



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Análise da Qualidade de Vida, Bem-Estar e Participação Social dos Idosos
da Academia da Mobilidade**

Carla Maria Pintado Magueja

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador(a):

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientador(a)

Doutora Helena Carvalho, Professora Associada, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa (IUL)



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**Análise da Qualidade de Vida, Bem-Estar e Participação Social dos Idosos
da Academia da Mobilidade**

Carla Maria Pintado Magueja

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientador(a):

Doutora Maria Inês Amaro, Professora Auxiliar, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Co-Orientador(a)

Doutora Helena Carvalho, Professora Associada, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa (IUL)

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma dissertação é um trabalho solitário, com muitos momentos de dúvidas, incertezas e algum desespero. No entanto foi um percurso muito enriquecedor e gratificante que me permitiu perceber melhor a qualidade de vida e o envelhecimento.

Durante este caminho, tive o privilégio de aprender com várias pessoas que contribuíram para a sua concretização.

Agradeço à Professora Inês Amaro que aceitou orientar este trabalho e que desde o primeiro dia com palavras afáveis, construtivas e de ânimo, acompanhou-me até à reta final.

À Professora Helena Carvalho pela sua persistência, rigor metodológico e essencialmente a paciência infinita para comigo, obrigada Professora Helena pelo privilégio que tive em conhecê-la e pelas suas qualidades humanas excepcionais.

Às pessoas que participaram neste estudo, com quem tive a oportunidade de aprender tantas coisas!

À minha família, que esteve sempre presente e apoiou-me em tudo.

Por último, mas sempre em primeiro lugar na minha vida, agradeço a Deus.

RESUMO

A investigação que aqui se apresenta foca-se no estudo entre a qualidade de vida, bem-estar e participação social em idosos que frequentam uma academia da mobilidade, comparativamente com um grupo de idosos que não frequenta a academia da mobilidade.

Os conceitos de envelhecimento e qualidade de vida, emergem como centrais para a compreensão do fenómeno em estudo.

No que concerne à metodologia, este é um estudo de investigação misto que utiliza como técnicas de recolha de dados, o questionário da qualidade de vida SF36 que foi aplicado, em dois momentos a ambos os grupos em estudo e a entrevista semiestruturada que foi realizada, num único momento, de forma aleatória ao grupo controle. Pretendeu-se comparar a qualidade de vida do grupo de idosos antes e depois de frequentar a academia com o grupo de idosos que não frequentou a academia da mobilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Bem-Estar, Participação Social.

ABSTRACT

The investigation hereby presented focus in the study between the quality of life, well-being and the social participation by the elderly persons that participate in an academy of mobility.

The concepts of aging and quality of life emerge as centers for the comprehension of the phenomenon in the study.

About the concern to the metalogics, this is a mixed study of investigation that utilizes as technical of collecting of data. The questioner of the quality of life SF36 that was applied in the two moments to both groups in study and the semi structured interview that was realized, in a unique moment, in an allegory form to the controlled group.

It was meant to compare the quality of life of the elderly group before and after frequenting, the academy with the other group that did not made part of the mobility academy.

KEY-WORDS: Aging, Quality of life, Well-being, Social participation.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	i
RESUMO.....	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
GLOSSÁRIO DE SIGLAS.....	vii
1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Envelhecimento Demográfico.....	5
2.2. O processo de envelhecimento.....	8
2.3. Modelos de análise sobre o envelhecimento.....	9
2.4. Envelhecimento e exercício físico	11
2.5. Qualidade de vida no envelhecimento.....	13
2.6. Saúde e Bem-Estar no Envelhecimento.....	16
2.7. Participação Social.....	18
3. OPERACIONALIZAÇÃO DE CONCEITOS E ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	21
3.1. Objetivo.....	21
3.2. Amostra.....	21
3.3. Seleção da amostra	21
3.4. Protocolo de investigação	22
3.5. Considerações éticas.....	22
4. Instrumentos.....	23
4.1. Questionário Sociodemográfico	23
4.2. Instrumento de avaliação da Qualidade de Vida – Questionário SF-36v2	23
4.3. Objetivos do SF-36	23
4.4. Características	23
4.5. Construção do SF-36.....	25
4.6. Versão 2 do SF-36.....	25
4.7. Aplicação do SF-36.....	26

5.	Procedimento para análise dos dados	27
6.	Resultados.....	29
6.1.	Caracterização dos participantes	29
6.2.	Questionário SF-36	31
7.	Metodologia Qualitativa	35
8.	Discussão e interpretação dos dados	39
9.	CONCLUSÃO.....	43
10.	BIBLIOGRAFIA.....	45
11.	Anexos	I

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ACESLOO – Agrupamentos de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras.

AM – Academia da Mobilidade

BE – Bem-Estar

DC – Dor Corporal

DE – Desempenho Emocional

DF – Desempenho Físico

FF – Funcionamento Físico

FS – Função Social

GC – Grupo de Controle.

GI – Grupo de Intervenção.

M1 – Momento 1

M2 – Momento 2

OMS – Organização Mundial de Saúde

Qdv – Qualidade de Vida

SG – Saúde Geral

SM – Saúde Mental

UE – União Europeia

VT – Vitalidade

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Group.

WHOQOL - OLD - World Health Organization Quality of Life – Older Adults

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação foca-se no estudo da relação entre a qualidade de vida, bem-estar e participação social em idosos que frequentam uma academia da mobilidade comparativamente com uma outra amostra de idosos que não frequentam a academia da mobilidade.

A pertinência do estudo insere-se no crescimento acentuado da população idosa a nível mundial, tornando este fenómeno preocupante para a sociedade contemporânea, que deverá implementar políticas específicas, que assegurem uma atenção global, reconhecendo as características da população idosa, consagrando-lhes qualidade de vida (ONU, 2002).

Com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade, surgem como consequências o envelhecimento da população, sendo actualmente uma tendência global na Europa e no Mundo.

O envelhecimento da população confere uma responsabilidade acrescida a todos os profissionais, às famílias, às autarquias, à comunidade e a cada pessoa individualmente, na medida em que é necessário refletir sobre o sistema de saúde, a sustentabilidade da segurança social, os recursos económicos das famílias para cuidarem dos idosos. Torna-se fundamental delinear estratégias de intervenção articulada face a esta problemática. É fundamental investir em acções de prevenção ao longo da vida, em função do seu potencial *“resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã”*, é essencial para promover a melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional. (Miranda, 2016:2).

O sedentarismo é hoje um fator de risco comunitário para a saúde em Portugal, sendo que a diminuição da sua prevalência é um contributo significativo para evitar doenças e aumentar a qualidade de vida

Ter um estilo de vida ativo e estar em forma é fundamental para a saúde, pois ajuda a prevenir doenças, Para além disso, a prática de atividade física tem um elevado valor educativo, promove a integração e facilita o desenvolvimento de capacidades sociais.

A Direção Geral da Saúde, no Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas dá ênfase à importância de todas as medidas, políticas e práticas, que contribuam para um envelhecimento saudável. Definindo como princípios:

- 1) a autonomia da pessoa idosa, como fulcro do envelhecimento saudável;
- 2) a aprendizagem ao longo da vida como forma de preservar as capacidades cognitivas;
- 3) manter-se ativo, mesmo após a reforma é uma das formas que mais concorre para a manutenção da pessoa idosa nas suas diversas componentes física, psicológica e social.

Atualmente a população idosa é mais exigente, mais informada, mais familiarizada com as novas tecnologias, mais preocupada com a saúde e a forma física e também mais consciente da necessidade de participar na sociedade. Assim, é importante pensar e criar políticas que atuem como forma de corrigir as diferenças e sejam promotoras das potencialidades de cada idade. (Cardoso, 2000:79).

O Assistente Social tem aqui um papel muito importante, na mudança de paradigma, refletindo no modelo atual de intervenção, que ainda subsiste, a predominância de uma intervenção psicossocial com adultos idosos, em que os modelos de intervenção são elaborados, sem ou com pouca participação efectiva dos idosos, para um modelo de intervenção em que os idosos, atualmente mais qualificados e autónomos, estão no centro do desenho e na implementação de medidas de intervenção. (Pinto,2013:61).

Para que esta mudança seja efectiva é necessário uma mudança de mentalidades, ao nível das sociedades modernas, em que a velhice tem uma representação negativa, sempre associada à vulnerabilidade, dependência, sobrecarga e incapacidade. Esta visão inibe a capacidade de auto-iniciativa e da participação social. Torna-se premente, que o serviço social possa potenciar uma mudança nesta representação social do envelhecimento e que as pessoas idosas possam viver com qualidade de vida, bem-estar e participem de forma a expressar as suas vontades e desejos. (Ribeirinho, 2013:177).

Na intervenção do serviço social, na área do envelhecimento, a pessoa idosa, tem um valor intrínseco, enquanto individuo e enquanto ser único, em interação com o meio em que está inserido. Conhecer e transformar as necessidades sociais das pessoas idosas, com o objetivo do bem-estar social e contribuir para a elaboração de novas políticas sociais é da responsabilidade do Assistente Social. (Ribeirinho, 2013:179).

No que concerne à metodologia, esta investigação é de natureza mista combinando dados quantitativos e qualitativos, com o objetivo de desenvolver uma abordagem de maior aprofundamento do objeto de estudo. Fez-se uso, de metodologias como as entrevistas, questionários e testes padronizados e validados para a população portuguesa.

A recolha dos dados foi realizada no ACESLOO, em duas fases e com dois grupos distintos. O grupo que frequentou a academia da mobilidade, designado por grupo de intervenção (GI) e o grupo que não frequentou a academia da mobilidade, grupo controlo (GC). A primeira fase foi realizada entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017 e a segunda fase é a avaliação ao fim do programa (6 meses), em que foram novamente aplicados os questionários aos dois grupos, esta fase decorreu entre junho e julho de 2017.

Os participantes no estudo pertencem a cinco Unidades de Saúde do ACESLOO, Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras, Unidade de Saúde Familiar S. Julião, Unidade de Saúde Familiar Oeiras, Unidade de Saúde Familiar Delta e Unidade de Cuidados Personalizados de Paço de Arcos.

No que respeita à estrutura da presente dissertação, é constituída pelo enquadramento teórico, no qual são desenvolvidos os conceitos considerados centrais, partindo do envelhecimento e prosseguindo para o envelhecimento e exercício físico, qualidade de vida, saúde e bem-estar, participação social e por fim participação social. De seguida definimos o desenho de pesquisa, descrevendo a operacionalização dos conceitos e a abordagem metodológica, onde definimos os objetivos do estudo, o tipo de estudo e as técnicas utilizadas. Por último realizamos a análise, interpretação dos dados obtidos e conclusão.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

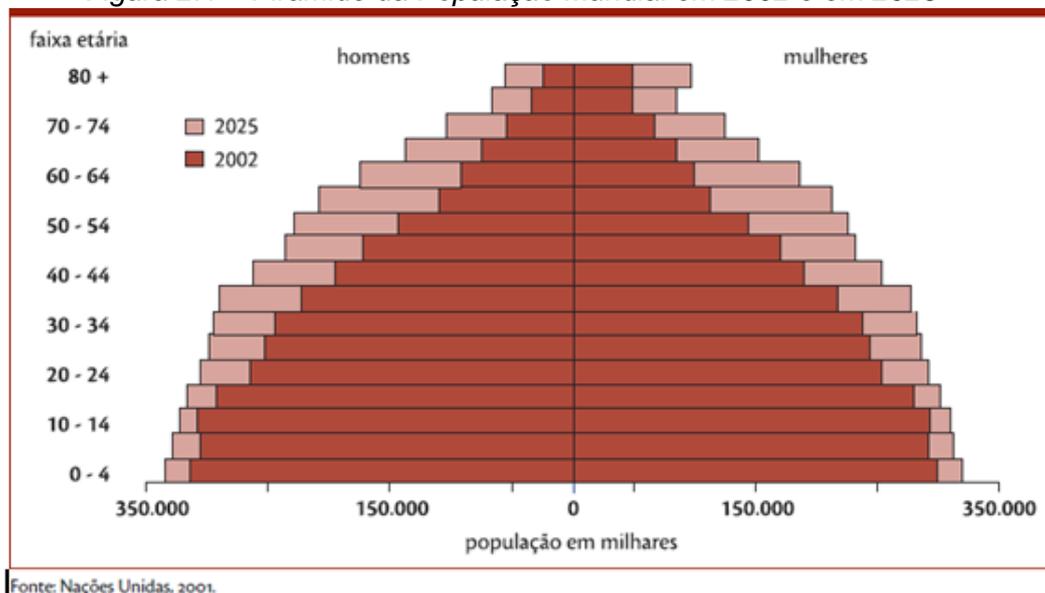
2.1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O conceito de envelhecimento demográfico define-se pela progressiva diminuição das gerações mais jovens, relativamente às gerações mais velhas. Está relacionada com a diminuição da taxa de natalidade, provocando assim uma redução na base da pirâmide etária e conseqüentemente o alargamento das gerações mais velhas no topo. (Bandeira, 2014:17).

A partir dos anos 60, com o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento da população portuguesa sofreu também a influencia da das alterações nas estruturas intermédias, devido a dois tipos de emigração de adultos jovens, os movimentos externos para países europeus e movimentos internos para o litoral urbano. Podemos afirmar que o envelhecimento demográfico depende do “desempenho” da natalidade, da mortalidade e das migrações. Este “desempenho” é também social, económico, e cultural. (Bandeira, 2014:17-18).

Sendo um dos fatores do envelhecimento demográfico, a esperança média de vida, o envelhecimento da População Mundial é uma das conquistas da Humanidade. Em 2025 espera-se que existam 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, em 2050 as estimativas prevêem, 2 biliões, em que 80%, nos países em desenvolvimento. Analisando a pirâmide etária da população mundial em 2002-2025 (Figura 1), podemos concluir que em 2002 observamos que a estrutura da pirâmide é triangular, o que significa, que na base temos mais jovens e adultos e em 2025 há uma alteração dessa estrutura passando a ser mais cilíndrica, ou seja passarão a existir mais idosos. (Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, 2005:9-10).

Figura 2.1 – Pirâmide da População Mundial em 2002 e em 2025



O envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas, pela melhoria das condições de vida. Analisando a **tabela 1** podemos observar que, dos dez países analisados com população superior a 10 milhões de habitantes e maior proporção de habitantes idosos, nove são países europeus. Em 2002 o país com maior número de idosos era Itália, seguindo-se o Japão e a Alemanha, nas estimativas para 2025, não se verificam grandes alterações o Japão passa a ser o país do Mundo com maior número de idosos, aproximadamente um terço, seguido da Itália e Alemanha.

Tabela 2.1 – Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos

2002		2025	
Itália	24,5%	Japão	35,1%
Japão	24,3%	Itália	34,0%
Alemanha	24,0%	Alemanha	33,2%
Grécia	23,9%	Grécia	31,6%
Bélgica	22,3%	Espanha	31,4%
Espanha	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Baixos	29,4%
Ucrânia	20,7%	França	28,7%
França	20,5%	Canadá	27,9%

Fonte: Nações Unidas, 2001.

Em Portugal a população idosa (com mais de 65 anos) tem hoje um grande peso na sociedade portuguesa (Instituto Nacional de Estatística, 2014). De acordo com o Eurostat (2012), três em cada dez residentes em Portugal terão 65 ou mais anos no ano de 2050. As alterações demográficas da população residente em Portugal e para o conjunto da União Europeia (UE 28) refletem o envelhecimento demográfico da última década.

Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros da UE 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento: Das alterações da estrutura etária resultam no aumento do índice de envelhecimento em 2013, por cada 100 jovens residentes em Portugal existiam 136 idosos, em 2014 esse número aumentou para 141 idosos. Relativamente à EU 28, em 2013 o índice de envelhecimento era de 119 idosos por cada 100 jovens sendo que o índice mais elevado situava-se na Alemanha (159), seguido da Itália (154), Bulgária (142) e Grécia (140). Em oposição os países como a Irlanda (57), Luxemburgo (84), Chipre (85), Eslováquia (88), França (97) e Polónia (99), refletem um número de jovens superiores aos dos idosos.

No contexto da União Europeia, Portugal é também o 4º país com maior proporção de idosos: Em 2013, Portugal apresentava uma das estruturas etárias mais envelhecidas da

UE28. A população residente em Portugal em 2014 era constituída por 14,4% de jovens, 65,3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos (INE, 2015). A população idosa no território nacional é composta predominantemente por mulheres, porque estas tendem a viver mais que os homens. Em 2013, a nível mundial, havia 85 homens para cada 100 mulheres. No entanto, é esperado um aumento deste rácio, que reflete uma melhoria ligeira na esperança média de vida dos homens nas idades mais avançadas (INE, 2015).

“O indicador esperança média de vida à nascença resume os riscos da mortalidade de uma população num determinado período de tempo, expressando o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver, ao longo da sua vida se estiver exposta aos riscos de mortalidade por idades desse período” (INE:2015:77).

Os últimos dados do INE, referem que a esperança média de vida no período de 2014-2016, em Portugal era de 80,62 anos, para ambos os sexos, sendo 77,61 para os homens e 83,33 para as mulheres, demonstrando assim um aumento de 3 meses para os homens e de 1,2 meses para as mulheres, comparativamente com os anos de 2013-2015. (INE 2017:1).

Comparativamente, a União Europeia (EU28) em 2015 apresentava uma esperança média de vida de 80,6 anos para a população em geral, sendo de 77,9 anos para os homens e de 83,3 anos para as mulheres. (Pordata, 2017).

A esperança média de vida aumentou, em Portugal 2,44 anos na última década, mais 2,80 anos para os homens e 2,0 anos para as mulheres, relativamente aos valores estimados no período de 2004-2006. (INE, 2017:2).

O aumento da esperança média de vida nas mulheres, na última década deve-se maioritariamente à redução da mortalidade nas idades iguais ou superiores a 60 anos. Nos homens, apesar da importância da diminuição da taxa de mortalidade nas idades mais avançadas, o aumento da esperança média de vida, foi sobretudo devido à diminuição da mortalidade nas idades inferiores a 60 anos, em particular entre os 35 e os 59 anos. (INE, 2017:2)

Concluimos que as mulheres continuam a viver mais anos que os homens, no entanto a expectativa de vida de homens e mulheres tem vindo a aproximar-se, com os maiores ganhos, na população masculina, com a diminuição da diferença, na esperança média de vida, na última década de 6,52 para 5,72 anos. (INE, 2017:2).

O aumento da esperança média de vida, não é sinónimo de anos com saúde. A esperança de vida em saúde mede a qualidade de vida, ou seja, representa o número de anos de vida saudável que a população pode esperar viver. Em 2014, na UE28 os anos de vida saudáveis aos 65 anos, é de 8,6 anos nos homens e 8,6 anos nas mulheres. Em Portugal é de 6,9 anos para os homens e de 5,6 anos para as mulheres. (INE, 2017).

O envelhecimento da população trás, por um lado, sociedades mais envelhecidas, mas por outro lado mais anos de vida aos indivíduos. Este é um fator positivo, porque advém dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, da ciência, e sociais, os quais permitiram criar políticas públicas que fossem de encontro a esta nova problemática (Cabral, 2013:11).

Viver mais tempo também significa mudanças de vida, no que respeita ao estado de saúde com o aumento de doenças crónicas e à participação social, com um declínio das redes pessoais e sociais. As condições sociais afetam inevitavelmente a saúde individual e consequentemente a qualidade de vida das pessoas (Cabral, 2013:11-12).

O impacto do envelhecimento é reconhecido a nível nacional e internacional, traduz-se ao nível das relações familiares, equidade entre as gerações, os estilos de vida e a economia das nações, sendo estas as áreas com maior repercussão. No entanto, com os processos de globalização e urbanização em crescimento, o envelhecimento irá afetar inevitavelmente toda a população, nas diversas regiões do mundo.

2.2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O conceito de envelhecimento é difícil de definir, por ser um conceito dinâmico e multidimensional. No entanto, ao longo dos tempos tem sido definido por vários autores, sendo que nas definições confluem factores pessoais, económicos, comportamentais, culturais, psicológicos, sociais e de género os quais determinam como se envelhece ao longo do ciclo de vida (Carvalho, 2013:3).

Para Schroots e Birren (1980), citado por Paúl (sine anno), o conceito de envelhecimento incorpora três dimensões: a) O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência, b) um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este grupo etário e c) o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”.

O envelhecimento pode, por um lado, ser definido como um processo contínuo, ao longo da vida, de crescimento e desenvolvimento, que relaciona as experiências e as expectativas das pessoas com as possibilidades e desenvolvimento da sociedade. Assim, o envelhecimento é um processo dinâmico que integra várias dimensões como a experiência de vida, os papéis desempenhados ao longo da vida, a trajetória e as expectativas relacionadas com o contexto social e cultural (Carvalho, 2013:5).

2.3. MODELOS DE ANÁLISE SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento tem suscitado nas últimas décadas, um interesse crescente, pelas suas várias implicações no plano individual, social, económico, cultural, entre outros. Nos últimos anos podemos identificar alguns quadros de referência, que nos remetem para definições diversas sobre o envelhecimento, tais como: o envelhecimento saudável, o envelhecimento bem-sucedido, o envelhecimento produtivo e o envelhecimento ativo. Iremos abordar de forma sucinta, estes modelos, numa perspectiva apresentar o mais relevante de cada modelo, bem como os méritos e limitações.

Envelhecimento Saudável – A utilização deste termo, remete-nos para um modelo associado à condição de saúde, numa perspectiva biomédica, definindo o envelhecimento positivo, no sentido de envelhecimento normal sem doenças, negativo, como um envelhecimento com doenças e normal, resultante da capacidade dos indivíduos prevenirem as doenças (Carvalho, 2013:8). No entanto, este conceito não implica uma perspectiva unidimensional, de doenças e défices, mas pelo contrário corresponde a uma dimensão de promoção da saúde, definida como “Um estado de completo bem-estar, físico, mental, social e espiritual e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, não é um fim em si mesmo mas um recurso para a vida do quotidiano, enfatizando os recursos individuais e sociais bem como as aptidões físicas (Almeida, 2007:18).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou também este conceito, definindo-o como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Esta conceptualização de envelhecimento saudável tem como plano central, a compreensão de que nem a capacidade intrínseca, que se refere ao conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer altura no tempo, nem a capacidade funcional, definida como os atributos relacionados com a saúde, em que as pessoas fazem aquilo para o qual estão motivadas, vão diminuindo ao longo da vida. Apesar disso, as escolhas de vida, as intervenções ao longo da vida irão determinar a trajetória de cada pessoa. (OMS:2015).

O modelo do envelhecimento bem-sucedido orienta o envelhecimento para uma abordagem bem-sucedida do envelhecimento, remetendo para teorias biológicas, psicológicas e sociais, não enfatiza nem uma nem outra dimensão mas sim a correlação entre todas. Neste contexto, o envelhecimento é resultante da capacidade de prevenir as doenças, da maximização das capacidades cognitivas, da participação, integração nas redes de suporte familiar e social, estando relacionado com a capacidade das pessoas e a sociedade, adaptarem-se ao processo de envelhecimento (Carvalho; 2013:9).

Este modelo acentua o carácter modificável das capacidades intrínsecas do envelhecimento, propondo intervenções além da prevenção da doença e da incapacidade.

Sublinha o conceito multidimensional e positivo do envelhecimento bem-sucedido. No entanto, uma das limitações deste modelo é adotar critérios de sucesso que não são possíveis atingir por todas as pessoas, excluindo as situações de incapacidade, doença crónica de maior risco e vulnerabilidade (Almeida, 2007:20).

O modelo do Envelhecimento Produtivo considera que na relação entre a sociedade e a idade, as estratégias pessoais e sociais são afectadas pela divisão do tempo social. Esta relação está relacionada com a definição de políticas públicas. Defende a sustentabilidade do sistema de protecção social, através de várias estratégias. Promove a integração das pessoas idosas na sociedade e combate a discriminação, quer por não continuarem a contribuir para o bem-estar, quer por serem na maioria, os beneficiários do sistema através das pensões (Carvalho, 2013:9).

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida (WHO,2005:13). Este conceito aplica-se à pessoa e a grupos populacionais. Permite que as pessoas compreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, e que estas pessoas possam participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, proporciona protecção, segurança e cuidados adequados às suas necessidades. Esta abordagem baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios da independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização. O enfoque deixa de ser baseado nas necessidades das pessoas idosas, passando a ser centrada nos direitos dos idosos à igualdade de oportunidades, bem como na responsabilidade das pessoas idosas no exercício da participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em sociedade. (WHO, 2005:13-14).

Nesta conceptualização de envelhecimento o conceito de participação social, vai muito além da atividade física ou laboral, não sendo apresentado de forma coerciva, mas em função dos desejos e das capacidades da pessoa idosa, surge também, como resposta a objetivos e preocupações societais, ligadas ao aumento dos custos relacionados com o envelhecimento demográfico (Almeida, 2007:21).

Na agenda política Europeia, a qual se torna visível através, por exemplo, da comemoração do Ano Europeu do Envelhecimento ativo e Solidário entre Gerações (EU, 2012), o envelhecimento ativo reflete um compromisso importante nas políticas atuais. A abordagem centrada na participação e nos contributos das pessoas idosas para a sociedade, nomeadamente no mercado de trabalho, combater a pobreza, a exclusão social, encorajar para o voluntariado e na transição para a reforma, representa uma perspectiva centrada numa visão economicista em que a experiência positiva do envelhecimento ao longo da vida deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, envolvimento social e segurança,

mas balizado pela capacidade de estar ativo ou de fazer parte da força de trabalho, considerando este grupo etário como um recuso para a sociedade (Ribeiro, 2012:49).

Esta perspectiva de envelhecimento é muito ampla, podendo definir-se objetivos a nível macro, meso e micro. Ao nível macro, implica a criação de novas oportunidades, que vai para além da singularidade e do aqui e agora, assume uma dimensão política, na promessa do combate à pobreza e à exclusão social. A nível meso, porque relaciona o indivíduo com a sociedade, onde existe uma relação entre o apoio individual prestado com expressão na melhoria dos serviços dados pelas instituições e onde o voluntariado passa a ser um compromisso com a vida e a qualidade de apoios que são recebidos. A nível micro, o indivíduo e a relação com a família, sendo esta rede de suporte, a base para um envelhecimento com dignidade (Almeida, 2012:140).

Envelhecer com dignidade é uma meta que inclui as dimensões, económica, política e social, independentes e adequadas ao nível de desenvolvimento humano e social, conseguido por todos os que contribuíram de diversas formas, ao longo da vida para o desenvolvimento das sociedades. O percurso ao longo da vida é um caminho, em que, na fase do envelhecimento, vai decrescendo a vitalidade e aumentando a fragilidade, tornando este caminho, por vezes difícil de percorrer. No entanto os contextos e os projetos de vida são diferentes e específicos, o que reveste o envelhecimento de contornos desiguais no tempo e no espaço. As realidades sociais, económicas, políticas e culturais são diferentes, mas nelas interfere a ação do homem e daí resulta o produto da humanidade. (Almeida, 2012:140).

2.4. ENVELHECIMENTO E EXERCÍCIO FÍSICO

Um dos fatores que contribui para o processo de envelhecimento é o estado de saúde, em particular as situações de doenças crónicas, que provocam incapacidades físicas e cognitivas, conduzindo a défices na autonomia e conseqüentemente no quotidiano das pessoas idosas.

São muitos os fatores que contribuem para um melhor estado de saúde e a forma como este é percebido. A análise empírica tem demonstrado que existe uma forte relação entre o uso do tempo, a prática de atividades e as relações sociais na qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas. (Silva, 2014:2).

Um dos fatores que tem sido objecto de vários estudos é a relação do exercício físico com a longevidade, a forma como o exercício físico, tem impacto no envelhecimento, nomeadamente no que respeita à perda funcional, que ocorre de forma progressiva e global. A maioria dos estudos sustenta o efeito positivo do exercício físico, na prevenção e diminuição das conseqüências do envelhecimento, enfatizando que este seja incluído como parte fundamental dos programas mundiais de promoção da saúde. (Matsudo, 2006:135).

O aumento dos anos de vida pode ser marcado pela redução da mobilidade, depressão, isolamento, solidão e surgimento de problemas de saúde (Rolls, Drewnowski citado por Drewnowski & Evans, 2001).

Estes podem ser influenciados por vários factores demográficos, sociais e ambientais, factores modificáveis. A atividade física e os hábitos alimentares são os que mais contribuem para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população (Drewnowski & Evans, 2001).

A prática de atividade física regular tem um papel essencial no controlo e prevenção de doenças crónicas não transmissíveis, aumento da capacidade funcional e da qualidade de vida durante o envelhecimento (Matsudo, 2009).

De acordo com Nobrega et al. (1999) os benefícios do exercício físico envolvem o aumento da massa muscular, melhor controlo da glicemia, melhora do perfil lipídico, redução do peso corporal, melhora da função pulmonar, melhora do equilíbrio e da marcha, menor dependência para realização de atividades diárias, diminuição de incidência de queda, aumento da qualidade de vida e ainda a nível psicológico melhora a auto-estima (Souza et. al, 2015).

Verifica-se, de facto, uma associação inversa entre a atividade física e a mortalidade. Especialmente após os 50 anos de idade, é indicada a necessidade de estímulo da atividade física regular para que esta tenha um impacto real na saúde e proporcione longevidade com qualidade de vida (Matsudo, 2009).

Assim, desenvolver as capacidades do idoso e conseqüentemente aumentar a autonomia, é considerado, actualmente, uma prioridade. É necessário desconstruir a representação social tradicional do envelhecimento associada à aproximação da morte, a um processo degenerativo cada vez mais incapacitante, no qual se verifica um aumento da dependência, afastamento dos papéis familiares que contribuem para o isolamento social e uma menor participação do idoso na sociedade actual (Vendruscolo & Marconcin, 2006). Os programas centrados no aumento da qualidade de vida do idoso, os quais permitam uma maior participação deste na sociedade, são de elevada importância para contribuir para esta mudança da mentalidade e maior adaptação à realidade sociodemográfica de todo o mundo.

Hoje é reconhecido pelos investigadores de diferentes áreas do envelhecimento, a importância de não acrescentar anos à vida (longevidade), mas acrescentar vida aos anos (qualidade), num sentido claro de valorização da pessoa idosa (qualidade de vida) e de um novo paradigma de compreensão/explicação da realidade, que se move numa perspetiva que sublinha os défices para uma que enfatiza o ajustamento/funcionamento óptimo. (Vilar, 2015:29).

2.5. QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO

O conceito de qualidade de vida, tornou-se nos anos 80, de interesse geral, muito ligado ao senso comum, utilizando-se muitas vezes para expressar o bem-estar das pessoas. A forma como é percebida e inferida por quem a avalia torna este conceito muito subjectivo (Cardoso, 2000:60).

A subjectividade do conceito não permite uma avaliação, apenas numa perspectiva, mas numa multiplicidade de fatores, que são analisados, em função daquilo que cada indivíduo espera da qualidade de vida. Para alguns ela expressa-se através da saúde, outros dos bens materiais, outros a família ou de outro qualquer fator. O meio onde é analisada a qualidade de vida, também é diferente se forem num meio urbano, rural, em países ricos, em países pobres ou em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (Dias, 2000:4).

O interesse e a aplicabilidade do tema qualidade de vida (QdV) ganharam relevo no século XX, mais precisamente na década de 60, aquando da discussão dos indicadores económicos e da necessidade de considerar também indicadores sociais para avaliar o bem-estar das populações e dos indivíduos. É a partir dos anos 70 e 80 que a discussão da QdV é centrada à volta dos seus componentes objetivos e subjectivos, nomeadamente no âmbito da saúde. Com uma definição de saúde elaborada pela OMS/WHO (1948), passando esta a definir-se como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, passa assim a ser um constructo conceptualizado como um recurso para a vida, uma dimensão da QdV e não apenas um objetivo para a vida (Vilar, 2015:6).

A evolução do conceito QdV, apesar da sua diversidade em termos da valorização nos indicadores económicos, sociais e psicossociais, dos componentes objetivos e subjectivos, de medida relacionada com a saúde, pretende ser uma definição mais ampla e abrangente que tem como objetivo uma perspectiva holística, psicossocial do ser humano e multidimensional, que vai muito para além da problemática da saúde. (Vilar:2015, 8).

Na década de 90, a OMS criou um grupo de trabalho para o estudo da qualidade de vida, o WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group), este grupo de trabalho elaborou um programa de investigação que visou estabelecer um paradigma de referência e conceptualização, a definição do conceito e a sua operacionalização, através de uma matriz metodológica, fundamentada e transcultural. Para o desenvolvimento do quadro conceptual e metodológico da QdV, foi importante o contributo da OMS, para a unificação do conceito, assim o grupo considerou que a definição deveria alicerçar-se sobre três áreas importantes: i) a sua subjectividade, fazendo depender a avaliação da QdV da percepção do próprio indivíduo; ii) a multidimensionalidade, tendo a definição que abarcar várias dimensões; iii) a presença de dimensões positivas e negativas. (Miguel, 2014:5)

Neste sentido, o grupo WHOQOL, define assim qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistemas de valores que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição é muito abrangente, resulta de um consenso internacional, numa perspetiva transcultural e multidimensional, contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, as crenças e convicções pessoais em relação com o meio onde se inserem, na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (WHOQOL Group,1993,1994,1995,1998 citado por Canavarro, 2010:1).

Através do trabalho desenvolvido pelo grupo WHOQOL, foram criados instrumentos de avaliação da qualidade de vida, como o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), foi desenvolvida de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), (100 itens, que avaliam os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade). A elaboração deste instrumento partiu de três pressupostos centrais: 1) a essência abrangente do conceito de qualidade de vida; 2) uma medida quantitativa, fiável e válida para ser construída e aplicadas em diversas populações; 3) qualquer fator que afete a qualidade de vida influencia um grande número de componentes integrados no instrumento, por sua vez este serve para avaliar o efeito das interações de saúde. (WHOQOL, Group, 1993 citado por Canavarro, 2010:1).

A versão breve, WHOQOL-Bref (26 itens que avaliam o domínio físico, psicológico, relações sociais e ambiente e dois itens de qualidade de vida geral). (Vilar,2015:9).

Em 1999, foi criado o WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of life-Older Adults Module Group). Mantendo o mesmo referencial conceptual e tendo como objetivo, por um lado estudar o funcionamento das medidas genéricas da QdV à população idosa e por outro incluir, se necessário, parâmetros relevantes para a avaliação da QdV nos idosos. A versão original da WHOQOL-OLD é constituída por 6 dimensões, num total de 24 itens, relativas ao funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Estas dimensões permitem alargar os conteúdos dos domínios gerais, considerando a sua relevância para a população idosa. (Vilar, 2015:11).

A crescente relevância de avaliar a qualidade de vida em adultos idosos, enquadrando na definição do WHOQL Group, o WHOQOL-OLD, foi criada tendo como critérios, não apenas as avaliações transculturais, mas também a avaliação do impacto nos serviços de saúde, nos programas de intervenção e de cuidados sociais na qualidade de vida dos idosos. Outro aspeto, muito importante na construção deste instrumento foi ter em consideração a opinião dos idosos. No entanto, são necessários mais estudos de investigação de natureza empírica, para que este instrumento possa ser uma referência na avaliação da qualidade de vida da população idosa em Portugal (Vilar, 2015:72).

Atualmente, a mais sustentada para a população idosa é a SF-36 (Medical outcomes study 36 item), não sendo elaborada para a população idosa a inclusão de participantes idosos nas amostras, sustenta a sua utilização nesta faixa etária (num total de 36 itens avalia a dor física, vitalidade, saúde geral, saúde mental, dimensão social, emocional, desempenho físico e transição de saúde), sendo a mais recomendada, quando se pretende uma avaliação detalhada e abrangente da saúde, nos idosos na comunidade (Vilar: 2015:10).

Na atual realidade sobre o envelhecimento global e as suas consequências ao nível social, desde os níveis micro, meso e macro, levam a repensar o papel tradicionalmente atribuído aos idosos. Promover a qualidade de vida no envelhecimento, com todas as suas consequências, torna-se fundamental, considerando os critérios multidimensionais e níveis diferenciados. (Miguel, 2014:5).

O conceito de QdV nos idosos é um construto “complexo, amorfo, multinível, integrando uma grande variedade de componentes: objetivos, subjectivos, macro-social, micro-individual, positivo e negativo, em interação entre si”. O conceito engloba assim as dimensões de bem-estar físico, social, emocional e material, crescimento pessoal e atividades. (Walker &Lowenstein, 2009:61).

Walker (2009:63), no âmbito dos estudos desenvolvidos sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, conclui que, em primeiro lugar, o conceito de QdV deve ser dinâmico, multifacetado e complexo e deve reflectir a interação objectiva, subjectiva, macro, micro, positivas e negativas. Em segundo lugar, a qualidade de vida a QdV no envelhecimento é o resultado da combinação interativa entre fatores relacionados com o curso da vida e fatores situacionais. Em terceiro lugar, os preditores de qualidade de vida, variam entre grupos de pessoas de idade mais avançada, no entanto os estudos empíricos referem que as associações mais frequentes com a QdV e bem-estar na velhice são uma boa saúde e a capacidade funcional, o sentido de adequação e utilidade pessoal, a participação social, as relações familiares intergeracionais, uma rede social de suporte e o estatuto socioeconómico. Por fim, em quarto lugar, a associação entre bem-estar e QdV é muito comum, as auto-avaliações subjetivas de bem-estar psicológico e de saúde são mais importantes na explicação da QdV do que os fatores socioeconómicos e sociodemográficos.

A construção social do envelhecimento tem implicações importantes no âmbito da QdV no envelhecimento. A definição da qualidade de vida das pessoas idosas é semelhante à da restante população, embora a saúde e a capacidade funcional tenham um papel de maior relevo. As pessoas idosas devem ser o centro do processo de avaliação da QdV e devem ser elas a definir o seu próprio conceito de QdV. A QdV no envelhecimento é influenciada por fatores sociais e económicos, bem como por características individuais e biológicas. É fundamental evidenciar a importância da estrutura social e da cultura na determinação de

experiências de vida das pessoas idosas e das suas expectativas relativamente a uma boa ou má qualidade de vida. (Miguel, 2014:7).

Com o aumento da esperança média de vida e conseqüentemente o envelhecimento das populações surge uma preocupação acrescida nas sociedades modernas, sobre as condições necessárias para que as pessoas mais velhas possam ter qualidade de vida. Para Repley (2003), a qualidade de vida é um conceito que permite, sensibilizar para melhorar a vivência das pessoas e das comunidades de forma democrática, inclusiva e emancipadora.

À medida que se assiste ao envelhecimento demográfico e as suas conseqüências na qualidade de vida, tem-se assistido a uma crescente preocupação de desenvolver investigação no âmbito da qualidade de vida dos idosos, como, inclusivamente, estas têm contribuído para a emergência de abordagens mais holísticas e teoricamente mais coerentes acerca do próprio conceito. (Walker, 2005:7).

O Programa para o desenvolvimento humano (PNUD) de 1994, define a qualidade de vida como " resultado da capacidade humana para fazer uso das suas potencialidades, económicas, sociais, culturais e políticas" este conceito surge associado ao conceito de desenvolvimento humano, que segundo o mesmo programa é definido como um processo que permite maior diversidade de escolhas que são oferecidas para satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos, reconhecidas como direitos humanos. Assim, o desenvolvimento humano e social é um conceito qualitativo, que pode traduzir-se na qualidade de vida dos indivíduos (Dias,2008:12).

Podemos afirmar que qualidade de vida e desenvolvimento humano são dinâmicos, embora traduzam realidades diferentes, existe entre eles uma relação de proximidade. O desenvolvimento humano coloca o homem no centro, não tem em conta apenas os fatores económicos, mas o crescimento da pessoa e da comunidade em todas as dimensões da sua vida. O desenvolvimento estabelece relações fortes de forma a elevar a capacidade de resposta a uma qualidade de vida mais ajustada às diversas condições humanas e sociais. (Dias, 2008:10).

Em conclusão a qualidade de vida é um conceito muito amplo e dinâmico, que inclui diversos fatores. No envelhecimento tem ainda a componente, das capacidades de adaptação de cada individuo às mudanças, inerentes ao processo de envelhecimento.

2.6. SAÚDE E BEM-ESTAR NO ENVELHECIMENTO

Os estudos de bem-estar desenvolveram-se principalmente no final do século XX, nos anos 70, quando a psicologia começou a estudar as questões das emoções positivas, foi também nesta altura que este conceito passou a ser reconhecido como importante para a comunidade científica, ao nível da investigação e da intervenção social e clínica. Ao nível

social a sua pertinência é fundamentada pelos discursos no quotidiano dos cidadãos. Este tema interessa a todos na generalidade, quer a cidadãos, quer a governantes que através de indicadores de satisfação e felicidade avaliam o impacto das suas políticas aumentaram o número de estudos sobre bem-estar subjetivo que se traduz em felicidade. (Lima, 2008:2281 Novo, 2005:184).

Por forma a compreender melhor o conceito de bem-estar, podemos defini-lo como um conceito com diferentes faces: bem-estar subjetivo, psicológico e social.

Assim, o bem-estar subjetivo, baseia-se na avaliação que cada individuo faz da vida, tendo como referencial as experiências emocionais, positivas e negativas e tendo como base valores, necessidades, expectativas e crenças pessoais. Assim a satisfação com a vida e a felicidade fazem parte integrante da experiência subjetiva de bem-estar (Novo, 2005:185).

O bem-estar (BE) psicológico tem como objetivo avaliar o BE de modo abrangente, na dimensão psicológica, traduzindo um desenvolvimento normal e positivo. Este modelo dos anos 80 do século XX, com base em modelos oriundos da psicologia e da saúde mental. Assim foram identificadas seis dimensões nucleares do BE: aceitação de si, relações positivas com os outros, domínio do meio, conhecimento pessoal, objetivos de vida e autonomia. O BE psicológico assume um carácter amplo e representativo do funcionamento psicológico positivo ao nível individual. O sentido de felicidade assume-se, neste conceito não como um fim em si mesmo, mas sim como o resultado do desenvolvimento e da realização da pessoa humana (Novo, 2005:185).

Na década de 90, emerge o conceito de bem-estar social, como um complemento ao BE psicológico. Este conceito partilha também a perspetiva de caracterizar o funcionamento positivo, não só a nível da relação individual, mas da relação do individuo com os outros indivíduos, com a sociedade e o ambiente. Keyes (1998) propõe um modelo do BE social que engloba cinco dimensões: integração social, coerência social, aceitação social e realização social. Estas dimensões constituem desafios com que os indivíduos têm de enfrentar, como seres sociais, ao nível da relação com as estruturas comunitárias e societais, constituindo áreas fundamentais, que caracterizam a diversidade na área do BE social, sendo também importante na prevenção e promoção da saúde “social” (Novo, 2005:186).

Em conclusão, podemos dizer que estas três faces do conceito de BE são complementares na compreensão do BE. Assim, o BE subjetivo representa essencialmente o BE emocional, ou seja o equilíbrio favorável às emoções, aos sentimentos e aos afetos positivos e negativos. O constructo de BE psicológico e social dão ênfase ao BE enquanto funcionamento positivo, capacidade adaptativa e de desenvolvimento, no BE psicológico ao

nível individual e privado, no BE social associado à capacitação para enfrentar os desafios sociais e da realização de tarefas sociais.

O declínio gradual da saúde é o fator mais frequente associado à idade e provavelmente o que provoca maiores constrangimentos no processo de envelhecimento, principalmente no caso das doenças crônicas, que provocam incapacidades que alteram o cotidiano das pessoas idosas. São vários os fatores que contribuem para um melhor estado de saúde e para a forma como é percebido, bem como para o bem-estar. (Fernández-Ballesteros,2008:3).

As pessoas idosas necessitam de apoio em situação de doença, principalmente quando isso implica alterações das suas capacidades funcionais e conseqüentemente do seu cotidiano. No entanto, os estudos sobre o envelhecimento centrados nas relações sociais têm demonstrado uma relação evidente com a melhoria do estado de saúde e bem-estar. Os dados revelam que os idosos mais integrados e com melhores relações sociais e satisfeitas com a qualidade dos relacionamentos, têm um estado de saúde melhor e uma redução dos riscos de mortalidade.

2.7. PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O ser Humano tem uma apetência natural para desenvolver relações sociais. Os indivíduos são sobretudo, seres sociais, com necessidade de manter essas relações ao longo da vida. O envolvimento com a vida, ou seja, a manutenção de um compromisso ativo com a vida, implicando a continuidade das relações sociais, a interação com os outros e a realização de atividades produtivas, que geram valor e estão associadas a outras dimensões da vida como a saúde física e mental e bem-estar. Neste sentido, é importante manter relações sociais próximas, bem como a participação em atividades que atribuam sentido à vida (Gorjão, 2011:5).

Com o envelhecimento existe uma mudança nas relações de poder, o que se reflete negativamente na qualidade de vida e na participação social. A acompanhar o envelhecimento surge a redução da autonomia, no entanto esta não pode definir o envelhecimento e muito menos justificar a exclusão dos idosos da participação social, que os remete para uma reduzida socialização, senão mesmo e não raramente, para situações de completa solidão social ou, então, para instituições desligadas dos processos de participação coletiva. Em resumo, o envelhecimento acentua riscos, correspondentes à idade, da vulnerabilidade do estado de saúde, do isolamento social e da solidão propriamente dita, da dependência física e mental, e em muitos casos económica e por último da estigmatização, ou seja a discriminação ou o preconceito paternalista, condescendente e minimizante, em relação aos chamados “*velhos*”. Aos idosos, assiste o direito de participar na comunidade, tendo como benefícios, mais capital social, melhoria a

auto-estima, o sentimento de auto-eficácia e do controlo pessoal e social. Por outro lado, este envolvimento e participação social facilitam a solidariedade intergeracional, evitando alguns preconceitos relativos ao envelhecimento, promovendo a troca de experiências e de saberes (Pinto, 2013:58).

Nas sociedades modernas, a participação social dos idosos está longe de ser uma realidade, ainda existem muitos obstáculos à participação das pessoas mais velhas em todas as dimensões da vida em sociedade, mesmo, nas que a eles dizem respeito. (Pinto, 2013:58).

A participação social torna-se num importante contributo para a saúde e qualidade de vida, no envelhecimento da população, sendo um elemento chave na prevenção da solidão. O envelhecimento de um modo geral, é associado à diminuição da saúde, mobilidade e participação social, esta última devido às mudanças no tamanho e composição da rede social (por exemplo: reforma e perda de um parceiro), o que afeta atividades como viajar e socializar e, conseqüentemente, a qualidade da vida (Berg, 2015).

No entanto, as diferentes formas de participação social, quer formal, como as que estão relacionadas com atividades realizadas em organizações com objetivos definidos, quer a informal, como as que se referem às atividades desenvolvidas em contextos não organizacionais, tendem a diminuir à medida que a idade avança. Existem outros fatores, que determinam a participação social dos idosos, como o sexo, a escolaridade, o estado civil e as condições económicas (Cabral, 2013:93).

Existe uma tendência perceptível ao longo da vida de pertença a associações, sindicatos, partidos políticos, clubes de futebol, mas à medida que se envelhece, passa a existir uma relação mais fraca dos indivíduos com essas instituições, passando a integrar outro tipo de associações que têm outros objetivos (Cabral, 2013:95).

Cabral (2013:95,96), no estudo realizado à população portuguesa idosa, refere que as associações onde os idosos passam mais tempo são, clubes desportivos, associações culturais e de solidariedade social e atividades ao ar livre. As pessoas com maior escolaridade são as que participam mais frequentemente, ao mesmo tempo os solteiros diferenciam-se dos casados e separados pela frequência mais reduzida. No que respeita à participação em atividades para a terceira idade, cerca de um quarto dos idosos portugueses participa. A igreja, centros paroquiais, são os que têm mais expressão, seguido das juntas de freguesia, colectividades recreativas e câmaras municipais. Os homens tendem a participar mais nestas atividades dos que as mulheres, exceto no casos das atividades de cariz religioso e das universidades seniores.

3. OPERACIONALIZAÇÃO DE CONCEITOS E ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida, o bem-estar e a participação social das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que frequentam a Academia da Mobilidade (AM), comparando-os com um grupo controle (GC) que não frequenta a AM. Trata-se de um estudo que adota métodos mistos na medida em que combina dados quantitativos e qualitativos a fim de contemplar a análise do objeto de estudo em diversas vertentes.

Nesse sentido foram usados diversos métodos de recolha de dados: entrevistas, questionário e testes padronizados e validados para a população portuguesa.

3.2. AMOSTRA

A amostra é constituída por 28 participantes que frequentaram a Academia da Mobilidade (AM), designado por grupo de intervenção (GI) e 28 indivíduos que não frequentaram a AM no mesmo período, e que constituem o grupo de controlo (GC).

3.3. SELEÇÃO DA AMOSTRA

Estavam inscritos para a AM, na altura da seleção da amostra, 45 utentes que foram submetidos a uma avaliação inicial, após a qual lhes foi proposto a participação neste estudo. Dos 45 utentes, 28 aceitaram participar no estudo.

Os critérios de inclusão para a frequência da AM foram: terem pelo menos 60 anos, serem independentes e não terem alterações cognitivas importantes.

Após a seleção do grupo de intervenção, procedeu-se à seleção do grupo controlo. Uma condição de partida era a de que não iriam frequentar a AM durante os próximos seis meses. Para este grupo foi considerado o mesmo número de participantes e que cumprissem os três critérios de inclusão anteriormente sistematizados. Foi também garantido que os elementos do grupo de controlo pertencessem às mesmas unidades de saúde dos participantes do grupo de intervenção. Para auxiliar no processo de seleção foram contactados profissionais de saúde. Esses profissionais, a quem tinha sido explicado previamente os objetivos do estudo e os critérios de seleção, procediam também ao encaminhamento dos participantes para a investigadora responsável pelo estudo. A estes participantes, e a preceder a inquirição, realizou-se uma breve entrevista para validar os critérios de inclusão para o estudo e explicar os objetivos do estudo.

3.4. PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Como já referido, foram incluídos no protocolo de investigação dois grupos para o estudo: o de intervenção e o de controlo tendo o primeiro frequentado a Academia da Mobilidade, durante 6 meses. O grupo de intervenção realizou sessões de 45 minutos, duas vezes por semana com acompanhamento da equipa, proporcionando uma progressão de treino respeitando o progresso individual de cada participante. Ambos os grupos, foram sujeitos a uma avaliação em dois momentos diferentes: uma primeira avaliação no início do programa (M1) e outra no final do programa, após 6 meses (M2).

Acabariam por ser excluídos do estudo nove participantes do grupo de intervenção, no segundo momento de avaliação (M2), porque não completaram os 6 meses do programa, na academia da mobilidade. Foi ainda excluído um participante do grupo controlo, por não estar disponível para avaliação no segundo momento (M2). A desistência de cerca de 32% dos participantes no grupo controlo não nos deixou surpreendidos. Os estudos que analisámos, sobre o tema referem que apesar da evidência científica dos benefícios do exercício físico regular, sobre a saúde em adultos mais velhos, estima-se que nesta população a taxa de desistência, após iniciarem um programa de exercício físico, é cerca de 50% nos primeiros seis meses. (Foy et al, 2013:284)

3.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os participantes assinaram um consentimento informado uma vez que seriam usados dados clínicos dos participantes. Nesse sentido, foi necessário o preenchimento de um consentimento com o objetivo de informar os participantes, sobre quais os procedimentos do estudo, bem como revelar todas questões pertinentes relacionadas com o estudo. Nenhum dos participantes no estudo foi privado de tratamento, nem foi exposto a risco de vida. Os resultados de cada participante foram mantidos em anonimato. O estudo foi submetido e aprovado pela Direção Executiva do ACESLOO.

4. INSTRUMENTOS

4.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Com o objetivo de sistematizar a informação sociodemográfica dos participantes foi elaborado um questionário (ver anexo 1). Através deste questionário foi recolhida informação relativamente à idade, estado civil, nacionalidade, habilitações literárias, situação familiar e económica.

4.2. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – QUESTIONÁRIO SF-36V2

A versão portuguesa da SF36 (Ferreira, 1998), adaptada a partir da versão original SF-36, consiste no resultado de um estudo de mais de 15 anos levado a cabo por investigadores da Rand Corporation nos EUA e que foi denominado de Estudo dos Resultados Médicos (M.O.S — Medical Outcomes Study).

John Ware com a sua equipa planeou e executou o estudo M.O.S, sendo o SF-36, um dos instrumentos desenvolvidos, a partir de uma bateria de questionários que incluía quarenta conceitos de saúde (Ware e Sherbourne, 1992; Tarlov et al, 1989; Ware et al, 1993).

4.3. OBJETIVOS DO SF-36

Os objetivos do SF-36 de acordo com Ferreira (2000) são os seguintes: 1) caracterizar o estado de saúde dos indivíduos/populações a quem o questionário é efetuado; 2) perceber os estados de saúde obtidos com determinadas intervenções; 3) influenciar a decisão de intervenção por parte dos prestadores de saúde. Ainda segundo o mesmo autor, o SF-36 serve para avaliar a percepção que os indivíduos têm do seu próprio bem-estar e da sua qualidade de vida relacionada com a saúde.

4.4. CARACTERÍSTICAS

O SF36 inclui 36 itens que avaliam oito dimensões, funcionamento físico (FF), desempenho físico (DF), dor corporal (DC), saúde geral (SG), vitalidade (VT), função social (FS), desempenho emocional (DE) e saúde mental (SM) (Anexo C). Segundo Ferreira (2000), O SF-36 é considerado um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, consistindo assim num questionário multidimensional. O instrumento pretende avaliar a qualidade de vida, no entanto, não é atribuída uma pontuação global à qualidade de vida por justamente ser entendido como um conceito multidimensional e ser por isso necessário avaliar *per se* as diversas dimensões.

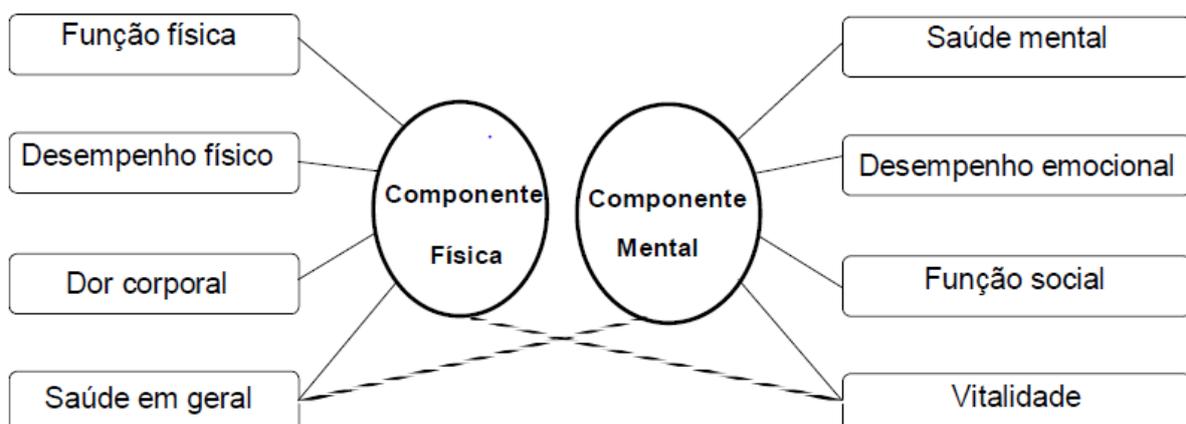
Associada a estas características, acresce a robustez psicométrica, a simplicidade no preenchimento, podendo ser utilizada em pessoas em qualquer grupo etário, com ou sem patologias e que vivam em diferentes contextos e culturas, tornando este instrumento de grande potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados em saúde (Ferreira, 1998:11).

A escala a que corresponde à avaliação da função física vai desde executar atividades físicas mais simples, como tomar banho ou vestir-se, até às atividades mais exigentes, passando por atividades de intensidade moderada, como levantar ou carregar compras da mercearia, subir lanços de escadas, ajoelhar-se, inclinar-se, baixar-se ou andar uma certa distância. As escalas de desempenho avaliam a limitação em saúde em relação ao tipo e à quantidade de trabalho executado. Estão incluídas nesta escala, a limitação no tipo habitual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade em executar as tarefas. (Ferreira, 1998:21). As escalas de dor, não só avaliam a intensidade e o desconforto provocados pela dor, mas também como é que a dor interfere nas atividades da vida diárias. (Ferreira,1998:21).

A escala da saúde em geral mede o conceito de percepção holística da saúde, não apenas a saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável. (Ferreira, 1998:22).

Segundo Ware (1993), a escala referente à vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga, estando relacionados com o bem-estar. Para o mesmo autor, a escala da funcionalidade social, tem como objetivo medir a quantidade e a qualidade das atividades sociais, bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais da pessoa. A escala da saúde mental avalia quatro dimensões das mais importantes em saúde mental: ansiedade, depressão, a perda de controlo do ponto de vista comportamental ou emocional e por fim o bem-estar psicológico. (Ferreira, 1998:22). Por fim, a escala da transição ou mudança de saúde que mede, em relação à experiência vivida, a quantidade de mudança em geral na saúde. (Ferreira:1998:22). A Figura 1 sistematiza o modelo factorial SF-36.

Figura 4.1 – Modelo factorial SF-36 com duas componentes, adaptado de Ferreira (2000: 57).



Após ser realizado o questionário, o score final pode variar entre zero e cem (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e cem ao melhor estado de saúde. Alonso et al (1995) referem que o questionário possibilita identificar tanto os estados positivos de saúde, como os negativos e o tempo médio de resposta ao questionário varia entre 5 a 10 minutos. Para além da primeira versão deste questionário, foram desenvolvidas outras versões, o SF-36 versão 2 e o SF-12 (com 12 itens). A informação mais completa sobre a história e desenvolvimento do SF-36, a sua avaliação psicométrica, estudos de confiabilidade e validade, e normativo de dados está disponível nos primeiros manuais de usuário do SF-36. As traduções e validações do SF-36 foram objeto de mais de 500 publicações envolvendo investigadores em 22 países. Dez ou mais estudos foram publicados a partir de 13 países. (Ferreira, 1998:27-29)

4.5. CONSTRUÇÃO DO SF-36

De acordo com o Ware et al (1993), o SF-36 foi construído para satisfazer os padrões psicométricos mínimos necessários para comparações entre os grupos. Assim sendo, os 8 domínios foram selecionados a partir de 40 incluídos no M.O.S., sendo que estes 8 domínios foram escolhidos por representarem os conceitos habitualmente mais medidos em inquéritos de saúde, por serem os mais afetados pela doença e tratamento. Além destes critérios na construção deste instrumento, foi necessário adequá-lo às diversas culturas, incluindo a portuguesa, passando por vários critérios como a equivalência de conteúdo, equivalência semântica, equivalência técnica equivalência de critério e equivalência conceptual, para que, as traduções dos instrumentos de medição de resultados em saúde fossem reconhecidas. (Ferreira, 1998:32). O SF-36 foi disponibilizado pela primeira vez em formato, ainda em desenvolvimento em 1988, como padrão.

4.6. VERSÃO 2 DO SF-36

Segundo Ware et al (1993), foi em 1996 que introduziram a versão 2 do questionário, sendo referido como SF-36v2. Esta nova versão serviu para corrigir os erros identificados na primeira versão (versão original), podendo ser visualizadas no manual do usuário SF-36v2 (no site oficial do SF-36). As melhorias são ao nível dos seguintes pontos: redução e simplificação do texto, tornando-o mais familiar e menos ambíguo, um layout melhorado para facilitar o autopreenchimento, maior comparabilidade com traduções e adaptações culturais utilizadas tanto nos EUA como noutros países, cinco opções de resposta em vez de respostas dicotómicas, cinco níveis/categorias de resposta (em vez de seis) para simplificar alguns itens. De acordo com Lopes (2014), inicialmente o questionário tinha 149 questões, sendo muito pesado e demorado, havendo a necessidade de diminuição, criou-se assim o SF-36 e posteriormente o SF-12.

As vantagens deste questionário, referidas por Aaronson et al (1992) e Ware et al (1994) são que o conteúdo do SF-36, se aplica tanto à saúde física como mental, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade são fatores que facilitam a sua utilização. Segundo os mesmos autores, outra vantagem é a existência de um projeto internacional (International Quality of Life Assessment), de adaptação do questionário original em diversos países

Comparativamente com outro instrumento de avaliação, nomeadamente, a medida genérica de medição da qualidade de vida o EQ-5D, e de acordo com Ferreira e Pereira (2013) este permite gerar um índice, representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. O EQ-5D descreve a saúde em 5 dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Segundo os mesmos autores, este questionário foi desenvolvido pelo grupo EuroQoL a partir de 1987 e tornado público desde 1990. A principal diferença referida pelos autores é o facto deste questionário, ao contrário do SF-36 V2, que avalia a qualidade de vida associado à saúde este avalia também o impacto económico na qualidade de vida.

4.7. APLICAÇÃO DO SF-36

O SF-36 (em conjunto com o questionário de caracterização sociodemográfica) foi aplicado no primeiro momento (M1), após a avaliação inicial realizada pelo Professor de Educação Física, pela Fisioterapeuta ou pela autora do estudo. A aplicação do questionário ao grupo controle foi aplicada a cada um dos participantes, presencialmente pela responsável pelo estudo. No segundo momento do estudo (M2) a aplicação do SF-36 foi também da responsabilidade da autora do estudo, tendo sido utilizado o procedimento anteriormente descrito. A aplicação decorreu nas instalações do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, nas unidades de saúde, USF Oeiras, USF S. Julião e USF Conde de Oeiras.

5. PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

A preceder a análise de dados foi necessário realizar algumas operações de transformação sobre os dados. Essas operações incluíram a inversão de certos itens das dimensões saúde geral (1, 11b, 11c), vitalidade (9a e 9e), função social (6), saúde mental (9d e 9h) e dor corporal (7 e 8), nos dois momentos de avaliação.

Foi medida a consistência das oito dimensões tendo sido usados para o efeito os coeficientes Alpha de Cronbach e Spearman-Brown. Posteriormente procedeu-se à construção das novas variáveis compósitas (quantitativa) a fim de serem obtidas as 8 dimensões da SF36v2 através da soma de pontuações. A etapa final consistiu em uniformizar as escalas passando-as para uma métrica de 0-100, através da seguinte expressão:

$$Escala\ transformada = \left(\frac{Soma - Min}{Max - Min} \right) \times 100$$

Como pode verificar-se a conversão requer três parâmetros: soma dos itens em cada dimensão, valores mínimo e máximo da escala de cada dimensão.

Para a análise estatística adoptaram-se duas estratégias. Começou por se realizar a caracterização de cada um dos dois grupos contemplados neste estudo. Numa segunda fase procedeu-se à comparação das oito dimensões da escala SF-36 entre os dois momentos em avaliação e em cada grupo (de intervenção e de controle). Para o efeito foi avaliada a diferença entre as diversas dimensões da escala SF-36 realizando o teste à igualdade de médias para duas amostras relacionadas.

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A maioria dos participantes é do sexo feminino (85,7% no grupo de intervenção e 78,6% no grupo de controlo) (Tabela 3). São predominantemente casados/união de facto e a viver com o cônjuge ou companheiro(a) (64,3% no grupo de intervenção e 53,6% no grupo de controlo). A maioria dos participantes é de nacionalidade portuguesa (92,9% no grupo de intervenção e 96,4% no grupo de controlo). Relativamente às habilitações literárias predomina o ensino básico (71,4% no grupo de intervenção e 64,3% no grupo de controlo). A situação de reforma sem outra atividade profissional é o estado predominante (92,9% no grupo de intervenção e 89,3% no grupo de controlo) pelo que a principal fonte de rendimento é a pensão de reforma (85,7% no grupo de intervenção e no grupo de controlo). No que se refere às características sociodemográficas confirmou-se que os dois grupos em comparação não apresentam diferenças significativas ($p < 0,05$).

Tabela 6.1 – Caracterização dos participantes dos grupos de intervenção e de controlo

		Grupo intervenção		Grupo controlo	
		N	%	N	%
Sexo	Feminino	24	85,7	22	78,6
	Masculino	4	14,3	6	21,4
	Total	28	100,0	28	100,0
Estado Civil	Solteiro	0	0,0	2	7,1
	Casado/União de facto	19	67,9	14	50,0
	Divorciado/separado	2	7,1	7	25,0
	Viúvo	7	25,0	5	17,9
	Total	28	100,0	28	100,0
Nacionalidade	Portuguesa	26	92,9	27	96,4
	Outra	2	7,1	1	3,6
	Total	28	100,0	28	100,0
Agregado Familiar	Vive sozinho	6	21,4	8	28,6
	Vive com o cônjuge/companheiro/a	18	64,3	15	53,6
	Vive com cônjuge/companheiro (a) e filhos	1	3,6	0	,0
	Vive com os filhos	3	10,7	4	14,3
	Vive com outras pessoas	0	0,0	1	3,6
	Outro	0	0,0	0	0,0
	Total	28	100,0	28	100,0

	Grupo intervenção		Grupo controle		
	N	%	N	%	
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	3	10,7	1	3,6
	Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	1	3,6	4	14,3
	1ºCiclo	10	35,7	15	53,6
	2ºCiclo	4	14,3	1	3,6
	3ºCiclo	6	21,4	2	7,1
	Ensino Secundário	0	0,0	0	0,0
	Bacharelato	2	7,1	1	3,6
	Licenciatura	0	0,0	0	0,0
	Mestrado	0	0,0	0	0,0
	Doutoramento	0	0,0	0	0,0
	Outro	2	7,1	4	14,3
	Total	28	100,0	28	100,0
Situação perante o trabalho	Conta de outrem	0	0,0	0	0,0
	Conta própria	0	0,0	0	0,0
	Reforma com atividade profissional	1	3,6	1	3,6
	Reforma sem atividade profissional	26	92,9	25	89,3
	Desempregado	0	0,0	2	7,1
	Trabalho doméstico e/ou cuidar de crianças ou outras pessoas sem ser pago	1	3,6	0	0,0
	Doença ou incapacidade/invalidéz	0	0,0	0	0,0
	Outra	0	0,0	0	0,0
	Total	28	100,0	28	100,0
	Fontes de rendimento	Trabalho	0	0,0	0
RSI		0	0,0	0	0,0
Subsídio de desemprego		0	0,0	0	0,0
Rendimentos de propriedades, herança, etc		0	0,0	1	3,6
Pensão de reforma		24	85,7	24	85,7
Pensão de invalidez		1	3,6	0	0,0
Pensão de velhice		0	0,0	2	7,1
Pensão de sobrevivência		0	0,0	0	0,0
Subsídio de doença		0	0,0	0	0,0
Apoio de familiares		0	0,0	1	3,6
Outros		3	10,7	0	0,0
Total		28	100,0	28	100,0

6.2. QUESTIONÁRIO SF-36

Foi avaliada a consistência de cada uma das oito dimensões do SF-36. Como pode concluir-se Tabela 2 os valores obtidos validam boa consistência dos constructos em análise. Os valores das medidas de consistência interna variam no momento 1 entre 0,771 e 0,982 e no momento 2 entre 0,772 e 0,990. Tabela 2 – Consistência das dimensões da escala SF 36 nos dois momentos de avaliação

Tabela 6.2 – Título da tabela

	Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach
	Momento 1	Momento 2
Função Física (S3: a - j)	0,891	0,898
Desempenho Físico (S4:a-d)	0,967	0,990
Saúde Geral (S1; e S11: a-d)	0,771	0,772
Vitalidade (S9: a, e, g, i)	0,760	0,803
Desempenho Emocional (S5: a-c)	0,982	0,992
Saúde Mental (S9-b,c,d,f,h)	0,920	0,903
Dor Corporal (S7 e S8) ¹⁾	0,874	0,929
Função Social (S6 e S10) ¹⁾	0,886	0,788

¹⁾ Coeficiente Spearman-Brown

No grupo de intervenção ocorreu sempre uma melhoria no nível médio dos resultados entre os dois momentos em avaliação (Gráfico 1), registando-se diferenças significativas nas dimensões função física, desempenho físico e desempenho emocional ($t(18) = -3,637, p = 0,002$, $t(18) = -4,025, p = 0,001$, $t(18) = -2,243, p = 0,038$, respetivamente, Tabela 3).

Pode ainda acrescentar-se que o desempenho emocional e a função social são as dimensões nas quais as avaliações médias são simultaneamente mais elevadas nos dois momentos em estudo.

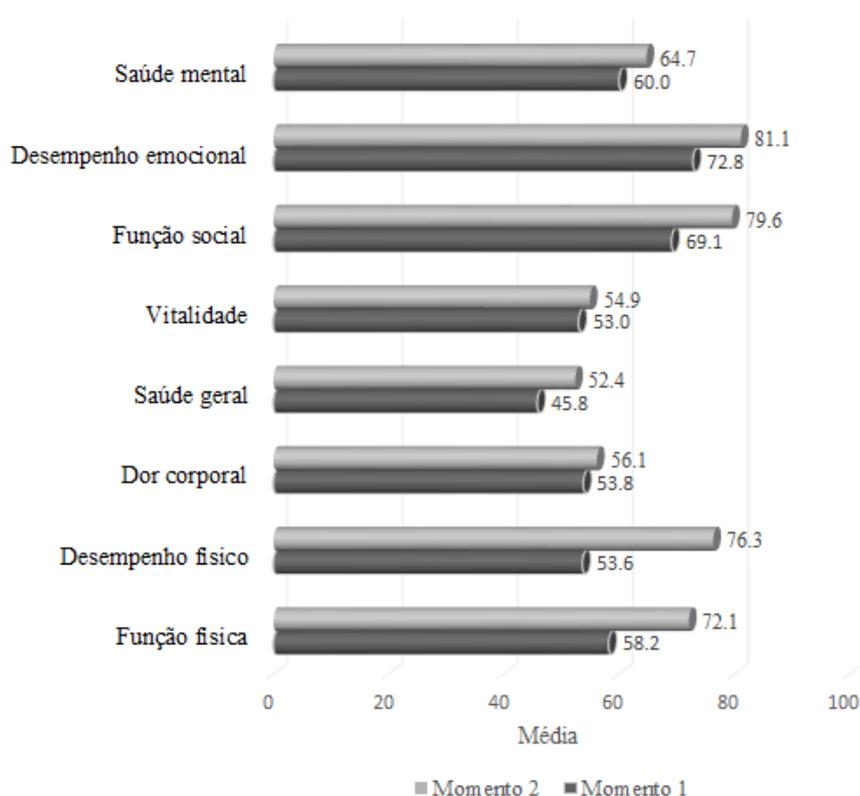
Tabela 6.3 – Avaliação das dimensões do SS-36 (M1 e M2) no grupo de intervenção:

Grupo de intervenção	Média		Diferença de médias
	M1	M2	
Função física	58,16	72,11	-13,95**
Desempenho físico	53,62	76,32	-22,70**
Dor corporal	53,80	56,14	-2,344
Saúde geral	45,79	52,37	-6,58
Vitalidade	52,96	54,93	-1,97
Função social	69,08	79,61	-10,53
Desempenho emocional	72,81	81,14	-8,33*
Saúde mental	60,00	64,74	-4,74

Nota: Como alguns participantes do grupo de intervenção não estiveram presentes no segundo momento de avaliação, a análise foi realizada com os que permaneceram nos dois momentos (N = 19).

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Gráfico 6.1 – Dimensões do SS-36 (M1 e M2) no grupo de intervenção



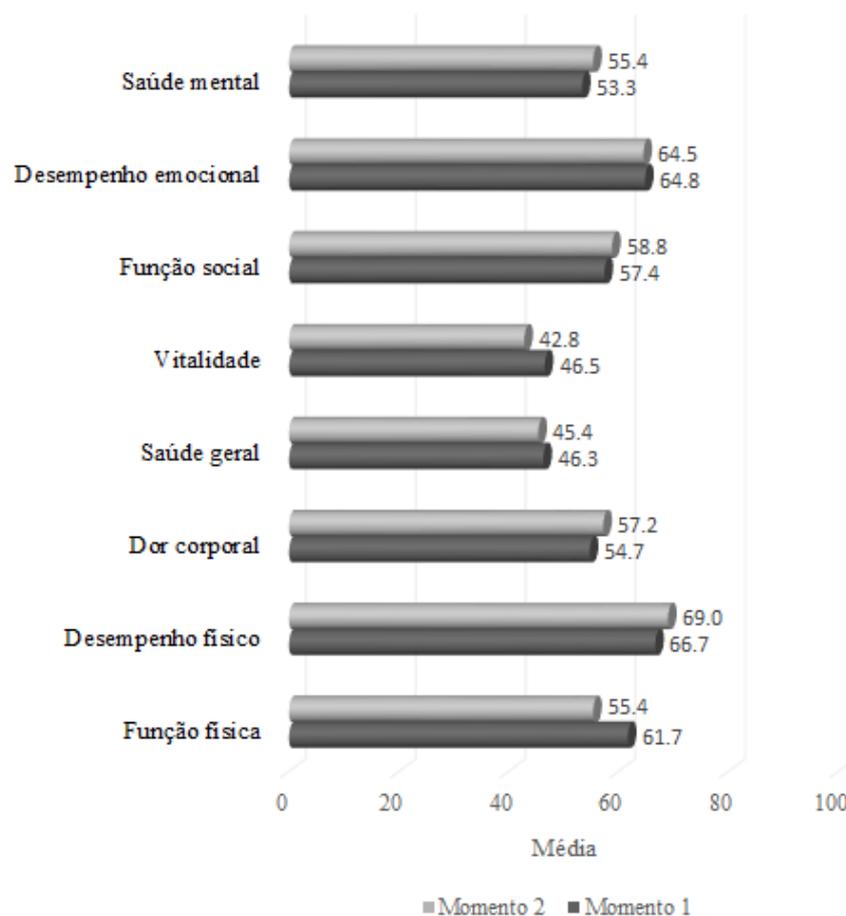
No grupo de controlo foram também comparadas as diversas dimensões entre os dois momentos e, não obstante, as oscilações entre as médias como pode observar-se no Gráfico 2, não se registam diferenças significativas (Tabela 4).

Tabela 6.4 – Avaliação das dimensões do SS-36 (M1 e M2) no grupo de controlo

Grupo de controlo	Média		Diferença de médias
	M1	M2	
Função física	61,67	55,37	6,30
Desempenho físico	66,67	68,98	-2,32
Dor corporal	54,73	57,20	-2,47
Saúde geral	46,30	45,37	-6,58
Vitalidade	46,53	42,82	0,93
Função social	57,41	58,80	-10,53
Desempenho emocional	64,81	64,51	3,70
Saúde mental	53,33	55,37	-4,74

(N = 25)

Gráfico 6.2 – Dimensões do SS-36 (M1 e M2) no grupo de controlo



7. METODOLOGIA QUALITATIVA

A pesquisa qualitativa é uma abordagem para explorar e compreender o significado que pessoas ou grupos atribuem a determinado fenómeno. O método de pesquisa envolve perguntas e procedimentos decorrentes do problema em estudo. A colheita dos dados é realizada habitualmente, no ambiente dos participantes e a sua análise é feita de forma indutiva, com um foco no significado individual, partindo do particular para temas gerais, esta interpretação é feita pelo investigador do estudo. O relatório final deverá ter uma estrutura flexível (Cresswell, 2014:32).

A pesquisa quantitativa é uma abordagem para testar teorias objetivas, analisando a relação entre as variáveis. Essas variáveis, por sua vez, são medidas, habitualmente através de instrumentos, para que os dados possam posteriormente ser analisados através de procedimentos estatísticos. O relatório final tem uma estrutura definida, consiste numa introdução, explicação dos métodos utilizados, baseada na literatura e na teoria, por fim os resultados e a discussão dos dados obtidos (Cresswell, 2014:32).

A abordagem mista é um tipo de pesquisa em investigação que envolve os dados qualitativos e quantitativos, integrando-os. O pressuposto central desta forma de investigação é que a combinação destas duas abordagens, qualitativa e quantitativa, forneça uma compreensão mais completa do problema de investigação, que a abordagem isolada (Cresswell, 2014:32).

Para o presente estudo, utilizou-se a abordagem de investigação mista, com o objetivo, de diferentes perspetivas metodológicas complementarem-se, no estudo de um assunto, e isso é concebido por forma a compensar as fraquezas e os pontos cegos de cada um dos métodos (Flick, 2005:270).

O principal objetivo é a complementaridade destes dois métodos, funcionando de forma autónoma, mas lado a lado, tendo como ponto de encontro o tema estudado (Flick:2005, 270).

Este estudo envolveu duas fases, sendo que na primeira fase foi realizada a colheita de dados quantitativos através da aplicação de um questionário (SF36v2), a um grupo controle e a um grupo de intervenção, de seguida procedeu-se análise estatística dos dados através do programa estatístico SPSS 2.4. Após terem sido analisados, foi planeada a construção da segunda fase, a fase qualitativa. Com base nos resultados obtidos, construímos o guião da entrevista e a seleção dos participantes, o pressuposto foi, os dados qualitativos serem baseados diretamente nos resultados quantitativos, sendo que os participantes da amostra, participaram na fase da análise quantitativa. O objetivo do estudo é acompanhar os resultados da análise quantitativa e explorar os resultados com mais profundidade. A ideia de explicar o mecanismo de como as variáveis interagem com mais profundidade através do acompanhamento qualitativo, é uma das principais forças deste tipo de estudo (Cresswell, 2014:267).

Em suma, a sequência da implementação dos dados recolhidos foi sequencial, primeiro o quantitativo, sendo dada maior ênfase aos dados quantitativos e a combinação dos dados foi realizada na fase de interpretação dos dados.

Neste sentido a realização das entrevistas teve como objetivo explicar detalhadamente os resultados quantitativos e assim ajudar a explicar as respostas da pesquisa.

Articular os dados quantitativos com dados qualitativos permitiu-nos por um lado, obter um conhecimento mais alargado do tema em estudo e por outro lado a validação mútua dos resultados nas duas abordagens (Flick, 2005:272).

A investigação qualitativa reveste-se de especial importância no estudo das relações sociais, estando vocacionada para analisar casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades nos seus próprios contextos. (Flick,2005:13).

No que diz respeito à técnica de recolha de dados, foi selecionada a entrevista semiestruturada, tendo sido previamente realizado um guião de entrevista (ver guião de entrevista em anexo) e aplicada aos participantes do grupo de intervenção que completaram a totalidade do programa. Esta recolha de dados decorreu no período de 16 a 31 de agosto de 2018. Foi-lhes solicitado o consentimento informado para a realização da entrevista.

A amostra é não probabilística, uma vez que não se pretende uma generalização dos resultados provenientes desta investigação, mas a compreensão mais aprofundada dos impactos ao nível da qualidade de vida da frequência da academia, por seleção de todos os participantes que completaram o programa na academia da mobilidade (Bardin, 1979). Foi utilizado o critério de saturação para a definição da dimensão da amostra, ou seja foram realizadas sucessivamente entrevistas até ao momento em que os discursos deixaram de acrescentar nova informação, passaram a ser apenas reforçadores do que já havia sido mencionado.

Assim, foram realizadas 8 entrevistas com participantes da Academia da Mobilidade que completaram o programa proposto.

Por último, no que concerne, à análise dos dados recolhidos, realizou-se uma análise de conteúdo manual do corpus constituído. De acordo com os objetivos da pesquisa, a análise de conteúdo realizada foi de tipo temático e categorial (Flick, 2005:193). Um dos traços essenciais é a utilização de categorias, que derivam frequentemente dos modelos teóricos utilizados. Para Bardin (1979), a análise categorial é classificar elementos em categorias, isto pressupõe a investigação do que cada um deles tem em comum com outros, permitindo assim o seu agrupamento, é a parte comum existente entre os elementos.

Para Guerra (2006), a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, que utiliza os procedimentos habituais em investigação, a comparação entre o referencial teórico do investigador e o material empírico recolhido. Assim, a análise de conteúdo tem uma

dimensão descritiva que tem como objetivo dar conta, do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que resulta das interrogações do analista, face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos e cuja articulação permite formular as regras da inferência.

A transcrição das entrevistas foi realizada de forma integral e fiel ao que foi dito pelo entrevistado. Numa primeira fase foi transcrita toda a entrevista, deixando espaços em branco, quando não era bem perceptível. Na segunda fase foram novamente ouvidas todas as entrevistas e preenchidos os espaços em branco. Finalmente na terceira fase foi redigido um texto compreensível e com pontuação.

Posteriormente foi realizada a leitura atenta e cuidadosa das entrevistas, sublinhando algumas frases do texto, nomeadamente para fatos, para frases ilustrativas que poderiam ser usadas na redação do texto e ainda palavras ou frases que não apreendemos de imediato o significado e teriam tratamento posterior de acordo com o quadro conceptual do estudo.

Flick (2005) define unidade de codificação, como o menor elemento do texto que cabe numa categoria, unidade de contexto, o maior elemento do texto que cabe numa categoria e unidade de análise, como passagens que serão analisadas uma a seguir à outra. Num último e único passo serão realizadas análises, antes de os resultados serem finalmente interpretadas, face à problemática de investigação e são colocadas e respondidas questões relativas à sua validade.

Foram definidas as seguintes categorias para este estudo, tendo como pressuposto a problemática de investigação e o questionário de saúde SF36v2:

Tabela 7.1 – Nome da tabela

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIAS
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIAS
	menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;
Percepção de Saúde	Compreender a percepção individual de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde atual; - Resistência à doença;

8. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo vamos analisar os dados recolhidos, através das oito entrevistas realizadas aos participantes do grupo controlo, dado ser, o nosso objetivo, como salientamos no capítulo da metodologia qualitativa, usar as entrevistas como complementaridade à análise quantitativa.

A entrevista, em termos de análise foi dividida em 7 dimensões: Sociodemográfica; Económica; Função Física; Dor; Bem-Estar; Função Social; Perceção de Saúde.

Dos entrevistados, de idades compreendidas entre os 71 anos e os 85 anos, 6 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A maioria dos entrevistados refere que são viúvos (N=5), os restantes são casados (N=3). No que se refere às habilitações literárias verifica-se que a maioria dos entrevistados (N=5), referem ter o 1º ciclo, 2 não sabem ler nem escrever e 1 elemento completou o 3º ciclo de ensino. Relativamente à sua situação face ao trabalho, verificou-se que a totalidade dos entrevistados é reformada e os rendimentos provêm da reforma que auferem.

No que se refere à dimensão função física, procurou-se saber o desempenho dos entrevistados na execução e no desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na academia da mobilidade.

Os entrevistados, de um modo geral, melhoraram a função física, após a frequência na Academia da Mobilidade, passando a executar atividades, que já não conseguiam realizar, como por exemplo ir às compras, fazer a “lida” da casa, entre outras atividades “...faço toda a minha lida da casa e já consigo ir às compras e assim a gente, sente-se também muito feliz.”. Referem sentir-se mais ativos e com mais força. Embora ocorra uma diminuição na função física com o envelhecimento, podemos aqui verificar que a melhoria da função física é transversal a todos os entrevistados, do mais novo com 71 anos até ao mais idoso com 85 anos que refere “...fisicamente sinto maior agilidade, até parece que sou mais nova. Eu cantava no coro em Lisboa, andava lá há 15 anos e deixei de ir porque tinha medo de andar de autocarro, tinha medo de cair, sentia-me fisicamente frágil, mas agora não, já voltei para o coro. Apanho a camioneta, o comboio e autocarro sem dificuldades” Apenas uma pessoa refere não ter sentido melhoria na função física, no entanto, salientamos que este entrevistado tinha uma situação de doença que implicava uma intervenção especializada.

Na dimensão dor, analisámos de que forma a dor interfere na vida do quotidiano, e de como interfere na autonomia e contribui para a promoção de um estado de fadiga ou de energia.

A experiência de viver com dor e o seu impacto na vida do quotidiano, dominou as narrativas dos entrevistados, porque afeta a maior parte das áreas da sua vida. “...mudou muito o meu dia-a-dia. Melhorou as dores que sentia, andava sempre muito nervosa e agora

sinto-me mais calma, menos nervosa. Sinto-me muito bem. Já consigo andar bem, sinto-me com mais agilidade". A redução da dor resultou na melhoria da função física e emocional, permitindo que as pessoas realizassem atividades de vida diárias. *"...comecei a andar melhor, sem tonturas e sem dores. Já tinha dificuldade nas coisas da casa e agora faço tudo. Sinto-me menos cansada e mais animada e feliz.* Esta melhoria permitiu voltarem à normalidade da sua vida. A melhoria da intensidade da dor é transversal a todos os entrevistados, apenas uma pessoa refere ter melhorado ligeiramente a dor. A melhoria do nível de dor teve como benefícios uma melhoria da autonomia *"...melhorou muito a parte física, mexo-me melhor, as dores desapareceram, cansava-me muito e agora ando mais ligeira. Sinto-me muito bem, mais animada..."* uma das entrevistadas refere que *"... deixei de ter dores nos braços, o braço prendia, agora já está bom e ando mais animada e divertida com as pessoas."*

Uma outra dimensão analisada foi o bem-estar, com o objetivo de compreender a relação entre a saúde e bem-estar. Sendo o bem-estar um conceito subjetivo baseia-se na avaliação, que cada individuo faz da vida, tendo como referencial as experiências emocionais, positivas e negativas e como base valores, expectativas e crenças pessoais. Assim a satisfação com a vida e a felicidade fazem parte da experiência subjetiva de bem-estar.

Os entrevistados descrevem momentos de felicidade *"...e assim a gente, sente-se também muito feliz. Quando melhora a saúde melhora tudo..."* este sentimento é de um bem-estar geral.

Na dimensão função social, analisámos as atividades sociais, assim como as relações interpessoais e familiares.

O programa da Academia da Mobilidade envolve as pessoas em grupo para a realização de exercício físico. Esta metodologia permite que as pessoas estejam em contacto umas com as outras, dando-lhes a oportunidade de fazer amigos, partilhar histórias e ter apoio dos colegas. *"...conheci outras pessoas, foi bom, fiquei com pessoas amigas, com quem me dou muito bem, estou feliz, muito feliz"*. Fazer parte de um grupo e ter experiências partilhadas também torna os exercícios mais cativantes e mais propensos a serem percebidos como divertidos e agradáveis. *"...o convívio com as outras pessoas, foi muito bom. Fiz novas amizades, conheci muitas pessoas. Sentia-me muito animado, quando ia às aulas de ginástica."* As atividades em grupo ajudaram as pessoas a perceberem que não eram únicas com os seus problemas e dificuldades. *"...tenho aqui pessoas com quem posso contar. Fiquei a saber os problemas deles e eles os meus. Foram muitos momentos de partilha."* As pessoas entrevistadas valorizaram o apoio dos pares e as oportunidades sociais que estas formas de exercício em grupo proporcionam às pessoas que frequentam a Academia da Mobilidade. *"...sem dúvida que melhora tudo, a capacidade física melhora e*

com isso passamos a ter mais ânimo para tudo na nossa vida, incluído estar com outras pessoas, conviver em vez de estarmos fechados o dia todo em casa a ver televisão.”
“...melhora muito em todos os aspetos, mas principalmente na solidão que é um problema dos velhos, cada um tem a sua vida e nós ficamos sozinhos. Na academia havia muito convívio, gostávamos muito de estar juntos. Íamos a pé para casa, em vez de apanharmos a camioneta, para estamos mais tempo juntas e para conversarmos.”

A percepção do estado de saúde é usada frequentemente numa associação entre saúde, determinantes demográficos, socioeconómicos, doenças crónicas e capacidade funcional, reflete vários aspetos de saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos.

Da análise das entrevistas verificámos que os entrevistados melhoraram globalmente o seu estado de saúde, nas dimensões física e psicológica *“...Melhorou muito a minha vida, a saúde, deixei de ter dores nos braços, o braço prendia, agora já está boa e ando mais animada e divertida com as pessoas.*

Estudos demonstram que a percepção de saúde é um indicador de mortalidade, ou seja pessoas com pior percepção do estado de saúde, têm maior risco de morte, comparativamente com os que referem ter uma excelente saúde. A interação entre os diversos fatores que afetam a percepção de saúde podem contribuir de forma significativa para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

Os benefícios da Academia da Mobilidade refletem-se numa melhoria da percepção de saúde dos entrevistados traduzindo-se por importantes ganhos em saúde *“Agora já faço tudo em casa, a comida, vou às compras ao pingo doce e não fazia nada disso, pedia à minha filha. Estava a isolar-me em casa devido à morte do meu marido. Semanas e semanas sem sair de casa, estava muito deprimida. Convivíamos muito e passei a sair de casa. Já vou à Costa da Caparica, onde tenho uma caravana. Passeio, vou à praia.*

9. CONCLUSÃO

A presente investigação teve como objetivo, compreender a qualidade de vida, o bem-estar e a participação social dos idosos que frequentam a academia da mobilidade do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras (ACESLOO).

Esta academia insere-se numa perspetiva de intervenção articulada face à problemática do envelhecimento, com o objetivo de promover a autonomia, a participação e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Sendo a qualidade de vida, um conceito subjetivo, com uma multiplicidade de fatores, que são analisados, em função daquilo que cada individuo espera da qualidade de vida, traçamos um percurso metodológico de investigação mista, para que as diferentes perspetivas metodológicas, enriquecessem o estudo, completando-se e compensassem as fraquezas e áreas cinzentas do estudo.

Neste sentido foi possível concluir através da análise quantitativa do questionário SF36, que houve uma melhoria ao nível médio dos resultados, registando-se diferenças significativas de melhoria nas diferentes dimensões, função física, desempenho físico, emocional bem como na função social.

A análise qualitativa, através da realização de entrevistas vem corroborar os resultados obtidos através da análise quantitativa, acrescentado qualidade, através da narrativa na primeira pessoa, com partilha das experiências vividas, produtoras de sentidos e saberes. Contribuíram assim para uma compreensão da transformação e da mudança na qualidade de vida às pessoas que frequentaram esta academia.

Este estudo permite-nos concluir que a academia da mobilidade é um projeto que contribui para a promove a qualidade de vida das pessoas, que nela participam.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Almeida, Mariana (2007), “ Envelhecimento: Ativo? Bem-sucedido? Saudável? Coordenadas de análise”, Forum Sociológico, nº17.
2. Bandeira, Mário et.al (2014) , *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa*, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
3. Bardin, Laurence (1979), *Análise de Conteúdo*, Edições 70.
4. BOND, J. et al. (1993) – “Aging in Society – an introduction to Social Gerontology” (2ª Edição). London: Sage Publications
5. Branco, Francisco e Inês Amaro (2011), “As Práticas do Serviço Social no âmbito das novas tendências da Política Social: uma perspectiva portuguesa”. *Serviço Social*. São Paulo, nº108.
6. Cabral, Manuel et.al (2013), *Processos de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
7. Canavarro, M.Cristina et.al.(sine anno), “Qualidade de vida e saúde: Aplicação do WHOQOL (online), consultado em 12.05.2016. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%C3%BAde.pdf>.
8. Cardoso, Fernando (2000), *Ancianidade: Contribuição para a avaliação da qualidade de vida de uma população urbana*, tese de doutoramento em saúde comunitária, Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
9. Carvalho, Maria Irene (2013), “ Serviço Social e Envelhecimento Ativo: Teorias, Práticas e Dilemas Profissionais”. *Lusíada. Intervenção Social*, Lisboa, nº38.
10. Carvalho, Maria Irene (sine anno), “ Uma abordagem do serviço social à política de cuidados na velhice em Portugal”, Centro de Investigação em história e serviço social.
11. Creswell, John (2014), *RESEARCH DESIGN, Qualitative, Quantitative, and MixedMethods Approaches*, London, SAGE Publications.
12. Dias, Olívia (2007), “ O desenvolvimento e a qualidade de vida no centro da agenda atual – Duas realidades complementares”, *Gestão e Desenvolvimento*.
13. Dawalibi, Nathaly et al (2013) “Aging and Quality of Life: Analysis of Scientific Production in SCielo” *Estudos de Psicologia*.
14. Eurostat (2012), consultado em 12.07.2017. Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat>
15. Farinha, Magda (2014), *Qualidade de vida do idoso em centro de dia: a influência da instituição na perspetiva do utente*, Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Lisboa, Universidade Lusíada de Lisboa.
16. Fernandes, Marco (2012), *Qualidade de vida e atividade: um estudo em idosos de Vila Nova da Cerveira*, Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Porto, Universidade Católica Portuguesa.
17. Ferreira, P. L. (1998),” A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36”. *Documento de trabalho 2*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
18. Ferreira, P. L. (2000), “Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte I: Adaptação cultural e linguística”. *Acta Médica Portuguesa*. Nº13.

19. Ferreira, P. L. (2000), "Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 Parte II: Testes de validação". *Acta Médica Portuguesa*. Nº13.
20. Ferreira, Pedro e Paula Santana (2003), Perceção do estado de saúde e qualidade de vida da população ativa: Contributos para a definição de normas portuguesas, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, nº21.
21. Fleck, Marcelo (sinne anno), "The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100). Characteristics and perspectives" (online), consultado em 15.05.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>.
22. Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Edição Monitor.
23. Gorjão, Sara (2011), *Envelhecimento ativo. O papel da Participação Social e Validação de um Instrumento*, Dissertação de Mestrado em Psicologia e das Organizações, Lisboa, ISCTE-IUL.
24. Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa Qualitativa e análise de conteúdo- sentidos e formas de uso*, Editora Principia.
25. Hespanha, Pedro (2008), "Políticas sociais: Novas abordagens, novos desafios", *Revista de Ciências Sociais*.
26. INE – Instituto Nacional de Estatística (2014).
27. INE – Instituto Nacional de Estatística (2015).
28. INE – Instituto Nacional de Estatística (2017).
29. Machado, Paulo ((2007), " Refletindo sobre o conceito de envelhecimento ativo, pensando no envelhecimento em meio urbano", *Forum Sociológico*, nº17.
30. Matsudo, Sandra (2009), " *Envelhecimento, atividade física e saúde*" *Boletim do Instituto de Saúde*, nº 47 – São Paulo.
31. Miranda, Gabriella, António Mendes e Ana Silva (2016), " O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras" *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Vol.19.
32. Nóbrega, António et.al (1999) " Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia:atividade física e saúde no idoso"
33. Novo, Rosa (2005), *Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação*. RIDEP, nº20 vol.2.
34. OMS (2015), "Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde"
35. ONU (2002), ""Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento ", Madrid
36. Paúl, Constança (sine anno), "Envelhecimento activo e redes de suporte social" (Online), consultado em 09.05.2016. Disponível em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
37. Pinto, Carla (2013), « Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos », em Maria Irene de Carvalho (org.), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor Edições.
38. Pordata- Base de dados de Portugal (2017).
39. PNUD (2013), *Relatório do Desenvolvimento Humano*, 2013.
40. PNUD (2014), *Relatório do Desenvolvimento Humano*, 2014.
41. PORTUGAL. Direção Geral da Saúde (2004), "Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. Consultado em 20.04.2016. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>.
42. Quaresma, M.Lurdes (2007), " Envelhecer com Futuro", *Forum Sociológico*, nº17.

43. Quivy, R., L. Campenhoudt, (2003), "Manual de Investigação em Ciências Sociais", Lisboa, Gradiva.
44. Repley, M. (2003), *Quality of life: concept, policy and practice*, London:Routledge.
45. Ribeiro, José (1994), "A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde", *Análise Psicológica*.
46. Ribeiro, Óscar (2012), "Envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição", *Sociologia*, 2012.
47. Ribeirinho, Carla (2013), "Serviço Social Gerontológico"- Contextos e práticas profissionais em M.Carvalho (orgs), *Serviço Social na intervenção com idosos*. Porto: EUdito.
48. Schroots, J. e J.Birren (1980), "A psychological point of view toward human aging and adaptability", in *Adaptability and aging, proceedings of International Conference of Social Gerontology*, Quebec; Canadá, citado por Paúl, Constança (sine anno), "Envelhecimento activo e redes de suporte social".
49. Sousa, Elsa e Clara Costa (2015), "Viver a (e para) aprender: uma intervenção –ação para a promoção do envelhecimento ativo" *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, nº18.
50. Silva, Pedro (2014), "Determinantes individuais e sociais do estado subjectivo e do bem-estar da população portuguesa", Rio de Janeiro, *Cad.Saúde Pública*.
51. Teixeira, Ilka e Anita Neri (2008), "Envelhecimento Bem-Sucedido: uma meta no curso da vida", São Paulo, nº19.
52. UNFPA (2013), *Relatório sobre a Situação da População Mundial*, 2013
53. Vendruscolo, Rosecler e Priscila Marconcin (2006)
54. Vilar, Maria (2015), *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*, Tese de Doutoramento de Psicologia , Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra.

55. Vilar, Maria Manuela (2005), *Avaliação da Qualidade de vida em Adultos Idosos: Estudo de adaptação, validação e normalização do WHOLQ-OLD para a população portuguesa*, tese de doutoramento em psicologia, Coimbra, Universidade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
56. Walker, Alan (2005), "A European Perspective on quality of life in old age", *European Journal of Ageing*.
57. World Health Organization (2005), "Envelhecimento: uma política de saúde", Brasília.

11. ANEXOS

ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO B - CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SF-36 (PORTUGUESE)

ANEXO D - COMPOSITAS

ANEXO E - RESULTADOS DO T-TEST PARA OS DOIS GRUPOS

ANEXO F - GUIÃO DA ENTREVISTA

ANEXO G - ENTREVISTAS

ANEXO H - ANALISE DAS ENTREVISTAS

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

Declaração

Eu, Dr.^a Fátima Nogueira, Diretora Executiva do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, venho por este meio conceder autorização para a realização do trabalho de investigação com o tema "*Análise da Qualidade de Vida, Bem-Estar e Participação Social dos Idosos da Academia da Mobilidade*", apreciando o estudo como de interesse para o ACES e considerando estarem reunidas as condições logísticas e humanas que asseguram a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Lisboa, 9 de novembro de 2016.

A Diretora Executiva

Fátima Nogueira, Dra.

ANEXO B - CONSENTIMENTO INFORMADO

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
DOS IDOSOS DA ACADEMIA DA MOBILIDADE
ESTUDO QUANTITATIVO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Nº REGISTO _____ INICIAIS _____ DATA __/__/__

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta, assine por favor este documento.

Enquadramento – Estudo realizado na Academia da Mobilidade dos ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, no âmbito da elaboração de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

Explicação do estudo – Pretende analisar a Qualidade de Vida, Bem-Estar e a Participação Social dos Idosos que não frequentam a Academia da Mobilidade (AM) e pertencem às Unidades de Saúde Funcionais: USF Oeiras, USF S.Julião, USF Conde de Oeiras e UCC – Saudar. Será realizado através de uma entrevista.

Condição de participação – A participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista, podendo esta ser interrompida, se assim o desejar.

A Participação dos utentes é totalmente voluntária e baseia-se numa entrevista. Se optar por não participar, não terá quaisquer prejuízos assistenciais ou outros. Foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato – É garantido o anonimato. Não serão incluídos dados que permitam a identificação dos utentes, pelo investigador. É também garantida a confidencialidade dos dados, que serão utilizados exclusivamente para os fins do presente estudo.

Declaro ter lido e compreendido este documento e as informações que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este estudo e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome _____

Assinatura _____

Data __/__/__

(Cópia para o utente)

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR E PARTICIPAÇÃO SOCIAL
DOS IDOSOS DA ACADEMIA DA MOBILIDADE
ESTUDO QUANTITATIVO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Nº REGISTO _____ INICIAIS _____ DATA 1º QUESTIONÁRIO __/__/__

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

Enquadramento – Estudo realizado na Academia da Mobilidade dos ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, no âmbito da elaboração de uma Dissertação de Mestrado em Serviço Social.

Explicação do estudo – Pretende analisar a Qualidade de Vida, Bem-Estar e a Participação Social dos Idosos que frequentam a Academia da Mobilidade (AM). Será realizado através da aplicação de uma entrevista.

Condição de participação – A participação será voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista a qualquer momento. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista, podendo esta ser interrompida, se assim o desejar.

A Participação dos utentes é totalmente voluntária e baseia-se numa entrevista. Se optar por não participar, não terá quaisquer prejuízos assistenciais ou outros. Foi solicitado parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato – É garantido o anonimato. Não serão incluídos dados que permitam a identificação dos utentes, pelo investigador. É também garantida a confidencialidade dos dados, que serão utilizados exclusivamente para os fins do presente estudo.

Declaro ter lido e compreendido este documento e as informações que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este estudo e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome _____

Assinatura _____

Data __/__/__

(Cópia para o Investigador)

ANEXO C - QUESTIONÁRIO SF-36 (PORTUGUESE)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.....	1	2	3
b. Actividades moderadas , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.....	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia.....	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas.....	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas.....	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.....	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andas várias centenas de metros.....	1	2	3
i. Andar uma centena de metros.....	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

Copyright © 1992. New England Medical Center Hospitals, Inc. All rights reserved.
Copyright ©1997. Versão Portuguesa 2 Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Todos os direitos reservados

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras actividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?.....	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume.....	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?.....	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

ANEXO D – COMPOSITAS


```

GET
  FILE='C:\Users\Carla Magueja\Downloads\Questionários (Maio 15).sav - 2018
(4).sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.

SAVE OUTFILE='C:\Users\Carla Magueja\Desktop\Questionários (Maio 15)
compósitas.sav'
  /COMPRESSED.
COMPUTE
FF_Total_m1=MEAN(S3.a,S3.b,S3.c,S3.d,S3.e,S3.f,S3.g,S3.h,S3.i,S3.j).
EXECUTE.
COMPUTE DF_Total_m1=MEAN(S4.a,S4.b,S4.c,S4.d).
EXECUTE.
COMPUTE DC_Total_m1=MEAN(S6_inv,S7_inv).
EXECUTE.
COMPUTE SG_Total_m1=MEAN(S1_inv,S11.a,S11.c,S11.b_inv,S11.d_inv).
EXECUTE.
COMPUTE VT_Total_m1=MEAN(S9.a_inv,S9.e_inv,S9.g,S9.i).
EXECUTE.
COMPUTE FS_Total_m1=MEAN(S6_inv,S10).
EXECUTE.
COMPUTE DE_Total_m1=MEAN(S5.a,S5.b,S5.c).
EXECUTE.
COMPUTE SM_Total_m1=MEAN(S9.b,S9.c,S9.d_inv,S9.f,S9.h_inv).
EXECUTE.
COMPUTE
FF_Total_m2=MEAN(S3.a_m2,S3.b_m2,S3.c_m2,S3.d_m2,S3.e_m2,S3.f_m2,S3.g_m2,S3
.h_m2,S3.i_m2,
  S3.j_m2).
EXECUTE.
COMPUTE DF_Total_m2=MEAN(S4.a_m2,S4.b_m2,S4.c_m2,S4.d_m2).
EXECUTE.
COMPUTE DC_Total_m2=MEAN(S7_m2_inv,S8_m2_inv).
EXECUTE.
COMPUTE
SG_Total_m2=MEAN(S1_m2_inv,S11.a_m2,S11.b_m2_inv,S11.c_m2,S11.d_m2_inv).
EXECUTE.
COMPUTE VT_Total_m2=MEAN(S9.a_m2_inv,S9.e_m2_inv,S9.g_m2,S9.i_m2).
EXECUTE.
COMPUTE FS_Total_m2=MEAN(S6_m2_inv,S10_m2).
EXECUTE.
COMPUTE DE_Total_m2=MEAN(S5.a_m2,S5.b_m2,S5.c_m2).
EXECUTE.
COMPUTE SM_Total_m2=MEAN(S9.b_m2,S9.c_m2,S9.d_m2_inv,S9.f_m2,S9.h_m2_inv).
EXECUTE.

```


ANEXO E - RESULTADOS DO T-TEST PARA OS DOIS GRUPOS

GRUPO 1 = GRUPO DE INTERVENÇÃO

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	Função física (M1)	58,16	19	26,83
	Função física (M2)	72,11	19	17,35
Pair 2	Desempenho físico (M1)	53,62	19	31,96
	Desempenho físico (M2)	76,32	19	27,21
Pair 3	Dor corporal (M1)	53,80	19	20,37
	Dor corporal (M2)	56,14	19	22,06
Pair 4	Saúde geral (M1)	45,79	19	19,95
	Saúde geral (M2)	52,37	19	12,51
Pair 5	Vitalidade (M1)	52,96	19	21,28
	Vitalidade (M2)	54,93	19	18,47
Pair 6	Função social (M1)	69,08	19	31,00
	Função social (M2)	79,61	19	20,50
Pair 7	Desempenho emocional (M1)	72,81	19	30,91
	Desempenho emocional (M2)	81,14	19	21,49
Pair 8	Saúde mental (M1)	60,00	19	31,18
	Saúde mental (M2)	64,74	19	25,25

Nota: estão só 19 casos em análise porque no momento 2 em vez dos 28 utentes só há respostas para 19.

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Função física (M1) & Função física (M2)	19	,797	,000
Pair 2	Desempenho físico (M1) & Desempenho físico (M2)	19	,666	,002
Pair 3	Dor corporal (M1) & Dor corporal (M2)	19	,414	,078
Pair 4	Saúde geral (M1) & Saúde geral (M2)	19	,615	,005
Pair 5	Vitalidade (M1) & Vitalidade (M2)	19	,563	,012
Pair 6	Função social (M1) & Função social (M2)	19	,537	,018
Pair 7	Desempenho emocional (M1) & Desempenho emocional (M2)	19	,869	,000
Pair 8	Saúde mental (M1) & Saúde mental (M2)	19	,912	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation			
Pair 1	Função física (M1) & Função física (M2)	-13,947	16,715	-3,637	18	,002
Pair 2	Desempenho físico (M1) & Desempenho físico (M2)	-22,697	24,581	-4,025	18	,001
Pair 3	Dor corporal (M1) & Dor corporal (M2)	-2,339	23,004	-,443	18	,663
Pair 4	Saúde geral (M1) & Saúde geral (M2)	-6,579	15,728	-1,823	18	,085
Pair 5	Vitalidade (M1) & Vitalidade (M2)	-1,974	18,756	-,459	18	,652
Pair 6	Função social (M1) & Função social (M2)	-10,526	26,439	-1,735	18	,100
Pair 7	Desempenho emocional (M1) & Desempenho emocional (M2)	-8,333	16,197	-2,243	18	,038
Pair 8	Saúde mental (M1) Saúde mental (M2)	-4,737	13,173	-1,567	18	,134

Nota: os valores assinalados a azul na coluna da Sig. identificam os pares nos quais a diferença de médias dessas dimensões nos 2 momentos é significativamente diferente de 0

GRUPO 2 = GRUPO DE CONTROLE

Paired Samples Statistics				
		Mean	N	Std. Deviation
Pair 1	Função física (M1)	61,67	27	24,61
	Função física (M2)	55,37	27	25,26
Pair 2	Desempenho físico (M1)	66,67	27	36,20
	Desempenho físico (M2)	68,98	27	35,97
Pair 3	Dor corporal (M1)	54,73	27	25,40
	Dor corporal (M2)	57,20	27	29,51
Pair 4	Saúde geral (M1)	46,30	27	15,73
	Saúde geral (M2)	45,37	27	16,23
Pair 5	Vitalidade (M1)	46,53	27	22,95
	Vitalidade (M2)	42,82	27	20,71
Pair 6	Função social (M1)	57,41	27	31,82
	Função social (M2)	58,80	27	30,97
Pair 7	Desempenho emocional (M1)	64,81	27	34,69
	Desempenho emocional (M2)	64,51	27	31,23
Pair 8	Saúde mental (M1)	53,33	27	24,30
	Saúde mental (M2)	55,37	27	21,70

Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Função física (M1) & Função física (M2)	27	,764	,000
Pair 2	Desempenho físico (M1) & Desempenho físico (M2)	27	,576	,002
Pair 3	Dor corporal (M1) & Dor corporal (M2)	27	,667	,000
Pair 4	Saúde geral (M1) & Saúde geral (M2)	27	,793	,000
Pair 5	Vitalidade (M1) & Vitalidade (M2)	27	,821	,000
Pair 6	Função social (M1) & Função social (M2)	27	,535	,004
Pair 7	Desempenho emocional (M1) & Desempenho emocional (M2)	27	,711	,000
Pair 8	Saúde mental (M1) & Saúde mental (M2)	27	,793	,000

Paired Samples Test

		Paired Differences		t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation			
Pair 1	Função física (M1) & Função física (M2)	6,2963	17,1303	1,910	26	,067
Pair 2	Desempenho físico (M1) & Desempenho físico (M2)	-2,3148	33,2146	-,362	26	,720
Pair 3	Dor corporal (M1) & Dor corporal (M2)	-2,4691	22,7153	-,565	26	,577
Pair 4	Saúde geral (M1) & Saúde geral (M2)	,9259	10,2879	,468	26	,644
Pair 5	Vitalidade (M1) & Vitalidade (M2)	3,7037	13,2309	1,455	26	,158
Pair 6	Função social (M1) & Função social (M2)	-1,3889	30,2897	-,238	26	,814
Pair 7	Desempenho emocional (M1) & Desempenho emocional (M2)	,3086	25,2637	,063	26	,950
Pair 8	Saúde mental (M1) Saúde mental (M2)	-2,0370	15,0166	-,705	26	,487

ANEXO F - GUIÃO DA ENTREVISTA

Guião de Entrevista

I - Caracterização sociodemográfica

Nome

Idade

Género

Nacionalidade

Estado civil

Habilitações literárias

Fontes de rendimento

Situação perante o trabalho

- 1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?
- 2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?
- 3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?
- 4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?
- 5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?
- 6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

ANEXO G – ENTREVISTAS

Entrevista nº1

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: EMSG

Idade: 72 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casada

Habilitações literárias: 1º ciclo

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Mudou muito o meu dia-a-dia. Melhorou as dores que sentia, andava sempre muito nervosa e agora sinto-me mais calma, menos nervosa. Sinto-me muito bem. Já consigo andar bem, sinto-me com mais agilidade.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Sim, muitos. Melhorou a minha saúde em geral. Tinha muitos desequilíbrios e agora já não tenho, melhorou as dores, andava com muita dificuldade e agora consigo andar bem. Faço toda a minha lida da casa e já consigo ir às compras e assim a gente, sente-se também muito feliz. Quando melhora a saúde melhora tudo, a boa disposição e até a vontade de sair de casa.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Conheci muitas pessoas na Academia, aquilo era uma paródia, andava mais à vontade, sentia-me mais feliz. Durante os exercícios aproveitávamos para falar dos nossos problemas e da nossa vida, uns com os outros. Tínhamos alguém que nos ouvia. As amizades que fiz na academia, ainda mantenho. Não saio com elas porque não moram ao

pé de mim, mas telefone, para falarmos umas com as outras, também é uma forma de convívio.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

O que contribuiu muito para melhorar o meu bem-estar físico, foi a melhoria das dores. Quando uma pessoa tem dores, nada está bem. E eu, já tomo tantos comprimidos que não quero tomar mais, assim andava sempre com dores. Com os exercícios fui aos poucos melhorando, as articulações estavam “enferrujadas” melhoraram muito e as dores também. O convívio com outras pessoas fez-me muito bem à cabeça, andava mais leve, mais descontraída. Falamos das nossas coisas uns com os outros e também nos motivávamos, dávamos força uns aos outros. Quem estava mais em baixo, levantávamos para cima.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Melhorou muito a parte física, mexo-me melhor, as dores desapareceram, cansava-me muito e agora ando mais ligeira. Sinto-me muito bem, mais animada.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Acho que melhora muito. Não deixa a gente parar, nem o físico, nem o cérebro nem nada. Estar sempre a mexer é bom, quando não nos mexemos sentimo-nos mais velhos, assim até parece que somos mais novos. Embora não saia com as amigas que fiz na academia, mas todas as manhãs saio com as minhas amigas, sinto-me mais animada para sair, para conviver com outras pessoas.

Entrevista nº2

Nome: MCSPM

Idade: 71 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Viúva

Habilitações literárias: 1ºCiclo

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Melhorou bastante. Tinha sido operada ao colo do fémur, já andava, mas ainda não estava bem para fazer a minha vida, limpar a casa, ir às compras e cuidar da minha filha que é deficiente. Com os exercícios que fazia na Academia melhorou tudo, ando sem dificuldades e sem dores já faço tudo em casa e já sou eu sozinha que trato da minha Clarinha.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Os maiores benefícios foram melhorar o andar e também o convívio com as outras pessoas. A minha vida é estar em casa por causa da minha filha e quando ia para a academia, tinha o convívio que precisava. O grupo era muito bom, falávamos muito.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Conheci pessoas na academia que são meus vizinhos e eu nem sabia, assim, embora eu não possa sair muito, mas tenho aqui pessoas com quem posso contar. Fiquei a saber os problemas deles e eles os meus. Foram muitos momentos de partilha.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

As dores melhoraram, mexo-me com mais agilidade, no geral sinto-me muito bem. Também fez-me muito bem à cabeça, era um hobby, saia do meu dia-a-dia, fazia-me muito feliz. O dia que ia à academia era um dia bom e airoso. Fazia-me sonhar, quando ia na camioneta, lembrava-me dos tempos em que trabalhava em Oeiras, era um tempo em que dava rédeas à minha imaginação.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Sim melhorei em todas essas áreas e também fiquei com mais vontade de conviver com outras pessoas, embora esteja muito limitada, por causa da minha filha.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Sim considero que melhora muito. Tenho pena de não poder continuar, durante mais tempo, para conviver e conversar. Fazia-me muito bem.

Entrevista nº3

Nome: AMLS

Idade: 73 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Cabo-verdiana

Estado civil: Viúva

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Melhorou muito a minha vida, a saúde, deixei de ter dores nos braços, o braço prendia, agora já está bom e ando mais animada e divertida com as pessoas. O professor é muito boa pessoa.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Era tudo bom, subir na bicicleta, passadeira. Agora já consigo limpar a minha casa toda, lavar a roupa, ir às compras. Tinha tonturas passaram. Aprendi a ter outra postura, como levantar, sentar e pegar nas coisas.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Conheci outras pessoas, foi bom, fiquei com pessoas amigas, com quem me dou muito bem, estou feliz, muito feliz. Foi uma altura muito difícil da minha vida, o meu marido tinha morrido e ir para a academia ajudou muito a esquecer um bocadinho. A cabeça ficou mais distraída, estava quase maluca. Estava a tratar do meu marido há 7 anos, que estava acamado.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

Senti-me muito bem no geral. Mas para a cabeça foi muito bom porque consegui lidar melhor com a morte do meu marido. As pessoas que conheci na academia era m muito boas, ajudaram-me muito.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Deixei de estar sempre em casa e mexia-me mais, comecei a andar melhor, sem tonturas e sem dores. Já tinha dificuldade nas coisas da casa e agora faço tudo. Sinto-me menos cansada e mais animada e feliz.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Ajuda muito, porque a gente mexe-se mais, alivia a cabeça e convive com outras pessoas.

Entrevista nº4

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: AJC

Idade: 85 anos

Género: Masculino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casado

Habilitações literárias: Não sabe ler nem escrever

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformado

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Não melhorou muito, porque eu tinha um problema nas costas e tive de ir para a fisioterapia. Melhorou os diabetes.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Sim, embora não tenha resolvido o problema das costas, mas quando saia de lá vinha mais leve, menos enferrujado e também era um tempo bom de convívio com outras pessoas. Sentia-me mais alegre.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

O convívio com as outras pessoas, foi muito bom. Fiz novas amizades, conheci muitas pessoas. Sentia-me muito animado, quando ia às aulas de ginástica.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

Senti-me mais leve. Mas à cabeça é que fez muito bem. Falava muito com outras pessoas, ainda fiz lá muitos amigos, eram todos muito divertidos. Esquecia-me das doenças e dos problemas. Era um tempo muito bem passado.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Fisicamente as melhoras não foram muitas, por causa das costas. Mas não fiquei pior. Andava mais leve. Agora psicologicamente foi bom, deixei de estar sempre a pensar nas mesmas coisas, conseguia ficar mais descontraído. Às vezes andava muito nervoso e quando ia para lá esse nervosismo passava e quando voltava para casa vinha mais calmo. Sentia-me bem.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Sim aquilo é muito bom para as pessoas mais velhas, eu não melhorei fisicamente, mas vi muitas pessoas que melhoraram muito. Depois também passámos a ir juntos aos passeios da Câmara e aos almoços e jantares, que eles organizavam.

5ª Entrevista

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: MCJAM

Idade: 85 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Viúva

Habilitações literárias: 1ºCiclo

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Mudou muito, muito a minha vida, em todos os aspetos. Melhorou a saúde física, mental, comunicação e convívio com as pessoas. Eu não saía de casa, agora as pessoas dizem que já não sou a mesma Maria do Carmo. Ganhei mais vida. Foi numa altura em que não saía de casa. Comecei a encarar a vida de outra maneira.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Agora já faço tudo em casa, a comida, vou às compras ao pingo doce e não fazia nada disso, pedia à minha filha. Estava a isolar-me em casa devido à morte do meu marido. Semanas e semanas sem sair de casa, estava muito deprimida. Convivíamos muito e passei a sair de casa. Já vou à Costa da Caparica, onde tenho uma caravana. Passeio, vou à praia.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Ganhei muitas amigas. Conversamos, contamos a nossa vida e ganhei uma confidente, que me ajudou muito a ultrapassar a fase em que me encontrava.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

Tinha muitas dores nos joelhos e agora não tenho dores, os tendões estavam muito presos, dificultava-me o andar, agora ando sem problemas. Mas a nível emocional, foi o meu maior ganho. Estava sempre a chorar, quando fui à primeira entrevista para começar na academia, estive sempre a chorar. Estava com uma grande depressão, foi por causa disso que a minha médica mandou-me para a academia, ela já não sabia o que havia de fazer-me, nem os medicamentos estavam a resultar. Fiquei um muito melhor. Não conseguia dar a voltas às coisas, aos problemas, agora já consigo, não será na totalidade, mas para aí 70%. Ajudou-me muito a ultrapassar a morte do meu marido.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Fisicamente sinto maior agilidade, até parece que sou mais nova. Eu cantava no coro em Lisboa, andava lá há 15 anos e deixei de ir porque tinha medo de andar de autocarro, tinha medo de cair, sentia-me fisicamente frágil, mas agora não, já voltei para o coro. Apanho a camioneta, o comboio e autocarro sem dificuldades. Também sinto mais vontade de sair, de estar com outras pessoas, já não estou fechada em casa e a pensar nos meus problemas e também as saudades que tenho do meu marido, parece que não são tão grandes.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Eu penso que melhora muito os problemas do envelhecimento: Uma pessoa de 85 anos como eu pode fazer o mesmo que uma pessoa de 60 anos, eu via isso na academia, eu conseguia fazer o mesmo que as mais novas. A Academia tem muito valor, foi um bem muito grande que apareceu para a 3ª Idade. Há alegria, convívio, mexe-se o corpo e a mente. O ambiente é excepcional. A Academia está de parabéns.

6ª Entrevista

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: LJGP

Idade: 73 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Viúva

Habilitações literárias: 1ºCiclo

Fontes de rendimento: Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Melhorou muito o meu dia-a-dia. Melhorou na comunicação com as outras pessoas, falo mais, convivo saio mais de casa. É uma família.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Sinto que estou melhor dos movimentos, das dores. Fisicamente sinto-me melhor.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Fiquei com amigas, que fiz na academia, ligo-lhes frequentemente. Saio mais de casa, tenho mais vontade de sair de casa, cumprir horários. Estava muito isolada em casa. O meu marido tinha morrido há pouco tempo e ajudou-me a ultrapassar esta fase difícil da minha vida.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

Foi muito importante naquela fase da minha vida, não sei como seria sem o apoio daquelas pessoas e isso melhorou muito a minha vida, sobre todos os aspetos. A amizade e a camaradagem fazem-nos sentir bem. Partilhar os nossos problemas, com pessoas que também já passaram pelos mesmos problemas, ajuda-nos muito.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Faço tudo em casa e com vontade, ou seja estou bem a nível do físico e da mente e ainda tenho vontade de sair e conviver com as minhas amigas.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Melhora muito em todos os aspetos, mas principalmente na solidão que é um problema dos velhos, cada um tem a sua vida e nós ficamos sozinhos. Na academia havia muito convívio, gostávamos muito de estar juntos. Íamos a pé para casa, em vez de apanharmos a camioneta, para estamos mais tempo juntas e para conversarmos.

7ª Entrevista

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: MOLBSB

Idade; 80 anos

Género: Feminino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Viúva

Habilitações literárias. 3ºCiclo

Fontes de rendimento. Reforma

Situação perante o trabalho: Reformada

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Mudou muito o meu dia-a-dia melhorou bastante. Sinto-me mais ativa. Com mais vontade e capacidade de fazer as minhas tarefas todos os dias.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Sim teve muitos benefícios, a nível físico e psicológico. Melhorei muito fisicamente, tenho mais força, menos dores, consigo mexer-me melhor. A nível psicológico também foi muito bom, criei uma rotina de sair aqueles dias, aquela hora e isso fazia-me sentir melhor psicologicamente

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Durante o tempo que estivemos na academia, houve um grande convívio entre todos, mas agora não nos encontramos com a mesma frequência, falamos ao telefone. Como estivemos muito tempo juntos, acabamos por criar uma amizade com aquelas pessoas.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

O bem-estar é geral, físico e emocional, sentimo-nos muito melhor e isso trás bem-estar, claramente.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Melhoraram muito. Sabe, passei a sentir-me mais jovem, a conseguir fazer mais coisas, algumas pensava que já nem sequer voltava a fazê-las. Passei a acreditar mais em mim, no que ainda conseguia fazer. Melhorou a auto-estima.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Sem dúvida que melhora tudo, a capacidade física melhora e com isso passamos a ter mais ânimo para tudo na nossa vida, incluído estar com outras pessoas, conviver em vez de estarmos fechados o dia todo em casa a ver televisão.

Entrevista nº8

I - Caracterização sociodemográfica

Nome: MA

Idade; 87 anos

Género: Masculino

Nacionalidade: Portuguesa

Estado civil: Casado

Habilitações literárias. 1ºCiclo

Fontes de rendimento. Reforma

Situação perante o trabalho: Reformado

1) Em que medida a sua participação na Academia da Mobilidade, mudou o seu quotidiano?

Tenho muitos problemas de saúde, problemas nos joelhos, hipertensão, dores nos ossos e quando comecei a ir `academia comecei a sentir-me melhor, menos dores, os joelhos começaram a dobrar melhor e também comecei a ter uma postura melhor e com isto passei a estar mais ativo, as pessoas mais velhas têm de se mexer.

2) Considera que o programa que frequentou na Academia da Mobilidade trouxe alguns benefícios para a sua vida? Quais?

Sim, muitos benefícios, só o facto de ter menos dores e de mexer-me melhor foi uma grande coisa que me aconteceu, só por isto já valeu a pena. Na minha idade isto é muito importante.

3) A Academia da Mobilidade ajudou-o(a) a conhecer outras pessoas? Atualmente mantém uma relação de amizade com essas pessoas?

Conheci muitas pessoas boas, falávamos bastante, o professor também ligava o rádio para ouvir música e às vezes até dávamos um pezinho de dança, tínhamos muita coisa em comum, os problemas de saúde, mas ali também tínhamos toda vontade de ficar melhor. Agora não convivo com essas pessoas, sou mais eu e a minha mulher. Mas aquele convívio ficou cá no meu coração.

4) Sentiu melhoria no seu bem-estar físico e emocional? De que forma?

Sabe quando fui para lá, não estava à espera de nada, na minha idade já é tudo mais difícil, mas à medida que o tempo passava sentia-me melhor e isso deu-me muita satisfação e alegria, sentir-me melhor de saúde, mais ativo e claro passei a sentir-me melhor.

5) Os primeiros resultados obtidos dos questionários que realizámos, mostram que a Academia da Mobilidade contribuiu para melhorar a função física, o desempenho físico e o desempenho emocional dos participantes que a frequentaram. Considera que também melhorou nestas áreas? De que forma?

Sim acho que melhorei em tudo, mexo-me mais, com muito menos dores, faço os meus passeios. A cabeça estava bem, mas talvez tenha ficado melhor, eu nunca fui de andar triste, sempre tentei dar a volta por cima.

6) O processo de envelhecimento é marcado por alterações físicas, psicológicas e sociais. Pela sua experiência na Academia da Mobilidade acha que este programa pode alterar positivamente estas alterações? Como?

Eu não acreditava muito, mas agora e depois da experiência que acho que estes programas são muito bons para melhorar a saúde dos idosos.

ANEXO H - ANALISE DAS ENTREVISTAS

Análise das entrevistas

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 1
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	<ul style="list-style-type: none"> - Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil; 	<ul style="list-style-type: none"> - 72 anos; - Feminino; - Portuguesa; - 1ºCiclo; - Casada;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimentos; - Situação perante o trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado; 	Passou a fazer toda a “lida” da casa, incluindo ir às compras.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia; 	Melhorou a dor que sentia, o que permitiu maior agilidade na marcha. Reduziu o cansaço, melhorando tudo incluindo a vontade de sair de casa.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais; 	Mudou a vida do quotidiano, melhorou a sua condição física, sente-se mais feliz, mais calma. Fez novas amizades na AM que mantem.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares; 	Tem mais vontade de sair de casa, todos os dias vai passear com as amigas. É também através de contato telefónico que mantem as relações de amizade.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde atual; - Resistência à doença; 	A saúde atual física e psicológica melhorou, sente-se mais jovem. Melhorou a sua saúde. Na globalidade sente-se muito bem.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 2
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 71 anos; - Feminino; - Portuguesa; - 1ºCiclo; - Viúva;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Passou a fazer todas as atividades que não conseguia realizar, incluindo cuidar da filha com deficiência.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Ficou sem dores e conseqüentemente melhorou a marcha.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Passou a sentir-se muito bem, do ponto de vista físico e emocional. Permitiu-lhe sair de casa e relembrar os tempos em que ia diariamente para o trabalho, voltou a sonhar. Teve oportunidade de partilhar os seus problemas com outras pessoas.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	Conheceu novas pessoas, algumas que moravam próximo da sua casa. Não pode sair muito de casa, devido à sua situação familiar, no entanto sentiu-se mais seguro porque conheceu pessoas com quem pode contar.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	Melhorou muito o seu estado de saúde.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 3
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 73 anos; - Feminino; - Cabo Verdiana; - Não sabe ler nem escrever; - Viúva;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Deixou de ter tonturas. Aprendeu a levantar-se, sentar-se e pegar em pesos corretamente. Melhorou a mobilidade no braço. Faz as suas compras bem como a limpeza e arrumação da casa. Anda na bicicleta e passadeira sem dificuldades
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Ficou sem dor no braço, passou a mobilizar o braço sem dificuldade. Sente-se menos cansada e mais animada.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Após a morte do marido, de quem cuidou durante 7 anos, deixou de sair de casa e de fazer atividades. Estava muito triste. Com a frequência da AM, ficou mais ativa e passou a conseguir lidar melhor com a perda do marido.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	Conheceu novas pessoas e o convívio entre todos era muito bom. Essas pessoas ajudaram-na muito a ultrapassar a fase difícil em que estava.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	Melhorou a saúde porque está mais ativa e com convívio com outras pessoas sente-se muito feliz.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 4
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 85 anos; - Masculino; - Portuguesa; - Não sabe ler nem escrever; - Casado;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformado;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Tinha um problema nas “costas”, que não melhorou muito, teve de fazer fisioterapia. É diabético e melhorou os valores de glicémia.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Melhoraram ligeiramente.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Embora não tenha melhorado a dor nas “costa”, considera estar menos “enferrujado”, mas leve. Sentia-se mais feliz e mais animado. Esquecia-se dos problemas e das doenças. Estava mais descontraído, mais calmo.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	Fez novas amizades, o convívio com as pessoas foi muito bom. Passou a frequentar almoços, jantares e passeios com estas e outras pessoas.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	A sua saúde física não melhorou muito, embora visse muitas pessoas na AM a melhorarem muito. Mas psicologicamente considera que foi muito bom.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 5
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	<ul style="list-style-type: none"> - Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil; 	<ul style="list-style-type: none"> - 85 anos; - Feminino; - Portuguesa; - 1ºCiclo; - Viúva;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimentos; - Situação perante o trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado; 	Passou a fazer tudo em casa, comida, arrumação e limpeza da casa e vai ao supermercado às compras. Faz campismo. Começou a andar novamente em transportes públicos para ir ao Coro que frequenta em Lisboa.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	<ul style="list-style-type: none"> - Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia; 	Melhorou a dor que sentia nos joelhos, agora anda sem dificuldades
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais; 	Fisicamente está mais ágil e agora sente-se mais jovem. Após a morte do marido ficou com uma grave depressão, mesmo a fazer terapêutica mantinha-se deprimida e considera que a frequência na academia e o convívio com outras pessoas lhe permitiram sair da depressão. Consegue ultrapassar e resolver a maioria dos problemas. As saudades que sente do marido são menores.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares; 	Fez muitas amizades. Sente-se mais confiante para sair de casa. Faz campismo na Costa da Caparica e voltou a frequentar o coro.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde atual; - Resistência à doença; 	Melhorou a saúde e isso reflectiu-se na melhoria dos problemas inerentes ao envelhecimento. Considera que com 85 anos consegue fazer o mesmo que uma pessoa de 60 anos. O convívio, a alegria e as atividades da academia contribuíram para a melhoria geral do seu estado de saúde.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 6
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 73 anos; - Feminino; - Portuguesa; - 1ºCiclo; - Viúva;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Fisicamente sente-se melhor, mobiliza-se com maior facilidade. Realiza todas as atividades em casa.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Melhorou a dor que sentia.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Melhorou a sua vida em todos os aspetos. Mas considera que a solidão foi a área onde sentiu mais essa melhoria, menos isolada e com mais vontade de sair de casa e a cumprir horários. O convívio e a amizade com outras pessoas contribuíram muito para o seu bem-estar físico e emocional.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	A amizade e a camaradagem foram muito importantes. Saíram juntos para passear, andar a pé e conviver. Partilhavam os problemas e ajudavam-se mutuamente.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	Melhorou muito ao nível físico e emocional.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 7
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 80 anos; - Feminino; - Portuguesa; - 3ºCiclo; - Viúva;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformada;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Sente-se mais ativa e com mais vontade e capacidade de fazer as atividades do dia-a-dia. Sente mais força. Passou a fazer algumas atividades que considerava que não conseguia fazer.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Tem menos dores e como consequência consegue mexer-se melhor, ficou mais ativa.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Sente-se melhor fisicamente e emocionalmente e isso trouxe bem-estar geral. Melhorou a auto-estima. Passou a ter rotinas para sair de casa, deixou de estra em casa o dia todo a ver televisão.
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	Fez novas amizades, as quais contacta frequentemente por telefone. Sai frequentemente com outras pessoas.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	A capacidade física melhorou e com isso o ânimo para fazer mais coisas, traduzindo assim melhoria do estado de saúde.

DIMENSÃO	OBJETIVOS	CATEGORIA	ENTREVISTA 8
Sociodemográficas	Descrever o perfil do entrevistado(a)	- Idade; - Género; - Nacionalidade; - Habilitações Literárias; - Estado Civil;	- 87 anos; - Masculino; - Portuguesa; - 1ºCiclo; - Casado;
Económica	Descrever a situação económica do entrevistado (a)	- Rendimentos; - Situação perante o trabalho;	- Reforma; - Reformado;
Função Física	Analisar o desempenho do entrevistado(a), na execução e o desempenho em atividades de maior ou menor exigência antes e depois da frequência na Academia da Mobilidade	- Atividades de vida Diárias; - Quantidade e qualidade do trabalho executado;	Sente-se mais ativo. Os joelhos começaram a fletir melhor e a postura do corpo também mais correta. Melhorou os valores da pressão arterial.
Dor	Compreender de que forma a dor interfere na vida do quotidiano	- Intensidade da dor; - Autonomia; - Fadiga; - Energia;	Tem menos dores o que permitiu estar mais ativo.
Bem- Estar	Compreender a relação entre saúde e bem-estar	- Fatores físicos; - Fatores emocionais; - Fatores sociais;	Com a melhoria da mobilidade melhorou o bem-estar físico e emocional. Trouxe-lhe muita satisfação e bem-estar
Função Social	Compreender a relação entre a função social e qualidade de vida	- Atividades Sociais e recreativas; - Relações interpessoais e familiares;	Embora tenha feito muitas amizades, atualmente não convive com essas pessoas. A pessoa com quem convive é a esposa. Mas passou a ouvir música e a dar “um pezinho de dança” e a fazer alguns passeios.
Perceção de Saúde	Compreender a perceção individual de saúde	- Saúde atual; - Resistência à doença;	Embora no início não acreditasse que com 87 anos iria melhorar a sua saúde, do ponto de vista físico, porque emocionalmente considera que estava bem, ficou surpreendido com os resultados, melhorou muito a sua saúde e de outros idosos com que partilhou a AM.