenvolvimento das próprias competências, envolvem-se mais socialmente, e tendem a envolver-se em atividades significativas, mediante a frequência do treino físico e cognitivo personalizado, três vezes na semana. Desconhece-se o nível de propósito de vida, dos idosos em causa, mas pelos seus relatos, a dupla motivação para viver melhor e continuar a vida, aparenta tratar-se de uma das razões principais que os leva a frequentar o programa Memo-Move e a realizar os treinos. A par desta dupla motivação, a aprendizagem, surge como estratégia, capaz de conduzir a um melhor funcionamento cognitivo. De acordo com Ribeiro *et al.* (2007), a capacidade cognitiva é um dos fatores determinantes da qualidade de vida, pois as perdas cognitivas podem vir a comprometer o pleno funcionamento físico, social e emocional dos idosos. A prática de atividades físicas, de acordo com o American College of Sports Medicine (2009), pode ser considerada uma boa forma de reabilitar a função cognitiva, uma vez que melhora a atenção, a memória, a função executiva, aumenta o transporte de oxigénio para o cérebro, aumenta a síntese e a degradação de neurotransmissores, melhora o tempo de resposta e inibe o declínio da função cardiovascular associado ao declínio cognitivo.

## **6 -Conclusões, limitações e estudos futuros**

Para efeitos de consecução do presente estudo descritivo e exploratório, adotou-se a metodologia de investigação qualitativa. O estudo foi suportado pela revisão da literatura, bem como pelo modelo da Qualidade de Vida preconizado por Shalock e Verdugo (2002), ajustado aos objetivos definidos para a investigação: compreender como é que a prática regular de exercício físico e cognitivo contribui para a percepção da qualidade de vida dos idosos, que frequentam o programa Memo-Move Fundão, e conhecer a percepção da pessoa idosa sobre o significado de qualidade de vida. Realizou-se um estudo de caso aplicado ao programa comunitário do Município do Fundão, Memo-Move - Centro de Estimulação Cognitiva e Exercício Físico.

Para a obtenção de evidências empíricas, a recolha dos dados seguiu a abordagem metodológica proposta por Yin (2015), segundo a qual, a orientação inicial do estudo de caso aponta para múltiplas fontes de evidência. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas aos utilizadores, profissionais e Vereadora da CMF. Com a utilização de múltiplas fontes de evidência, procurou-se, com recurso à triangulação dos dados, adjuvar no reforço da validade do construto, bem como avaliar e contrastar as evidências obtidas. O tratamento da informação recolhida, foi realizado com recurso à metodologia de análise de conteúdo, preconizada por Bardin (2004).

No plano das evidências obtidas, relativamente aos contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida das pessoas idosas, cabe destacar que se verificou uma percepção convergente no que respeita ao reconhecimento do bem-estar físico, emocional e cognitivo, por parte dos idosos e dos profissionais. As relações interpessoais, a autodeterminação, a integração social e o suporte emocional são revelados a partir do discurso de ambos os grupos, como contributos relevantes para a qualidade de vida dos idosos, associadas, à frequência do programa Memo-Move. Emergiu do discurso dos intervenientes, evidência que não constando do modelo teórico adotado, foi categorizada, em reequilíbrio físico e emocional e cujas dimensões dizem respeito à melhoria da saúde física e mental, como resultado da interação das evidências anteriores (bem-estar, relações interpessoais, autodeterminação, integração social e suporte emocional).

No que concerne à percepção da qualidade de vida, a interpretação dos idosos, e a dos profissionais, é convergente nas várias categorias do bem-estar, identificando-se como dimensões comuns, as quatro seguintes: (i) saúde/bem-estar;(ii) autonomia; (iii) apoio da família e amigos; e (iv) dinheiro. No que respeita à classificação da qualidade de vida

verificam-se divergências entre os grupos. Por um lado, os idosos, classificam-na de razoável, e por outro lado, os profissionais do programa Memo-Move entendem-na como deficitária.

Como contributos do estudo, destacam-se: (I) a ratificação dos princípios do modelo teórico de Shalock *et al.* (2002); (II) o conceito de qualidade de vida é multidimensional, sendo influenciado por fatores pessoais e ambientais, bem como pelas suas interações; (III) a qualidade de vida melhora com a autodeterminação, com a disponibilidade de recursos, a definição de metas e com a inclusão; (IV) o reconhecimento da importância do programa comunitário Memo-Move, na promoção do bem-estar físico, emocional e cognitivo dos idosos, que frequentam o mesmo; e (V) o aumento do bem-estar, associado ao desenvolvimento pessoal, à inclusão social, e ao reequilíbrio físico e emocional, contribui para o envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas.

As limitações identificadas, referem-se: ao tamanho da amostra (N=22) e às características da mesma (faixa etária elevada, o nível de escolaridade, o estado de saúde), o que impediu a utilização de métodos quantitativos para efeitos de análise complementar dos fatores determinantes da percepção da qualidade de vida, por parte dos idosos, bem como impossibilita a generalização dos resultados agora apresentados.

Em estudos futuros sugere-se a realização de um estudo longitudinal, com uma amostra maior que permita a aplicação de métodos alternativos, de natureza mista, ou seja qualitativa e quantitativa bem como o estudo do custo/benefício de programas comunitários, nacionais, regionais e municipais, como forma de justificar o investimento nos mesmos.

## Referências bibliográficas

- ACES CB: Plano Local de Saúde da Cova da Beira (2018-2020) disponível em <https://bicsp.min-saude.pt>
- American College of Sports Medicine (2009) Exercise and physical activity for older adults. *Medicine Science of Sports and Exercise*, 41(7), pp.1510-1530
- Azevedo, M.; Maia, C.; Riscado, P. (2022) A influência do envelhecimento ativo na qualidade de vida da pessoa idosa- Revisão Integrativa da Literatura HIGEIA. Ano IV, vol. VII, nº1, junho, pp.17-27. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/5412>
- Azevedo, M. (2015). O envelhecimento ativo e a qualidade de vida. Revisão integrativa. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Castelo Branco – Portugal. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/10776>
- Bardin, L. (2004) *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70. 3ª Edição 223p
- Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995) *Pessoas Idosas. Uma Abordagem global*. Lisboa. Lusodidata.pag594
- Blondell, SJ, Hammersley-Mather, R. & Veerman, JL(2014) A atividade física previne o declínio cognitivo e a demência? : Uma revisão sistemática e meta-análise de estudos longitudinais. *BMC Saúde Pública* 14 510. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-510>
- Boggatz T. (2016) Quality of life in old age - a concept analysis. *Int J Older People Nurs.* Mar;11(1):55-69. doi: 10.1111/opn.12089. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26118350.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa
- Cabral, M.V., Ferreira,P.M.(2013) *Envelhecimento Ativo em Portugal. Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa <http://hdl.handle.net/10451/23416>
- Cassiano, A. do N., Silva, T. S. da ., Nascimento, C. Q. do ., Wanderley, E. M., Prado, E. S., Santos, T. M. de M., Mello, C. S., & Barros-Neto, J. A.(2020). Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2203–2212. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>
- Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. (2008) Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist* ;48:593–602.
- Comissão Europeia (2002), *La Réponse de l'Europe au Vieillissement de la Population Mondiale. Promouvoir le Progrès Économique et Social dans un Monde Vieillissant*. Bruxelas. Commission des Communautés Européennes. Disponível em: [http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga\\_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=fr&type\\_doc=COMfinal&an\\_doc=2002&nu\\_doc=143](http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=fr&type_doc=COMfinal&an_doc=2002&nu_doc=143)

- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (2018) Boas Práticas de Envelhecimento Ativo e Saudável na Região Centro. [https://www.ccdrc.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3516:censos-2021-regiao-centro-mais-envelhecida-mas-mais-qualificada&catid=1566&Itemid=756](https://www.ccdrc.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=3516:censos-2021-regiao-centro-mais-envelhecida-mas-mais-qualificada&catid=1566&Itemid=756) (consultado a 04/04/2023)
- Cordeiro, F. (2011) Participação em atividades de aprendizagem não formal e qualidade de vida em adultos e idosos. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*, vol.10, 2011, pp269-289
- Cunningham, C., O'Sullivan R, Caserotti P, Tully MA. (2020) Consequências da inatividade física em idosos: Uma revisão sistemática de revisões e meta-análises. *Scand J Med Sci Sports*;30 : 816-827. <https://doi.org/10.1111/sms.13616>
- Decisão 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro de 2011, sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações (2012), *Jornal Oficial da União Europeia*, 23 de setembro de 2011.
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016)* <http://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/ENEAS.pdf> (consultado a 05/04/ 2023)
- Direção Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física* Lisboa: Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde.
- Ensari I; Platta,ME; Motl RW; Pilutti LA. (2016) Effect of Exercise Training on Fitness in Multiple Sclerosis: A Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2016 Sep;97(9):1564-1572. doi: 10.1016/j.apmr.2016.01.023. Epub 2016 Feb 16. PMID: 26896750.
- Epstein AM, Hall JA, Besdine R, et al. (1987) The emergence of geriatric assessment units. The “new technology of geriatrics”. *Ann Intern Med*,106:299-303.
- Farias, J.A.(2017) Efeito de um programa de exercício dual task na aptidão física e no estado cognitivo de idosos. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/186>
- Fortin, M. (2009) *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização* (5ª ed.). Loures: Lusociência.pag153
- Gomes, G.C.; Moreira,R.S.; Maia,T.O.; Santos,M.A.B.;Silva,V.L.(2021) Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Temas livres. Cienc Saúde Coletiva* 26(3). Março. Doi: 10.1590/1413-81232021263.08222019
- Gómez L.E, Miguel Á. Verdugo M.Á, Arias B. (2010) Calidad de vida individual: Avances en su conceptualización y retos emergentes en al ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, Vol. 18, Nº 3, 2010, pp. 453-472
- Gonçalves Marques, E.M.B.; Sánchez,C.S.; Vicario, B.P.(2014)Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV-nº1- Fev/Mar*.pp75-84. Disponível em: <http://doi.org/10.12707/RIII1314>

- Gonçalves, M., & Truccolo, A. B. (2020). Atividades lúdicas e de socialização para idosas residentes em instituição de longa permanência: uma experiência intergeracional. *Sampaio EC. Envelhecimento humano: desafios contemporâneos*, 1, 127-144.
- Gusi, N., Reyes, M. C., Gonzalez-Guerrero, J. L., Herrera, E., Garcia, J. M. (2008) Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial. *MC Public Health*, 8:231 doi:10.1186/1471-2458-8-231
- Irigaray, T. Q.; Trentini, C. M. (2009) Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 26(3) pp.297-304, julho setembro
- Irigaray, T. Q.; Schneider, R. H.; Gomes, I. (2010) Efeitos de um treino Cognitivo na Qualidade de Vida e no Bem-Estar Psicológico de Idosos. *Psicologia; Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818. Disponível [www.scielo.br/prc](http://www.scielo.br/prc)
- Katch, F. & Katch, V. (1995). *Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho* (4ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Kluthcovsky, A. C. G. C.; Takayanagui, A. M. M. (2007) Qualidade de Vida – Aspectos Conceituais. *Revista Salus, Guarapuava-PR*. v. 1, n. 1, pp. 13–15, jan./junho
- Krug, R. R.; Ono, L. M.; Figueiró, T. H.; Xavier, A. J.; d'ORSI, E. (2019) Programa Intergeracional de Estimulação Cognitiva: Benefícios Relatados por Idosos e Monitores Participantes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v.35, e 3536
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Lawton, M. P. (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), pp349-357
- Maia, C. M. L., Castro, F. V., da Fonseca, A. M. G., & Fernández, M. I. R. (2016). Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 293-306.
- Marquez David, X., Susan Aguiñaga, Priscilla M Vásquez, David E Conroy, Kirk I Erickson, Charles Hillman, Chelsea M Stillman, Rachel M Ballard, Bonny Bloodgood Sheppard, Steven J Petruzzello, Abby C King, Kenneth E Powell, (2020) Uma revisão sistemática de atividade física e qualidade de vida e bem-estar, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 10, Edição 5, páginas 1091-1109, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>
- Matsudo, S. M. (2006) Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp. São Paulo*, v20, p.135-37, set. Suplemento nº5
- Medeiros, R. J. A.; Reis, L. A.; Brito, F. R. et al (2021) Exercício físico e hábitos alimentares em idosos: uma reflexão teórica. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 17, e99101724455, (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409. | doi :<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24455>
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2016). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EduSer*, 2(2). <https://doi.org/10.34620/eduser.v2i2.24>
- Nunes, L. N. V. (2009). *Promoção do bem-estar subjetivo dos idosos através da intergeracionalidade* (Master's thesis). Dissertação de Mestrado em Psicologia do desenvolvimento apresentado à

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/11787>

OCDE (1998). *Maintenir la Prospérité dans une Société Vieillissante*. Document de travail awp 3.2 f, OCDE. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/22/6/2428637.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Estados Unidos*, 30, 12.:

Organização Mundial de Saúde (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No WHO/NMH/NPH/02.8) <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Pais-Ribeiro, J. (2009) A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N.Jesus, & C. Nunes (Coords.) *Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Alcochete. Textiverso. pp.31-49

Paúl, C, e Fonseca A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal, Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi.

PORDATA (2020). *Índice de Envelhecimento. Onde há mais e menos idosos por 100 jovens?* <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Rego, A.; Pina e Cunha, M.; Meyer, Jr. V. (2018) Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação 01. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, vol. 17, nº 2, pp.43-57

Reis, L (2023) “MEMO MOVE”/ Projeto municipal de intervenção comunitária no Fundão Treino Físico e Cognitivo para fingir a doença e a solidão *Jornal do Fundão* .25 maio 2023.p2-3

Ribeiro, C. C., Yassuda, M. S., & Neri, A. L. (2020). Propósito de vida em adultos e idosos: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2127-2142.

Rice, M. P.; Fetters, M. L.; Greene, P.G. (2014) *Ecosistemas de Empreendedorismo de base universitária: um estudo global de seis instituições de ensino*. *Internacional J. Empreendedorismo e Gestão da Inovação*, vol.18, Nº5/6

Rogerson, R. J. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science & Medicine* (1982), 41(10), 1373–1382. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00122-n](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00122-n)

Rondão, C., Esteves, D., Mota, M. P., & Trindade, C. (2024). Effect of a community dual-task exercise program on physical fitness of elderly: the MEMO\_MOVE program. *Motricidade*, 20(S1).

Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciência y cuidado*, 18(3) pp. 86-99.

Shalock, R.L.; Verdugo Alonso, M.A. (2002) *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington DC: American Association on Mental Retardation

Serafim, F.M.M.P. (2007) *Promoção do Bem estar global na população Sénior- práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. Masterthesis. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.1>

- Sícoli, J. L., Nascimento, P. R. (2003) Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.
- Siqueira, M.M.M.; Padovam, V.A.R.(2008) Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol.24, nº 2, pp.201-209
- Sirgy, MJ, Efraty, D., Siegel, P. et al. (2002) Uma nova medida de qualidade de vida no trabalho (QVT) baseada na satisfação das necessidades e nas teorias de repercussão. *Pesquisa de Indicadores Sociais* **55**, 241–302. <https://doi.org/10.1023/A:1010986923468>
- Sobral, F. (2003). Atividade Física, Lazer e Ciclos de Vida. INAUF – Programa de Estudos Pós-graduados, Turismo Desportivo e Recreologia, (s.1), (s.e.).
- Tavares, M. S., de Menezes, S. L. S., Rodrigues, C. T., Guimarães, T. T., Dias, L. A., de Moura, P. H., Magalhães, E. M. M., d'Avila, J. da C. P., & Moreno, A. M. (2024). A inserção social do idoso: reflexões sobre a inclusão, saúde e bem-estar. *Cuadernos De Educación Y Desarrollo*, *16*(2), e3496. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n2-113>
- UNFPA (2012). Envelhecimento no século XXI. Celebração e Desafio. HelpAge Internacional, Londres. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary-0.pdf>(consultado a 04/04/2023)
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S.C.M., & Corrente, J.F.(2005)Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *8*(3), 242-252.
- Veenhoven, Ruut (2000) The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of happiness studies*. Vol 1, pp1-39
- Veloso, A.S.T. (2015) Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Verdugo, A.;Martinez,B.,Sánchez, L., Schalock, R(2009)Manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidade de vida.Barcelona Institut Català d`Assistència i Serveis Socials
- World Health Organization (2005) Envelhecimento ativo: uma política de saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília,60p [www.panaft.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/CCDRC\\_2018.pdf](http://www.panaft.gov.pt/wp-content/uploads/2019/01/CCDRC_2018.pdf) (consultado a 23/04/2023)
- WHOQOL.(1994).O Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMSQOL). In: Orley, J., Kuyken, W. (eds) Avaliação da Qualidade de Vida: Perspetivas Internacionais. Springer, Berlim, Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-79123-9_4) (consultado a 07/11/2023)
- Yin, R. K (2015) Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre. Bookman 5º ed 290pp.

## **Apêndices**

## **Apêndice 1**

### **Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo**

## 1. Determinantes do Envelhecimento ativo

O envelhecimento ativo é influenciado por um conjunto de fatores que são indicadores da forma como as populações envelhecem (WHO, 2002).

Os fatores determinantes que contribuem para um envelhecimento ativo, adequam-se à saúde das pessoas de todas as idades. Este conjunto de múltiplos fatores que interagem entre si, acaba por influenciar a saúde das comunidades, sendo passível de intervenção. Apesar de não ser possível atribuir uma causa direta a qualquer um deles, existem evidências que sugerem que todos estes fatores e a sua interação são bons indícios de como os indivíduos e as populações envelhecem (WHO, 2005). Na figura 1, apresentada abaixo, são apresentados os fatores determinantes que são indicadores do modo como as populações envelhecem.

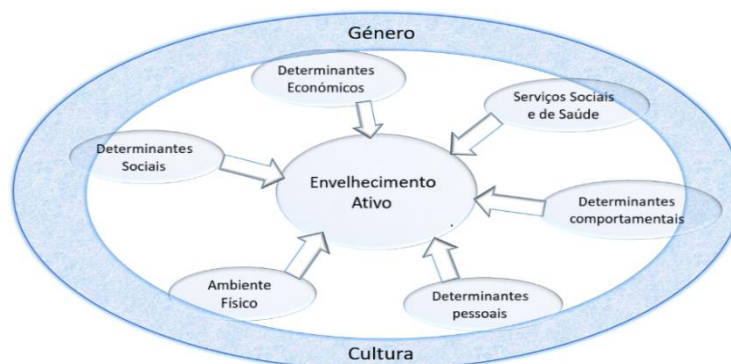


Figura 1- Fatores determinantes do envelhecimento ativo<sup>2</sup>

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde (2005)

### **1.1.Fatores determinantes transversais: Cultura e Género**

A imagem e o valor que se atribui a “velhice” vai determinar em parte o investimento em políticas promotoras de um envelhecimento ativo ao nível dos decisores políticos, mas também do ponto de vista da sociedade em geral, os mitos e estereótipos, que frequentemente se atribuem às pessoas idosas, impedem a satisfação das suas necessidades e expectativas, seja ao nível da saúde, educação entre outras.

“A cultura que abrange todas as pessoas e populações, modela a nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros determinantes do envelhecimento ativo” (WHO, 2005, p.20) no que se refere ao género, assistimos em muitas culturas as mulheres a serem vítimas de segregação e de exclusão. Muitas, porque desde sempre foram cuidadoras, encontram-se na dependência económica e financeira dos conjugues, e assim, limitadas na sua autonomia e independência, o que as predispõe à condição de vítimas de todo o tipo de abusos, e impede-as de terem um envelhecimento ativo e com qualidade de vida. Os homens estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, riscos ocupacionais e ao suicídio (...) também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir álcool e drogas e assim se expõe ao risco de lesões (WHO, 2005)

## 1.2.Fatores Determinantes Comportamentais

A promoção da saúde e a prevenção da doença, deve começar bem cedo, com a capacitação do próprio, da família e comunidade para a adoção de estilos de vida saudáveis. Não obstante, é desejável que as pessoas idosas sejam informadas, ajudadas, capacitadas a manterem uma alimentação saudável, variada, equilibrada, pobre em gorduras e em sal, e a tomar suplementos de cálcio e vitamina D, em particular as mulheres, pela perda de densidade óssea o que as predispõe à ocorrência de fraturas em resultado de quedas. “Dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas e legumes/verduras e que forneçam uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os fatores de risco de problemas crônicos, como a diabetes, doença cardiovascular, pressão alta, obesidade, artrite e alguns tipos de cancro” (WHO, 2005, p.24). A saúde oral deficitária, contribui para o desenvolvimento de outros problemas de saúde, redução da autoimagem, autoestima e confiança, com reflexo na qualidade de vida. É urgente a implementação de programas de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde, pois muitos das pessoas idosas não dispõem de recursos financeiros que lhes permita aceder a estes cuidados no privado. A abstinência do consumo de álcool e tabaco, é fundamental na prevenção de doenças e de acidentes. A automedicação associada à baixa adesão ao regime medicamentoso bem como à dificuldade na acessibilidade aos cuidados médicos contribui para a iatrogenia, ocorrência de quedas e as suas consequências (fraturas). A participação em atividades físicas moderadas e de uma forma regular podem reduzir a ocorrência de quedas, diminuir o surgimento de doenças, retardar o declínio funcional, promover os contatos sociais e a saúde mental.

Seguindo Medeiros *et al.* (2021) o exercício físico contribui de forma positiva para o envelhecimento ativo, conduzindo à melhoria das capacidades cognitivas e funcionais, reduzindo o risco de doenças crónicas e incapacitantes, aumentando a qualidade de vida e o bem-estar, além de ser responsável pela inserção da pessoa idosa nos ambientes sociais.

Importa sensibilizar pessoas idosas para a participação em programas de atividade física e a comunidade para a organização e implementação dos referidos programas de promoção da atividade física, que tal como o regime alimentar é um importante aliado na gestão do regime terapêutico, com reconhecidos benefícios na prevenção da doença, do declínio funcional, na promoção da autonomia, e da qualidade de vida das pessoas idosas.

### **1.3 Fatores determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviço social**

Para promover o envelhecimento ativo os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise a promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidados primários e de longo prazo de qualidade (WHO, 2005).

A promoção da saúde visa a capacitação das pessoas para atuarem nos determinantes de saúde, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida, é conseguida dotando as mesmas (pessoas) de ferramentas como a literacia em saúde, educação em saúde, treino de competências do “saber fazer” entre outras. A prevenção da doença, compreende três níveis: i) primária: intervindo na evicção da doença (alimentação equilibrada e prática de exercício físico na prevenção da obesidade); ii) secundária: que compreende os rastreios oncológicos, vacinação; iii) terciária tratando a doença e limitando a incapacidade. A prevenção é uma das competências dos Cuidados de Saúde Primários, que por limitações várias, como a de recursos nomeadamente humanos, modelos de gestão e organização inadequados, não conseguem dar resposta às necessidades/ expectativas das pessoas idosas. Os modelos de serviços de saúde atuais, baseados nos cuidados aos quadros agudos, são inadequados para responder às necessidades das populações que estão a envelhecer (WHO, 2005). As pessoas idosas beneficiam de uma avaliação holística, sendo que a Avaliação Geriátrica Global (AGG) avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social- com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades, de acordo com Epstein (1987) é a que melhor responde às suas necessidades. Sendo uma avaliação multidisciplinar pressupõe uma equipa multidisciplinar e o recurso a vários instrumentos de avaliação e tem entre outros objetivos, a promoção da autonomia, da independência e a melhoria da qualidade de vida. Sendo que AGG ainda faz mais sentido, nas pessoas mais vulneráveis e que beneficiam de assistência a longo prazo.

#### **1.4 Fatores determinantes pessoais**

A biologia e a genética exercem grande influência sobre o processo de envelhecimento (WHO, 2005) no entanto é a interação da predisposição genética com as causas externas ambientais que contribuem para a doença. “Há um consenso geral de que a trajetória de saúde e doença (...) é resultado de uma combinação genética, ambiental, estilos de vida, nutrição, e em grande parte, de sorte” (WHO, 2005, pag26). Já os fatores psicológicos que compreendem a capacidade de resolver problemas, de resiliência, adaptação à mudança, capacidade de estabelecer relações satisfatórias entre tantas outras são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade (WHO, 2005). Com o envelhecimento ocorre uma diminuição da capacidade de conceptualização, um aumento do tempo de reação, assimilação mais lenta da aprendizagem, baixa da memória de curto prazo entre outras alterações, (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Estas alterações são potenciadas pelo “desuso”, pelo consumo de agentes tóxicos como o álcool, medicação, pela doença (depressão) e aspetos psicológicos e sociais como baixa motivação, isolamento. O envelhecimento psicológico pode ser retardado e as capacidades intelectuais, percetivas e sensoriais estimuladas e potenciadas com recurso à estimulação neuropsicológica, à interação social, à prática de atividade física, aprendizagem de novas competências, como tecnologias de informação e comunicação (WHO, 2005). A auto - eficiência (crença na capacidade de exercer controlo sobre a sua vida) exerce considerável influência no processo de envelhecimento ativo. Esta, passa pela aceitação do processo de envelhecimento “Envelhecer bem é aceitar a velhice como um bem”(Berger e Mailloux-Poirier, 1995, pag165) a preparação para a reforma, o que pressupõe a capacidade de se adaptar a novos papeis, às mudanças, às perdas. Nesta fase da vida as pessoas devem ser estimuladas e apoiadas a tirar partido das suas vivências, conhecimentos e competências seja na integração de pessoas mais jovens na vida profissional, seja na partilha de competências em academias sénior entre outras atividades, que lhes permitam uma melhor utilização das suas capacidades intelectuais e mentais.

## **1.5 Fatores determinantes relacionados com o ambiente físico**

Ambientes físicos, adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência, para todos, mas especialmente para aqueles, em processo de envelhecimento (WHO, 2005). Falamos de barreiras físicas que são responsáveis, em parte, pela ocorrência de quedas nas pessoas idosas, com as consequências que estas acarretam em termos de sofrimento para os próprios e família bem como em termos de custos. Falamos, também de isolamento de muitos idosos, no próprio domicílio, por incapacidade física que os impede de subir / descer escadas ou ainda daqueles, que por dificuldade na acessibilidade a serviços básicos, como à saúde e outros, pela ausência de uma rede de transportes rodoviários. O isolamento físico, psicológico, social conduz à privação, ao declínio funcional, diminuição da autonomia e doença.

## **1.6 Fatores determinantes relacionados com o ambiente social**

O processo de envelhecimento, inevitavelmente, faz-se acompanhar de perdas, físicas, psicológicas, sociais, que vão sendo aceites, melhor ou pior, conforme a capacidade de adaptação e das oportunidades que vão sendo facultadas às pessoas idosas. As condições: idade avançada, mau estado de saúde física ou mental, sexo (principalmente o feminino), origem étnica diferente da do grupo dominante, baixo nível socio económico, baixa escolaridade, a ausência de recursos, conduzem ao isolamento social e inevitavelmente à solidão, ao surgimento de doença e morte. As pessoas que se encontram nestas situações de maior vulnerabilidade, são as mais frágeis logo mais suscetíveis a todo o tipo de violência e abusos. De acordo com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao idoso, este abuso é “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha” (Action on Elder Abuse, 1995 cit.in WHO, 2005, pag29). Os maus-tratos contra idosos, ocorrem em todos os estratos sociais, e aumentam em circunstâncias económicas mais difíceis e em períodos de crises sociais (WHO, 2005). Trata-se de uma violação dos direitos humanos, pouco denunciada, muitas vezes pela perceção das próprias vítimas, de que pouco há a fazer, no sentido de limitar o abuso. Intervir nesta realidade, implica ações concertadas, multissetoriais e multidisciplinares, junto das pessoas idosas, capacitando-as para identificarem e denunciarem as situações de abuso / violência a que possam estar sujeitas. Junto das famílias / cuidadores, identificando necessidades por satisfazer (a título de exemplo, descanso do cuidador do idoso dependente) e procurar dar resposta em tempo útil às mesmas. Na sociedade sensibilizar, informar e alertar para a necessidade de denunciar as situações. Procurar respostas sociais para responder às situações emergentes de violência sobre as pessoas idosas.

## **1.7 Fatores determinantes económicos**

Segundo a OMS (2005) existem três fatores que, interferem sobre o envelhecimento ativo, e que se encontram interrelacionados e que são: reforma, trabalho, e a proteção social.

O baixo nível de rendimentos de muitos idosos, decorrente de reformas reduzidas, limita o acesso dos mesmos a uma alimentação adequada, cuidados de saúde entre outras necessidades básicas. Contribuindo, assim para uma situação de vulnerabilidade social e deixando-os mais suscetíveis ao risco de doença, de exclusão e declínio funcional.

Muitos dos idosos, apesar de uma vida de trabalho, não tiveram uma carreira contributiva, o que “obriga” a que, muitos tenham de trabalhar para complementar os seus rendimentos. Alguns idosos mais qualificados, e com rendimentos mais elevados, exercem atividades remuneradas ou não (voluntariado) como forma de se manterem ativos física e psicologicamente e como garante da manutenção e promoção dos seus contatos sociais, o trabalho voluntário beneficia os idosos ao aumentar os contatos sociais e o bem-estar psicológico e, ao mesmo tempo, oferece uma relevante contribuição para as comunidades e nações (WHO, 2005)

Nos países desenvolvidos, a segurança social assegura alguma proteção aos mais desfavorecidos, substituindo-se e / ou complementando o apoio da família, quando existe, no garante das condições mínimas de subsistência. As alterações, que tem ocorrido no conceito de família, as questões laborais, a habitação entre muitos outros fatores tem contribuído para que muitos idosos estejam isolados da sua família nuclear e não possam contar com o apoio desta, na doença e ou incapacidade. A rede social e o suporte social são de extrema importância à medida que se envelhece, seguindo Paúl (2005) a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida.

O objetivo do envelhecimento ativo é, assim, amplo e visa aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha, de acordo com a OMS, a autonomia e a independência, bem como a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde. Numa palavra, pretende-se responder aos problemas resultantes da maior longevidade e da importância da saúde, sem a qual não é possível garantir a qualidade de vida e o bem-estar físico, mental e social, pelo que, em termos de saúde, as políticas de promoção são tão relevantes como as que melhoram as condições físicas.

## **Apêndice 2**

### **Guião das Entrevistas**

Guião de Entrevista às Pessoas Idosas com Prática de Exercício Regular (PER)

<b>Categorias</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
1-Validação da Entrevista	-Informar sobre os objetivos do estudo e da entrevista -Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista -Estabelecer um clima de empatia entre entrevistadora e entrevistado(a)	
2-Qualidade de Vida (QV) das pessoas idosas (1)	Conhecer a perceção das pessoas idosas, sobre a definição de QV	O que é para si QV?
3-QV das pessoas idosas (2)	Conhecer a autoavaliação das pessoas idosas, sobre a sua QV	Como classifica a sua QV? Porquê?
4-Contributo do Exercício para a perceção da QV	Compreender como é que a PER, contribui para a perceção da QV das pessoas idosas	Na sua opinião, como é que a PER, contribui para a sua QV?
4.1- Desenvolvimento Pessoal	Compreender como é que a PER promove o desenvolvimento pessoal	Considera que a PER têm contribuído para o seu desenvolvimento pessoal (aprendizagens, acesso a novas tecnologias entre outros)? Se sim, Como?
4.2- Inclusão social	Compreender como é que a PER, promove a sua integração/participação social	Considera que a PER têm contribuído para a sua integração / participação social (combate ao isolamento entre outros)? Se sim, Como?
4.3- Bem estar físico e Emocional	Compreender quais as necessidades, expectativas e benefícios obtidos com a PER	O que é que o(a) levou a PER? O que espera com a PER? Que benefícios/ ganhos têm obtido com a PER?
5- Questão Adicional	Dar a possibilidade ao entrevistado(a) de falar sobre algum outro aspeto não abordado no decurso da	Existe mais algum aspeto que queira abordar, que não tenha sido tratado nesta entrevista?

	entrevista	
6-Dados Biográficos	Recolher dados socio demográficos do(a) entrevistado (a)	Qual é a sua idade? Quais as suas habilitações literárias? Profissão que exerceu? Estado civil? Composição da família mais próxima?

Guião de Entrevista à Coordenadora do Projeto Memo- Move (MM) Prof<sup>a</sup> Catarina Rondão

<b>Categorias</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
1-Validação da Entrevista	-Informar sobre os objetivos do estudo e da entrevista - Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista -Estabelecer um clima de empatia entre entrevistadora e entrevistada	
2- Projeto Memo-Move (MM)	Conhecer o Projeto	Fale-me do MM, como surgiu o projeto? Quando? Quais são os seus objetivos? De que meios dispõem? Que avaliação faz do mesmo?
3- Qualidade de Vida (QV) das pessoas idosas	Conhecer a perceção da Coordenadora sobre QV, das pessoas idosas	O que considera ser QV para as pessoas idosas? Como Classificaria a QV das mesmas?
4- Contributo da Prática de Exercício Regular (PER) para a QV	Conhecer a perceção da Coordenadora sobre o contributo da PER para a QV das pessoas idosas	Na sua opinião, como é que a PER, contribui para a QV, das pessoas idosas que frequentam o MM?
4.1- Desenvolvimento Pessoal	Conhecer a perceção da Coordenadora sobre o contributo da PER para o desenvolvimento pessoal das pessoas idosas	Considera que a PER promove o desenvolvimento pessoal das pessoas idosas? Se sim, Como ?
4.2- Inclusão social	Conhecer a perceção da Coordenadora sobre o contributo da PER para a integração /participação social das pessoas idosas	Considera que a PER têm contribuído para a integração / participação social das pessoas idosas? Se sim, Como?
4.3- Bem estar físico e Emocional	Conhecer a identificação que a Coordenadora faz das necessidades / expectativas das pessoas idosas, que tem PER, bem como os benefícios obtidos com a mesma	Quais são as necessidades que tem identificado nas pessoas idosas, que procuram o MM para a PER?  Quais são as expetativas das pessoas idosas, que procuram o MM para a PER ?  Quais são os benefícios que a PER tem proporcionado às pessoas que frequentam o MM ?

5- Questão Adicional	Dar a possibilidade ao entrevistado(a) de falar sobre algum outro aspeto não abordado no decurso da entrevista	Existe mais algum aspeto que queira abordar, que não tenha sido tratado nesta entrevista?
6-Dados Biográficos	Recolher dados socio demográficos do(a) entrevistado (a)	Qual é a sua idade? Quais são as suas habilitações literárias? Profissão? Há quanto tempo exerce?

Guião de Entrevista à Senhora Vereadora da Câmara Municipal do Fundão, Dr.<sup>a</sup> Alcina Cerdeira

<b>Categorias</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
1-Validação da Entrevista	-Informar sobre os objetivos do estudo e da entrevista -Solicitar autorização para a gravação áudio da entrevista - Estabelecer um clima de empatia entre entrevistadora e entrevistada	
2- Políticas promotoras do Envelhecimento Ativo (EA)	Conhecer as políticas locais promotoras do EA	Quais são as políticas locais promotoras do EA, implementadas pelo Município?
	Conhecer as estratégias adotadas pela autarquia na implementação das políticas locais	Que estratégias foram adotadas, para implementar essas políticas locais tendentes ao EA?
3- Projeto Memo-Move	Conhecer a Missão do Projeto	Como e quando surgiu o Projeto MM? Qual é a missão? Quais são os seus objetivos e as fontes de financiamento?
4- Qualidade de Vida das Pessoas Idosas	Conhecer a perceção da Vereadora sobre a QV das pessoas idosas	O que considera ser QV das pessoas idosas?  Como classificaria a QV das mesmas?
5- Contributo da Prática de Exercício Regular (PER) para a QV	Conhecer a perceção da Vereadora sobre o contributo da PER para a QV das pessoas idosas	Na sua opinião, como é que a PER, contribui para a QV, das pessoas idosas?
5.1- Desenvolvimento Pessoal	Conhecer a perceção da Vereadora sobre o contributo da PER para o Desenvolvimento das pessoas idosas	Considera que a PER promove o desenvolvimento pessoal das pessoas idosas? Se sim, Como ?

<b>Categorias</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Questões</b>
5.2- Inclusão social	Conhecer a percepção da Vereadora sobre o contributo da PER para a integração / participação social das pessoas idosas	Considera que a PER contribui para a sua integração / participação social das pessoas idosas? Se sim, Como?
5.3- Bem estar físico e emocional	Conhecer a percepção da Vereadora sobre as necessidades / expectativas das pessoas idosas, que tem PER, bem como os benefícios obtidos com a mesma	Na sua opinião quais são as necessidades das pessoas, que PER?  Quais são as expectativas das pessoas idosas, que procuram o MM para a PER?  Quais são os benefícios que a PER proporciona às pessoas que o desenvolvem?
4-Questão Adicional	Dar a possibilidade à entrevistada de falar sobre algum outro aspeto não abordado no decurso da entrevista	Existe mais algum aspeto que queira abordar, que não tenha sido tratado nesta entrevista?
5-Dados Biográficos	Recolher dados socio demográficos da entrevistada	Qual é a sua idade? Quais são as suas habilitações literárias? Profissão? Tempo de exercício no cargo?

## **Apêndice 3**

### **Parecer da Comissão de Ética da UBI**



Comissão de Ética  
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt  
Convento de Santo António  
6201-001 Covilhã | Portugal

## Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2024-005-ID2014

Na sua reunião de 19 de março de 2024, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "**Contributos do Exercício Físico para a Qualidade de Vida da Pessoa Idosa**", da proponente **Ana Isabel da Graça Henriques**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2024-005.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : AMÉLIA MARIA MONTEIRO  
FERNANDES NUNES  
Num. de Identificação: B1102417849  
Data: 2024.03.28 13:39:18+00'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

## **Apêndice 4**

### **Pedido de Autorização do Estudo à Coordenadora do MM**



Exma. Senhora Coordenadora do Memo-Move

**Assunto: Pedido de Autorização para a realização de trabalho de Investigação**

Ana Isabel da Graça Henriques, Enfermeira Especialista em Saúde do Idoso e Geriatria a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Fundão (UCSP), do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cova da Beira, vem por este meio, muito respeitosamente, requerer a vossa Excelência, a colaboração do Memo-Move, no sentido de autorizar a recolha de dados para fins de investigação.

A requerente é mestranda em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI), e pretende realizar um estudo intitulado "Contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida da pessoa idosa" um estudo de caso a realizar no Memo-Move Fundão, sob a orientação do Exmo. Sr. Professor Doutor João Leitão, docente na Faculdade de Economia e Gestão da UBI.

O objetivo da Investigação é compreender como, é que, a prática regular de exercício contribui para a perceção da qualidade de vida dos idosos, que frequentam o Memo-Move Fundão.

Os dados serão recolhidos sob a forma de: entrevistas individuais semiestruturadas, à Sr.ª Vereadora da Câmara Municipal do Fundão Dr. Alcina Cerdeira, à Sr.ª Coordenadora Prof.ª Catarina Rondão, bem como aos idosos que frequentam o Memo-Move, assim como a administração de um questionário (GENCAT) a estes últimos, observações participadas e consulta de documentação do Memo-Move.

Não haverá lugar a pagamento de deslocações ou quaisquer outras contrapartidas, a participação no estudo é de caráter voluntário e está garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos bem como a ausência de prejuízos assistenciais ou outros.

O estudo será submetido à aprovação da Comissão de Ética da UBI.

Acrescenta-se ainda sob compromisso de honra que os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo.

Colocando-se ao inteiro dispor para algum esclarecimento adicional, Telemóvel 962442122,

email: [anaighenriques@gmail.com](mailto:anaighenriques@gmail.com)

Subscreve-se com os melhores cumprimentos,

A requerente



Ana Isabel da Graça Henriques

Fundão, 04-12-2023

Assinado por: Catarina Alexandra de Melo Rondão  
Num. de Identificação: 12396352  
Data: 2024.04.18 12:20:59+01'00'

# **Apêndice 5**

## **Modelo de Consentimento Informado**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação, e se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O meu nome é Ana Isabel Graça Henriques, sou aluna de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde na Universidade da Beira Interior (UBI) e enfermeira no centro de saúde do Fundão, e estou a realizar um estudo intitulado: “Contributos do exercício físico e cognitivo para a qualidade de vida da pessoa idosa” Pretende-se obter dados que permitam compreender como, é que, a prática regular de exercício físico e cognitivo, contribuem para a perceção da qualidade de vida dos idosos, que frequentam o Memo-Move Fundão.

Este estudo surge no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, da Universidade da Beira Interior (UBI) sob a orientação do Ex<sup>o</sup>. Sr. Professor Doutor João Leitão.

Os dados serão recolhidos sob a forma de entrevista e através do preenchimento de um questionário.

Não haverá lugar a pagamento de deslocações ou contrapartidas, a sua participação no estudo é de carácter voluntário e está garantida a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar, ou se recuse a continuar, em qualquer momento.

Acrescenta-se ainda sob compromisso de honra que os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo, e que os participantes não serão identificados.

Pode, se o se desejar, contactar-me pelo telefone 962442122, ou enviar e-mail para: [anaighenriques@gmail.com](mailto:anaighenriques@gmail.com)

Obrigada desde já pela sua colaboração.

Assinatura: .....  
Ana Isabel da Graça Henriques

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE  
CONSENTE  
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**