



Universidade de Aveiro
2023

Diana Filipa Oliveira Figueiredo **Atividade Física e Apoio Domiciliário a Idosos:
um projeto integrado de intervenção**



Universidade de Aveiro
2023

Diana Filipa Oliveira Figueiredo **Atividade Física e Apoio Domiciliário a Idosos:
um projeto integrado de intervenção**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Aplicada, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves, Professor Auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho aos meus pais, amigos e, em especial, aos idosos da minha vida, eternos, os meus avós, que me ensinaram a importância de um envelhecimento ativo e saudável, com muito amor.

o júri

Presidente

Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Vogais

Arguente Principal: Professora Doutora Andrea Mathes Faustino
Professora Adjunta da Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde

Professor Doutor Aníbal Rui de Carvalho Antunes das Neves
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço em primeira instância à Universidade de Aveiro, nomeadamente à coordenadora de curso, Prof. Doutora Liliana Xavier, a todos os professores do Departamento de Educação e Psicologia, que me incentivaram e apoiaram no meu percurso académico e, em especial, ao orientador desta dissertação, Prof. Doutor Rui Neves, por toda a ajuda nesta fase final do mestrado.

Um agradecimento igualmente especial às três IPSS que tão bem me acolheram e que possibilitaram a realização deste projeto de intervenção, sobretudo os idosos e as técnicas de SAD.

Por último, mas nunca menos importante, aos meus pais e aos meus amigos, por nunca deixarem de me apoiar em tudo e por estarem sempre disponíveis para me ajudar em todos os momentos.

palavras-chave

atividade física, serviço de apoio domiciliário, idosos, envelhecimento ativo, projeto de intervenção, programa de atividade física, autonomia, aptidão física funcional.

resumo

Esta dissertação foi desenvolvida com base num estudo de índole exploratório, no âmbito de um projeto de intervenção, visando descrever e refletir sobre uma articulação entre o trabalho de investigação sobre a prática de Atividade Física, no contexto de Serviço de Apoio Domiciliário e a prática de intervenção gerontológica em três IPSS do concelho de Santarém.

Nesse sentido, concebemos, planeámos e apoiámos a prática de AF no contexto de SAD destas três IPSS, com especial incidência no desenvolvimento do nível de autonomia dos idosos e da sua aptidão física funcional, sendo, por isso, o objetivo principal deste estudo caracterizar o nível de autonomia de idosos, em contexto de SAD, integrando a prática de AF nos seus estilos de vida.

Os objetivos específicos do estudo foram: promover a prática de AF em idosos e avaliar a sua autonomia na prática de AF, através da frequência de um programa de AF; melhorar a capacidade funcional dos utentes, visando a autonomia e comparar a perceção dos benefícios da prática de AF em diferentes situações.

Para tal, utilizámos o índice de Barthel (avaliação da autonomia), a bateria de testes de Fullerton (avaliação da aptidão física funcional), questionário individual (perfil sociodemográfico), entrevistas semiestruturadas (perceções sobre PAF), calendário de monitorização do PAF e notas de campo (perceção da investigadora).

O grupo de participantes deste estudo de investigação-ação, de natureza qualitativa e de índole exploratória, foi constituído por 15 idosos, com idades entre os 77 e os 96 anos, utentes do SAD em três IPSS do concelho de Santarém.

Os resultados mostraram que os idosos incrementaram os seus níveis de autonomia e de aptidão física funcional, melhorando, consideravelmente, competências físicas de força e resistência dos membros inferiores e superiores e também a flexibilidade do tronco e dos membros inferiores. Observou-se, igualmente, melhorias significativas ao nível da mobilidade física, no respeitante aos domínios da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico.

A implementação do PAF pautou-se por ter tido uma frequência muito regular, com participantes motivados e que perceberam mudanças positivas no seu quotidiano, reportando mais autonomia, menos cansaço e mais saúde mental. Através da implementação deste PAF, percebemos a importância de um suporte humano no acompanhamento e motivação dos idosos, que manifestaram vontade de continuar a prática de AF pós- projeto.

Concluimos, assim, que é possível e recomendável desenvolver um PAF em SAD, impactando positivamente na qualidade de vida dos utentes e potenciando um envelhecimento ativo e saudável.

keywords

physical activity, home care, older adults, active ageing, intervention project, physical activity program, autonomy, functional ability

abstract

This dissertation was done based on an experimental study, in the context of an intervention project, aiming to both describe and reflect upon a bridge built between the research on Physical Activity practice for older adults in home care and the gerontological intervention practice in three institutions in the Santarém municipality.

As it is, we have conceived, planned and supported the practice of PA in the context of home care interventions in these three institutions, having focused especially on the development of the autonomy levels of the participants and their functional ability. Hence the main goal of this study being to characterize the autonomy level of older adults in home care, integrating the practice of PA in their lifestyles.

The specific goals of this study were: to promote the practice of PA in older adults and to assess their autonomy in the practice of PA, by means of a PA program; to improve the functional abilities of the clients, aiming at their autonomy and to compare the perceptions of the benefits of practising PA in different situations.

To do this, we used the Barthel index (assessment of autonomy), Fullerton's Functional tests, (assessment of functional physical fitness), individual questionnaires (sociodemographic profile), semi-structured interviews (perceptions of the PA program), PA log and field notes (researcher's perceptions).

The participants group of this exploratory qualitative action research study was comprised of 15 older adults, aged 77 to 96, home care clients of three institutions in the municipality of Santarém.

The results have shown that the older adults have developed their functional autonomy levels, considerably improving their physical competences of strength and upper body and lower body resistance, as well as trunk and lower body flexibility. We could also perceive significant improvements to physical mobility, especially regarding speed, agility and dynamic balance.

The implementation of the PA program met a very frequent attendance by motivated participants that perceived positive changes in their day-to-day life, reporting more autonomy, less fatigue and better mental health. Through the implementation of this PA program, we have noted the importance of human support in the guidance and motivation of older adults, who have shown the will to continue practising PA after the end of the project.

We have, thus, concluded that it is possible and recommended to develop a PA program in home care, positively impacting on the quality of life of the clients and promoting active and healthy ageing.

Índice

Introdução.....	1
I – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: FACTOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS	3
1.1 O fenómeno do envelhecimento em Portugal	4
1.2. Envelhecimento Ativo	5
II – ATIVIDADE FÍSICA E IDOSOS.....	7
2.1. AF e estilos de vida saudáveis.....	7
2.2. Hábitos de AF no Idoso em Portugal	9
2.3. Estratégias de promoção de AF no Idoso	10
2.4. Especificidades da AF no Idoso	12
2.4.1. Prevenção e controlo de doenças crónicas	15
2.4.2. Gestão de síndromes geriátricas.....	17
III – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO EM PORTUGAL: GÉNESE, DESENVOLVIMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO.....	19
3.1. Génese em Portugal.....	19
3.2. Natureza do desenvolvimento do SAD.....	21
3.3. Modelos de gestão e perfis dos profissionais envolvidos	23
IV - METODOLOGIA.....	25
4.1. Natureza do estudo	25
4.2. Justificação do estudo	27
4.3. Objetivos do estudo.....	29
4.4. Grupo de Participantes.....	29
4.5. Contexto institucional	33
4.6. Instrumentos de recolha de dados	37
4.6.1. Índice de Barthel – avaliação da autonomia	37
4.6.2. Bateria de Fullerton – avaliação da aptidão física funcional	38
4.6.3. Questionário individual – perfil sociodemográfico	39
4.6.4. Entrevistas semiestruturadas – perceções sobre PAF	40
4.6.5. Calendário de monitorização do PAF.....	42
4.6.6. Notas de campo – perceção da investigadora.....	43
4.7. Questões éticas	44
4.8. Projeto de Intervenção: PAF nos SAD das IPSS Amarela, Rosa e Roxa.....	44
V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
5.1. Nível de dependência dos participantes.....	49
5.2. Nível de aptidão física funcional.....	53
5.3. Nível de AF dos participantes	56
5.4. Hábitos de prática de AF no contexto de SAD	73
5.5. Perspetivas de familiares sobre a participação de idosos num PAF em SAD.....	78
5.6. Perceções da investigadora sobre a implementação do projeto de intervenção	84
Conclusões	89
Limitações do estudo.....	92
Sugestões e Recomendações.....	93
Referências bibliográficas	96
ANEXOS.....	110
Anexo 1 – Índice de Barthel	111

Anexo 2 – Modelo das Entrevistas	112
Anexo 3 – Entrevistas pré e pós-testes	122
Anexo 4 – Calendário de monitorização do PAF	223
Anexo 5 – Programa de Atividade Física	229
Anexo 6 - Termo de Consentimento	231
Anexo 7- Notas de Campo	232
Anexo 8 – Resultados Testes	246
Resultados Pré-testes	246

Índice de Figuras

Fig. 1 - Lógica dos ciclos do processo de investigação-ação	27
Fig. 2 - Exemplos de imagens representativas de quatro exemplos do PAF	43
Fig. 3 - Gráfico representativo das horas sentadas diárias por utente, pré-projeto	59
Fig. 4 - Gráfico representativo das horas sentadas diárias por utente, pós-projeto	64
Fig. 5 - P8 a exercitar-se	64
Fig. 6 - P3 a executar o exercício de subir e descer um degrau.	65
Fig. 7 - P11 a fazer o apoio unipedal.	66
Fig. 8 - P3 a executar o exercício de tocar com a mão num pé e no outro, sentado	68
Fig. 9 - P4 e P5 a cumprirem um exercício do PAF com a supervisão da investigadora	69
Fig. 10 - P7 a receber suporte para fazer mais repetições de flexão de braço, contra a parede....	70
Fig. 11 - P8 a praticar o exercício da vassoura com uma bengala.....	71
Fig. 12 - P8 “a ter um bocadinho de companhia”, enquanto pratica AF.	72

Índice de Quadros

Quadro 1 – Distribuição dos familiares dos utentes por faixa etária e género.	32
Quadro 2 - Distribuição dos participantes da IPPS Amarela por faixa etária e género	35
Quadro 3 - Distribuição dos participantes da IPPS Rosa por faixa etária e género	35
Quadro 4 - Distribuição dos participantes da IPPS Roxa por faixa etária e género	36
Quadro 5 - Bateria de testes de aptidão funcional de Fullerton (adaptada)	39
Quadro 6 - Quadro-síntese do PAF para este projeto de intervenção	48
Quadro 7 - Exemplos de respostas referentes à motivação para participação no PAF	60
Quadro 8 - Exemplos de respostas referentes às razões para participar no PAF.....	63
Quadro 9 - Exemplos de respostas referentes às mudanças percecionadas pelos idosos pós-PAF	65
Quadro 10 - Exemplos de resposta: capacidade para continuar a prática autónoma de AF.....	71
Quadro 11 - Exemplos de respostas referentes às mudanças percecionadas pelos familiares dos idosos pós-PAF	79
Quadro 12 - Exemplos de respostas referentes à adequação do PAF às capacidades e necessidades dos participantes	79
Quadro 13 - Exemplos de respostas referentes à perceção de maior facilidade na execução de AVDs...80	
Quadro 14 - Exemplos de respostas referentes à opinião sobre viabilidade de manutenção de um PAF em SAD	82

Quadro 15 - Exemplos de notas de campo referentes à familiaridade com os exercícios e à autonomia em relação à prática de AF	86
Quadro 16 - Exemplos de notas de campo referentes a dificuldades observadas ao longo do PAF	88
Quadro 17 - Exemplos de notas de campo relativas a aspetos de sociabilidade	88

Índice das siglas e das abreviaturas

ABVD – Atividade Básica de Vida Diária

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Atividade Física

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividade de Vida Diária

BHF – British Heart Foundation

DGS – Direção Geral de Segurança

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IPDJ – Instituto Português do Desporto e da Juventude

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MI – Membros Inferiores

MS – Membros Superiores

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAF – Programa de Atividade Física

PIC – Plano Individual de Cuidados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Introdução

Esta dissertação foi desenvolvida com base num estudo empírico e experimental, no âmbito do nosso projeto de intervenção, visando descrever e refletir sobre a nossa iniciação à prática profissional de gerontóloga, na medida em que procurámos resolver um problema relevante em gerontologia.

Assim sendo, a reflexão nasce de uma articulação que procurámos estabelecer entre o trabalho de investigação sobre o tema que escolhemos tratar – a prática de Atividade Física (AF), no contexto de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) – e a prática de intervenção gerontológica em três Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Santarém.

Com efeito, atualmente, temos experienciado uma realidade em que o envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico inquestionável, com consequências inúmeras, nomeadamente no impacto na qualidade de vida e saúde dos idosos. Neste sentido, cada vez mais se tem adotado o envelhecimento ativo, entendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas em envelhecimento (OMS, 2002).

Por conseguinte, tendo em conta que este fenómeno é, hoje em dia, global, sendo uma realidade também em Portugal, considerámos relevante conceber, planear e apoiar a prática de AF no contexto de SAD em três IPSS portuguesas, com especial incidência no desenvolvimento do nível de autonomia e da aptidão física funcional das pessoas idosas que frequentam o SAD dessas instituições, integrando a promoção da prática de AF nos seus estilos de vida, através da frequência de um programa de AF (PAF) desenhado especificamente para este grupo de participantes.

Assim, em primeiro lugar, procuraremos dar conta do estado da arte relativamente ao fenómeno do envelhecimento populacional, de modo particular em Portugal, com uma breve abordagem ao conceito de envelhecimento ativo, uma vez que está na base da adoção da prática de AF enquanto estilo de vida saudável.

Para além disso, no segundo capítulo, daremos conta do estado da arte, desta feita no tocante às particularidades da AF no idoso, visando hábitos de AF no idoso em

Portugal, estratégias de promoção, prevenção e controlo de doenças crónicas e ainda um ponto breve sobre gestão de algumas síndromes geriátricas.

No terceiro capítulo, apresentamos uma revisão da literatura centrada na génese, desenvolvimento e operacionalização do SAD em Portugal, passando no quarto capítulo para a metodologia, incidindo sobre a natureza do estudo, sua justificação, objetivos, grupo de participantes, contexto institucional, instrumentos de recolha de dados e questões éticas. Ainda neste capítulo, haverá um subcapítulo centrado no projeto de intervenção em si, descrevendo como o programa de AF foi construído, as suas inspirações, processo de validação, apresentando-se o seu conteúdo.

Por último, o quinto capítulo, em que apresentaremos e discutiremos os resultados do projeto de intervenção, com a aplicação de um programa de AF nos SAD das três IPSS já referidas. Nesta última parte do relatório, a tónica será colocada na análise do nível de dependência dos participantes, aptidão física e funcional, padrões de AF, níveis de sedentarismo e hábitos de práticas de AF no contexto de SAD, comparando-se os resultados pré e pós-projeto. Incluir-se-á, ainda, um ponto sobre as perspetivas de familiares acerca da participação de idosos neste programa de AF e, em último lugar, a nossa ótica sobre a implementação deste projeto de intervenção.

I – ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: FACTOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico que, progressivamente, se tem vindo a manifestar em quase todas as regiões do mundo, mas que, ainda hoje, se encontra muito associado aos países desenvolvidos, onde se tem assistido à redução da taxa de natalidade, que decorre de vários fatores, como a emancipação da mulher, o acesso cada vez mais generalizado a métodos contraceptivos e o adiamento da data do casamento e do primeiro filho, para nomear apenas alguns fatores (Pinela, 2019).

Este fenómeno do envelhecimento está, no entanto, sobretudo associado ao aumento da esperança média de vida, que, de modo particular, se concebe como uma conquista da sociedade, uma vez que se relaciona com os avanços da medicina e da tecnologia, que muito têm beneficiado a saúde e condições de vida da população. Não obstante, é também fruto de uma crescente ampliação das políticas públicas de saúde que os países desenvolvidos têm vindo a aplicar e que trazem mais qualidade de vida para a população, prolongando a sua longevidade (Pinela, 2019).

Neste ponto, a ONU (Organização das Nações Unidas) estima que o número de idosos com 60 ou mais anos duplique até 2050, mais do que triplicando até 2100, esperando-se que nesse ano existam mais de três biliões de idosos no mundo (ONU, 2019).

Esta tendência demográfica está a provar ser transversal, contando-se que todas as regiões do mundo, à exceção de África, venham a ter pelo menos $\frac{1}{4}$ da sua população com mais de 60 anos. Neste momento, a Europa já ultrapassa essa razão, com mais de 25% da sua população acima dos 60 anos (ONU, 2019), o que traduz a importância de uma reflexão e investimento prementes nesta questão, tendo em conta as consequências que este fenómeno acarreta.

Com efeito, o aumento do envelhecimento populacional tem vindo a requerer uma maior preocupação de maneira a dar resposta às necessidades da população idosa e, inclusive, uma nova maneira de olhar para o processo de envelhecimento. De um ponto de vista económico, há que ter em conta a sobrecarga da Segurança Social, pois “a Segurança Social assenta num princípio de justiça geracional. Contribuímos agora para as reformas atuais e esperamos que os jovens do futuro contribuam para manter a nossa

qualidade de vida no futuro” (Marques, 2011, p. 44). Ora, como os gastos do Estado com esta população aumentam cada vez mais e, ao mesmo tempo, diminuem as contribuições da população ativa, que é cada vez menor, tendo em conta que há cada vez menos jovens, face ao número de idosos, cria-se uma situação de eventual insustentabilidade.

Assim sendo, torna-se urgente uma política de prevenção de doenças e de promoção da saúde e um maior investimento nas políticas públicas relativas à população idosa.

1.1 O fenómeno do envelhecimento em Portugal

Portugal não constitui exceção à regra e, por isso, tem visto o seu índice de envelhecimento aumentar nas últimas décadas, num fenómeno que se deve a vários fatores, com destaque para o desenvolvimento da tecnologia e capacidade de controlo e progressão de doenças, a melhoria dos cuidados de saúde e qualidade de vida e, consequentemente, a alteração do índice de mortalidade, que faz com que as pessoas vivam mais anos e morram mais tarde. De facto, dados recentes do INE (2021a), relativos aos Censos 2021, comprovam que o país está cada vez mais envelhecido, havendo já 182 idosos para cada 100 jovens, o que denota um grande crescimento do índice de envelhecimento e um decréscimo da população jovem. Comparativamente a 2001, houve um aumento de 20,6% na população com mais de 65 anos.

Na mesma linha, dados do PORDATA (2023) mostram que o índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar a cada ano, sem exceção, chegando aos 36,9 em 2021, quando em 1961 era de 12,7, sendo que o índice de dependência de jovens tem vindo a diminuir, na mesma proporção, estando nos 20,7 em 2021, contra os iniciais 46,3 de 1961. Consequentemente, observa-se que o índice de sustentabilidade potencial tem vindo a cair progressivamente, passando de 7,9 em 1961, para 2,7 em 60 anos, o que prova que a sustentabilidade da Segurança Social está a ser posta em causa e que isso é um problema a resolver.

Assim, atualmente, em Portugal, os idosos representam 23,4% do total da população, não chegando os jovens aos 13%. Por conseguinte, estamos perante um fenómeno de duplo envelhecimento da população, pois não só se observa o aumento da

população sénior, como também o decréscimo da população jovem. Deste modo, é vital a implementação de programas com o objetivo de promoverem o envelhecimento ativo e saudável, numa ótica de desmistificação do conceito de “idoso” e de valorização da pessoa sénior, que se encontra muitas vezes completamente funcional, capaz e com tanto para dar a uma sociedade que também cada vez mais precisa da sua atividade, numa lógica intergeracional e de complementaridade.

1.2. Envelhecimento Ativo

O conceito de Envelhecimento Ativo nasceu no seio da OMS, no final dos anos 90, a propósito da procura de uma solução para estas questões relacionadas com o fenómeno do envelhecimento. De facto, esta organização procurava um conceito que transmitisse uma ideia mais abrangente e dinâmica do que apenas “envelhecimento saudável” (Kalache e Keller, 2000) e, assim, surgiu a noção de Envelhecimento Ativo para definir o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2002).

De facto, o termo “ativo” prevê a participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, não se cingindo à capacidade de prática de atividade física ou de desempenho de uma profissão. (OMS, 2002) Por isso, um dos objetivos fundamentais desta estratégia é possibilitar um envelhecimento que seja saudável, mas que ao mesmo tempo mantenha ou melhore a qualidade de vida, para a qual é fulcral a autonomia e independência desta população, quer do ponto de vista de cada indivíduo, quer do ponto de vista dos governantes.

Para além disso, a já mencionada interdependência e intergeracionalidade são, igualmente, relevantes, uma vez que o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas (amigos, colegas, vizinhos, membros da família, etc) e a qualidade de vida que as pessoas possam vir a ter no futuro não depende só dos riscos e oportunidades que lhes surjam na vida ativa, mas também da forma como as gerações vindouras irão proporcionar suporte mútuo, sempre que necessário (OMS, 2002).

Neste ponto, é pertinente referir-se os fatores determinantes do envelhecimento ativo, que tanto podem ser transversais, como a cultura e o género, como relacionados

com os sistemas de saúde e de serviço social a que cada indivíduo tem acesso ou ainda fatores comportamentais, que se prendem com a manutenção de hábitos de estilo de vida saudáveis, como a prática de AF, a alimentação saudável, saúde oral, o tabagismo, consumo de álcool, entre outros. Para além destes fatores, deve-se ter em conta a contribuição de outros relacionados com aspetos pessoais, nomeadamente, questões biológicas e genéticas e fatores psicológicos, mas também com o ambiente físico e o ambiente social, pois ter ou não habitação segura, água potável, ar puro, alimentos seguros, apoio social, educação, alfabetização tem impactos no processo de envelhecimento ativo. Por último, não se pode deixar de mencionar a contribuição de fatores económicos, como o rendimento disponível, a proteção social ou ainda um trabalho digno, que proporcionam, mais tarde, um envelhecimento ativo mais bem-sucedido. (OMS, 2002).

II – ATIVIDADE FÍSICA E IDOSOS

2.1. AF e estilos de vida saudáveis

Neste ponto, importa agora, em primeiro lugar, definir o conceito de “atividade física” (AF), que será central neste relatório e que a OMS (2020) define como sendo “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia – incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer” (p.4). O que normalmente designamos como “exercício físico” cabe, então, nesta definição mais lata, e é por isso que preferimos o enfoque na prática de AF, pois o que se pretende é pôr os idosos a movimentar os seus músculos e a gastar energia, quer seja através de um conjunto de exercícios, quer seja por meio de uma caminhada ou na execução de atividades básicas ou avançadas de vida diária, por ganho ou manutenção de autonomia, potenciados pela prática de AF.

Efetivamente, a AF, seja moderada ou intensa, traz imensos benefícios para a saúde, como podemos comprovar através de vasta literatura científica e das inúmeras comunicações e recomendações da OMS. Para se poderem obter benefícios, a AF deve ser praticada em sessões de, pelo menos, dez minutos, recomendando-se que, para adultos, se pratique, no mínimo, 150 minutos semanais de atividade de intensidade moderada. (OMS, 2020). No caso específico de adultos idosos, a OMS (2020) recomenda que esta prática de AF seja em várias componentes, colocando-se a tónica do balanço funcional e no treino de força de intensidade média ou moderada em 3 ou mais dias por semana, de forma a melhorar a capacidade funcional e se prevenirem quedas.

Posto isto, há, então, vários benefícios mencionados como resultado da prática regular de AF, que, desde já, importa esclarecer que superam os eventuais riscos de danos, decorrentes de uma lesão, sendo sempre preferível a prática de alguma AF, perante o sedentarismo. Assim, uma revisão da literatura de 2019 (Pillat et al.) reporta os efeitos benéficos para os idosos fragilizados, denotando melhorias em aspetos funcionais, como o “aumento de força de prensão palmar, força de membros inferiores, mobilidade, performance física, massa muscular, equilíbrio, velocidade da marcha e aumento do comprimento do passo” (p. 215). Por outro lado, aponta melhorias relacionadas à

qualidade de vida, como a “redução da incidência de quedas, do autorrelato do medo de cair e do estado geral de saúde” (p. 215), bem como melhorias a nível cognitivo, nomeadamente o “aumento da velocidade de processamento, melhorias na memória de trabalho e nas funções executivas” (p. 215). O mesmo artigo cita, ainda, recomendações que sugerem que a AF seja mais benéfica para idosos, em comparação com outros tipos de intervenções, “sendo que os treinamentos de resistência e de equilíbrio devem preceder o treinamento aeróbico” (p. 215).

Para além disso, os dados mostram que a prática não regular ou inexistente de AF se constitui como o quarto fator de risco de mortalidade global, provocando 6% de todas as mortes e sendo apenas superada por fatores como pressão alta (13%), tabagismo (9%) e excesso de glicose no sangue (6%) (OMS, 2020). Por conseguinte, mais de três milhões de pessoas morrem, anualmente, por não praticarem AF com regularidade, algo que tem vindo a aumentar nos últimos tempos e que, conseqüentemente, contribui para o impacto das doenças crónicas não transmissíveis, que afetam a saúde geral. Segundo a OMS (2020), pessoas pouco ativas têm entre 20% a 30% mais risco de morte, quando comparadas com aquelas que praticam, pelo menos, 30 minutos de AF moderada na maioria dos dias da semana e, pelo menos, um quarto dos casos de cancro da mama e do cólon, de diabetes e de doenças cardíacas isquémicas são causadas pela falta de AF.

Uma revisão da literatura centrada em intervenções promotoras de AF em idosos (Grande et al., 2020) estabelece que a AF contribui para a prevenção primária e secundária de doenças crónicas e para o aumento dos anos de vida ativa, reduzindo o risco de mortalidade precoce e de quedas, ao mesmo tempo que ajuda a melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos.

Assim, “sabendo que a AF é a principal promotora do bem-estar físico, psíquico e social, faz todo o sentido que esta esteja integrada num programa de saúde para idosos, uma vez que nenhuma outra medida preventiva consegue atingir benefícios tão globais e importantes no conceito da qualidade de vida” (Almeida, 2011, p. 22, como citado em Costa et al.,1999), pelo que se defende a sua estruturação em PAFs passíveis de serem implementados nas várias instituições e respostas sociais dirigidas a idosos, nomeadamente o SAD.

2.2. Hábitos de AF no Idoso em Portugal

Os hábitos de AF no idoso em Portugal são, na sua maioria, sedentários, com estudos a colocarem a percentagem de idosos sedentários sempre acima dos 60% (Comissão Europeia, 2014; Fundação Portuguesa de Cardiologia, 2017; Raimundo et al., 2019).

Esta incipiente prática de AF na população idosa, e que se observa também na população em geral, é comprovada, igualmente, no relatório do 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015), promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), que mostra que pouco mudou nesta área, no espaço de uma década, ao reportar que 20% das pessoas entre os 65 e 74 anos pratica AF de forma regular, com 80% a praticar de forma irregular ou a não praticar de todo.

Um relatório de 2017 (Lopes et al.), que foi realizado com informação recolhida no âmbito do Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF 2015-2016) e desenvolvido por um consórcio que tem como promotor a Universidade do Porto, relata que apenas 22% dos idosos portugueses são fisicamente ativos, sendo esta percentagem ligeiramente maior nos idosos do género masculino (24%), comparativamente com os do género feminino (20%). O mesmo inquérito apontou também que as regiões mais sedentárias são as regiões do Alentejo, a região da Área Metropolitana de Lisboa e a região do Algarve, com 51%, 47,5% e 46,6%, respetivamente.

Dados mais recentes do INE (2021a) mostram que a situação não tem evoluído positivamente, comunicando que somente 14,6% da população a partir dos 65 anos praticou AF, de forma regular, em 2019, sendo que 74,3% da população entre os 65-74 anos não praticou AF dia nenhum, com 9,3% a terem praticado apenas 1-2 dias por semana. À medida que a população envelhece, a prática de AF decresce, ao se observar que 84,8% da população dos 75-84 anos não faz AF de todo, com 6,2% a exercitarem-se 1-2 dias por semana. 91% da população com mais de 85 anos não pratica qualquer tipo de AF (INE, 2021a).

Assim, podemos concluir que a maioria da população sénior não tem hábitos de prática regular de AF, o que impacta a saúde desta camada da população, urgindo, então, uma intervenção no sentido de promover mais hábitos de qualquer tipo de AF.

2.3. Estratégias de promoção de AF no Idoso

Numa população envelhecida, com poucos hábitos de AF, é um desafio promover a prática regular dessa AF, porém, numa ótica de envelhecimento ativo, é fulcral ter sempre em mente o empoderamento deste grupo etário e, assim, perspetivar a questão sempre como um desafio e não como uma impossibilidade. Para esse efeito, existe uma série de estratégias que ajudam a promover a AF junto desta população e que devem ser tidas em conta, sempre que se encetar um projeto desta natureza.

Em primeiro lugar, revela-se muito importante que esta promoção de AF esteja o mais próxima possível dos objetivos do indivíduo participante, sendo um grande facilitador o facto de os objetivos serem definidos em conjunto com ele, de forma clara e precisa, para que haja determinação e o participante se comprometa com algo que realmente quer fazer e atingir (Mjøsumund et al., 2022). Efetivamente, a motivação para a prática de AF é chave e é preciso que se procure maneiras de os motivar a fazer esforços, a nível físico, pelo que se deve aliar este desenho de objetivos às suas motivações próprias (Mjøsumund et al., 2022). O mesmo estudo mostra que o apoio dos familiares pode ser um grande promotor da prática de AF, uma vez que contribui para a sua motivação e empoderamento, “enabling the participants to be physically active” (p. 6). Inclusivamente, a participação da família na prática de AF, junto do idoso, é uma forma de o envolver e motivar (Tully, et al., 2013). Por outro lado, as reservas dos familiares em relação aos benefícios e segurança da prática de AF podem contribuir para constranger a sua participação, da mesma forma que o facto de muitas vezes fazerem determinadas tarefas no lugar dos idosos contribui para o seu sedentarismo e perda de autonomia (Mjøsumund et al., 2022).

Neste campo, uma estratégia simples de promoção de AF passa por aproveitar a própria habitação, com o seus recursos, e o que muitas vezes é visto como uma barreira ser entendido como um meio para treinar competências físicas e a autonomia. A título de exemplo, as escadas são muitas vezes vistas como um impedimento e mesmo um problema para idosos, procurando-se casas ou apartamentos em que o idoso tenha que lidar o mínimo possível com degraus. No entanto, Mjøsumund et al. (2022) lembram o potencial por trás do desafio e o risco maior de sedentarismo por parte de quem passa a praticar menos AF, por deixar de subir escadas ou andar grandes distâncias ou de fazer outra atividade em casa ou no quintal. Esta estratégia centra-se, então, na prática de AF

através de atividades diárias, em casa ou na rua, que façam o indivíduo mexer-se e gastar energia, visando a autonomia e o desenvolvimento de várias competências, no cumprimento de atividades que já conhece.

Uma outra estratégia passa pelo cumprimento de um programa de AF com exercícios mais ou menos standardizados. A maioria dos profissionais de saúde, participantes do estudo norueguês efetuado por Mjøsund et al. (2022), demonstra preferir programas de AF com exercícios mais standardizados, uma vez que há muita informação científica a corroborar o seu sucesso a nível de melhorias na capacidade funcional e também porque, por norma, são exercícios simples e fáceis de perceber, para depois serem postos em prática pelos idosos.

Ainda assim, a literatura mostra que há mais probabilidades de a prática de AF se manter através da execução de atividades diárias, como caminhadas, subir e descer escadas ou tarefas domésticas.

Face ao exposto e tendo em conta a necessidade de uma intervenção no sentido de promover a prática de AF na população sénior, há três grandes abordagens que podem ser feitas: uma intervenção de âmbito nacional, normalmente muito associada a políticas públicas de saúde e envelhecimento ativo promovidas pelo Estado; uma intervenção mais local, baseada numa comunidade, em que se implementa um programa ou projeto de promoção de AF ou, por último, uma intervenção individualizada, numa espécie de “coaching” pessoal de estilo de vida (BHF, 2017).

Independentemente do tipo de intervenção que se adote, é importante reforçar sempre que a AF pode ser feita de forma segura, pois como já vimos, esta é uma questão que pode impedir algumas pessoas de praticarem mais AF. Para além disso, uma estratégia importante será lembrar que a prática de AF traz inúmeros benefícios, como já foi mencionado, mas que é igualmente, um mecanismo para promover saúde mental e inclusão social, diminuindo sintomas de depressão e de ansiedade (Tully et al., 2013).

Noutra esteira, no caso dos programas de AF, é útil que se utilize um guião com os exercícios prescritos, de preferência com imagens, para que seja fácil e claro aos participantes saberem que exercícios fazer, como fazer e quantas vezes, facilitando a sua autonomia no cumprimento do programa. Além do mais, o programa deve mostrar ser flexível e adaptável, para que se adeque às necessidades e capacidades dos participantes.

Destaca-se, ainda, outra estratégia de promoção de AF em idosos, que é a existência de um “fitness buddy”, como referido em Tully et al. (2013), uma vez que ter um parceiro de caminhadas ou de qualquer outro tipo de exercício ajuda a que o idoso mantenha a sua responsabilidade e compromisso para com o cumprimento do programa de AF. Neste campo, um artigo de meta-análise sobre o tema concluiu que os PAF que envolvem “fitness buddies” podem, efetivamente, promover a sua adesão e ajudar ao cumprimento dos exercícios do programa (Burton et al., 2017). Para além disso, um artigo de meta-análise recente de Vetrovsky et al. (2022) reforçou a noção de que as intervenções de AF que combinam automonitorização com outras componentes, como o acompanhamento pessoal feito por um agente externo, são mais bem-sucedidas, acabando por contribuir para um aumento da prática de AF, modesto, mas consistente, em comparação com a prática de AF sem ajudas externas.

Por último, o estudo de Tully et al. (2013) refere, ainda, outra estratégia de promoção de AF em idosos, particularmente relevante de ser tida em conta em meios rurais, que é a prática de AF ao ar livre, por ajudar a reforçar o compromisso com um PAF e a aumentar os níveis de motivação, que depois contribuem para a manutenção de um estilo de vida saudável a mais longo prazo. Uma revisão de meta-análise de abril de 2023 (Nguyen et al.) concluiu que a evidência científica indicia que o contato com a natureza pode providenciar benefícios ao nível da tensão arterial, sintomas de depressão e ansiedade e um potenciador da prática de AF, pela contribuição do aumento de número de passos dados através de caminhadas.

2.4. Especificidades da AF no Idoso

Como já foi referido, a prática de AF no idoso, que é o cerne desta dissertação, traz inúmeros benefícios, sendo vital desmistificar os vários preconceitos e receios que, muitas vezes, lhe são atribuídos, através de várias estratégias de promoção. Não obstante, é igualmente relevante ter em conta que há especificidades, tendo em conta as capacidades e necessidades dos utentes e a sua autonomia. Para esse efeito, há vários instrumentos que se podem utilizar e que contribuem para a aferição da sua aptidão física funcional, como a bateria de testes de Fullerton ou o índice de Barthel, para avaliação da autonomia, que são instrumentos largamente validados pela comunidade científica.

De forma geral, de acordo com o Instituto Português do Desporto e da Juventude (2021), não é necessário que os idosos pratiquem AF de forma intensa, sendo recomendada a prática de AF moderada, de preferência diariamente, de forma a se obterem ganhos significativos em termos de saúde, que podem ser alcançados através de sessões longas de AF de intensidade moderada, como por exemplo uma simples caminhada, ou através de sessões curtas de AF de intensidade mais intensa, com caminhada a passo rápido, prática de ginástica, natação ou outras.

A recomendação atual da OMS (2020) para idosos com mais de 65 anos é de, pelo menos, 150 a 300 minutos semanais de AF aeróbica de intensidade moderada ou, em alternativa, pelo menos 75 a 150 minutos semanais de AF de intensidade vigorosa ou, ainda, uma combinação equivalente de AF moderada e de AF vigorosa.

Para benefícios adicionais de saúde, a OMS (2020) sugere que se vá além dos 300 minutos de AF aeróbica de intensidade moderada ou dos 150 minutos de AF de intensidade vigorosa ou, mais uma vez, que se faça uma combinação equivalente das duas, ao longo da semana, recomendando que em, pelo menos, dois dias da semana se pratiquem atividades de fortalecimento muscular de moderada intensidade ou maior, que envolvam os principais grupos musculares e que, no mínimo, em pelo menos, três dias da semana se executem atividades físicas multicomponentes que enfatizem o equilíbrio funcional e o treinamento de força com moderada intensidade ou maior, para melhorar a capacidade funcional e reduzir o risco de quedas.

No caso de idosos que tenham interrompido há algum tempo a sua prática de AF regular e/ou que se encontrem em início de prática de AF, deve-se “procurar começar com intensidades mais baixas, progredindo na intensidade, frequência, volume e tipo de atividade” (IPDJ, 2021, p. 19), para que se vão aproximando, tanto quanto possível, das recomendações supra mencionadas. É importante reter o adágio da OMS (2020) que lembra que “fazer alguma atividade física é melhor do que nenhuma” (p. 1).

No que diz respeito aos idosos com mobilidade reduzida, recomenda-se a realização de AF específica para melhorar o equilíbrio e evitar quedas, em pelo menos três dias por semana, e de atividades de fortalecimento muscular, em pelo menos dois dias, semanalmente (IPDJ, 2021).

Na circunstância de não ser possível ao idoso cumprir a quantidade recomendada de AF, deve procurar ser tão fisicamente ativo quanto as suas capacidades e condições o

permitam, por exemplo na execução de tarefas diárias em casa ou no quintal ou por meio de uma caminhada que, segundo Mota et al. (2006) é ideal para iniciar a AF, por poder ser feita pela maioria dos idosos, constituindo-se como uma prática segura e, por isso, recomendada, inclusivamente, para doentes obesos, hipertensos e com diabetes.

Neste ponto, a DGS (2023) reforça que caminhar é um dos melhores exercícios do ponto de vista fisiológico, ao trabalhar a função cardiovascular, melhorar o condicionamento físico e fortalecer os músculos dos MI e glúteos, estando adequado a todas as idades. Com efeito, caminhar permite que o idoso mobilize pernas, coxas, os músculos das costas e abdominais a um ritmo e passada adequados. Para além disso, desenvolve a tonicidade dos músculos, melhorando a circulação e o equilíbrio, contribuindo para ajudar a reduzir espasmos e contrações dos músculos das costas e das pernas. Caminhar é, igualmente, uma AF com várias vantagens psicológicas, onde se inclui a melhoria da atitude mental e da autoconfiança, bem como o alívio do *stress*, de estados de tensão e ansiedade e sentimentos de isolamento e solidão.

Uma das grandes vantagens apontadas por Nunes e Santos (2009) é que caminhar se constitui como uma das AF mais naturais do ser humano, por ser de simples execução, facilmente controlável, sem necessidade de equipamentos especiais e também por poder ser praticada por qualquer pessoa. Estes dois autores frisam, ainda, que a caminhada é considerada uma das práticas mais seguras do ponto de vista cardiovascular e ortopédico, apresentando dos maiores índices de adesão em exercícios para prevenção de doenças e promoção da saúde. Por outro lado, Mazo (2008) aponta que a caminhada é autorregulável em termos de intensidade, duração e frequência, sendo uma AF de baixo impacto e, por isso, uma excelente opção para estimular a prática de AF dos idosos.

A par da caminhada, Mota et al. (2006) referem que há outras atividades também interessantes para a promoção da AF no idoso, como a dança, que para além de fomentar a socialização, é um fator de expressão corporal, permitindo igualmente trabalhar diferentes capacidades físicas, como por exemplo a resistência cardiovascular, ainda que de forma dissimulada. Outra atividade referida é a ginástica de manutenção, pois ajuda a melhorar a força, resistência e amplitude de movimentos.

Tendo em conta que a população sénior é muito heterogénea, é importante reter que nem todo o tipo de AF é aconselhável, sendo, na maioria dos casos, recomendada a adoção de um programa de AF estruturado e adaptado a cada idoso, que o ajude a manter

alguma regularidade na prática dessa AF, para que possa, então, colher os frutos de um estilo de vida saudável. Não havendo limite de idade para a prática de AF, o idoso deve sim adaptar a sua prática às suas possibilidades e necessidades.

2.4.1. Prevenção e controlo de doenças crónicas

Como já foi abordado anteriormente, a AF tem sido identificada como benéfica em vários aspetos, tanto de saúde física, como de saúde mental, contribuindo para a diminuição da mortalidade por todas as causas, em especial da mortalidade por doenças cardiovasculares. Para além disso, a literatura tem reportado o impacto da AF na redução da incidência de doenças como a hipertensão, vários tipos de cancro e diabetes tipo 2, mas também na melhoria da saúde mental, reduzindo os sintomas de ansiedade e depressão, e na melhoria da saúde cognitiva e do sono. Por outro lado, observa-se que a AF ajuda a prevenir quedas e lesões relacionadas, bem como o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional, havendo, normalmente, também melhorias na adiposidade corporal (OMS, 2020).

Não obstante, é inevitável que o processo de envelhecimento se opere, dado que este é um “processo fisiológico irreversível” que se inicia com o “declínio dos sistemas fisiológicos no corpo”, provocando “mudanças graduais e inevitáveis associadas à idade” (Leite et al., 2023, p. 174). Com efeito, citando Leite et al. (2023), “o envelhecimento biológico é um fenómeno multifatorial que está associado a profundas mudanças na atividade das células, tecidos e órgãos, como também com a redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos” (p. 176), sendo que a maioria das “perdas funcionais se acentua com a idade devido à insuficiência de atividade do sistema neuromuscular, e à diminuição do condicionamento físico, determinando complicações e condições debilitantes” (p. 176). Não sendo possível haver uma reversão do processo, por se tratar de um “fenómeno progressivo” (p. 175), que desencadeia o “desgaste orgânico” (p. 175), é, no entanto, possível e desejável que se atenuem a velocidade a que progride, prevenindo e controlando certas alterações na saúde, capacidade funcional e autonomia do idoso (Leite et al., 2023).

Assim sendo, a prática de AF, regularmente, apresenta-se como um fator fulcral para o estímulo de funções essenciais no organismo (Mota et al, 2006), garantindo a

manutenção das capacidades físicas, eventual recuperação de determinadas funções e, ainda, prevenindo as demais doenças já mencionadas neste capítulo (Rauchback, 2001).

Neste ponto, iremo-nos focar no impacto da AF no controlo e prevenção de duas doenças crónicas, que são patologias com elevada incidência na população idosa, a diabetes e a hipertensão arterial, e que se constituem, igualmente, como fatores de risco cardiovasculares e de desenvolvimento de fragilidade, havendo vasta evidência científica acerca dos benefícios da prática de AF relativamente ao controlo e prevenção de ambas.

Com efeito, estas duas patologias são, a par da inatividade física, dos fatores que contribuem em maior escala para a morbimortalidade mundial (Antunes, 2016). No caso da diabetes, foi demonstrado que a prática regular de AF pode contribuir para a diminuição da ansiedade e aumento do entusiasmo, facilitando a gestão do *stress* (Zanuso, et al., 2009). Para além disso, a AF tem provado melhorar o controlo glicémico, ao aumentar a sensibilidade à ação da insulina, observando-se efeitos benéficos no peso e no aumento da massa muscular, fatores que podem, potencialmente, “atenuar as fragilidades da população idosa” (Antunes, 2016, p. 24).

Desta forma, a prática de AF com predominância aeróbica é a que tem apresentado maiores benefícios para o doente diabético, de acordo com a literatura, recomendando-se que este tipo de treino seja combinado com treino de força, “para desenvolvimento muscular e evitar a debilidade, a perda de força e do tónus muscular” (Antunes, 2016, p. 24).

No que diz respeito à hipertensão arterial, este é um fator de risco cardiovascular prevenível, apesar de ter uma elevada prevalência na população idosa, sendo responsável por inúmeras comorbilidades, das quais se destacam o AVC, a insuficiência cardíaca, a doença arterial coronária, a doença renal terminal e, ainda, a hipertrofia ventricular esquerda (Miranda et al., 2002).

Embora esteja evidenciado que o treino aeróbio também contribui para a redução da pressão arterial em idosos hipertensos, os estudos têm mostrado que o “treino de resistência demonstra levar a uma resposta hipotensora que, apesar de ser aguda, pode ser continuada ao longo de várias sessões de treino” (Antunes, 2016, p. 26).

2.4.2. Gestão de síndromes geriátricas

Quando referimos síndromes, estas consistem em conjuntos de “sinais e sintomas causados pela conjugação de múltiplos fatores que atuam de forma sinérgica, aumentando o risco de disfunção, incapacidade e perda de autonomia”, com grande prevalência na população idosa (Antunes, 2016, p. 27). Assim, as síndromes geriátricas partilham algumas características entre si, tal como a elevada frequência com que ocorrem, a grande morbidade a que se associam e, ainda, o facto de serem preveníveis (Antunes, 2016).

As síndromes geriátricas com maior evidência sobre o papel da AF na sua gestão foram as quedas e instabilidade, as alterações cognitivas, bem como a fragilidade e sarcopénia.

Não se tratando de um fenómeno exclusivo da terceira idade, as quedas ocorrem com uma frequência considerável na população idosa, estimando-se que 28-35% dos idosos não institucionalizados sofra uma queda por ano, com a frequência a aumentar com a idade, passando para 32-42% em idosos com mais de 70 anos (OMS, 2008).

A título de exemplo, em Portugal, em 2006, registaram-se 9523 fraturas da extremidade proximal do fémur, “com uma consequente mortalidade compreendida entre 20% a 30% no ano seguinte à fratura e, ainda, uma incapacidade grave em cerca de 40% dos sobreviventes, dos quais só 15% recuperaram a capacidade funcional prévia” (Antunes, 2016).

Uma vez que os fatores de risco mais relevantes para as quedas são alterações do equilíbrio ou da marcha (instabilidade), fragilidade muscular e a incapacidade de realizar AVDs, (Antunes, 2016), a prática de AF poderá ter impactos positivos na redução deste risco, na medida em que, como já foi referido anteriormente, trabalha aptidões como o equilíbrio, desenvolve a marcha, reforça a massa muscular e desenvolve maior autonomia. De facto, há evidência de que os programas de AF são úteis na prevenção de quedas, existindo uma relação entre a conjugação de um treino de capacidade aeróbia, equilíbrio e força muscular com uma diminuição efetiva do número de quedas em idosos (Araújo, 2011). De forma particular, no que diz respeito ao principal fator de risco para as quedas, o da instabilidade, a comunidade científica tem demonstrado que o treino combinado pode trazer ainda mais vantagens, se acontecer mais de duas vezes por semana, especialmente se se tornar, progressivamente, mais intensa (Elsawy et al., 2010).

Outra síndrome geriátrica que se tem provado possível de gerir com a prática de AF é a sarcopénia, sempre muito associada à fragilidade e, conseqüentemente, a uma grande morbidade, para além de outras conseqüências, a nível económico e social. A sarcopénia pode ser definida como a perda de massa muscular e diminuição da qualidade do músculo com processo de envelhecimento (Yu, 2015).

Com efeito, a literatura tem mostrado que o “envelhecimento músculo-esquelético responde favoravelmente a um programa progressivo de treino aeróbio, que é o principal fator limitante da AF do idoso” (Antunes, 2016, p. 31). Para além disso, a prática de AF com treino de força tem impactos na melhoria da força, da potência e da massa muscular em idosos frágeis, recomendando-se um treino de força com a frequência semanal de duas a três sessões, com destaque para o número de repetições efetuadas para cada exercício, bem como a carga utilizada, num treino de intensidade máxima, com um número de repetições inicial entre as 10 e as 15 (Nelson et al. 2007).

Por último, abordamos a deterioração cognitiva como uma síndrome geriátrica com bastante relevância na população idosa, tendo em conta a sua grande prevalência, a dependência que causa e os custos que, igualmente, abarca (Antunes, 2016). Não obstante, o envelhecimento cognitivo é um processo que é heterogéneo e condicionado por diversos fatores, nomeadamente pela escolaridade da pessoa, os hábitos e estilo de vida, atividades intelectuais, a sociabilidade, a existência de depressão, ansiedade ou alterações do sono, perdas sensoriais, medicação, deficiência de vitamina B12, doenças cardiovasculares e afeções neurológicas (Budson & Price, 2005).

Assim, a deterioração cognitiva define-se como uma perda ou redução, temporária ou permanente, de várias funções mentais superiores, com causas muito diversificadas e complexas. No que diz respeito ao papel da AF na gestão desta síndrome geriátrica, a literatura tem verificado uma relação positiva entre a distância percorrida e o gasto energético semanal envolvido na prática de caminhadas e o declínio da cognição (Yaffe et al., 2001). Por outro lado, tem-se, igualmente, registado evidência de que a AF diminui a ocorrência de demência, uma vez que a prática de exercícios aeróbios regulares foi associada à diminuição da incidência de Doença de Alzheimer (Heyn et al., 2004). Uma revisão sistemática de 2012 (Chang et al.) demonstrou os “benefícios do exercício de resistência aeróbia no desempenho de certas funções cognitivas específicas, sendo o treino de resistência aeróbia um método facilitador dessas funções cognitivas em idosos com a cognição intacta” (Antunes, 2016, p. 33).

III – SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO EM PORTUGAL: GÉNESE, DESENVOLVIMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO

3.1. Génese em Portugal

A preocupação com cuidados ao domicílio surgiu, em Portugal, nos finais da década de 70 do século XX, no contexto do pós-25 de abril e de uma maior aposta no Estado-Providência em resposta ao aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, ao maior número de pessoas com mais de 65 anos. Ainda assim, só a partir da década de 80 é que começaram a ganhar mais expressão, sobretudo nos anos 90, pois foi neste período que o apoio domiciliário se inscreveu nas políticas sociais de apoio aos idosos, ganhando um enquadramento jurídico que até então não tinha (Moreira, 2022).

Assim, o decreto-lei nº 30/89 de 24 de janeiro foi promulgado, concebendo serviços de apoio domiciliário como serviços prestados no âmbito dos centros de dia: “estabelecimentos destinados à prestação de serviços aos idosos residentes numa comunidade, com vista à sua permanência no seu meio familiar e social” (Despacho normativo nº 30/89, 1989, p. 312), por “equipas que prestam ajuda doméstica no domicílio dos utentes quando estes, por razões de doença, deficiência ou outras, não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, as atividades da vida diária” (Despacho normativo nº 30/89, 1989, p. 313). Entre o leque de serviços incluem-se vários cuidados individualizados no domicílio, como o fornecimento de refeições, higiene pessoal e habitacional, tratamento de roupas, acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contactos com o exterior.

Entretanto, passados oito anos, a legislação foi alterada e o decreto-lei nº 133-A/97 de 30 de maio veio substituir o seu antecessor, ao estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social. A 12 de novembro de 1999, ficaram definidas as regras reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário através do despacho normativo nº 62/99 (1999), no qual ficaram definidos os objetivos do SAD como sendo:

“contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; prevenir situações de dependência e promover autonomia; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e familiares, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar; apoiar os utentes e familiares na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária; colaborar ou assegurar a prestação de cuidados de saúde” (p. 7960).

Ainda de acordo com o mesmo despacho, o SAD deve providenciar um conjunto diversificado de serviços, tais como:

“cuidados de higiene e conforto; colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde; manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar; confeção de alimentos no domicílio e/ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do apoio; acompanhamento das refeições; tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do apoio; disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades” (Despacho normativo nº 62/99, 1999, p. 7961).

Em 2013, a portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, veio estabelecer as condições de instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, revogando o Despacho normativo n.º 62/99, de 12 de novembro, que não estava adaptado ao contexto da atualidade. Desta forma, a legislação atual alarga os objetivos do SAD, definindo-os assim:

“concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou

evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.” (Portaria n.º 38/2013, 2013, p. 605)

Em termos dos serviços e cuidados que o SAD deve proporcionar aos utentes, a legislação atual estipula a necessidade de se cumprir, pelo menos, quatro dos seguintes:

“a) cuidados de higiene e conforto pessoal; b) higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; c) fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; d) tratamento da roupa do uso pessoal do utente; e) atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade; f) serviço de teleassistência.” (Portaria n.º 38/2013, 2013, p. 606).

O SAD pode, ainda, assegurar outros serviços, designadamente:

“a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes; b) Apoio psicossocial; c) Confeção de alimentos no domicílio; d) Transporte; e) Cuidados de imagem; f) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio; g) Realização de atividades ocupacionais.” (Portaria n.º 38/2013, p. 606).

3.2. Natureza do desenvolvimento do SAD

Uma das condições gerais de funcionamento do SAD prende-se com o seu horário de funcionamento, estando assegurado por lei que “o SAD deve, tendencialmente,

funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, incluindo sábados, domingos e feriados” (Despacho normativo nº 66/99, 1999, p. 7961).

Por outro lado, a existência de um plano individual de cuidados (PIC) a ser elaborado por recursos humanos qualificados, com o utente e a sua família, mediante supervisão técnica, é outra das exigências contempladas nas condições gerais de funcionamento, devendo ser seguido e avaliado periodicamente (Gil, 2009; Moreira, 2022).

De igual modo, o serviço deve também construir uma ficha atualizada do utente, bem como um processo onde se explicita o PIC ou serviços a prestar; o registo de cada serviço prestado e respetiva data e, ainda, o registo das avaliações periódicas (Gil, 2009; Moreira, 2022).

Por se tratar de uma prestação de serviços, implica a celebração de um contrato, por escrito, com os utentes ou seus familiares, onde constem os direitos e obrigações de ambas as partes, o período de vigência do contrato e também as condições em que pode haver lugar à sua cessação, bem como os serviços a prestar, a sua periodicidade, horário e o custo associado (Gil, 2009; Moreira, 2022).

Quanto ao regulamento interno do SAD, deve conter as regras de funcionamento da instituição, a discriminação dos serviços a prestar, os direitos e deveres dos utentes e do pessoal, as funções do pessoal e, em anexo, o preçário dos serviços disponíveis (Gil, 2009; Moreira, 2022).

As normas reguladoras contemplam, igualmente, os requisitos necessários ao exercício da direção técnica, pessoal técnico e dos ajudantes familiares. Para além do aspeto humano, as condições de implantação, como os acessos, o edificado e as áreas funcionais respeitantes à área de acesso, direção e dos serviços técnicos, área de serviços e área de instalações para o pessoal, são algumas das normas estipuladas para a instalação e funcionamento do apoio domiciliário. Estas normas eram somente exigidas às instituições privadas, tendo sido excluídas do âmbito da aplicação do Despacho normativo nº62/99 as IPSS abrangidas por acordos de cooperação, por se entender que através dos acordos se poderia atingir objetivo idêntico ao do licenciamento, no que respeita à exigência de condições adequadas de funcionamento. No entanto, o Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março veio definir o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, no qual se inserem o

SAD. O elemento novo introduzido por este diploma diz respeito ao âmbito da sua aplicação, contemplando também as IPSS ou instituições legalmente equiparadas. Além destas, ações das sociedades ou empresários em nome individual e as entidades privadas que desenvolvam atividades de apoio social têm de se reger também por este regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços (Gil, 2009).

3.3. Modelos de gestão e perfis dos profissionais envolvidos

O acompanhamento dos casos de SAD em Portugal é feito com base no modelo multidisciplinar, que pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar, a qual constitui a base de toda a organização do trabalho, tendo como objetivo principal a criação de uma resposta adequada a cada idoso. Por conseguinte, o êxito do funcionamento do SAD depende, em parte, da comunicação e coordenação da equipa, no sentido de prestar um serviço que corresponda à satisfação das necessidades do idoso e das famílias, que são, regra geral, multidimensionais (Marinho, 2013).

A equipa é, normalmente, composta por um Coordenador ou Diretor Técnico; técnicos de serviço social e/ou educadores sociais; auxiliares de ação direta, que se deslocam aos domicílios e desempenham tarefas, de acordo com o estabelecido no PIC definido para cada utente; e, em alguns casos, por um enfermeiro e um médico (Marinho, 2013; Moreira, 2022).

No caso dos profissionais de Serviço Social e Educação Social, estes devem desempenhar três funções essenciais num SAD, a saber: uma função de supervisão do trabalho desenvolvido, cujo acompanhamento implica não só a avaliação do que foi feito, mas também a orientação e formação acerca do que é necessário fazer e como fazer; uma função de valorização do desempenho profissional dos cuidadores formais e informais e, ainda, a função de desempenhar um papel de suporte emocional, de forma a atenuar o desgaste físico e emocional que a prestação de cuidados no domicílio implica. (Moreira, 2022; Rosa, 2012)

Quanto à equipa de auxiliares de ação direta, estas desempenham um papel complementar à família na promoção da autonomia do idoso, sendo quem estão com maior frequência em casa dos utentes, estabelecendo uma relação com eles que ultrapassa

a dimensão profissional, ao se tornar também afetiva, por estarem mais próximas do utente devido ao tipo de funções que desempenham: cuidados de higiene e conforto, acompanhamento das refeições, tratamento de roupas, apoio na toma da medicação, prestação de pequenos recados no exterior, entre outros, de acordo com as necessidades dos utentes (Marinho, 2013; Moreira, 2022).

Atualmente, não existem estudos recentes sobre a constituição das equipas de trabalho do SAD em Portugal. Não obstante, tendo em conta os resultados obtidos no estudo realizado por Cunha (2007), não existia, na maior parte das instituições, equipas multidisciplinares com intervenção no SAD, observando-se lacunas ao nível da animação social, da nutrição e do acompanhamento psicológico.

Independentemente da constituição da equipa, os profissionais que desempenham funções no SAD, devem possuir, por lei, determinados requisitos, nomeadamente:

“formação necessária e adequada à realização das funções que desempenham; conhecimentos que lhes permitam uma intervenção adequada, particularmente em situações específicas como o envelhecimento e a dependência; capacidade de comunicação e de relacionamento de forma a conseguirem mais facilmente ter uma perceção exata das necessidades dos utentes; capacidade de fornecer as informações necessárias à avaliação e adequação do plano de cuidados; ter um elevado sentido de responsabilidade e capacidade de autoavaliação” (Despacho Normativo n.º62/99, 1999, pp. 7962-7963).

Para além destes requisitos, os profissionais do SAD devem pautar a sua conduta segundo determinados parâmetros, de maneira a proporcionar uma intervenção articulada e eficaz: garantindo a confidencialidade de toda a informação sobre o utente; documentando toda a intervenção feita; mantendo atualizado o PIC de cada utente, procurando apoio e articulação com outras entidades, caso necessário; fomentando a coordenação da equipa e a intervenção de todos os membros, tendo em conta a especificidade de cada um; respeitando o utente e o envolvimento deste na definição de objetivos, planificação e execução do seu próprio PIC e apostando na formação contínua e permanente dos profissionais (Marinho, 2013).

IV - METODOLOGIA

Neste capítulo, procederemos a um enquadramento, a fim de justificar a metodologia adotada, tendo em conta a natureza e os objetivos deste estudo. Assim, o capítulo encontra-se dividido em subcapítulos que se centram em aspetos específicos, a saber: natureza do estudo; justificação; objetivos; grupo de participantes; instrumentos de recolha de dados; terminando com as questões éticas.

4.1. Natureza do estudo

Ao iniciar-se qualquer estudo científico, importa definir que metodologia adotar, de forma a orientar todas as etapas do estudo, nomeadamente a sua natureza, a sua adequação com os objetivos, o grupo de participantes e os instrumentos a ser utilizados, entre outros.

Assim sendo, tendo em conta a finalidade e os objetivos deste estudo, ele caracteriza-se por ser de investigação-ação, de natureza qualitativa e de índole exploratória, por se pretender “proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade” (Sousa & Baptista, 2011, p. 57).

O modelo metodológico da investigação-ação é uma abordagem na investigação social que coloca o investigador a tentar mudar o sistema ao mesmo tempo que produz conhecimento crítico sobre esse sistema (Small, 1995), o que nos pareceu ser o mais adequado, tendo em conta o contexto desta investigação, que será o serviço de apoio domiciliário a idosos, em três IPSS.

Com efeito, foi neste contexto que decorreu a produção da investigação com o objetivo de responder a preocupações práticas relativas a uma situação problemática próxima (Ferreira, 2014), que, neste caso, é a prática de AF em SAD, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico.

Neste sentido, Coutinho et al. (2009) advogam que perante um contexto em que se identifique uma necessidade de proceder a mudanças e de “alterar um determinado status quo”, ou seja, “intervir na reconstrução de uma realidade”, a investigação-ação

surge como “a metodologia mais apta a favorecer as mudanças nos profissionais e nas instituições” (p. 356).

Para além disso, este modelo de investigação adequa-se, ainda, por colocar a tónica nos problemas práticos e pela necessidade de colaboração dos atores do sistema afetado, o que faz com que determinados métodos e instrumentos sejam mais apropriados do que outros. Neste ponto, é pertinente ressaltar que um projeto de intervenção, segundo um modelo de investigação-ação, como o nosso, implicar operar mudanças no sistema, pois pretende-se regularizar a prática de AF em SAD e, como Fonseca (2012) declara, “mudar implica transformações de mentes e ações” (p. 22), ainda que o objetivo seja melhorar a vida das pessoas, pois

“pode estar a pôr em conflito as suas crenças, estilos de vida e comportamentos.

Para que essa mudança seja efetiva, é necessário compreender a forma como os indivíduos envolvidos vivenciam a sua situação e implicá-los nessa mesma mudança, pois são eles que vão viver com ela” (Sanches, 2005, p. 128).

Consequentemente, há que ter em conta que a investigação-ação é uma abordagem holística de resolução de problemas, o que permite que sejam utilizados vários instrumentos de investigação. Destacamos, em especial, os instrumentos associados a investigações de cariz qualitativo, uma vez que a especificidade deste tipo de trabalho tende a “privilegiar as metodologias tradicionalmente chamadas de não experimentais ou qualitativas” (Guerra, 2002, p.73), como as notas de campo, que são registos por parte de atores de processo e inqueritos, na lógica de uma metodologia participativa e colaborativa, tanto com os profissionais das IPSS, como com os utentes e seus familiares; a observação direta e indireta e ainda outras técnicas como a pesquisa e análise documental, sempre em articulação com a prática desenvolvida no projeto de intervenção. Efetivamente, Cohen e Manion (1990) consideram que as várias fases do processo de investigação-ação devem ser constantemente monitorizadas por uma variedade de mecanismos, desde questionários a diários, entrevistas, estudos de caso, entre outros, sendo “esta observação rigorosa de situações e factos que permite efetuar modificações, reajustamentos, redefinições e mudanças de direção” (Fonseca, 2012).

O processo de investigação-ação segue uma lógica de ciclos que distingue cinco fases a serem percorridas em diferentes momentos da investigação (fig. 1).

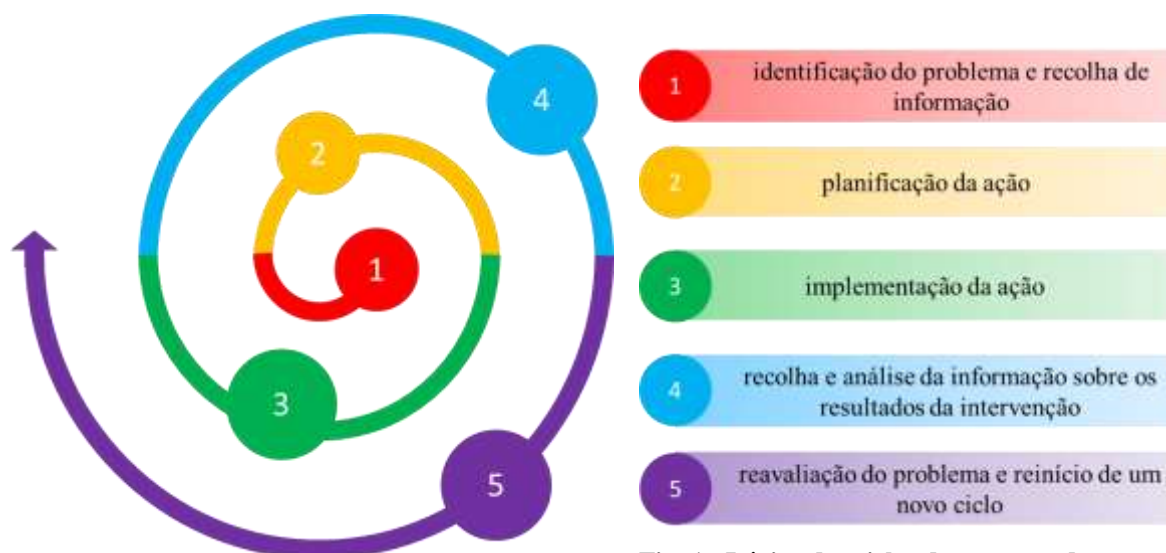


Fig. 1 - Lógica dos ciclos do processo de investigação-ação

A primeira corresponde à identificação do problema e recolha de informação para um diagnóstico detalhado, seguindo-se o momento da planificação da ação para tentar resolver o problema identificado. Na fase seguinte, põe-se a ação em prática, para depois se recolher e analisar informação acerca dos resultados da intervenção, que originará conclusões a tirar a respeito do seu sucesso ou fracasso. Por último, reavalia-se o problema e reinicia-se um novo ciclo, até se considerar que o problema seja resolvido (O'Brien, 2001).

4.2. Justificação do estudo

Neste ponto, passamos à justificação deste estudo, que nasce de uma preocupação com uma problemática que afeta, em primeiro lugar, todo o país, de forma geral e, também de forma particular, a população idosa e que é a incipiente prática de AF. De facto, todas as estatísticas disponíveis sobre o assunto mostram como os idosos não praticam AF de forma regular, o que traz consequências que mais à frente exploraremos.

Assim, de acordo com dados do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Barreto et al., 2015), podemos observar que 20% das pessoas entre os 65 e os 74 anos praticam AF de forma regular, o que deixa claro que a maioria não pratica AF regularmente. Dados ainda mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021a), corroboram este facto, informando que 14,6% da população a partir dos 65 anos

praticou AF de forma regular em 2019, com 74,3% da população entre os 65-74 anos a não praticar AF dia nenhum, sendo que 9,3% praticam apenas 1-2 dias por semana. A mesma fonte revela que 84,8% da população dos 75-84 anos não faz qualquer AF, com 6,2% a exercitarem-se 1-2 dias por semana e acresce que 91% da população com mais de 85 anos não pratica qualquer tipo de AF.

Daqui decorre que com o aumento da idade, se assiste a uma redução da prática de AF, à qual se associa a prevalência de doenças crónicas como a hipertensão arterial, a obesidade e a diabetes. Com efeito, os dados estatísticos do INSA (Barreto et al., 2015) mostram que 71,3% da população entre os 65 e os 74 anos sofre de hipertensão arterial; 41,3% da população dos 65-74 anos é obesa; 88,1% desta população acusa obesidade abdominal e 23,8% desta população é diabética.

Desta forma, justifica-se a necessidade de implementação da prática de AF nesta população, face à evidência científica, que demonstra que a sua prática regular contribui para diminuir a mortalidade por todas as causas e a incidência de hipertensão, bem como de alguns tipos de cancro e diabetes tipo II. Para além disso, tem mostrado melhorar a saúde mental, reduzindo os sintomas de ansiedade e depressão e melhorando, igualmente, a saúde cognitiva e o sono. A prática regular de AF tem provado ter também impactos ao nível da melhoria da adiposidade corporal, ajudando, ainda, a prevenir quedas e lesões relacionadas, bem como, o declínio da saúde óssea e da capacidade funcional (OMS, 2020).

Por conseguinte, no caso específico de Portugal, observa-se uma grande pertinência em relação ao alargamento e enriquecimento do SAD, com a integração da área da AF, uma vez que, de acordo com a Carta Social de 2021 (GEP, 2023), o SAD é a resposta dirigida a idosos com maior oferta de lugares (40% do total) e com maior frequência, representando 37% do total de respostas sociais para idosos em Portugal Continental.

Por outro lado, a literatura científica tem vindo a dar provas que os programas de AF no domicílio “têm demonstrado obter resultados superiores ao nível da prática de AF e da condição física como a força ou o equilíbrio, comparativamente a programas com exercício estruturado e constituem um modelo de intervenção viável e eficaz para reduzir a incapacidade entre idosos vulneráveis, apesar do declínio funcional, natural nesta população” (Santos, 2015, p. 15). Com isto, reduz-se o tempo em atividade sedentária,

“contribuindo para a manutenção da independência dos participantes nas suas AVDs [Atividades de vida diária]” (Santos, 2015, p. 11).

4.3. Objetivos do estudo

Tendo em conta a problemática identificada e que orienta todo este projeto de intervenção, o objetivo geral foi definido a fim de:

- caracterizar o nível de autonomia de idosos, em contexto de SAD, integrando a prática de AF nos seus estilos de vida.

Para ajudar a atingir este objetivo geral, foram traçados objetivos específicos, a saber:

- promover a prática de AF em idosos, através da frequência de um programa de AF;
- avaliar a autonomia de idosos na prática de AF, através da frequência de um programa de AF;
- avaliar a capacidade funcional dos utentes, visando a autonomia;
- comparar as perceções dos benefícios da prática de AF em diferentes situações.

4.4. Grupo de Participantes

O grupo de participantes do estudo foi constituído por 15 idosos, utentes do SAD, em três IPSS do concelho de Santarém, sendo que os critérios de inclusão para a sua escolha foram:

- ter mais de 65 anos;
- ter capacidade funcional necessária para a realização das atividades;
- ser utente do SAD de uma das três IPSS;
- ter disponibilidade de participação no projeto durante cerca de dois meses e meio (dez semanas).

Por sua vez, os critérios de exclusão eram:

- critérios clínicos impeditivos de AF;
- não assinar consentimento informado.

Aquando deste processo de seleção, foram consultados os planos de cuidados individuais e todos os documentos anexos, como histórico médico e registos de monitorização de saúde, todos devidamente validados por profissionais de saúde.

Depois de selecionados os 15 utentes, foi-lhes aplicado um questionário sociodemográfico, cujos resultados se apresentam de seguida.

No sentido de preservar o anonimato dos participantes, técnicas de SAD, familiares, das próprias IPSS e em prol da confidencialidade dos dados, foram atribuídos nomes fictícios a todos para facilitar a sua nomeação.

Assim, o grupo foi composto por 10 idosos do género feminino e cinco utentes do género masculino, o que de alguma forma se coaduna com um padrão de sobremortalidade masculina que se observa nestas faixas etárias.

Quanto à idade, este grupo estendeu-se dos grupos etários dos 75-79 aos 95-99, havendo no entanto, uma prevalência do grupo 85-89, que representa quase metade do grupo de participantes, com seis indivíduos, o que justifica, em parte, a média de idades que se situa nos 86,6 anos. Quatro tinham entre 90-94 e dois utentes encontravam-se na faixa dos 75-79 e 2 na classe 80-84. Por último, contava-se ainda um indivíduo no grupo dos 95-99. Este grupo de participantes caracteriza-se, assim, por ser constituído, regra geral, por pessoas muito idosas.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes eram viúvos (N=8), com o segundo maior grupo a ser representado pelos casados, que eram 6 indivíduos. Apenas um utente era divorciado.

Relativamente à situação familiar, verifica-se que a distribuição era consideravelmente equilibrada, com cinco dos participantes a viverem apenas com filhos, quatro a viverem sozinhos e outros quatro a viverem em casal. Existiam ainda dois, que viviam em casal, com filhos, no mesmo agregado familiar.

No tocante à escolaridade, observa-se que a maioria dos participantes concluiu o equivalente ao 1º ciclo do Ensino Básico (N=8). Cinco terminaram o 3º ano do 1º ciclo

do Ensino Básico e havia um participante com licenciatura e outro que afirmava não ter frequentado o ensino, não sabendo ler, nem escrever.

Atendendo agora à principal profissão desenvolvida na vida ativa, conclui-se que havia alguma variabilidade profissional neste grupo de participantes, podendo, ainda assim, destacar-se uma profissão como dominante, que era a de agricultor/a, correspondente a oito dos inquiridos.

Procedendo à análise da distribuição dos participantes deste grupo por local de residência, denotamos que existiam três freguesias diferentes, todas no concelho de Santarém. Não obstante, a maioria dos utentes era residente na freguesia X (N=7), seguido dos utentes residentes na Y (N=6), com os restantes dois utentes a serem oriundos da freguesia Z.

Por último, reportamos as doenças diagnosticadas e patologias aos participantes até ao momento do arranque do projeto, tendo-se observado que todos identificavam, pelo menos, um problema de saúde, sendo a moda três doenças por participante. Efetivamente, registam-se quatro idosos com uma doença, um idoso com duas, cinco idosos com três problemas de saúde, quatro idosos com doenças e um idoso com cinco patologias. Nota-se a prevalência da hipertensão, com 10 participantes a confirmarem diagnóstico de hipertensão, o que aponta para uma prevalência desta doença nesta população em estudo. Em segundo lugar, constata-se uma prevalência muito relevante de doenças cardiovasculares, com cinco idosos a relatarem problemas como arritmia ou aneurisma na aorta. É de destacar, igualmente, a prevalência da diabetes, da obesidade, da hipercolesterolemia nestes participantes, com quatro idosos a serem afetados por cada uma destas três condições. Três dos inquiridos reportaram, ainda, ter sofrido um AVC, com dois deles a terem ocorrido no último ano e o outro já há cerca de 20 anos. Entre as restantes doenças assinaladas, houve ainda menção a casos de depressão, ansiedade, bronquite e problemas gastrointestinais, por parte de dois utentes cada.

Para além dos utentes que puseram em prática o PAF, o nosso estudo considerou, igualmente, o contributo de alguns familiares destes utentes e das três técnicas, responsáveis pelo serviço de SAD em cada uma das IPSS, ao nível das perceções acerca do impacto do projeto na população-alvo, os 15 idosos.

Assim, auscultámos 11 familiares, na sua generalidade, filhas, filhos ou noras dos utentes, cujo perfil sociodemográfico se encontra desenhado no quadro 1:

Faixa etária Género	Feminino	Masculino
40-44	1	
45-49		
50-54		
55-59	1	1
60-64	5	2
65-69		
70-74	1	

Quadro 1 - Distribuição dos familiares dos utentes por faixa etária e género

Assim, notamos que este grupo de familiares dos utentes é um grupo bastante heterogéneo, tanto a nível de distribuição por género, como por faixa etária, pois oito identificam-se com o género feminino, sendo os restantes três do género masculino. Sete dos familiares têm idades entre os 60 e os 64 anos, mas há dois familiares na faixa dos 55 aos 59, um na dos 40 aos 44 e outro na faixa 70-74.

Esta heterogeneidade verifica-se, também, quanto à sua ocupação profissional, com três familiares reformados (nora da P7, filho da P12 e filha da P13), duas proprietárias de pequenas empresas (filhas do P9 e do P14), um operador de máquinas de terraplanagem (o filho dos P1 e P2), uma administrativa escolar (filha do P3), um técnico de reparação de eletrodomésticos (filho dos P4 e P5), uma professora de 3º ciclo e ensino secundário (filha do P8), uma auxiliar de saúde (filha da P11) e uma técnica superior da área social (filha do P15).

Por último, passamos à caracterização do grupo mais reduzido, as técnicas de SAD, as três do género feminino, cada uma oriunda de uma das três IPSS do estudo.

A T1, de 38 anos, era responsável pela IPSS Amarela, tendo sido contratada como animadora social, apesar de ser licenciada em Educação Social. Já a T2, de 44 anos, estava

encarregue do SAD pela IPSS Rosa, sendo licenciada também em Educação Social. Por sua vez, a T3, de 52 anos, era responsável pela IPSS Roxa, com uma licenciatura em Investigação Social Aplicada e duas pós-graduações, uma em Gerontologia Social e outra em Mediação Familiar.

4.5. Contexto institucional

Antes de procedermos ao contexto institucional dos participantes deste estudo, importa, em primeiro lugar, proceder a um breve contexto económico e social do concelho de Santarém, onde decorreu este projeto de intervenção, para uma compreensão mais profunda e abrangente do ambiente em que foi implementado.

Assim, este concelho vai buscar o nome à sua maior cidade, Santarém, uma cidade média à escala portuguesa, com uma localização central, face ao país, constituindo-se como capital de uma região conhecida como Ribatejo e de um distrito também chamado de Santarém.

O concelho de Santarém é, então, parte integrante da NUTII da Lezíria do Tejo, registando à data do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação, em 2021 (PORDATA, 2021a), um total de 58 662 indivíduos residentes, o que representa um decréscimo populacional de 3 538 indivíduos, relativamente ao momento censitário de 2011, bem como um decréscimo na densidade populacional, de 111 habitantes por km², em 2011, para 106, em 2021.

Comparando, mais uma vez, os dados de 2011 com os de 2021 (PORDATA, 2021a), o grupo etário dos 65 ou mais anos foi o único a ter uma taxa de variação positiva (8,72%), apresentando um aumento dos seus efetivos, ainda que abaixo da média nacional de 20,6%, ao contrário dos outros grupos, com perda de efetivos, em especial o dos jovens até aos 14 anos, que obteve uma taxa de variação negativa de -15,39%, na linha da média nacional (15,3%).

Em termos de estrutura demográfica, no concelho, nota-se que:

- 12,8% da população tinha entre 0-14 anos em 2021 (14% em 2011);
- 60,9% da população tinha entre 15-64 anos em 2021 (62,9% em 2011);

- 26,3% da população tinha mais de 65 anos em 2021 (23% em 2011) (PORDATA, 2021a).

O índice de dependência de idosos do concelho em 2021 era de 205%, registando um aumento de 46% relativamente a 2011, denotando-se um aumento do peso deste grupo etário relativamente a toda a estrutura etária, ligeiramente abaixo da média de Portugal, 54% (PORDATA, 2021a).

Em termos económicos, o concelho de Santarém tem uma história económica profundamente enraizada na agricultura, particularmente na produção de cereais, vinhas e hortícolas, tendo, no entanto assistido a uma diversificação gradual da sua economia, para áreas como a indústria, em especial a alimentar e de bebidas; os serviços, desde o comércio, à saúde, educação e outros serviços públicos e privados, devido à localização estratégica entre Lisboa e outras regiões do país; e, nos últimos anos, o turismo, dada a sua herança histórica e cultural, nomeadamente a arte gótica e a gastronomia (Câmara Municipal de Santarém, 2018).

Com efeito, de acordo com os dados obtidos nos Censos 2021 (PORDATA, 2021b), o setor primário emprega, no concelho em estudo, cerca de 5,1% do total, bem acima da média nacional de 2,9%, ao passo que o setor secundário é responsável por 19,7% dos postos de trabalho no concelho, um valor, por sua vez, consideravelmente abaixo da média do país, de 24,8%. Já o setor terciário emprega cerca de 76,7% dos moradores do concelho, contra os 72,3% da média nacional.

Em termos de poder de compra, o concelho apresenta um valor (100,41) ao nível do poder de compra *per capita* médio nacional, mas acima do regional, sendo o concelho com maior poder de compra no seu distrito e região (INE, 2021b).

O volume de negócios das empresas não financeiras foi de 2 451 378 milhares de euros, em 2022, de acordo com dados do PORDATA (2021c), sendo que os setores que mais contribuíram para a riqueza do concelho foram o das indústrias transformadoras, com 1 015 618 milhares de euros, o do comércio por grosso e a retalho, com 804 029 milhares de euros e, em terceiro lugar, o da agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca, com 134 088 milhares de euros.

Procedemos, agora, ao contexto institucional dos participantes deste estudo, que se desdobra em três partes, uma vez que o seu recrutamento foi feito em três instituições diferentes, do concelho de Santarém.

Com efeito, a maioria dos participantes (N=7) era utente da IPSS Amarela. Destes, cinco eram do género feminino e dois do masculino. Em relação às faixas etárias, três situavam-se na dos 85-89, seguidos de dois na dos 90-94. Um utente inseria-se no grupo etário 80-84 e um outro dos 95-99 (quadro 2):

Faixa etária Género	Feminino	Masculino
80-84	1	
85-89	3	
90-94		2
95-99	1	

Quadro 2 – Distribuição dos participantes da IPSS Amarela por faixa etária e género

Seis dos participantes deste projeto tinham o apoio do SAD da IPSS Rosa, sendo que quatro utentes eram do género feminino e dois do género masculino. Quanto à divisão etária, dois participantes tinham entre 75 e 79 anos de idade, outros dois situavam-se no grupo dos 85-89, havendo, ainda, um participante na casa dos 80-84 e outro na faixa dos 90-94 (quadro 3):

Faixa etária Género	Feminino	Masculino
75-79	1	1
80-84	1	
85-89	2	
90-94		1

Quadro 3 - Distribuição dos participantes da IPSS Rosa por faixa etária e género

Por último, os dois restantes participantes eram utentes da IPSS Roxa, um do género masculino e outro do género feminino, distribuídos por duas faixas etárias diferentes: 85-89 e 90-94 (quadro 4):

Faixa etária Género	Feminino	Masculino
85-89	1	
90-94		1

Quadro 4 - Distribuição dos participantes da IPPS Roxa por faixa etária e género

Começando, então, por proceder ao contexto da instituição de onde são oriundos a maior parte dos participantes deste estudo, a IPSS Amarela, esta foi criada a 15 de dezembro de 1990, para dar resposta, prioritariamente, aos habitantes da freguesia, na área da solidariedade social, proporcionando as seguintes respostas sociais: Centro de Dia, desde 1997, com capacidade para 25 utentes, com 21 vagas comparticipadas pela Segurança Social; SAD, desde 1998, com capacidade para 30 utentes, sendo 22 comparticipados pela Segurança Social; ERPI, desde 2010, com capacidade para 32 utentes, com 25 a serem comparticipados pela Segurança Social e com acordo com um médico e serviço de enfermagem.

Em segundo lugar, contextualizamos a IPSS Rosa, que se encontra em funcionamento desde 26 de maio de 1997. Para cumprir a sua missão, implementaram-se respostas sociais muito concretas, materializadas na existência de várias valências: Centro de Dia; Centro de Convívio; SAD; ERPI; atendimento psicológico a todos os níveis etários, por marcação; sala de Snoezelen (apropriada no combate ao stress, demências, hiperatividade e outras patologias); fisioterapia em ginásio ou na residência; Ginásio do Cérebro para diversas patologias; auxílio técnico (camas articuladas, colchões, canadianas, entre outros equipamentos); apoio ao RSI (Rendimento Social de inserção), nomeadamente no fornecimento de refeições diárias e bens alimentares e de higiene, entre outros.

Por último, passamos à contextualização da IPSS Roxa, que abriu a 5 de agosto de 1998, tendo os serviços de Centro de Dia e SAD e sendo beneficiária do Programa Comunitário de Apoio Alimentar a Carenciados (PCAAC) e do Banco Alimentar Contra a Fome de Santarém, apoiando diretamente todos os meses mais de 70 famílias na sua área de influência.

O período de coleta dos dados relativos à implementação deste projeto decorreu de 20 fevereiro a 28 de abril, tendo, portanto a duração de onze semanas, ou seja, cerca de dois meses e meio.

4.6. Instrumentos de recolha de dados

Centrando-nos, agora, nos instrumentos de recolha de dados utilizados no decorrer do projeto de intervenção, lembramos o carácter marcadamente qualitativo da investigação, de acordo com os critérios de Bogdan e Biklen (1994), pelo que os instrumentos privilegiados foram inquéritos, entrevistas, registos por parte de atores de processo, na lógica de uma metodologia participativa e colaborativa, tanto com os profissionais das IPSS, como com os utentes e seus familiares.

4.6.1. Índice de Barthel – avaliação da autonomia

O índice de Barthel avalia o nível de dependência/independência funcional do indivíduo na execução de dez Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD): comer, fazer higiene pessoal; utilizar casa de banho; tomar banho; vestir e despir; controlar esfíncteres; deambular; transferir-se da cadeira para a cama e vice-versa; subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965).

Por norma, este índice utiliza o preenchimento de uma escala, por meio de observação direta, registos clínicos ou, ainda, por autoavaliação do próprio. (Apóstolo, 2012). Pretende avaliar se o utente é capaz de desempenhar as ditas ABVD de forma independente, sendo que cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total, com a autonomia ou

independência a poder ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis observados (Sequeira, 2007).

Numa escala de 10 itens, o seu total pode variar de 0 a 100, com diferentes pontos de corte, de acordo com modificações que vão sendo feitas à escala, sendo que neste projeto, um total de 0-20 indica “dependência total”; 20-35 “dependência grave”; 40-55 “dependência moderada”; ≥ 60 “dependência leve” e 100 equivale a total independência. O modelo de aplicação deste índice, utilizado no projeto em questão, pode ser consultado nos anexos (anexo 1).

De acordo com um estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007), o índice de Barthel é um instrumento com um nível de fiabilidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96).

4.6.2. Bateria de Fullerton – avaliação da aptidão física funcional

A bateria de testes de aptidão física funcional de Fullerton foi criada com o propósito de se desenvolver uma série de testes que avaliasse os parâmetros-chave fisiológicos que suportam a mobilidade funcional (Varela et al., 2008). Assim, esta bateria foca-se na avaliação destas competências físicas que permitem a independência funcional dos idosos, sendo relativamente fácil de aplicar, com exercícios seguros e resultados normativos, que servem para orientar a avaliação dos resultados (Rikli & Jones, 1999).

Apesar de ser um instrumento já validado por vários estudos, recomenda-se entre uma a duas sessões práticas antes da aplicação da sessão avaliativa, pois há que ter em conta um determinado período de aprendizagem e habituação aos exercícios, para um desempenho verdadeiramente correspondente à capacidade funcional do indivíduo (Miotto et al., 1999). Esta bateria foi validada para a população portuguesa por Baptista & Sardinha, em 2005.

Para este projeto de intervenção, adaptou-se a bateria de testes de aptidão física funcional de Fullerton para cinco testes, elencados no quadro 5, em associação com os objetivos correspondentes a cada um.

Testes	Objetivos
1º Levantar e sentar na cadeira (o máximo de repetições em 30 segundos)	Avaliar força e resistência dos MI
2º Flexão do antebraço (o máximo de repetições em 30 segundos)	Avaliar a força e a resistência dos MS
3º. Sentado e alcançar (até ao pé o registo é negativo, sendo positivo se ultrapassar)	Avaliar a flexibilidade do tronco e dos MI
4º. Sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar (o resultado do tempo entre o início e o fim do teste)	Avaliar a mobilidade física: velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico
5º. Alcançar atrás das costas (a distância entre as pontas dos dedos médios dá registo negativo, sendo positivo quando sobrepe)	Avaliar a flexibilidade e mobilidade dos ombros

Quadro 5 – Bateria de testes de aptidão funcional de Fullerton (adaptada)

4.6.3. Questionário individual – perfil sociodemográfico

Na investigação científica, as características sociodemográficas dos participantes em estudos têm bastante relevância, na medida em que proporcionam uma compreensão alargada de determinado fenómeno, permitindo estabelecer correlações pertinentes entre vários dados (Abdullahi, 2020).

Assim, o recurso a inquérito por questionário justifica-se por pretendermos inquirir um conjunto de indivíduos sobre uma determinada realidade ou fenómeno social, com vista à caracterização de elementos identificadores de uma população, com o objetivo de, depois, poder proceder a inferências e generalizações (Carmo e Ferreira, 2008; Coutinho, 2011; Gonçalves; 2004).

No campo em análise neste projeto, a investigação tem mostrado que o perfil sociodemográfico dos idosos é tão importante como as variáveis de saúde física no impacto da capacidade do idoso funcionar normalmente no seu dia-a-dia, uma vez que o suporte social parece afetar a capacidade funcional dos idosos, com evidência científica

que aponta no sentido de os idosos que vivem sozinhos ou apenas em casal apresentarem maior risco de problemas de incapacidade face aos idosos que têm maior suporte social, daí a relevância de uma intervenção do género em contexto de SAD, com idosos muitas vezes isolados ou só em casal (Koukouli et al., 2002).

As variáveis sociodemográficas normalmente mais utilizadas são o género, idade, escolaridade, profissão principal exercida durante período de atividade, estado civil e agregado familiar, sendo especialmente relevantes para o suporte social as duas últimas (Koukoli et al., 2002).

Neste estudo, construímos um questionário de perfil sociodemográfico baseado em todas as variáveis mencionadas no estudo de Koukoli et al. (2002). Não obstante, acrescentámos mais duas: o local de residência e as doenças/patologias diagnosticadas, esta última sobretudo pela necessidade de eventualmente ter que se adaptar exercícios, mas também para verificar o impacto da prática de AF na gestão de eventuais síndromes geriátricas, como analisado no capítulo II.

4.6.4. Entrevistas semiestruturadas – percepções sobre PAF

As entrevistas semiestruturadas são entrevistas utilizadas, frequentemente, no âmbito de investigações qualitativas, como esta, sendo inclusivamente dos instrumentos de recolha de dados mais comuns na investigação em saúde e, também, em gerontologia.

Numa entrevista semiestruturada, combinam-se perguntas abertas com perguntas fechadas, permitindo ter o entrevistado a discorrer sobre o tema em foco. Para isso, o entrevistador deve ter um conjunto de questões previamente definidas, para colocar ao entrevistado, mas fá-lo num contexto semelhante ao de uma conversa informal, desempenhando o papel de dirigir a discussão para o assunto que lhe interessa, sempre que lhe parecer adequado, colocando perguntas adicionais, se se justificar, de forma a esclarecer questões que poderão não ter ficado claras ou mesmo para ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha extrapolado o tema, por exemplo (Miranda, 2009).

Por conseguinte, este método consiste em estabelecer um diálogo entre o investigador e o participante, guiado por uma série de questões pré-estabelecidas, mas

que são flexíveis e que podem ser suplementadas por outras questões ou comentários que possam surgir, aquando da entrevista, no fluir da conversa, permitindo que o investigador recolha dados em aberto, explorando as ideias e contributos dos participantes, mas também os seus sentimentos e crenças sobre o tópico em discussão, o que pode ser um contributo valioso para investigações desta estirpe.

Neste sentido, autores como Carmo & Ferreira (2008), Hill (2014) e Morgado (2013) pugnam que esta técnica de recolha de dados em investigação facilita a obtenção de informação mais detalhada e profunda, que, de outro modo, seria dificilmente conseguida, “devido ao carácter flexível e reversível dos processos de condução e formulação de questões” (Batista et al, 2021, p. 19).

Para este projeto, concebeu-se aplicar entrevistas semiestruturadas aos participantes, em dois momentos: antes da implementação do PAF e depois, bem como às técnicas responsáveis pela resposta social de SAD das três IPSS, igualmente, pré e pós-projeto. Para além disso, entrevistou-se, também, com o mesmo método, os familiares dos participantes, depois de concluído o projeto.

Em relação às entrevistas aos participantes pré-PAF, as questões foram adaptadas com base no Questionário Internacional de Atividade Física (Craig et al., 2003), tendo-se centrado em torno dos hábitos de AF, nomeadamente como meio de transporte, em casa e nos tempos livres, dos hábitos sedentários e, ainda, das expectativas em relação ao PAF que iriam iniciar. Quanto às entrevistas pós-PAF, os participantes foram questionados acerca da frequência de participação no programa, motivações, balanços e impactos relativamente à sua qualidade de vida, bem como perspectivas para o futuro relativamente à continuidade da prática frequente de AF.

Por sua vez, as entrevistas feitas às técnicas incidiram, numa fase anterior ao arranque do projeto, sobre a i) a frequência de implementação de PAF nas suas IPSS, ii) motivações para essa frequência ou ausência e, igualmente, iii) expectativas para o PAF que se iria iniciar, bem como iv) perspectivas de manutenção de práticas de AF a longo prazo nas respetivas instituições. Após a realização deste projeto, as entrevistas orientaram-se em torno da avaliação das expectativas face à realidade do PAF, de eventuais impactos na vida dos utentes, bem como de feedback recebido por parte dos participantes indiciante de vontade de dar continuidade à prática de AF a longo prazo, procurando

perceber-se de que modo estas instituições perspetivam a possibilidade de manutenção de práticas de AF.

Por último, as entrevistas aos familiares focaram-se no período pós-PAF, procurando entender de que forma encararam a participação dos idosos num PAF em SAD, mas também tentando aferir as mudanças sentidas por eles na vida dos seus familiares, sobretudo as atividades que eventualmente possam ter notado mais facilidade em desempenhar no seu-a-dia.

A apresentação e discussão dos resultados destas entrevistas encontra-se no capítulo seguinte, com os modelos de entrevista e a as digitalizações das entrevistas em anexo (anexos 2 e 3, respetivamente).

4.6.5. Calendário de monitorização do PAF

A utilização de um calendário de monitorização do PAF foi a forma escolhida para auxiliar os participantes a manterem-se focados na prática de AF, durante o decorrer do projeto, na medida em que um calendário de monitorização é uma boa maneira de medir o seu progresso e visualizar pequenas conquistas com o tempo. De facto, o preenchimento do calendário pode dar um sentimento de satisfação, por se sentir que se atingiu o objetivo proposto para aquele dia, podendo melhorar a confiança e manter a pessoa empenhada e comprometida com a prática de AF de forma regular. O registo diário ou semanal da AF praticada é útil, em especial se a pessoa for iniciante ou tiver objetivos muito específicos que queira atingir, sendo interessante ter noção do nível de atividade que anda a praticar (HealthLinkBC, 2016). Para além disso, a monitorização contribui, de igual forma, para o desenvolvimento de competências de autonomia nas práticas de AF e estilos de vida da população-alvo.

Por isso, para este projeto, entregou-se um calendário de monitorização do PAF a cada participante (anexo 4), tendo sido explicado a cada um que serviria para registarem a prática de AF diária, durante os meses do projeto, assinalando em cima de cada dia com uma cor a prática de AF supervisionada pela coordenadora do projeto e com outra cor a prática de AF autónoma, quer seja seguindo os exercícios do PAF, quer seja fazendo caminhadas. De forma a poderem fazer os exercícios do PAF autonomamente, foi-lhes

também entregue o programa impresso dos exercícios (anexo 5), com imagens representativas de cada exercício, acompanhadas do modo de execução e número de repetições desejadas, como podemos observar na fig. 2:



Fig. 2 – Exemplos de imagens representativas de quatro exercícios do PAF (anexo 5)

4.6.6. Notas de campo – percepção da investigadora

As notas de campo constituem, de certa forma, um documento pessoal, ao consistirem numa forma de registo de observações de atos concretos, acontecimentos, sentimentos, experiências, comentários e reflexões, para uso exclusivo do investigador, de forma a serem interpretadas por si como forma de obter mais informação que contribua para uma compreensão mais alargada do fenómeno em estudo, da cultura e/ou situação social (Falkembach, 1987; Schwandt, 2015).

Devem ser tiradas, diariamente, de forma a garantir uma maior sistematização e detalhamento possível das várias situações ocorridas no dia-a-dia e das entrelinhas nas falas dos participantes durante a investigação ou intervenções (Campos et al., 2021).

Este instrumento de investigação contribui bastante para criar o hábito de observar, descrever e refletir com atenção os acontecimentos do dia, daí que seja considerado um dos principais instrumentos científicos de observação e registo. Neste ponto, ressalva-se a importância de as notas de campo serem registadas o quanto antes após a observação para salvaguardar a fidedignidade do que se observa (Falkembach, 1987).

4.7. Questões éticas

Para a realização deste projeto de intervenção, todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do programa de AF, tendo assinado um termo de consentimento livre e esclarecido com toda esta informação, seguindo os preceitos da Declaração de Helsínquia, que garante confidencialidade e o anonimato dos participantes, com a salvaguarda do direito de se retirarem do estudo, a qualquer momento (anexo 6). Neste mesmo consentimento, foi-lhes comunicado que os dados obtidos terão apenas como fim o desenvolvimento da presente dissertação e sua publicação.

4.8. Projeto de Intervenção: PAF nos SAD das IPSS Amarela, Rosa e Roxa

Para a adoção de um programa de AF que pudesse ser aplicado aos idosos em SAD das IPSS que participaram neste estudo, com a finalidade de promover a prática de AF e incentivar à mobilidade, ao combate ao sedentarismo e à estimulação física e cognitiva, consultou-se bibliografia especializada de prescrição de treino para idosos, em especial as diretrizes e recomendações da OMS (2020) e da ACSM (American College of Sports Medicine, 2016), que são as seguidas pela comunidade internacional e nacional de profissionais de exercício físico, nomeadamente no caso de Portugal, pelo IPDJ (Instituto Português do Desporto e da Juventude), que “intervém na definição, execução e avaliação da política pública do desporto, promovendo a generalização do desporto, bem como o apoio à prática desportiva regular e de alto rendimento” (IPDJ, 2020).

Assim, no cômputo geral, recomenda-se que os idosos realizem atividades aeróbias, pelo menos cinco dias por semana com intensidade moderada, perfazendo um total de 150 a 300 semanais ou, pelo menos, três dias por semana com intensidade vigorosa, perfazendo um total de 75 a 150 minutos semanais ou a combinação de ambos. Em relação ao treino de resistência muscular, este é recomendado, pelo menos, duas a três vezes por semana, em dias não consecutivos, com uma carga inicial entre 40 a 60% de uma repetição máxima (1 RM), progredindo para 60-80% de 1RM. Não sendo possível determinar o valor de 1 RM, sugere-se a utilização da escala de percepção de esforço adaptada (0-10), para uma intensidade moderada de 5-6 e, mais tarde, vigorosa, de 7-8. Atividades que englobam tarefas múltiplas, com elevados níveis de capacidade física

(velocidade, coordenação, equilíbrio) e exigências cognitivas e sociais constituem-se como eficazes na melhoria do desempenho funcional e do equilíbrio (ACSM, 2016).

Ressalva-se que “a intensidade e duração da AF deverá ser ligeira, numa fase inicial, sobretudo em idosos extremamente desconicionados, funcionalmente limitados ou com condições crônicas que afetem a sua habilidade física” (Malveiro, 2022, p. 421). Para além disso, “a progressão nas tarefas deve ser individualizada e ajustada à tolerância e preferência dos idosos” (p. 421)

No que diz respeito ao treino aeróbio, quanto ao tipo de exercícios, de acordo com a ACSM (2016), deve-se recorrer a qualquer modalidade que não cause *stress* ortopédico excessivo, sendo a caminhada o tipo de AF mais prescrito. Reforça-se que os idosos devem precaver-se e parar os exercícios, em caso de desconforto ou dor. Os exercícios aquáticos e a prática de bicicleta estacionária podem ser vantajosos para pessoas com uma tolerância de esforço limitada ou em atividades em que tenham que suportar peso (ACSM, 2016; Pereira, 2017).

No tocante ao treino de resistência, deve ser composto por exercícios que contemplem todos os grandes grupos musculares do corpo. A progressão do treino é implementada aumentando a carga e/ou o número de séries, com o número de repetições a situar-se entre as 10 e as 15. Também a duração das sessões de treino pode ser aumentada, progressivamente, não devendo ultrapassar uma hora por sessão. Assim, deve-se escolher um programa de treino de cargas progressivas ou de treino calisténico (com o suporte do peso corporal), num total de oito a dez exercícios, que podem incluir subir e descer escadas e outras atividades de fortalecimento muscular, que utilizem os grandes grupos musculares e contribuam para que os idosos utilizem a amplitude total do movimento, sempre em segurança, trabalhando a parte superior e inferior do corpo e envolvendo os músculos extensores e flexores (ACSM, 2016; Pereira, 2017).

Já o treino de flexibilidade é composto por exercícios que contemplem alongamentos e mobilidade articular da cabeça, tronco e membros, podendo estes ser estáticos ou dinâmicos. Os exercícios podem ser praticados diariamente ou, no mínimo, três vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, apenas o alongar até se sentir tensão ou um ligeiro desconforto (ACSM, 2016). Pode-se recorrer a qualquer tipo de atividades que mantenham ou aumentem a flexibilidade, através de movimentos lentos que terminem em alongamentos permanentes para cada grande grupo muscular e também

através de alongamentos estáticos, com o movimento a ser realizado lentamente, respirando com naturalidade e expirando na fase de maior esforço (Pereira, 2017).

Por último, mas não menos importante, o treino de equilíbrio é, igualmente, fundamental, uma vez que tem por objetivo a manutenção da capacidade de realizar movimentos diários normais com equilíbrio, prevenindo o risco de queda (Pereira, 2017). Os exercícios podem ser praticados diariamente ou, no mínimo, três vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, mas sim o aumento do grau de dificuldade do movimento e da sua duração, que deve ir dos 5 aos 30 segundos, repetindo-se o máximo de vezes possível.

Note-se que a ACSM (2016) já não considera a idade como fator limitativo na participação de um programa de AF, após revisão das suas diretrizes que, atualmente se focam mais no nível atual de AF da pessoa; na presença ou ausência de doenças diagnosticadas (sintomáticas ou assintomáticas) e, ainda, na intensidade desejada de prática de AF.

De acordo com esta instituição de referência internacional no campo do exercício físico, os indivíduos devem, então, ser triados relativamente ao seu nível de AF, podendo ser categorizados como “fisicamente ativos” ou “fisicamente inativos”. Os fisicamente ativos são aqueles que já têm por hábito praticar AF de forma estruturada e planificada, num mínimo de 30 minutos de intensidade moderada, em pelo menos três dias da semana, nos últimos três meses, pelo que podem iniciar um programa de AF de intensidade moderada, sem necessidade de avaliação médica. Os fisicamente inativos não têm hábitos de AF estruturada, mas se forem assintomáticos, podem iniciar um programa de AF de intensidade leve a moderada, sem necessidade de avaliação médica. Se não tiverem sintomas contrários, poderão progredir, gradualmente, em intensidade. Os fisicamente inativos sintomáticos, com doenças cardiovasculares, metabólicas ou renais diagnosticadas ou sintomas sugestivos destas doenças devem procurar aval médico antes de iniciar um programa de AF, independentemente da intensidade (Zalesky et al., 2016).

Assim, o plano de exercícios elaborado para a implementação deste PAF nas três IPSS em intervenção teve em conta todas as recomendações supramencionadas, tendo-se optado por combinar os vários exercícios das diferentes componentes da condição física numa sequência que podia ser feita pela ordem indicada ou outra da preferência de cada um. No total, tratam-se de nove exercícios, numa combinação de treino aeróbico, de

resistência, de flexibilidade e equilíbrio. Cada exercício estava descrito no plano, associado a uma imagem exemplificativa desse exercício, para melhor compreensão, bem como a informação das repetições, duração ou distância a executar para cada fase e, ainda, os objetivos específicos de cada exercício.

As inspirações principais para este programa foram o programa *LiFE (Lifestyle–integrated Functional Exercise)*, desenvolvido por um grupo de investigadores australianos, e o *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade*, desenvolvido pela unidade de investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em colaboração com a Escola Superior de Desporto de Rio Maior, do Politécnico de Santarém, no contexto do projeto MIND&GAIT.

O programa *LiFE* surgiu em 2012 (Clemson et al., 2014), tendo sido originalmente desenvolvido para a prevenção de quedas e promoção de AF em idosos não institucionalizados, com idade igual ou superior a 70 anos, integrando o exercício funcional nas suas rotinas diárias. Contém exercícios predominantemente de equilíbrio e força, tendo recebido atenção da comunidade científica por demonstrar uma redução na taxa de quedas e melhorias consideráveis no equilíbrio e força muscular do tornozelo.

O *Programa de exercício físico para o idoso em fragilidade* (Rocha et al., 2019), por sua vez, foi desenvolvido para ser aplicado duas vezes por semana a idosos em contexto institucional, organizados em grupos de 10 a 12 participantes cada. Foi um programa implementado durante 12 semanas como estudo piloto, depois de validado por profissionais de saúde e de desporto, em que os grupos de intervenção executaram as sessões prescritas e orientadas, ao passo que os grupos de controlo mantiveram as atividades da instituição. Concluiu-se que o PAF provou ser seguro e motivador, tendo contribuído para a melhoria do movimento funcional e a manutenção dos níveis de condição física dos participantes, ao mesmo tempo que gerou momentos de socialização, corroborando que “o exercício pode ser tido como uma estratégia terapêutica e prescrito para idosos fragilizados por contribuir para uma melhoria da autonomia funcional e bem-estar da pessoa” (Rocha et al., 2019).

Para além disso, teve-se em conta os exercícios na base dos testes da Bateria de Fullerton, utilizados para avaliação da condição física dos utentes, uma vez que se avaliamos uma determinada componente, importa, depois, praticar exercícios que possam

potenciar o desenvolvimento de competências nesse campo, quer seja em termos de aumento da resistência muscular, treino do equilíbrio ou mobilidade/flexibilidade.

Por outro lado, uma vez que os PAF para idosos têm como objetivo primordial a promoção da saúde para os utentes, é fulcral que os recursos humanos e físicos sejam qualificados e adequados para o efeito, com profissionais devidamente habilitados, para alcançar as metas da promoção do envelhecimento ativo (Benedetti et al., 2007; Silva, 2016). “É nesse sentido que o papel e a função de criação de PAF devidamente creditados e com pessoal especializado nesta faixa etária para que possam promover ou manter a independência de cada utente, se torna imperiosa” (Silva, 2016, p. 25) e, por conseguinte, o nosso PAF foi desenhado em colaboração com um profissional de saúde e de exercício físico, com o curso de Técnico Especialista em Exercício Físico e licenciatura em Enfermagem, que contribuiu, por isso, com o seu conhecimento científico e técnico.

Posto isto, o PAF desenvolvido para este projeto de intervenção, que pode ser consultado nos anexos deste relatório (anexo 5) e, em síntese, no quadro 6, foi impresso e entregue a cada participante para que pudesse pôr os exercícios em prática, de forma autónoma, nos dias em que a investigadora não fazia a visita bissemanal.

Exercício	Repetições/Duração/Distância	Objetivos
- Levantar e sentar na cadeira.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Treinar a força, resistência dos MI e a lateralidade.
- Apoio unipedal.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Desenvolver o equilíbrio, lateralidade e força.
- Caminhar em “linha reta”	2 metros, ida e volta	- Treinar a mobilidade e equilíbrio.
- Sentado, tocar num pé e no outro, alternadamente.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Desenvolver a mobilidade e flexibilidade dos MI e MS.
- Subir e descer um degrau.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Desenvolver a mobilidade, força e resistência dos MI.
- Levantar, segurando com os dois braços, o cabo de uma vassoura, de baixo para cima.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Treinar a flexibilidade e mobilidade dos ombros.
- Sentado com costas direitas e rodar com os braços.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Treinar a mobilidade torácica e a força dos MS.
- Flexão de braços, contra a parede.	Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.	- Treinar a resistência e força dos MS.
- Caminhar.	30 minutos (podem ser acumulados).	- Trabalhar a função cardiovascular, melhorar condicionamento físico e fortalecer os músculos dos MI e glúteos.

Quadro 6 – Quadro-síntese do PAF para este projeto de intervenção

V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Passamos agora à apresentação e discussão dos resultados, onde importa comunicar o impacto do programa de AF na população participante, nomeadamente através de dados recolhidos com a aplicação do índice de Barthel, antes e depois do programa (anexo 8); pré e pós-testes, adaptados a partir da Bateria de Fullerton (anexo 8); entrevistas aos utentes e às técnicas responsáveis pelo SAD de cada IPPS, também pré e pós-programa e aos familiares, só no fim do programa (anexo 3). Será, igualmente, tida em conta a monitorização das atividades, por meio de calendários de frequência de prática de AF, no contexto do PAF, preenchidos pelos próprios participantes (anexo 4). Por último, mas não menos importante, serão integradas as nossas notas de campo, registadas aquando da realização do programa e centradas na execução dos exercícios, sucessos, dificuldades e alterações relevantes nas AVDs (anexo 7).

5.1. Nível de dependência dos participantes

- **Pré-projeto**

Na fase de arranque do projeto de intervenção, procedemos à primeira aplicação do índice de Barthel, em que pudemos observar que uma grande parte dos utentes (N=10) apresentava um grau de dependência leve, de acordo com este índice. Porém, dentro deste grupo, importa referir que sete utentes registavam valores entre 80 a 95, pelo que já revelavam uma considerável autonomia. Os outros três apresentavam valores situados entre 60 e 75, pelo que eram mais dependentes, mas ainda relativamente autónomos. Nesta fase, dois participantes (P3, 90 anos, masculino e P15, 77 anos, masculino) totalizaram 100 pontos na escala de Barthel, sendo, por isso, logo classificados como independentes, enquanto três (P12, 85 anos, feminino; P13, 86 anos, feminino e P14, 83 anos, feminino) se encontravam tipificados como pessoas com dependência moderada, entre 40 a 55 pontos, começando, por isso a aproximar-se do limiar de dependência grave.

Uma análise mais pormenorizada dos resultados permite-nos denotar que as AVDs em que estes idosos apresentavam maior autonomia eram relativamente às suas atividades rotineiras de higiene, à utilização da casa de banho e, ainda, à sua continência

intestinal, com 12 idosos a mostrarem total independência na execução da primeira tarefa e 11 na segunda, sendo que 11 idosos se identificavam como continentes. Onde a maioria dos idosos provou ser menos autónoma foi em relação à continência urinária, com 11 utentes a registarem acidentes ocasionais e quatro a afirmarem ser continentes.

A utilização de escadas também parecia constituir um desafio maior à autonomia de um número considerável de utentes, de acordo com este estudo, pois oito utentes admitiam precisar de algum tipo de ajuda para a realização desta tarefa, contra sete que afirmavam ser independentes.

- **Pós-projeto**

Na fase final do projeto, voltou-se a aplicar o índice de Barthel, de forma a reavaliar o grau de dependência funcional dos participantes e analisar se o programa de AF teria tido impacto materializável neste indicador de autonomia e podemos observar que houve um acréscimo do número de utentes a fazer do parte do grupo com um grau de dependência leve (N=11), observando-se uma melhoria relativamente aos resultados anteriores, pois dois participantes transitaram do nível de dependência moderado para o leve: a P12 (85 anos, feminino) e a P14 (83 anos, feminino).

De facto, ao longo do projeto, foi possível notar que estas duas participantes se cansavam cada vez menos, desenvolvendo maior mobilidade, o que se traduziu no aumento da sua autonomia em termos de capacidade funcional. No caso da P12, no arranque do projeto, confessava que iria participar, porque *“estou muito parada e muito pesada; custa-me muito a mexer e não consigo pentear-me e vestir, tem de ser com ajuda”* (13/02/23). Porém, assim que iniciámos o PAF, confirmámos que fazia todos os exercícios propostos e repetições desejadas, só não conseguindo fazer o exercício de subir e descer um degrau, notando-se ainda muito cansaço (20/02/23). Ao cabo de cerca de um mês e meio, já partilhava que se sentia menos cansada e contou que começou a fazer alguns exercícios sozinha (20/03/23), ao ponto de a 03/04/23 começar *“a fazer o exercício das escadas e a pentear-se”*. No dia 13/04/23, começou *“a vestir uma peça de roupa sem ajuda e a estar incontinente”*. Adicionalmente, disse fazer *“caminhadas maiores com andarilho, mas menos cansada”*. A P14 assumiu desde o início ser *“muito preguiçosa”*, apresentando *“muitas dificuldades de locomoção devido ao AVC que teve”* (13/02/23).

Contudo, foi sempre fazendo *“todos os exercícios, apesar de demonstrar muita resistência e cansaço”* (16/03/23). Passo a passo, foi progredindo, afirmando a 23/03/23 que já começou *“a ir mais vezes ao WC e a levantar-se melhor”*. A 03/04/23 ainda acusava algum cansaço, mas já elevava melhor os braços.

Para além disso, dentro deste grupo, é importante referir que oito dos utentes passaram a registar valores entre 80 a 95, revelando uma considerável autonomia, com mais um utente (P8, 85 anos, feminino) a se encontrar neste patamar, comparativamente com os dados recolhidos no período pré-projeto. Efetivamente, o caso da P8 é notável, na medida em que a seu nível de autonomia diagnosticado pré-projeto era de 75, passando na fase final do projeto para 90, muito próximo do nível de independência, o que se refletiu, igualmente nos resultados dos pós-testes da bateria de Fullerton, como analisaremos noutra ponto. De resto, o progresso desta participante foi sendo constante, pois logo desde o início manifestou muita vontade participar e melhorar a sua capacidade funcional e mobilidade: *“ainda bem que veio. Precisava mesmo de algo que me ajudasse a mexer-me mais e melhor”* (22/02/23). Apesar das suas dificuldades e cansaço, associados ao AVC que tinha tido há cerca de um ano, a 10/03/23 já nos contava que tinha começado a fazer os exercícios em casa sozinha: *“tenho aqui a folha dos exercícios ao pé de mim para ir fazendo”*. Mais tarde, já revelava ter menos cansaço e ter *“aumentado o número de repetições dos exercícios”*. *“Contou também que já consegue cortar carne”* (30/03/23). A 28/04/23, registámos que *“melhorou muito nos pós-testes; conseguiu alimentar-se melhor sozinha, como descascar e cortar alimentos; menos cansaço ao levantar-se e vestir-se; faz caminhadas sem estar tão cansada”*.

Já os restantes três (P9, 96 anos, feminino; P12, 85 anos, feminino e P14, 83 anos, feminino) apresentam valores situados entre 65 e 70, sendo mais dependentes, ainda que com alguma autonomia, especialmente se considerarmos a comparação com o período pré-projeto. A título de exemplo, já mencionámos os dois casos da P12 e P14, que passaram de um grau moderado para leve, situando-se neste grupo. O caso da P9 corresponde a uma manutenção do nível de dependência, uma vez que esta participante demonstrava pouco entusiasmo e motivação em relação à prática de AF. Apresentava desculpas, com alguma frequência, para não fazer a maior parte dos exercícios e, quando fazia, era sempre pelo mínimo, mesmo com exercícios adaptados à sua situação. Alguns dias corriam melhor, como no dia 22/03/23, em que nos contou que *“já começou a fazer alguns exercícios sozinha e já conseguiu fazer o exercício de levantar e sentar*

corretamente”. Ainda assim, no final do programa, reportava conseguir *“levantar-se da cama melhor e levantar mais os braços”* (28/04/23).

Desta vez, três participantes (P1, 90 anos, masculino; P3, 90 anos, masculino, P15, 77 anos, masculino) totalizaram 100 pontos na escala de Barthel, sendo por isso classificados como totalmente independentes, o que se constitui como uma conquista de mais um dos participantes em relação aos dados iniciais. Apenas um utente (P13, 86 anos, feminino) se manteve no nível de dependência moderada, ainda assim, com uma pontuação de 55, estando, por isso no limiar de dependência leve, o que por si só já se constitui como um progresso muito relevante, num período de dois meses e meio, especialmente por também se tratar de uma utente que sempre mostrou pouco interesse em participar, por vezes parecendo apática. Fazia os exercícios, *“mas não consegue fazer metade das repetições e tem muitas queixas ao nível da anca”* (02/03/23). Tinha dificuldade em andar, face ao facto de ter sido operada à anca, queixando-se, recorrentemente, com dores.

Quanto às AVDs em que estes idosos apresentam maior autonomia, depois de concluído o projeto de intervenção, podemos observar que houve um aumento do número de utentes que são totalmente autónomos na sua execução, bem como se registou um alargamento do leque de AVDs que são desempenhadas com total autonomia, por parte da maioria dos participantes.

Assim, no que diz respeito às atividades rotineiras de higiene e à sua continência intestinal, todos os idosos mostraram total independência na execução da primeira tarefa e quase todos (N=13) na segunda, o que demonstra um acréscimo de três e dois utentes, respetivamente, relativamente aos dados anteriores. Não se observaram alterações no número de idosos que são autónomos na utilização do WC (N=11). Por outro lado, notou-se uma evolução no número de participantes que passaram a conseguir ser autónomos no tocante à alimentação, com 12 a afirmarem ser completamente autónomos, o que se constitui como um incremento de três indivíduos. Para além disso, também se notou um acréscimo de três indivíduos a confirmarem autonomia quanto à sua transferência (da cama para a cadeira e vice-versa), agora com 13 idosos a serem autónomos a 100% na realização desta AVD, com apenas dois participantes a precisarem de alguma ajuda, verbal ou física, contra o período pré-projeto, em que mais idosos precisavam dessa ajuda e alguns até da intervenção de terceiros.

As AVDs em que os idosos mostravam ser menos autónomos na fase inicial viram, igualmente, melhoria nos resultados finais, observando-se, no caso da incontinência urinária, uma redução do número de utentes com acidentes, de 11 para oito, sendo que sete passaram a ser totalmente continentes, o que é um aumento de três. No caso da utilização de escadas, houve mais dois utentes a conseguirem ser independentes nesta atividade, passando a ser nove os participantes capazes de subir e descer escadas sozinhos. Seis idosos continuam a precisar de ajuda para a realização desta tarefa, menos que os oito iniciais.

Posto isto, regra geral, há a reter uma diminuição no grau de dependência destes idosos e conseqüente ganho ou manutenção de autonomia, após a prática de dois meses e meio de AF, especialmente em relação a algumas AVDs, o que aporta uma melhoria na sua qualidade de vida, como de resto, os próprios testemunharam, relativamente a ganhos ao nível da aptidão física funcional, explorados com maior detalhe no subcapítulo seguinte. Estes resultados corroboram, assim, os dados da revisão da literatura de Grande et. al. (2020), centrada em intervenções promotoras de AF em idosos e que correlaciona a prática de AF com a melhoria da capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos.

5.2. Nível de aptidão física funcional

- **Pré-projeto**

Após a realização da Bateria de Testes Fullerton adaptada à aplicação de cinco testes:

- Levantar e sentar na cadeira;
- Flexão do antebraço;
- Sentado e alcançar;
- Sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar;
- Alcançar atrás das costas,

que avaliam diferentes componentes da condição física dos utentes, pôde-se observar que, nesta fase, uma grande parte dos utentes apresentava valores dentro ou acima da média

relativa ao seu grupo etário em relação aos dois primeiros testes, com cinco utentes a ficarem abaixo da média. Já no 3º teste, apenas cinco utentes conseguiam ficar dentro da média, contra 10 que estavam abaixo. Quanto ao 4º teste, apenas um idoso (P3, 90 anos, masculino) conseguiu ficar ao nível da média da sua faixa etária, sendo que no último, nenhum idoso conseguiu ficar dentro da média.

Assim sendo, concluímos que, de um modo geral, estes idosos já apresentavam níveis satisfatórios de força e resistência dos membros inferiores e superiores, mas uma flexibilidade consideravelmente limitada no tronco, membros inferiores e, sobretudo, ombros. Apresentavam, igualmente, grandes limitações a nível da mobilidade física, no respeitante aos domínios da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, o que se coaduna com a falta de hábitos de prática regular de AF antes da implementação do projeto.

- **Pós-projeto**

Neste ponto, começamos por reportar uma melhoria geral dos indicadores em análise, ao se compararem os resultados dos pré e pós-testes.

Assim sendo, voltou-se a aplicar a Bateria de Testes Fullerton, através da realização dos mesmos cinco testes, tendo-se registado progressos muito significativos.

Em primeiro lugar, quase todos os participantes passaram a estar dentro ou até acima da média relativa ao seu grupo etário, em relação ao 1º teste, à exceção de dois (P13, 86 anos, feminino e P14, 83 anos, feminino), sendo que nos pré-testes havia cinco utentes que estavam abaixo da média. Notamos que estas duas idosas que não conseguiram ficar dentro dos valores de referência tinham em comum o facto de terem pouca motivação interna, sendo que a P13 revelava “*pouco interesse em participar*” (13/02/23) e a P14 se autorrotulava de “*muito preguiçosa*” (13/02/23).

Relativamente ao 2º teste, todos os participantes passaram a estar dentro da média ou acima dela, com destaque para P8 (85 anos, feminino) e P13 (86 anos, feminino), que nos pré-testes tinham ficado aquém dos valores de referência para os seus estratos etários, terminando o projeto, no caso de P13, dentro da média expectável, e no caso de P8 acima dos valores de referência (10-15 reps), com 18 repetições em ambos os braços. É de notar que, durante a implementação do PAF, P8 se mostrou muito empenhada e a fazer alguns

dos exercícios sozinha em casa, começando a aumentar o número de repetições dos exercícios gradualmente.

Já no 3º teste, houve uma completa inversão dos resultados, pois nos pré-testes, cinco utentes conseguiam ficar dentro da média, contra 10 que estavam abaixo, ao passo que no fim do projeto, são 10 os utentes que passaram a ser capazes de ficar na média, com cinco a ficarem um pouco abaixo: P6, 82 anos, feminino; P7, 88 anos, feminino; P10, 94 anos, masculino; P12, 85 anos, feminino e P13, 86 anos, feminino.

Quanto ao 4º teste, registou-se um aumento bastante considerável, apesar de ser um teste em que sete idosos ficam aquém da média da sua faixa etária, pois nos pré-testes só um estava na média (P3, 90 anos, masculino), sendo que, na fase final, mais sete passaram a conseguir caminhar os 2,44 m dentro do tempo médio, totalizando oito participantes.

Por último, conclui-se que o 5º teste foi o que continuou a oferecer maior dificuldade aos participantes que continuaram a não ser capazes de atingir valores dentro da média dos seus estratos etários. Contudo, é relevante mencionar que a maioria fez progressos notáveis nos seus valores, ainda que abaixo da média, melhorando, por isso, o resultado final. Apenas um participante conseguiu situar-se nos valores de referência para a sua faixa etária: o P3 (90 anos, masculino), que fez sempre todos os exercícios, desde o início, *“sem demonstrar dificuldade em nenhum”* (24/02/23) e que já mostrava ter hábitos regulares de prática de AF anteriores ao PAF: *“já faço caminhadas e mexo-me bem”* (22/02/23), integrando depois novas práticas: *“para além de caminhar todos os dias, tem vindo a fazer alguns dos exercícios mencionados no programa”* (15/03/23).

Por conseguinte, concluímos que, de um modo geral, estes idosos melhoraram, consideravelmente, as suas competências físicas de força e resistência dos membros inferiores e superiores e também, de modo particular, a flexibilidade do tronco e dos membros inferiores. Neste sentido, a P2 (88 anos, feminino) testemunha que começou *“a estar menos cansada ao realizar os exercícios”* e a ter *“maior facilidade nos exercícios de braços”* (28/03/23). Mais tarde, comunicou e demonstrou que *“já se consegue vestir melhor e calçar-se, não tendo tanta dificuldade e cansaço”* (18/04/23). No mesmo sentido, a P6 afirmou que *“para além do menor cansaço que tem vindo a ser notório, já se consegue vestir melhor, ir ao WC mais vezes e levantar-se da cama melhor”* (19/04/23). A 31/03/23, a P9 partilhou que se sentia *“com mais força a nível de braços”*.

Observou-se, também, melhorias significativas ao nível da mobilidade física, no respeitante aos domínios da velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico, como relatado pela P2 (88 anos, feminino), que a 18/04/23, acrescentava já fazer “*caminhadas curtas que não conseguia fazer*”, pelo P3 (90 anos, masculino), que “*tem vindo a demonstrar um maior equilíbrio, principalmente no exercício em linha reta*” (12/04/23), pela P7 (88 anos, feminino), que “*tem feito caminhadas que não conseguia*” (31/03/23); “*já consegue ir ao talho a pé*” (19/04/23) e pela P11 (77 anos, feminino) que a 20/04/23 dizia já fazer “*caminhadas mais longas*”.

Todavia, persistem grandes limitações relativamente à flexibilidade dos ombros, ainda que se tenham registados progressos igualmente interessantes, pois os valores da maioria dos participantes melhoraram, o que significa que a sua flexibilidade foi desenvolvida.

5.3. Nível de AF dos participantes

- Pré-projeto

Como já foi referido, na fase de arranque deste projeto, procedeu-se a uma série de entrevistas semiestruturadas aos participantes do estudo, de forma a aferir o nível de AF, com base no Questionário Internacional de Atividade Física (Craig et al., 2003), validado na sua versão portuguesa por Campaniço (2016), adaptado às necessidades e objetivos deste projeto específico, e, por isso, focado quer nos hábitos de AF em casa, fora de casa e como meio de transporte, mas também nos hábitos de sedentarismo e expectativas em relação ao PAF.

Assim sendo, em primeiro lugar, comunica-se que os idosos se identificaram, regra geral, como pessoas muito ativas, ao longo da sua vida, com 10 participantes a afirmarem serem ou terem sido, maioritariamente, muito ativos na sua vida. Os restantes quatro viam-se como pessoas ativas e apenas um participante considera ser ou ter sido uma pessoa pouco ativa.

Em relação à utilização da AF como meio de transporte, analisou-se quantos idosos costumavam andar a pé, quando saíam de casa, e identificou-se que, por norma, recorrem ao automóvel para as suas deslocações. Apenas cinco dos idosos assumiram

deslocar-se a pé para ir a algum lado, a partir de casa, como o P3 (90 anos, masculino): “*vou a pé para tratar das minhas coisas pessoais aqui na terra (...) para mais longe, vou de carro*”; a P6 (82 anos, feminino): “*a pé [vou] à loja e à farmácia. Ao hospital vou de ambulância ou de carro*”; a P7 (88 anos, feminino): “*a pé dentro da terra e de carro ou nos bombeiros quando vou para mais longe (hospital, etc)*”; P11 (77 anos, feminino): “*ando a pé para ir ao café e vou de carro para ir ao médico e às compras*” e, ainda, o P15 (77 anos, masculino), que disse: “*ando sempre a pé, vou no carro quando tenho de ir ao médico*”. De notar que deste lote, o P3 e o P15 eram os participantes com total autonomia funcional, nos pré-testes, de acordo com o índice de Barthel, e que a P6 e P7 tinham um nível de dependência considerado leve, passando ambas de 85 para 90, nos pós-testes. A P11 era a participante deste lote com uma maior dependência funcional, de 70 pontos, passando para os 95, de quase independência, no final do projeto. Uma explicação para o seu sucesso, para além da participação no PAF, que é transversal a todos, pode passar por esta prática regular, que já tinha, de se deslocar a pé para o café, o que a leva a caminhar cerca de 30 minutos por dia, repartidos na ida e volta. Para além disso, sabemos que também tinha o hábito de caminhar “*à volta da minha casa todos os dias de manhã*”. Um participante (P13, 86 anos, feminino) afirmou não sair de casa de todo, a não ser em caso de urgência médica: “*não vou para lado nenhum, a não ser ao hospital nos bombeiros*”. Esta idosa é também a única participante que terminou o projeto classificada com “dependência moderada”, apesar de ter progredido de 40 para 55 pontos. No entanto, trata-se de uma idosa “*apática; com pouco interesse em participar*” (13/02/2023) e que tinha um quadro depressivo, pelo que os progressos foram mais residuais, associados também a um grande sedentarismo e falta de motivação para desenvolver mais atividade.

Posto isto, procurámos perceber para onde costumavam ir os idosos que andavam a pé, para se deslocarem de casa a um outro local, tendo-se aferido que, habitualmente, o fazem para ir à loja, farmácia ou café. A P2 (88 anos, feminino), por exemplo, explicou que anda “*a pé no quintal e vou até ao centro social e a casa do filho*”, enquanto o P3 (90 anos, masculino) diz costumar ir a pé “*à farmácia, centro de saúde, loja, ao talho e ao banco*” e o P4 (93 anos, masculino) vai “*ao café e pouco mais*”. A P5 (85 anos, feminino), por sua vez, afirma ir só “*à loja, ao fundo da rua, mas muito raramente, não todas as semanas*”, ao passo que a P6 (82 anos, feminino) faz “*pequenas caminhadas pela terra e [vai] à loja e farmácia*”. Contudo, destaca-se que uma grande parte dos

intervenientes (N=7) confessa não se deslocar a pé de todo como meio de transporte: a P8 (85 anos, feminino) conta que “*fora de casa e do meu pátio não me desloco a pé para o exterior*”, a P9 (96 anos, feminino) afirma algo semelhante, dizendo que “*fora de casa não ando a pé*”, tal como o P10 (94 anos, masculino), que só andava “*a pé em casa*”

No que diz respeito à AF em casa, quando estão em casa, uma parte dos participantes indica despender algum tempo a tratar do jardim e/ou quintal, como o P1 (90 anos, masculino), que informa: “*ajudo a minha mulher a cuidar do jardim*”; a P2 (88 anos, feminino), que trata “*dos animais e flores e tudo o que é de casa*”; o P3 (90 anos, masculino), que respondeu “*cuido do jardim e quintal*” e as P6 (82 anos, feminino), P8 (85 anos, feminino) e P9 (96 anos, feminino) que afirmam todas cuidar do jardim. O P10 (94 anos, masculino) confessou: “*cuido da horta, dentro do que posso*” e o P15 (77 anos, masculino) disse que limpava “*o lixo do quintal*”. Outros tantos indicaram despender algum do seu tempo a tratar da roupa, como o P3 (90 anos, masculino): “*estendo e apanho a roupa*”; a P11 (77 anos, feminino), que confessa: “*só faço tarefas para garantir as minhas necessidades de higiene. O que faço? Apenas estender, apanhar a roupa e dobrar alguma*”. As P12 (85 anos, feminino) e P13 (85 anos, feminino) também reportaram dobrar a roupa. Alguns ocupam-se das limpezas e outros também da louça, como é o caso do P4 (93 anos, masculino): “*lavo a loiça, ponho a mesa*”; da P5 (85 anos, feminino): “*lavo a loiça e pouco mais*”; da P7 (88 anos, feminino): “*varro a casa, lavo a louça*”; P8 (85 anos, feminino): “*limpo o pó de um modo geral*”; P15 (77 anos, masculino): “*dou um jeito à casa*”. Há, ainda, os que afirmam passar algum tempo a desempenhar tarefas relacionadas com a comida, cama e tratamento de animais, como o P1 (90 anos, masculino): “*cuido dos animais*”; a P5 (85 anos, feminino): “*faço a cama*”; a P7 (88 anos, feminino): “*faço a cama e quando necessário faço a minha comida*” e a P8 (85 anos, feminino): “*cuido da higiene do meu gato*”.

Quanto à AF fora de casa, uma grande parte dos utentes não pratica nenhuma atividade física regular durante, pelo menos, 10 minutos seguidos, sendo que cerca de ¼ afirma fazer caminhadas, como o P1: “*dou uma volta a pé à volta do meu quintal e da minha rua*”; a P2, que vai “*a pé a casa do meu filho*”; o P3: “*faço caminhadas várias vezes ao dia*” e a P8, que vai “*buscar o meu gato à rua aqui pela terra*”. Depois, com menos expressão, encontramos alguns participantes que costumam ir ao café ou mercado/loja ou farmácia, constituindo-se estas deslocações a pé como a única prática de AF fora de casa, como é o caso do P15, que faz “*caminhadas quando vou ao café*”.

Na secção C, procurou-se aferir a frequência de caminhada praticada por motivos de tempo livre, desporto, exercício e lazer, com duração superior a 10 minutos, tendo-se observado que metade dos utentes a faz todos os dias da semana, como o P3, que caminha todos os dias, para “*ver as obras e ir ter com os amigos*”, a P8, que caminha cinco dias por semana, “*à volta do meu pátio, várias vezes por dia*”, a P9, que caminha todos os dias “*à volta da minha casa muitas vezes*”; o P10, todos os dias, “*à volta de um terreno meu*” ou a P11, “*à volta da minha casa, todos os dias de manhã*”. Ainda assim, alguns só o fazem duas vezes por semana, como a P2: “*pela aldeia*”; o P4; o P6 e o P7; havendo uma pequena parte não caminha, de todo, por lazer ou exercício, como o P1, o P5 e a P12.

Relativamente ao tempo gasto sentado em casa (fig. 3), concluiu-se que estes participantes passam em média, 7,2 horas sentados. Uns confessam que podem ficar até 9 horas sentados por dia, como o P1, a P5, o P10 e a P12, com outros a contabilizarem no máximo 7 ou 8 horas nesta posição. Os idosos que passam menos tempo sentados são, coincidentemente, os únicos que obtiveram 100 no índice de Barthel, pré-projeto, sendo totalmente independentes funcionalmente: o P3 e o P15, que dizem passar apenas 3 e 4 horas sentados, respetivamente. Daqui podemos inferir que, efetivamente, ser menos sedentário se traduz em maior autonomia funcional, como de resto a OMS (2020) proclama, recomendando a prática regular de AF para combater o sedentarismo.



Fig. 3 - Gráfico representativo das horas sentadas diárias por utente, pré-projeto

Na última parte da entrevista, centrámo-nos nas expetativas em relação ao PAF, começando por analisar a vontade dos intervenientes na participação do PAF e a sua motivação. Assim, constatamos que a esmagadora maioria demonstrou ter vontade e iniciativa na participação do PAF, com apenas dois utentes a se mostrarem pouco

interessados, apesar de terem aderido livremente ao projeto: a P6 “*não me sinto muito motivada, no entanto vou participar para ver se consigo mexer-me melhor*” e o P10 que disse “*não tenho muita vontade; acho que não me vai acrescentar muito, mas vou participar para ver*”.

As motivações apresentadas para ter vontade de participar são, maioritariamente, as dificuldades de mobilidade sentidas por uma parte destes idosos, bem como a consciência de hábitos de sedentarismo que pretendiam alterar, como se pode observar no quadro 7:

Participante	Motivações
P2, 88 anos, feminino	<i>“tenho vontade de viver com algumas condições (...) para melhorar a vida ativa”</i>
P5, 85 anos, feminino	<i>“gosto de me mexer”</i>
P7, 88 anos, feminino	<i>“para não me sentir tão cansada”</i>
P12, 85 anos, feminino	<i>“tenho a esperança que me vai ajudar a mexer melhor”</i>
P14, 83 anos, feminino	<i>“estou muito tempo sentada e custa-me muito a mexer-me”</i>

Quadro 7 – Exemplos de respostas referentes à motivação para participação no PAF

Houve, ainda, alguns que mencionaram a procura de bem-estar: “*sinto-me muito motivada, porque sei que vai contribuir para o meu bem-estar*” (P8, 85 anos, feminino) e um participante que afirmou procurar maior autonomia (P11, 77 anos, feminino).

Independentemente das razões atribuídas por detrás de cada motivação, o importante, como já tínhamos estabelecido, é estar o mais próximo possível dos objetivos do participante, para que ele se possa comprometer com determinação na prática de AF regular (Mjøsund et al., 2022), pelo que o foco deste PAF passou por se centrar no reforço da mobilidade, da autonomia funcional e da qualidade de vida dos utentes, por serem essas as suas grandes motivações.

Quando questionados acerca do que poderiam vir a ganhar com este projeto, uma parte considerável atestou procurar melhor a sua mobilidade, havendo uma outra que se

focou na melhoria da mobilidade dos MI, citando-se respostas como: “*tenho fé que irei mexer-me um pouco melhor*” (P5, 85 anos, feminino); “*andar com menos dificuldade*” (P9, 96 anos, feminino) e “*mexer-me melhor das pernas, sem custar tanto e conseguir descer as escadas*” (P13, 86 anos, feminino). Para além disso, alguns participantes proclamaram querer manter a mobilidade que já têm: “*procuro manter-me como estou e penso que posso vir a sentir-me menos cansada*” (P7, 88 anos, feminino) e outros afirmaram procurar melhorar o seu equilíbrio: “*sentir-me mais segura para andar fora de casa e fazer caminhadas aqui na terra sem ter medo de me desequilibrar*” (P8, 85 anos, feminino) e “*sentir menos desequilíbrios*” (P11, 77 anos, feminino). Uma pequena porção mencionou, igualmente, a procura de melhor autonomia.

Aqui, mais uma vez, vemos a importância da motivação para a prática de AF, sendo fundamental procurar maneiras de os motivar a fazer esforços, a nível físico, aliando este desenho de objetivos às suas motivações próprias (Mjøsund et al., 2022), pois saberem que estão a fazer algo para atingir objetivos pessoais motiva-os para continuar.

Quando confrontados com a possibilidade de vir a ter dificuldades no cumprimento do PAF, mais de metade desvalorizou, alegando não ter. Os que contemplaram essa possibilidade identificaram dificuldades de mobilidade, como “*custa-me muito a mexer-me*” (P8, 85 anos, feminino) e “*estou muito presa*” (P5, 85 anos, feminino); dificuldades de mobilidade dos MI, como “*custa-me a andar*” (P9, 96 anos, feminino), registando-se um idoso que comunica dificuldade em levantar: “*tenho muita dificuldade para me levantar e começar a andar*” (P13, 86 anos, feminino) e um outro que aponta dificuldades de mobilidade dos MS: “*custa-me muito a andar e levantar os braços para cima*” (P12, 85 anos, feminino).

Quanto aos exercícios de AF que gostariam de fazer, houve alguma divisão nas respostas, com alguns a referirem exercícios de mobilidade dos MI e outros que mencionam exercícios de mobilidade, exercícios de força dos MI, exercícios de mobilidade dos MS e, ainda, exercícios de equilíbrio e agilidade.

Em último lugar, perante a questão “Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?”, quase todos responderam que sim, com alguns a afirmarem: “*tenho a certeza*” (P8, 85 anos, feminino); “*pelo menos nas pequenas coisas do dia-a-dia*” (P14, 83 anos, feminino) e “*acho que me vai trazer mais autonomia*” (P15, 77 anos, masculino). Apenas um considerou não ser possível obter maior autonomia com

a prática recorrente de AF, afirmando “*acho que não me vai trazer nada de novo*” (P10, 94 anos, masculino), com três participantes a não saber ou não responder.

- **Pós-projeto**

Passamos agora à análise dos resultados na fase de conclusão deste projeto, tendo-se procedido, novamente, a uma série de entrevistas semiestruturadas aos participantes do estudo, desta vez de forma a suscitar uma avaliação do PAF e do seu impacto no quotidiano dos participantes, bem como na sua adesão à prática regular de AF. Dos 15 participantes, houve um que não pôde ser entrevistado, por ter tido um AVC e se encontrar hospitalizado, pelo que o universo de entrevistados nesta fase foi de 14.

Uma frequência muito regular

Desta forma, as entrevistas iniciaram-se com uma sondagem à frequência de participação no PAF, com grande parte a afirmar ter cumprido o PAF entre três a quatro vezes por semana. Dois utentes confirmaram fazê-lo mais de quatro vezes por semana: o P3 e o P15, os dois participantes com total independência, de acordo com o índice de Barthel, na fase pré-projeto e que eram menos sedentários, entre todo o grupo. Assim, mais uma vez, detetamos indícios de como a prática regular de AF está intimamente associada a uma maior capacidade funcional e autonomia, como a OMS (2020) preconiza. Por outro lado, duas participantes cumpriam apenas as duas vezes por semana que eram sempre supervisionadas: a P5 e a P14, que se apelidavam a si próprias de “preguiçosas”, praticando AF apenas quando nós fazíamos as visitas bissemanais. A P5 não viu alterações no nível de autonomia, mantendo o mesmo valor, porém a P14 conseguiu, ainda assim, transitar de nível, passando de dependência moderada (50) para leve (65).

Neste ponto, importa lembrar que este grupo de participantes era constituído, em grande parte, por pessoas muito idosas, com uma prevalência do estrato etário 85-89 e uma média de idades de 86,6 anos, o que nos permite inferir destes dados uma grande resiliência e capacidade de adaptação da sua parte, ao se conseguirem engajar na prática de AF, ao cabo de um período já considerável sem terem esse hábito, conseguindo obter benefícios visíveis e que eles próprios foram percecionando, ao longo do PAF.

Razões para se exercitar: combate ao sedentarismo, melhorar a condição física e socializar

Quando questionados acerca das razões por que decidiram participar no PAF, metade identifica como principal razão a necessidade de maior atividade, como forma de combater o sedentarismo e de conseguir maior mobilidade e capacidade funcional (quadro 8):

Participante	Razões para participar no PAF
P1, 90 anos, masculino	<i>“porque sentia falta de algo que me ajudasse a movimentar melhor e estar mais ativo”</i>
P2, 88 anos, feminino	<i>“porque entendi que necessitava de ajuda para me sentir melhor para andar”</i>
P3, 90 anos, masculino	<i>“para me continuar a mexer”</i>
P9, 96 anos, feminino	<i>“para ver se conseguia andar melhor”</i>
P12, 85 anos, feminino	<i>“para me mexer melhor e para estar mais ativa”</i>
P13, 86 anos, feminino	<i>“para não estar tão parada”</i>
P14, 83 anos, feminino	<i>“para me mexer e ficar melhorzinha. Estava sempre sentada, porque o cansaço era muito”</i>

Quadro 8 – Exemplos de respostas referentes às razões para participar no PAF

Em relação ao sedentarismo, observou-se, efetivamente, uma atenuação deste estilo de vida, ao comprovarmos, para todos, uma redução do número de horas sentadas por parte deste grupo de idosos (fig.4), com a moda a ser a redução de uma hora e meia de tempo sentado, após o término do projeto. Em linhas gerais, alguns idosos passaram a estar ativos mais uma hora por dia e outros cerca de duas, seja pela prática autónoma de AF, seja pela realização de caminhadas por lazer ou deslocações a pé para algum tipo de comércio ou serviço.



Fig. 4 - Gráfico representativo das horas sentadas diárias por utente, pós-projeto

Porém, também foi reportada a necessidade de melhorar a sociabilidade: *“para ver se melhorava a nível físico e também social”* (P6, 82 anos, feminino) e de melhorar a saúde mental: *“era bom (...) para a minha mente e para o meu físico”* (P11, 77 anos, feminino). Houve, ainda, um participante que referiu o gosto pelo desporto como razão para aderir a este PAF: *“porque eu gosto de ginástica, de me mexer e sei que me faz bem”* (P8, 85 anos, feminino) (fig. 5.) e um que alegou participar por recomendação: *“disseram-me que isto era bom”* (P15, 77 anos, masculino).



Fig. 5 – P8 a exercitar-se

Mudanças no dia-a-dia: mais autonomia, menos cansaço, melhor capacidade funcional e mais saúde mental

Uma das questões colocadas passou por avaliar se a prática de AF lhes havia trazido mudanças no quotidiano e, em caso afirmativo, de que forma. Todos os inquiridos responderam que sentiram mudanças, ainda que de formas diferentes. O aspeto referido mais frequentemente foi a questão da autonomia, com uma grande parte dos participantes a reportarem sentir maior autonomia no seu dia-a-dia, como de resto se pode inferir pelos testemunhos incluídos no quadro 9:

Participante	Mudanças percebidas
P4, 93 anos, masculino	<i>“faço as minhas tarefas com maior facilidade, como é o caso de caso de vestir e calçar”</i>
P6, 82 anos, feminino	<i>“sinto-me mais capaz”</i>
P12, 85 anos, feminino	<i>“consigo ir mais vezes à casa de banho, já consigo vestir uma peça de roupa, com muito esforço, e pentear-me”</i>
P13, 86 anos, feminino	<i>“estou mais continente”</i>
P14, 83 anos, feminino	<i>“ajudou-me na minha autonomia, nomeadamente a andar melhor”</i> <i>“já me consigo vestir melhor e aguentar a urina até ir à casa de banho”</i>

Quadro 9 – Exemplos de respostas referentes às mudanças percebidas pelos idosos pós-PAF



Fig. 6 – P3 a executar o exercício de subir e descer um degrau

Outros participantes testemunharam, ainda, maior mobilidade, sobretudo, relativamente aos MI, partilhando: *“melhorei um bocadinho na parte da mobilidade”* (P3, 90 anos, masculino) (fig. 6); *“já me mexo melhor”* (P11, 77 anos, feminino) e *“ando a mexer-me mais”* (P12, 85 anos, feminino). Depois, ainda com algum peso e relevância, denotamos que alguns idosos sentem ter desenvolvido maior agilidade: *“senti melhorias, nomeadamente na agilidade”* (P1, 90 anos, masculino); *“sinto-me com mais força e agilidade para as pequenas tarefas que faço”* (P7, 88 anos, feminino) e *“tenho mais agilidade”* (P8, 85 anos, feminino). Um aspeto igualmente mencionado por uma parte destes participantes é a melhoria do seu equilíbrio: *“ajudou (...) a ter mais equilíbrio”* (P2, 88 anos, feminino); *“tenho mais agilidade, equilíbrio e resistência”* (P8, 85 anos, feminino).

Todos estes testemunhos vão ao encontro da literatura científica sobre o tema, que tem vindo a reportar vários efeitos benéficos para os idosos, nomeadamente melhorias em aspetos funcionais, como os identificados pelos participantes deste PAF e que são elencados na revisão da literatura de Pillat et. al (2019), como o aumento da força de

membros inferiores, a melhoria da mobilidade, da performance física, do equilíbrio e até da velocidade da marcha e aumento do comprimento do passo.

Para além disso, houve um conjunto de idosos que notou sentir menos cansaço no desempenho das suas AVDs: *“ajudou a não me sentir tão cansada”* (P2, 88 anos, feminino); *“sinto-me mais capaz e menos cansada”* (P6, 82 anos, feminino); *“não me sinto tão cansada”* (P7, 88 anos, feminino); *“também me sinto menos cansada a andar, levantar-me e vestir-me”* (P8, 85 anos, feminino) e *“sinto-me um bocadinho menos cansada”* (P14, 83 anos, feminino).

Esta perceção de menor cansaço é validada por estudos como o de Egerton et al. (2016) e de Soyuer & Senol (2011), que avaliaram vários idosos e a sua sensação de cansaço em associação com os seus níveis de AF. A conclusão comum foi a de que o cansaço está associado a reduções de prática de AF e a padrões de vida mais sedentários.



Fig. 7 – P11 a fazer o apoio unipedal

Por conseguinte, a prática regular de AF tem impacto na redução da sensação de cansaço e em dois meses e meio foi possível a alguns participantes experienciarem-no.

Uma participante demonstra ter adquirido, pelo menos nesta fase, a prática de AF como hábito, ao partilhar que começou a fazer caminhadas regularmente: *“já faço caminhadas que não fazia há muito tempo”* (P11, 77 anos, feminino) (fig. 7), o que se constitui como um objetivo primordial desta intervenção, pois é através da regularização da prática de AF que os idosos conseguem retirar mais e melhores benefícios.

Os impactos na socialização e na melhoria da saúde mental foram notados por dois participantes que afirmaram sentir mudanças *“tanto a nível de socialização, porque estou muito tempo sozinha, bem como a ter uma vida mais ativa”* (P9, 96 anos, feminino); *“melhorou a minha parte mental, pois já falo com outras pessoas e não estou tão isolada”* (P11, 77 anos, feminino).

Neste sentido, um estudo sobre a associação entre AF e solidão, isolamento social e fatores de proteção psicológicos entre idosos (Musich et al., 2022) reporta que níveis de AF moderados ou altos estão associados a uma redução significativa da sensação de solidão e isolamento social e, conseqüentemente, a maiores níveis de fatores de proteção,

pelo que a prática regular de AF “could potentially serve as an effective intervention to reduce loneliness and social isolation, to augment selected protective factors, and to mitigate excess healthcare expenditures due to at-risk levels of these factors” (p. 93). É de notar, então, que se duas participantes sentiram este impacto ao fim de dois meses e meio de PAF, muitos outros idosos solitários e isolados poderão retirar benefício semelhante com a prática de AF regular.

Exercícios favoritos: todos!

Centrando-nos mais na execução do PAF, procurámos identificar quais teriam sido os exercícios favoritos dos participantes e porquê, tendo concluído que, regra geral, não identificam um exercício preferido, ao referir ter gostado de todos.

Ainda assim, alguns indicaram o exercício da vassoura (levantar, segurando com os dois braços, o cabo de uma vassoura, de baixo para cima) como o seu predileto, havendo uma participante que justifica com o facto de se sentir apoiada: “*porque estou apoiada*” (P7, 88 anos, feminino).

Dois participantes apontaram o exercício de mexer os braços (sentado com costas direitas e rodar com os braços) como o que mais gostaram de fazer, um sem justificar e o outro argumentando que, antes, lhe custava “*a mexer o corpo de um lado para o outro*” (P11, 77 anos, feminino).

Por último, regista-se, ainda, o testemunho de um idoso, que destacou o exercício de tocar com a mão num pé e no outro, sentado, uma vez que sente que “*faz com que me mexa mais*” (P4, 93 anos, masculino) e o de um outro que apontou a caminhada como favorito, “*pois eu não fazia*” (P12, 85 anos, feminino).

Exercícios menos apreciados: nenhum!

De seguida, analisámos os exercícios que os participantes tinham gostado menos, procurando perceber os motivos, mas quase todos confessaram não ter havido um exercício de que gostassem menos. Só um apontou o exercício de tocar com a mão num

pé e no outro, sentado, como o que gostou menos, “*porque me custa muito*” (P14, 83 anos, feminino).

Daqui se reforça que, perante um exercício que os participantes não gostam, poderá ser interessante adaptar ou substituir por outro, pois se quisermos reforçar a adesão ao PAF, devemos privilegiar os objetivos, motivações e gostos dos utentes, de forma a potenciar a regularização da prática de AF.

Exercícios mais fáceis e mais difíceis: divergência de opiniões



Fig. 8 – P3 a executar o exercício de tocar com a mão num pé e no outro, sentado

Consequentemente, revelou-se importante analisar até que ponto alguns exercícios teriam sido mais difíceis e outros mais fáceis, bem como as razões que levaram os participantes a achar isso, tendo-se verificado que metade dos inquiridos considera ter havido exercícios mais difíceis, contra a outra metade que considera que eram todos do mesmo grau. Dentre os 50% que identificaram um exercício mais difícil, uma parte considera o exercício de tocar com a mão num pé e no outro, sentados (fig. 8), como o mais difícil, apontando como maior razão o facto de ser o exercício que os cansa mais: “*porque o cansaço é muito e falta-me o ar*” (P7, 88 anos, feminino); “*canso-me muito*” (P8, 85 anos, feminino) e “*porque sinto-me muito muito cansada*” (P14, 83 anos, feminino). Outros dois testemunhos apontam motivos de limitação física: “*por ter uma deficiência na coluna*” (P1, 90 anos, masculino) e “*porque é onde estou mais presa*” (P5, 85 anos, feminino).

Entretanto, outros apontaram o exercício de levantar e sentar na cadeira, elevando o braço direito no sentido do lado esquerdo do corpo e vice-versa, como um dos mais difíceis, sendo que uma participante justifica com um problema no braço (P2, 88 anos, feminino) e a outra por sentir um grande nível de cansaço (P14, 83 anos, feminino). Depois, com uma resposta cada um, encontramos mais dois exercícios mencionados pelos participantes como os mais difíceis, ambos por motivos de limitação física: o da vassoura,

“porque tenho um problema no braço” (P2, 88 anos, feminino) e o de flexão de braços, “porque custa-me muito a mexer e levantar os braços” (P12, 85 anos, feminino).

Mais de metade dos participantes inquiridos considerou não haver nenhum exercício mais fácil que o outro: “foi tudo adequado às minhas capacidades, acho que foi tudo no mesmo grau” (P4, 93 anos, masculino); “foram todos dentro do mesmo nível” (P5, 85 anos, feminino); “foi tudo igual a nível de dificuldade e facilidade” (P6, 82 anos, feminino) e “todos no mesmo grau praticamente” (P8, 85 anos, feminino).

Entre os que consideraram haver um mais fácil, dois apontaram o de rodar com os braços, sentado de costas direitas, sendo que um foi “porque já fazia exercícios para me mexer melhor” (P1, 90 anos, masculino) e outro “porque estou sentada e segura” (P7, 88 anos, feminino), ao passo que dois referiram o da vassoura, um sem justificar e o outro “porque estou apoiada e consigo mexer bem assim” (P12, 85 anos, feminino). Os restantes dois participantes identificaram, cada um, um exercício diferente: o de subir e descer um degrau, “porque já o fazia antes” (P2, 88 anos, feminino) e o de caminhar, sem apresentar justificação.

***Fitness buddies* para a vida: a importância de um suporte humano durante um PAF**

Quanto à ajuda na realização dos exercícios prescritos no PAF, perguntou-se aos idosos se tinham tido alguma e de quem, ao que todos responderam afirmativamente, mencionando a autora deste estudo como ajuda principal: “[a] Diana explicou e ajudou-me a conseguir praticar bem os exercícios” (P5, 85 anos, feminino) (fig. 9). Não



Fig. 9 – P4 e P5 a cumprirem um exercício do PAF com a supervisão da investigadora

obstante, quatro participantes mencionaram, ainda, ter tido outras ajudas, nomeadamente dois que citaram a ajuda de uma das técnicas responsáveis pelo SAD de uma das IPPS participantes no estudo e outros dois que afirmaram ter sido ajudados pela filha.

Assim, esta investigação vem, neste ponto, confirmar o que a literatura tem evidenciado acerca da existência de um *fitness buddy* ou de um acompanhamento pessoal feito por um agente externo contribuir para promover a adesão e cumprimento do PAF (Burton et al, 2017; Tully et al., 2013; Vetrosvsky, 2022), uma vez que todos os participantes sentiram este acompanhamento como sendo fundamental, referindo o



Fig. 10 – P7 a receber suporte para fazer mais repetições de flexão de braço, contra a parede

contributo e a ligação criados, seja com a investigadora, seja com familiares e amigos. Inclusivamente, muitos idosos referiram que sem esse apoio e orientação teriam dificuldades em manter-se ativos no cumprimento do PAF ou da prática de AF a longo prazo (fig. 10). Alguns confessaram mesmo depender de motivação externa para praticar AF, pelo que nos parece que um PAF em SAD terá sempre maior sucesso se for supervisionado e/ou eventualmente feito em pares ou grupos.

Manutenção da prática autónoma de AF: (im)possibilidade?

Em penúltimo lugar, procurou-se escrutinar a capacidade dos idosos para continuar a prática autónoma de AF, pelo menos duas vezes por semana, ao que uma grande parte respondeu ser capaz, sobretudo por consciência do impacto positivo da AF no seu dia-a-dia: “*só me faz bem, para me mexer melhor*” (P7, 88 anos, feminino); “*ajuda a minha autonomia, a estar mais ativa*” (P2, 88 anos, feminino). O outro motivo mais referido foi a familiaridade com os exercícios, justificada da seguinte forma: “*porque já estou ambientado com os exercícios*” (P1, 90 anos, masculino); “*já estou familiarizada com os exercícios*” (P2, 88 anos, feminino). O quadro 10 apresenta as restantes respostas:

Participante	Capacidade para continuar a prática autónoma de AF
P3, 90 anos, masculino	<i>“sim, eu já caminhava quase todos os dias e continuarei a fazer. Também vou fazer alguns exercícios para continuar ativo”</i>
P4, 93 anos, masculino	<i>“sim, já o fazia antes e agora ainda procuro mais fazer”</i>

P5, 85 anos, feminino	<i>“talvez não, faz-me bem, mas sou muito preguiçosa”</i>
P6, 82 anos, feminino	<i>“acho que sim. Tenho é de ter muita força de vontade, mas vou tentar, só me faz bem”</i>
P8, 85 anos, feminino	<i>“sim, tenho andado a fazer. Tenho aqui a folha dos exercícios. Vou vendo e vou fazendo”</i>
P9, 96 anos, feminino	<i>“talvez, mas acompanhada. Tenho medo de cair, no entanto, já fazia alguns e quero continuar”</i>
P12, 85 anos, feminino	<i>“sim, alguns eu já faço algumas vezes por semana sozinha”</i>
P13, 86 anos, feminino	<i>“só com a ajuda da minha filha. Estou muito esquecida”</i>
P14, 83 anos, feminino	<i>“talvez não. Sem motivação de alguém é difícil. Sou muito preguiçosa também”</i>
P15, 77 anos, masculino	<i>“sim, vou continuar a fazer”</i>

Quadro 10 – Exemplos de respostas referentes à capacidade para continuar a prática autónoma de AF

Como podemos observar, quem já tinha hábitos de prática de AF ou adquiriu com este PAF parece demonstrar maior disponibilidade para continuar autonomamente, ao passo que os restantes demonstram depender de um apoio externo, como, por exemplo, a P5, a P6, a P9, a P13 e a P14.

Manutenção do PAF enquanto serviço do SAD: sim!

Por último, perguntou-se aos utentes se gostariam de continuar a participar, caso fosse possível prolongar o programa no tempo, ao que todos responderam afirmativamente. Uma grande parte justificou com o objetivo de combater o sedentarismo e aumentar os seus níveis de atividade: *“para não ter uma vida tão sedentária”* (P2, 88 anos, feminino); *“para estar mais ativa”* (P8, 85 anos, feminino) (fig. 11) e *“ajuda-me a estar ativa”* (P12, 85 anos, feminino).

Para além disso, houve ainda referências ao objetivo de continuar o programa, por melhorias na mobilidade, com



Fig. 11 – P8 a praticar o exercício da vassoura com uma bengala

testemunhos como: “*para me movimentar e mexer melhor*” (P4, 93 anos, masculino); “*para me mexer melhor*” (P7, 88 anos, feminino) e “*ajuda-me a ter uma melhor mobilidade*” (P12, 85 anos, feminino).



Fig. 12 – P8 “a ter um bocadinho de companhia”, enquanto pratica AF.

Com algum destaque, encontramos, ainda, a motivação externa que a manutenção do programa continuaria a trazer para o cumprimento das práticas de AF nestes utentes, como se observa em três testemunhos: “*pela motivação que me era dada*” (P1, 90 anos, masculino); “*tinha motivação*” (P5, 85 anos, feminino) e “*com alguém a motivar-me é mais fácil*” (P14, 83 anos, feminino). De igual modo, houve dois utentes a justificarem a vontade de prolongamento do programa com o argumento de ser uma forma de combate ao isolamento e à solidão: “*para não estar tão isolada*” (P6, 82 anos, feminino) e “*para ter um bocadinho de companhia*” (P8, 85 anos, feminino) (fig. 12).

Outros dois referiram a vontade de manutenção da autonomia conquistada com o programa inicial de dois meses e meio: “*para estar mais autónomo ou pelo menos continuar*” (P3, 90 anos, masculino) e “*para estar mais autónoma como tenho estado (a levantar-me, ir à casa de banho, etc)*” (P11, 77 anos, feminino).

Há, ainda, dois utentes que justificam com o facto de terem gostado muito do programa: “*gostei muito*” (P12, 85 anos, feminino) e “*tenho gostado e faz-me bem*” (P13, 86 anos, feminino).

Independentemente da multitude de razões apresentadas, destacamos a unanimidade da resposta afirmativa. Os idosos que experienciaram a prática regular de AF através de um PAF tinham objetivos, sentiram mudanças no seu dia-a-dia, gostaram dos exercícios, enfrentaram exercícios mais desafiantes e outros menos, mas superaram-se, com a colaboração da investigadora e nalguns casos de uma técnica do SAD da IPSS desses utentes e, no fim, afirmam que gostariam de continuar a participar num PAF a longo prazo.

Desta forma, observamos como este projeto de investigação serviu para corroborar muita evidência científica já referenciada anteriormente, na medida em que os participantes retiraram variadas vantagens da prática de AF regular, através do cumprimento deste PAF, nomeadamente ganhos de autonomia e de perceção de melhor qualidade de vida por melhorias ao nível da capacidade funcional, mas também no domínio social, pela produção de momentos de convívio, como concluíram Pinheiro et al. numa revisão sistemática rápida de 2022, que teve em conta 350 revisões sistemáticas, cobrindo cerca de 1421 intervenções com PAF. Com efeito, esta revisão observou que se registaram impactos positivos evidentes, em especial “no número de quedas, capacidade intrínseca, capacidade funcional, a nível físico, social, cognitivo e emocional e, ainda, na qualidade de vida” (Pinheiro et al., 2022, p. 12).

5.4. Hábitos de prática de AF no contexto de SAD

- **Pré-projeto**

Chegados a este ponto, serão tidos em conta os hábitos de práticas de AF no contexto de SAD, aferidos após entrevistas às técnicas de SAD das três IPSS.

Assim, observámos que em duas das instituições esta foi a primeira vez que decorreu um programa de AF aplicado a idosos em contexto de SAD, com exceção de uma instituição que referiu já ter tido “*um projeto do BPI Seniores que tinha fisioterapia e estimulação e decorreu durante um ano*” (T2). Esta mesma técnica acrescentou que “gostaríamos que fossem com mais frequência, mas com alguns utentes não é possível devido às suas incapacidades”. Nos casos em que este projeto de intervenção foi a primeira vez em que se aplicou um programa de AF aos utentes, ambas as técnicas (T1, 38 anos e T3, 45 anos) mencionaram a “*falta de recursos humanos*” como razão para não ter acontecido antes, com a T3 a acrescentar a “*falta de recursos financeiros*” como outro motivo relevante.

Questionadas acerca das expectativas relativamente a este projeto de intervenção, duas técnicas referem o ganho de qualidade de vida: “*é uma mais-valia para a qualidade de vida dos utentes que beneficiarão deste projeto*” (T3, 45 anos) e “*usufruírem da qualidade de vida*” (T2, 43 anos). Para além disso, é mencionada a manutenção da

autonomia: *“os utentes que ainda têm autonomia lhes seja mantida a atividade física nas suas rotinas”* (T2, 43 anos), havendo ainda uma técnica que refere a *“boa imagem da instituição em acolher projetos em parcerias com escolas e alunos”* (T3, 45 anos). A T1 (38 anos) acrescentou o facto de as famílias demonstrarem *“agrado com a iniciativa”*.

Relativamente à forma como perspetivam a manutenção de práticas de AF a longo prazo, promovidas pelo SAD, estas técnicas diferem nas suas óticas, com a T1 (38 anos) a conceber esta prática *“como uma mais-valia no SAD, uma vez que os idosos se encontram muito isolados, por vezes com difíceis relações familiares e qualquer momento de atenção e cuidado é para eles um regalo a todos os níveis, não só físico, mas também mental e espiritual”*. Já a T2 (43 anos) afirma que a sua perspetiva é de *“dar continuidade a este projeto com as ferramentas que forem introduzidas e criar outras”*, ao passo que a T3 (45 anos) revela que, por sua vontade, *“já deveria existir há mais tempo este tipo de práticas de intervenção junto dos idosos de SAD”*, ressalvando, porém, que tal não depende de si, *“mas sim da direção da instituição”*.

Posto isto, observamos que ainda há alguma resistência à prática de AF em SAD, por parte destes testemunhos destas três técnicas, que nos informam que a falta de recursos humanos e financeiros são impeditivos de pôr em marcha programas de AF com os utentes destas IPSS, daí esta ser a primeira experiência do género em duas delas.

De igual modo, notamos que há alguma resistência resultante da forma como os idosos são vistos, dando-se destaque às suas incapacidades e limitações, que não são vistas como desafios, mas como entraves.

Por outro lado, haverá também alguma falta de informação sobre os inúmeros benefícios das práticas de AF nestas faixas etárias, uma vez que apenas foi referida, de forma genérica, a melhoria da qualidade de vida e a manutenção de autonomia dos que já a tinham, sendo inclusivamente destacada, em primeiro lugar, a boa imagem da instituição por acolher um projeto em parceria com uma aluna de mestrado, em detrimento de vantagens que são, verdadeiramente, relevantes para os participantes do projeto.

Por último, parece haver também alguma desresponsabilização e/ou impotência por parte de quem coordena o SAD e que defende não ter poder de decisão sobre a implementação de projetos desta natureza, que ficam ao aval das direções de instituição que, depois, nunca os priorizam, nem tornam possíveis.

- **Pós-projeto**

Após o projeto, foi aplicado um novo inquérito às três técnicas do SAD, para aferir o cumprimento das suas expectativas relativamente ao projeto de intervenção, a sua perceção do impacto na vida dos utentes, o *feedback* recebido no sentido de haver interesse na manutenção da prática de AF e, ainda, a viabilidade da manutenção do projeto.

Em relação às expectativas, todas consideram que foram atendidas, com a T1 (38 anos) a testemunhar melhorias na “*autonomia de todos os idosos, mais destreza, flexibilidade e autoconfiança, motivação para estar em grupo, alegria e partilha*”. Por sua vez, a T2 (43 anos) apontou que “*os utentes envolvidos manifestaram cumplicidade e vontade de fazer os exercícios*”, ao passo que a T3 (45 anos) apenas referiu a cordialidade, simpatia e empatia da coordenadora do projeto para com os utentes.

No que diz respeito ao impacto na vida dos utentes, as três técnicas são unânimes em considerar que o projeto trouxe impactos positivos aos participantes, “*que aguardavam ansiosamente a hora de praticar os exercícios, não só pelo bem-estar físico, mas também pelo convívio*” (T1, 38 anos). De facto, uma das técnicas refere que o projeto “*elevou a autoestima*” (T2, 43 anos) e outra diz que notou impactos, pelo facto de os utentes continuarem a querer praticar os exercícios sozinhos, por considerarem “*o projeto muito interessante*” (T3, 45 anos).

De acordo com as técnicas, o *feedback* obtido foi positivo, com os participantes a indicarem que “*não deveriam parar para não voltar ao sedentarismo em que se encontravam*”, tendo “*motivação para continuar a exercitar-se*” (T1, 38 anos). A T2 (43 anos) frisou que o *feedback* foi positivo, principalmente por parte dos “*familiares, que acompanham os utentes*”.

Neste ponto, confrontadas com a hipótese de viabilizar a manutenção do projeto, duas das técnicas demonstraram vontade de dar seguimento, “*nos mesmos moldes*” (T1, 38 anos), com a ressalva de ter que se adaptar a frequência do programa para passar a ser só uma vez por semana, “*para poder abranger mais pessoas do SAD*” (T1, 38 anos). A outra técnica foi menos detalhada, referindo que pretende “*tentar pegar no modelo e continuar a colocá-lo em prática*” (T2, 43 anos). A T3 (45 anos) afirma que o “*projeto vai ao encontro das pretensões da própria instituição, mas para a sua concretização será*

necessário o apoio de um programa/prémio que financie, para que os utentes possam usufruir gratuitamente dos serviços” (T3, 45 anos).

Assim, confirmamos que, apesar do sucesso do programa, continua a haver alguma resistência na implementação de práticas de AF em SAD, ainda que seja de ressalvar a manutenção do programa numa das IPSS, a Amarela, que presenciámos, aquando de uma visita às três instituições, em setembro. Esta IPSS tem mantido a prática de AF, uma vez por semana, sob supervisão de uma das técnicas (T1, 38 anos), que foi, inclusivamente, a única que foi acompanhando o projeto na sua fase de implementação, tendo uma participação ativa, pois acompanhava sempre a investigadora deste projeto, nas visitas ao domicílio dos utentes. Talvez por ter acompanhado de mais perto o projeto, acabou por testemunhar as vantagens da sua aplicação, tornando a sua manutenção a longo prazo uma prioridade da sua ação enquanto responsável pelo SAD da sua IPSS. Para além desta instituição e dos seus idosos, que continuam a praticar AF, de forma supervisionada, dando seguimento ao PAF deste projeto, pudemos observar que alguns dos utentes das outras duas IPSS alegavam continuar, ao fim de cinco meses, a praticar AF de forma autónoma, após a experiência deste projeto de intervenção, nomeadamente o P1, a P2, P11, P12 e P15. Alguns utentes da IPPS Amarela também o disseram fazer autonomamente, para além das visitas programadas da T2: o P3, o P5, a P6, a P7 e a P8.

Independentemente da resistência que pudesse haver nestas três técnicas em particular, pelos motivos que já explorámos, foi-nos possível testemunhar que, efetivamente, as políticas de gestão das IPSS não contemplam a prática de AF como uma prioridade. Por um lado, isto pode-se dever à falta de informação sobre os benefícios comprovados da prática regular de AF em idosos e da pouca expressão de experiências de implementação de PAF em SAD em Portugal, mas também em parte à própria conceção do serviço, na forma como está enquadrado legalmente, visto que a portaria xxx, que atualmente define os objetivos do SAD, incluiu a importância de

“concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às

necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.” (Portaria n.º 38/2013, 2013, p. 605),

mas não incluiu a importância da prática de AF regular como serviço a oferecer, no leque de serviços descritos como aqueles que o SAD deve providenciar, na página 606 dessa mesma portaria, o que prova que a importância da AF ainda não é contemplada pelos atores políticos decisores das políticas públicas relativas à saúde e à segurança social, influenciando depois toda a estrutura do SAD, que se desenvolve à margem dessa prioridade.

Em termos de gestão de recursos humanos, foi-nos, igualmente, possível aperceber de que há poucos técnicos contratados pelas IPSS e ainda menos alocados ao SAD, o que dificulta o trabalho de quem gere esta resposta social. São várias as responsabilidades deste serviço e quando só há uma pessoa encarregue de dirigir tudo, torna-se especialmente desafiante coordenar todas as áreas. Por vezes, encontram-se soluções no voluntariado e em parcerias com outras instituições ou projetos, mas seria, sem dúvida, mais produtivo, ter a possibilidade de delegar certas áreas de intervenção a técnicos especializados, remunerados para fazer esse trabalho, como é o caso da implementação e manutenção de um PAF em SAD.

Nesta mesma lógica, as IPSS carecem também de financiamento suficiente para dar resposta a todas as necessidades dos seus utentes, como é o caso da prática de AF, pois é preciso financiamento para pagar a técnicos que possam cumprir esse papel, para pagar o combustível das deslocações, seguros e/ou para adquirir material de treino. Por norma, as IPSS vivem de financiamento proveniente de subsídios do governo e de outras entidades públicas, sendo a venda de bens e serviços a componente mais importante do financiamento proveniente de receitas próprias (Espírito Santo, 2021). Não obstante, existem alternativas, como procurar financiamento externo, nomeadamente de fundos disponibilizados pelo Fundo Social Europeu, através da União Europeia e/ou das câmaras municipais, que também dispõem de fundos para financiar projetos desta natureza.

Assim sendo, reconhecem-se as várias limitações que estas instituições enfrentam no seu dia-a-dia, em termos de recursos humanos, financiamento e também fruto de políticas pouco ambiciosas ao nível do que pode ser feito em prol da melhoria da

qualidade de vida dos utentes a vários níveis, mas também se atesta que há meios alternativos e que havendo conhecimento e vontade, tudo se consegue. Por vezes, temos de adaptar e simplificar, mas, parafraseando o adágio da OMS (2020): alguma AF é melhor do que nenhuma.

5.5. Perspetivas de familiares sobre a participação de idosos num PAF em SAD

No final deste projeto, questionou-se os familiares dos idosos participantes no programa, para conhecer as suas perspetivas acerca da participação dos seus familiares neste programa, nomeadamente a forma como encararam a sua adesão, as mudanças que trouxe ao seu quotidiano, a adequação às capacidades e necessidades do utente e a perceção (ou não) de alguma AVD que pudessem ter passado a conseguir fazer com mais facilidade, comparativamente com o período pré-projeto. Para além disso, procurou-se saber como encararam o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios e se o familiar irá continuar a fazer AF com alguma regularidade, após os dois meses e meio de projeto, tendo sido pedida, igualmente, uma opinião sobre a manutenção de um programa de AF para utentes de SAD, tendo em conta esta experiência recente com os familiares.

Efetivamente, concluímos que todos encaram, de forma bastante positiva, a participação dos seus familiares num programa de AF em contexto de SAD, sendo referido, entre outros, que: *“é benéfico para o físico e a mente do utente (...) é também uma forma de estar ocupado e em contato com pessoas de outra geração”* (filha do P3, administrativa); *“permite o desenvolvimento físico, mas essencialmente o convívio com pessoas mais jovens e motivadoras”* (filha da P8, professora); *“ajudou-os a estarem mais ativos e a socializarem, uma vez que estão muito isolados”* (filho da P12, reformado). Portanto, regra geral, referem os benefícios físicos, mas também os mentais e sociais, destacando a importância da socialização através da AF, como combate ao isolamento.

Noutra esteira, todos os familiares notaram mudanças positivas na vida do seu familiar, como se pode comprovar pelos registos elencados no quadro 11:

Familiar	Mudanças percebidas
Filha do P3	<i>“melhoras a nível físico”</i>
Nora da P7	<i>“fez com que não estivesse sempre sentada no sofá e tem mais mobilidade”</i>
Filha da P8	<i>“em termos psicológicos e físicos”</i>
Filha da P11	<i>“gosta muito de estar a sentir-se útil”</i>
Filha do P15	<i>“para quem está isolado e pouco ativo, trouxe um momento de ação e de atividade de extrema importância”</i>

Quadro 11 – Exemplos de respostas referentes às mudanças percebidas pelos familiares dos idosos

Em relação à adequação às capacidades e necessidades do familiar, todos os entrevistados consideraram que o PAF estava bem adequado, com a ressalva da filha do P3 (administrativa), que informa que o pai *“é uma pessoa completamente autónoma e sem qualquer limitação física”*, pelo que não notava necessidades prementes associadas aos exercícios prescritos. Porém, em relação às capacidades, considera que sim, afirmando que se trata de *“um idoso com 90 anos e não tem a elasticidade de um jovem”*, pelo que os exercícios estavam adequados nesse sentido de estimular a sua elasticidade e desafiá-lo nas suas capacidades. A nora da P7 (reformada) refere que a familiar tem *“problemas no coração”* e, por isso, não se movimenta muito, estando *“sempre mais cansada”*, sentindo que os exercícios estavam adequados a essa situação. Outros testemunhos, destacadas no quadro 12, corroboram esta perspetiva:

Familiar	Adequação do PAF às capacidades e necessidades dos participantes
Filha da P8	<i>“os exercícios estavam adequados à idade e à capacidade da minha mãe”</i>
Filha da P13	<i>“os exercícios eram fáceis e ao nível das suas capacidades”</i>
Filha do P15	<i>“os exercícios eram de curta duração, adaptados ao contexto de casa e com recursos fáceis e ajustados”</i>

Quadro 12 – Exemplos de respostas referentes à adequação do PAF às capacidades e necessidades dos participantes

Posto isto, os entrevistados notam que os seus familiares passaram a conseguir fazer algumas AVDs com mais facilidade do que antes, como podemos denotar nos testemunhos abaixo transcritos no quadro 13:

Familiar	Perceção de maior facilidade na execução de AVDs
Filha da P3	<i>“tem mais facilidade a movimentar os membros superiores”</i>
Filho dos P4 e P5	<i>“acrescentou um pouco de mobilidade, assim como de algum bem-estar”</i>
Nora da P7	<i>“anda melhor e não tem tanto cansaço, nem falta de ar”</i>
Filha da P8	<i>“desenvolveu o caminhar e permitiu mover-se melhor no seu espaço”</i>
Filha da P11	<i>“fazer caminhadas, e por vezes ao longo do dia vai fazendo os exercícios”</i>
Filho da P12	<i>“no vestuário e nas idas à casa de banho”</i>
Filha da P13	<i>“conseguiu elevar mais os MS e também mais agilidade nos MI”</i>
Filha do P15	<i>“mais rápido na sua deslocação e autonomia. Maior autoestima no seu dia-a-dia, numa imagem mais positiva de si próprio”</i>

Quadro 13 – Exemplos de respostas referentes à perceção de maior facilidade na execução de AVDs

No que concerne ao apoio disponibilizado para a realização dos exercícios, há um familiar que refere não ter opinião, por não ter *“acompanhado de perto a situação”* (filho dos P1 e P2, motorista de máquinas de terraplanagem), com os restantes a atestarem encarar positivamente este apoio, destacando ser *“muito positivo, quer no aspeto físico, assim como no psicológico”* (filho dos P4 e P5, técnico de eletrodomésticos); a *“atenção e simpatia da parte da pessoa que os vem fazer”* (nora da P7, reformada); *“muito bom, com a sua devida assistência e auxílio”* (filha do P9, reformada); a *“presença orientadora e com os exercícios descritos e com imagens”* (filha do P15, técnica superior da área social) e, ainda, o *“muito profissionalismo, amor pelo que faz e carinho pelos doentes”*. Não obstante, também há um testemunho que defende: *“acho que deveriam ser feitos outros apoios aos utentes, porque muitos deles passam os dias sozinhos e é uma forma de ocupar o tempo e quebrar a solidão, pois a solidão mata”* (filha do P3, administrativa) e um que nota a *“pena de não poder dar-se continuidade ao apoio”* (filha da P8, professora).

Relativamente à percepção destes entrevistados acerca dos seus familiares continuarem ou não a praticar AF com alguma regularidade, após o término do projeto, há alguma divisão, com alguns a preverem continuidade, “*pois eles notam alguma diferença nas tarefas do dia-a-dia*” (filho dos P1 e P2, motorista de máquinas de terraplanagem); outros “*pois já anteriormente a este programa ele praticava algum exercício físico por iniciativa própria, como por exemplo, fazer caminhada todos os dias*” (filha do P3, administrativa); “*vai continuar com os mesmos exercícios que praticava*” (filha da P13, reformada). Ainda assim, há os que consideram não ser possível que os seus familiares continuem a praticar AF, argumentando que “*os idosos têm tendência a isolarem-se e se não estiver a pessoa a insistir e estimular, não faz*” (filha da P11, auxiliar de saúde). Um grande número considera, contudo, que será uma incógnita, apresentando dúvidas quanto à prática de AF por parte dos seus familiares: “*vou acreditar que sim, embora com a presença e o estímulo de uma técnica seja mais motivadora*” (filha da P8, professora); “*talvez, mas tem de ser muita motivada, porque também tem dificuldades a mexer-se*” (filho da P12, reformado); “*tenho algumas dúvidas. Sem o apoio regular, creio que é fácil regressar aos hábitos mais sedentários e à falta de motivação para o movimento. Seria muito importante manter este apoio*” (filha do P15, técnica superior da área social).

Em último lugar, perguntou-se aos entrevistados a sua opinião acerca da manutenção de um programa de AF para utentes do SAD, a longo prazo, ao que todos responderam de forma afirmativa, defendendo a importância deste tipo de intervenção, de modo geral, com exemplos do impacto positivo obtido através da experiência dos seus familiares, compilados no quadro 14:

Familiar	Opinião sobre viabilidade de manutenção de um PAF em SAD
Filho dos P1 e P2	<i>“devia de ser um programa para continuar, pois para alguns será a única forma de incentivar a praticar exercício físico”</i>
Filha da P3	<i>“penso que é importante, pois cria de certa forma uma rotina ao utente mantendo assim em contacto com outras pessoas para combater a solidão e ajudar a mobilidade dos utentes”</i>

Filho dos P4 e P5	<i>“penso que é muito positivo, mas precisa de continuidade, dado que os idosos no geral estão limitados no que à sua mobilidade diz respeito”</i>
Nora da P7	<i>“acho importante a continuação deste serviço, além de fazer bem, também a presença de quem vem fazer é muito benéfica para a mente”</i>
Filha da P8	<i>“creio que a manutenção deveria ser assegurada”</i>
Filha da P9	<i>“acho que é importante tanto para a socialização como capacidade física”</i>
Filha da P11	<i>“O idoso passa muito tempo a dormir e sem vontade de fazer nada. Se vem a pessoa que o motiva e estimula, pois ele faz e está sempre à espera que chegue o dia para fazer as tais atividades e a pessoa que eles gostam”</i>
Filho da P12	<i>“Acho que é muito necessário. Aliás, devia ser mais tempo, porque traz benefícios físicos, sociais e emocionais”</i>
Filha da P13	<i>“seria uma boa iniciativa. Para doentes com pouca mobilidade e com falta de recursos para se poderem deslocar das suas habitações”</i>
Filha da P14	<i>“Acho bem, porque é sempre diferente ter alguém com formação para esse exercício”</i>
Filha da P15	<i>“seria de extrema importância. Pela sua componente física, emocional e social”</i>

Quadro 14 – Exemplos de respostas referentes à opinião sobre viabilidade de manutenção de um PAF em SAD

Como já tínhamos explorado anteriormente, o apoio dos familiares pode, sem dúvida, constituir-se como um grande promotor da prática de AF, ao contribuir para a motivação e empoderamento dos idosos, sendo inclusive benéfico que a família participe nesta prática de AF conjuntamente com o idoso, de forma a envolvê-lo e motivá-lo para este hábito (Mjøsund et al., 2022; Tully et al., 2013).

De forma inversa, nos casos em que os familiares apresentam reservas em relação aos benefícios e segurança da prática de AF, acabam por contribuir para condicionar a sua participação (Mjøsund et al., 2022;), o que verificámos acontecer, na fase inicial do projeto, em relação a duas participantes: a P11, cujas filhas (auxiliar de saúde e assistente de balcão) temiam que não fosse bom para a mãe participar por se encontrar num quadro depressivo, receando que esta não interagisse connosco e, por consequência, não realizasse os exercícios e também a P14, pois a filha (empresária de hotelaria) apresentava grandes reservas em relação à participação da mãe, por considerá-la preguiçosa e achar

que ela não iria ter vontade de cumprir o PAF. Contudo, no final do projeto, acabaram todas por admitir que a participação das suas mães tinha sido proveitosa, desejando a manutenção do PAF a longo prazo: *“a idosa passa muito tempo a dormir e sem vontade de fazer nada. Se vem a pessoa que a motiva e estimula, pois ela faz e está sempre à espera que chegue o dia para fazer as tais atividades e a pessoa que eles gostam”* (filha da P11, auxiliar de saúde) e *“acho bem, porque é sempre diferente ter alguém com formação para esse exercício”* (filha da P14, empresária de hotelaria).

Ainda assim, continuamos a notar alguma reserva em relação à prática de AF e seus benefícios por parte de alguns familiares, como a filha da P14 (empresária de hotelaria) que reconhece que a mãe *“teve algumas melhoras, mas não teve mais, porque não se espera mais, também derivado à sua doença”*, denotando uma visão incapacitante da idosa, que é partilhada pela filha da P13 (reformada), que categoriza os idosos como *“doentes com pouca mobilidade”*, para quem o PAF seria uma boa iniciativa. Notamos também que a prática de AF de forma autónoma por parte da P14 (empresária de hotelaria) será dificultada pela ausência de suporte pessoal, uma vez que a filha afirma achar que a mãe não irá continuar a fazer AF com alguma regularidade, *“porque não tendo quem a estimule é muito difícil”*. A mesma situação repete-se com a P11 (auxiliar de saúde): *“porque os idosos têm tendência a isolarem-se e se não estiver a pessoa a insistir e estimular, não faz”*, o que nos informa que a idosa não tem suporte familiar para continuar a ser estimulada a praticar AF, tal como os P4 e P5, com o filho (técnico de eletrodomésticos) a considerar que *“para isso, tem que haver alguém que se disponibilize para tal”*.

Neste campo, um estudo sobre como o suporte familiar afeta a prática de AF entre idosos antes e depois do diagnóstico de doenças crónicas (Yuan et al., 2011) concluiu haver uma correlação positiva entre o suporte familiar e a participação em AF, pugnando que os idosos com doenças crónicas são mais propícios de praticar AF, quando apoiados por familiares, pelo que urge encorajar a população idosa a ser mais ativa, mas também educar e informar a população em geral acerca dos benefícios da prática de AF, para que o suporte familiar seja cada vez mais uma realidade das famílias com idosos, com vista à promoção de uma melhor qualidade de vida.

5.6. Perceções da investigadora sobre a implementação do projeto de intervenção

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P1 – 20/04/2023

“o utente tem vindo a demonstrar e a comunicar que se sente com maior agilidade, força e equilíbrio durante as suas tarefas diárias”

Durante a fase de implementação deste projeto de intervenção, foram tomadas notas de campo, por parte da investigadora, que entretanto já foram sendo utilizadas na discussão dos resultados e que permitem, nesta fase de publicação e divulgação dos resultados, informar acerca da observação direta e participada, aquando da execução do PAF, sobre os sujeitos participantes, as suas atitudes, comportamentos, ações, comentários, falas e outras ocorrências que se tenham revelado relevantes.

Assim sendo, todos os dados recolhidos podem ser consultados no anexo 7, no final deste relatório, estando organizados por participante e por data do registo da nota, entre fevereiro e abril de 2023, período de implementação do PAF.

Ainda assim, podemos traçar uma análise geral aos dados, sendo de destacar a observação contínua e progressiva de ganho de autonomia em muitos dos participantes, associada, igualmente, a menores níveis de cansaço, tanto reportados por eles, como observados pela investigadora: *“o utente já consegue calçar-se com menor dificuldade”* (P1, 13/04/23); *“o utente tem vindo a demonstrar e a comunicar que se sente com maior agilidade, força e equilíbrio durante as suas tarefas diárias”* (P1, 20/04/23). Com efeito, no final do programa, verificou-se que este participante melhorou nos resultados dos seus pós-testes, o que corrobora a percepção de maior autonomia, agilidade, força, resistência e equilíbrio. No caso da P2, por exemplo, no dia 28/03/23, há um registo que indica que *“a utente demonstrou-se menos cansada ao realizar os exercícios e com maior facilidade nos exercícios de braços (flexão de braços)”*, tendo começado *“a fazer repetições de 12-15 vezes”*. No dia 18/04/23, notou-se que *“já se*

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P2 – 18/04/2023

“já se consegue vestir melhor e calçar-se, não tendo tanta dificuldade e cansaço. Também me transmitiu que já faz caminhadas curtas que não conseguia fazer”

consegue vestir melhor e calçar-se, não tendo tanta dificuldade e cansaço. Também me transmitiu que já faz caminhadas curtas que não conseguia fazer". Uma nota relativa ao P4 cita um testemunho do próprio que, no dia 22/03/23 afirmou: *"já consigo estar mais tempo na minha horta sem me cansar"*. Um testemunho da P5 aponta no sentido de ganho de autonomia, ao mesmo tempo que revela dependência da supervisão da investigadora, pois:

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P6 – 19/04/2023

"transmitiu-me que, para além do menor cansaço que tem vindo a ser notório, já se consegue vestir melhor, ir ao WC mais vezes e levantar-se da cama melhor"

como descascar e cortar alimentos; menos cansaço ao levantar-se e vestir-se; faz caminhadas sem estar tão cansada". Por último, podemos ainda atentar no exemplo da P11, que no dia 02/04/23, afirmava estar *"mais*

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P11 – 02/04/2023

"mais continente e já consegue comer sem qualquer tipo de ajuda (cortar a carne, o pão)"

"já se consegue vestir melhor, no entanto só faz os exercícios quando eu vou, porque (citando a participante) é muito preguiçosa e precisa de motivação". A P6, no dia 19/04/23, *"transmitiu-me que, para além do menor cansaço que tem vindo a ser notório, já se consegue vestir melhor, ir ao WC mais vezes e levantar-se da cama melhor"*. Um registo de 28/04/23 sobre a P8, por exemplo, mostra que *"melhorou muito nos pós-testes; conseguiu alimentar-se melhor sozinha, como descascar e cortar alimentos; menos cansaço ao levantar-se e vestir-se; faz caminhadas sem estar tão cansada"*. Por último, podemos ainda atentar no exemplo da P11, que no dia 02/04/23, afirmava estar *"mais continente e já consegue comer sem qualquer tipo de ajuda (cortar a carne, o pão)"* e no dia 20/04/23, já acrescentava que *"desce melhor as escadas e já faz caminhadas mais longas"*.

Por outro lado, pode-se destacar, igualmente, a familiaridade com os exercícios e consequente autonomia em relação à prática de AF, que foi sendo incrementada ao longo do PAF, com vários registos que apontam nesse sentido, como se pode observar no quadro 15:

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P4 – 22/03/2023

"já consigo estar na minha horta sem me cansar"

Nota de Campo

Ganho de autonomia – P8 – 28/04/2023

"melhorou muito nos pós-testes; conseguiu alimentar-se melhor sozinha, como descascar e cortar alimentos; menos cansaço ao levantar-se e vestir-se; faz caminhadas sem estar tão cansada"

Participante	Data do registo	Nota de campo
P1	10/03/23	<i>“o utente transmitiu-me que, por sua iniciativa, começou a fazer os exercícios do programa sozinho esta semana”</i>
P2	10/03/23	<i>“a utente demonstrou uma maior familiaridade nos exercícios (...) esta semana já começou a fazer os exercícios sozinho, para além das vezes em que eu lá vou”</i>
P3	15/03/23	<i>“para além de caminhar todos os dias, tem vindo a fazer alguns dos exercícios mencionados no programa”</i>
P6	10/03/23	<i>“disse-me que esta semana fez os exercícios sozinho e que quer continuar”</i>
P7	31/03/23	<i>“a partir deste dia, a utente já começou a fazer repetições de 12-15 e transmitiu-me que tem vindo a fazer os exercícios sozinho e que tem feito caminhadas que não conseguia”</i>
P8	10/03/23	<i>“contou-me que começou a fazer os exercícios em casa sozinho: «tenho aqui a folha dos exercícios ao pé de mim para ir fazendo»”</i>
P15	16/03/23	<i>“contou-me que faz alguns exercícios sozinho e caminhadas todos os dias”</i>

Quadro 15 – Exemplos de notas de campo referentes à familiaridade com os exercícios e à autonomia em relação à prática de AF

Através da análise das notas de campo, podemos compreender o registo das dificuldades encontradas ao longo do programa, que em muitos casos, foram sendo ultrapassadas com a prática regular de AF. Como exemplo, podemos ter em conta as notas incluídas no quadro 16:

Participante	Data do registro	Nota de campo
P1	23/02/23	<i>“mostrando alguma dificuldade no exercício de ir com a mão ao pé, visto estar muito forte e ter um problema de coluna”</i>
	06/04/23	<i>“o utente tem vindo a estar menos cansado ao realizar os exercícios, nomeadamente os que tinha mais dificuldade, i.e. o exercício de ir com a mão ao pé e o das escadas”</i>
P4	15/03/23	<i>“a sua maior dificuldade é nos braços ao levantar, no entanto, tem vindo a fazer tudo e hoje conseguiu fazer melhor”</i>
P5	22/02/23	<i>“verifiquei que as maiores dificuldades são derivadas à sua obesidade, custando-lhe mais a mexer”</i>
	22/03/23	<i>“tem demonstrado mais rapidez nos exercícios e menos cansaço”</i>
P7	15/03/23	<i>“como era muito sedentária, os exercícios têm sido um desafio. Notei mais dificuldade no exercício de ir com a mão ao pé, pelo cansaço e pela sua falta de ar”</i>
P8	22/02/23	<i>“apresenta algumas dificuldades e muito cansaço devido ao AVC que teve há um ano”</i>
P9	03/03/23	<i>“queixou-se com dores no corpo, mas conseguiu fazer tudo com as repetições desejadas (...) ainda não consegue fazer o exercício das escadas”</i>
P10	27/04/23	<i>“desde o início até hoje demonstra muita resistência em fazer as repetições desejadas. Tem mantido sempre o mesmo registo”</i>
P11	19/02/23	<i>“notei pouco equilíbrio”</i>
P12	20/02/23	<i>“não consegue fazer o exercício das escadas e tem dificuldade na flexão de braços. Sente-se muito cansada”</i>
	03/04/23	<i>“começou a fazer o exercício das escadas e a pentear-se”</i>

P13	02/03/23	<i>“faz os exercícios, mas não consegue fazer metade das repetições e tem muitas queixas a nível da anca”</i>
P14	13/02/23	<i>“apresenta muitas dificuldades de locomoção derivado ao AVC que teve”</i>
	16/03/23	<i>“faz todos os exercícios, apesar de demonstrar muita resistência e cansaço”</i>
	03/04/23	<i>“apesar do cansaço, eleva melhor os braços”</i>

Quadro 16 – Exemplos de notas de campo referentes a dificuldades observadas ao longo do PAF

Por último, é de destacar, também, o registo de observações relativas a aspetos de sociabilidade, com efeitos no combate ao isolamento e a quadros de depressão, como se pode inferir das notas citadas no quadro 17:

Participante	Data do registo	Nota de campo
P5	22/02/23	<i>“a utente demonstrou interesse em participar no PAF «para me mexer melhor e para ter um bocadinho de conversa”</i>
P6	22/02/23	<i>“quero participar, porque estou muito parada e sozinha”</i>
P11	12/02/23	<i>“demonstra pouca comunicação, visto estar com um quadro depressivo e que mal sai do quarto”</i>
	19/02/23	<i>“contou-me que já começou a fazer os exercícios sozinha e a ir ao café a pé”</i>
	17/03/23	<i>“tem socializado mais. Referiu-me que já faz caminhadas com os cães, o que já não fazia há muito tempo”</i>
P13	13/02/23	<i>“pouco interesse em participar; apática”</i>

Quadro 17 – Exemplos de notas de campo relativas a aspetos de sociabilidade

Conclusões

O processo de investigação-ação encetado por este projeto de intervenção não termina com a produção desta dissertação, na medida em que se renova, após se ter analisado e discutido os dados recolhidos e avaliado o cumprimento dos objetivos principais que moveram esta investigação. Com efeito, as respostas às questões colocadas não se esgotam somente na nossa ação, quer pela complexidade do processo, quer pela multiplicidade de contextos e variáveis que devem ser tidas em conta, implicando um investimento a longo prazo e outras ações neste sentido.

Posto isto, após selecionar o foco da nossa investigação e proceder a uma revisão da literatura a vários níveis, de forma a produzir um enquadramento teórico pertinente, procurámos soluções para os nossos microcontextos, seguindo a metodologia que nos pareceu mais apropriada. Após a recolha, análise e discussão dos dados, cumprimos o dever de reportar os resultados a fim de poder contribuir para a prática de uma ação informada, que se renova e se reforma, a cada novo passo dado de mãos dadas com a experiência e a investigação nesta área específica.

Assim, ao longo deste processo, procurámos desmistificar os receios e preconceitos em relação à prática de AF por parte de idosos, apostando nas suas inúmeras vantagens, ao desenvolver um programa de AF para idosos em contexto de SAD, com a duração dois meses e meio, adaptado às necessidades e objetivos dos participantes. Por entre várias estratégias, metodologias e atividades, procurámos, através deste processo, potenciar um envelhecimento mais saudável, que ao mesmo tempo mantenha ou melhore a qualidade de vida, com a melhoria da capacidade funcional dos utentes, visando, em especial, a autonomia e independência desta população, através da promoção da prática de AF em idosos com a frequência de um PAF. Para isso, servimo-nos de exercícios que não só desenvolvem a mobilidade, flexibilidade, força e resistência dos MS e MI, como também a mobilidade e flexibilidade dos ombros, mobilidade torácica e, de forma mais holística, a lateralidade, o equilíbrio, a função cardiovascular e o condicionamento físico.

Este PAF foi aplicado em utentes de três IPPS do concelho de Santarém, que realizaram testes e entrevistas antes e depois da sua aplicação, para melhor se aferir o impacto da intervenção.

Desta forma, após analisarmos os resultados dos testes e interpretarmos o conteúdo das entrevistas, concluímos que se registaram impactos positivos devido a este projeto, com muitos participantes a aumentarem a sua autonomia, tendo em conta os resultados da aplicação do índice de Barthel, e a melhorarem a sua capacidade funcional, como nos mostram os dados dos testes da bateria de Fullerton. Para além disso, temos o testemunho de perceção de melhor qualidade de vida por parte destes participantes e dos seus familiares, bem como das técnicas das IPPS que acompanharam o projeto e da própria investigadora que conduziu todo o processo.

Ressalva-se que o projeto teve a duração de dois meses e meio, pelo que os resultados positivos registados são um forte indicador de que a prática de AF tem impactos rápidos na qualidade de vida das pessoas, se a sua prática for regular, consistente e feita de forma segura, pelo que se reforça a ideia de que é possível e recomendável desenvolver um PAF em SAD, com os benefícios a serem percecionados pelos próprios idosos, pelos familiares e pelas técnicas das IPPS e a serem validados por resultados objetivos, obtidos através da avaliação da autonomia funcional, com o índice de Barthel, e da avaliação da aptidão física funcional, com a bateria de testes de Fullerton. Estes resultados objetivos validam, assim, a eficácia do PAF no SAD, produzindo resultados quantitativos que vêm corroborar as perceções positivas relatadas pelos participantes.

Esta viabilidade prática de implementação de um PAF no SAD comprovou-se, de igual modo, na adesão dos idosos ao programa, na facilidade de incorporar a AF na rotina deles e a forma como passavam a esperar, sempre ansiosamente, pela visita da investigadora para a realização dos exercícios e, no fundo, na aceitação geral por parte de todos os atores deste processo: idosos, familiares e técnicas do SAD.

Além do mais, é pertinente discutir a possibilidade de extrapolação destes resultados para idosos em faixas etárias mais jovens, uma vez que se os benefícios apontados foram observados e percecionados em pessoas muito idosas, parece razoável esperar que idosos em idade menos avançada também possam beneficiar da prática de AF, como de resto existe mais evidência, pois os grupos de estudo costumam ser constituídos por idosos mais jovens, com esta população muito idosa a ser frequentemente sub-representada.

Com este projeto, concluímos, então, que os idosos conseguem desenvolver mais autonomia funcional, ao observarmos que, na fase dos pós-testes, os participantes do

nosso estudo apresentavam menos dependência, conseguindo realizar mais ABVDs autonomamente, o que nos indica uma maior aptidão física funcional.

Ao longo do projeto, pudemos acompanhar um processo de combate ao sedentarismo, com os participantes a serem mais ativos e mais capazes, não só de executar as suas ABVD, mas também de praticar AF de forma autónoma, como através de caminhadas ou de alguns exercícios do PAF.

Parte do sucesso deste projeto deveu-se ao facto de estes idosos terem motivações para praticar AF, como seja o combate ao sedentarismo, a melhoria da sua condição física ou a socialização. Estas motivações materializaram-se em vontade de fazer algo para obter mais qualidade de vida e isso refletiu-se na frequência regular do PAF que, em alguns casos, até excedeu as expetativas.

Consequentemente, os próprios idosos perceberam mudanças no seu quotidiano, ao nível de ganhos de autonomia e de maior capacidade funcional, como já referimos, mas também sensação de menor cansaço e mais saúde mental. Por isso, todos manifestaram vontade de continuar a praticar AF, em especial através de PAF no contexto de SAD, pois muitos sentem ser fundamental a existência de um suporte humano que os ajude a ultrapassar os obstáculos.

As famílias dos idosos podem ser parte desse suporte, devendo para isso ser feito um trabalho em comunidade para que se possa desmistificar algumas conceções erradas sobre a prática de AF em idosos, informando, ao mesmo tempo sobre as suas mais-valias. É também importante desconstruir a visão incapacitante e, por vezes, paternalista, que muitos têm dos seus idosos, contribuindo frequentemente para constranger a sua participação na sociedade, enquanto cidadãos ativos e empoderados. Neste sentido, seria interessante envolver as famílias, definindo grupos de comunicação, por exemplo através do *WhatsApp* e/ou do *Facebook*; indicando *sites* com recursos de apoio à AF; organizando *workshops* e seminários desenhados especificamente para educar as famílias sobre a importância da AF para idosos, inclusive providenciando informação sobre exercícios adequados e os vários benefícios de se manterem ativos. Outra ideia passa por estabelecer grupos de suporte para os familiares dos utentes, onde possam partilhar experiências, procurar conselhos e ajuda e, ainda, oferecer apoio emocional uns aos outros, uma vez que estes grupos conseguem, muitas vezes, proporcionar uma plataforma para discutir desafios e encontrar maneiras eficientes de os resolver, em prol do bem-estar dos idosos.

Para além disso, sugere-se a organização de eventos sociais e encontros que envolvam os idosos e os seus familiares, pois estas atividades podem funcionar como catalisadoras de um sentido de comunidade, proporcionando espaços para as famílias se encontrarem e participarem em atividades físicas juntas, como caminhadas, exercícios de grupo ou desportos recreativos. Podem-se também criar oportunidades de voluntariado, para que os familiares sejam encorajados a voluntariar-se e a participar em iniciativas locais relacionadas com a AF e os cuidados a idosos, visto que este envolvimento pode fortalecer a sua ligação à comunidade e criar um sentido partilhado de propósito na promoção de AF em idosos. Por último, mas não menos importante, podemos envolver os familiares no processo de decisão em relação ao planeamento da AF, procurando o seu input, ouvindo as suas preocupações e, no fundo, trabalhando em conjunto de forma a desenvolver rotinas de AF personalizadas que se alinhem com as preferências, necessidades e capacidades dos utentes.

Da parte das instituições, há caminho a fazer para tornar possível e cada vez mais frequente a implementação destes PAF, visto que os idosos reagem muito positivamente a eles e retiram vários benefícios. Será necessário apostar na formação dos recursos humanos, para se combater a visão incapacitante sobre os idosos, que ainda prolifera, e o desconhecimento acerca das vantagens da prática regular de AF, bem como no recrutamento de mais técnicos especializados, nomeadamente no SAD, para que se possa responder às várias necessidades como é a prática de AF, e no recrutamento de financiamento para este fim. Será também importante desenvolver um espírito criativo, dinâmico e empreendedor, que saiba buscar soluções e ultrapassar barreiras, de forma a levar os idosos aquilo a que qualquer instituição para idosos se propõe: melhor qualidade de vida.

Limitações do estudo

Uma das principais limitações do estudo prende-se com o tempo disponibilizado para a realização do projeto de intervenção, que foi de dois meses e meio, por questões de calendário académico. Tal constituiu-se como uma limitação, na medida em que se recomenda, pelo menos, três meses de AF regular para se obterem resultados mais tangíveis. Na verdade, como podemos compreender pelas conclusões do estudo, é

possível ver resultados consideráveis em menos de três meses, bem como as pessoas idosas aumentarem a sua percepção dos benefícios da integração da AF no seu quotidiano. Porém, reforça-se que seria desejável implementar o PAF num período mais alargado, sendo que o compromisso a longo prazo na prática de AF é crucial para maximizar e depois manter os benefícios colhidos. É a consistência na adesão ao projeto que ajuda a melhorar a condição física e o bem-estar em geral.

Outra limitação deste estudo corresponde ao tamanho do grupo de participantes, que envolveu 15 idosos, o que limita a generalização dos resultados para uma população maior. De facto, será relevante incluir em estudos futuros um maior número de idosos, de forma a poder generalizar-se com mais segurança.

A ausência de um grupo de controlo é outra limitação deste estudo, pois seria pertinente comparar os resultados com um grupo que não tivesse praticado AF ou um grupo que tivesse praticado outro tipo de AF, noutros moldes, como um grupo de caminhadas, por exemplo.

Sugestões e Recomendações

Começamos pela recomendação mais premente, tendo em conta o objeto deste estudo, e que é a urgência de, cada vez mais, as instituições de apoio a idosos com SAD fazerem esforços no sentido de proporcionar a prática de AF regular aos seus utentes, uma vez que o seu objetivo, como já vimos, passa pela promoção da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, contribuindo para retardar ou evitar a institucionalização dos clientes, ao mesmo tempo que se assegura a satisfação das necessidades básicas dos utentes.

Assim sendo, parece-nos fulcral que esse processo inclua a promoção da prática de AF regular, através, por exemplo, de um PAF como o que foi aplicado neste projeto de intervenção, que não teve qualquer tipo de financiamento, tendo apenas gastos a nível do combustível, para assegurar o transporte da investigadora da instituição para casa dos participantes e regresso e a nível da impressão em papel dos programas de exercícios. Os halteres utilizados poderão ser adquiridos pela instituição ou substituídos por pacotes de algum alimento com um quilograma, como pacotes de arroz. De resto, todos os exercícios

são realizados com objetos que se podem encontrar em casa dos utentes: cadeira, cabo de vassoura, parede e um degrau.

Neste sentido, é recomendável a realização de parcerias com entidades locais ou instituições como centros desportivos, grupos comunitários, associações locais, que facilitem o acesso a recursos de AF e/ou ofereçam oportunidades de participar em atividades de grupo, socializar e expandir a sua rede de suporte.

Será, porém, necessário investir na formação dos recursos humanos das instituições para que haja pessoal qualificado para acompanhar a execução do PAF, pois como já vimos, há benefícios com a supervisão de profissionais especializados.

Neste campo, importa realçar a necessidade de formação contínua também para os restantes profissionais, de forma a que todos possam compreender melhor as necessidades e desafios dos idosos, bem como desenvolver estratégias adequadas de motivação e suporte. Outra sugestão passa pela criação de equipas multidisciplinares nas instituições, envolvendo profissionais de diferentes áreas, como assistentes sociais, educadores sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, gerontólogos, técnicos de exercício físico, entre outros, que possam proporcionar uma abordagem integrada, holística e personalizada no atendimento aos idosos, incluindo, claro, a promoção e orientação da prática de AF.

Recomendamos, igualmente, variedade a nível de AF, sempre adaptadas às capacidades, necessidades e também preferências de cada idoso.

Por outro lado, é muito importante a integração de estratégias motivacionais, de modo a incentivar a adesão contínua à prática de AF, através da criação de metas pessoais exequíveis a curto, médio e longo prazo, que ajudem os participantes a continuarem motivados para atingir os seus objetivos; de fornecimento de feedback positivo e construtivo e da promoção de um ambiente de suporte e de celebração das conquistas individuais, por mais pequenas que sejam.

Outra recomendação importante é a avaliação regular da progressão de cada idoso, nomeadamente da sua aptidão física, de forma a monitorizar o progresso e ajustar o programa, fornecendo *feedback*.

Igualmente fundamental será a divulgação e sensibilização sobre a importância da prática de AF para a saúde e qualidade de vida dos idosos, por exemplo através de

campanhas informativas, *workshops* educativos, parcerias com profissionais de saúde, técnicos de exercício físico, entre outros, de forma a promover uma cultura de envelhecimento ativo e saudável.

Esta promoção da consciencialização da importância da AF deve ser dirigida tanto aos profissionais das instituições, como aos familiares, à comunidade e, claro, aos próprios idosos, incentivando a uma mentalidade positiva em relação à prática regular de AF.

Todo este trabalho será facilitado se, num futuro próximo, as políticas públicas refletirem esta preocupação para com a prática de AF por parte dos idosos, com políticas públicas de saúde e envelhecimento que incluam programas de AF no SAD; com a alocação de recursos financeiros e humanos adequados para se poder implementar e manter PAF acessíveis e sustentáveis para os utentes; com a criação de diretrizes específicas e padrões de qualidade para a prática de AF em SAD, visando garantir a segurança e eficácia das intervenções.

Referências bibliográficas

Abdullahi, K. B. (2020). Socio-demographic statuses: Theory, methods, and applications. *Preprints*, 2019, 2019020051. <https://doi.org/10.20944/preprints201902.0051.v2>

Almeida, P. R. (2011). Idosos, quedas e actividade física - percepções e atitudes [Master's Thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro.

American College of Sports Medicine. (2016). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Lippincott Williams & Wilkins.

Antunes, F. P. V. (2016). *Atividade física no idoso – Revisão bibliográfica* [Master's thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26570/1/FranciscoPVAntunes.pdf>

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria* [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Coimbra].

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95522/1/05.pdf>

Araújo, C. J. F. (2011). *Efeito do exercício físico sobre os fatores de risco de queda em idosos – Estudo comparativo entre diferentes programas de exercício físico: musculação, hidroginástica e ginástica de manutenção/caminhada* [Master's Thesis, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56359/2/Tese%20AF%20na%203%C2%BA%20Idade%20Oclaudio.pdf>

Baptista, F. & Sardinha, L. B. (2005). *Avaliação da aptidão física e do equilíbrio de pessoas idosas: Baterias de Fullerton*. Faculdade de Motricidade Humana.

Barreto, M, Gaio, V., Kislaya, I, Antunes, L. Rodrigues, A. P., Silva, A. C, Vargas, P., Prokopenko, T., Santos, A. J., Namorado, S., Gil, A. P., Alves, C., Castilho, E., Cordeiro,

E., Dinis, A., Nunes, B. & Dias, C. M. (2015). *1º inquérito nacional de saúde com exame físico (INSEF 2015): Estado de saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA).

http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relatao_estado-de-saude.pdf

Batista, B. F., Rodrigues, D., Moreira, E. & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: Inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista?. In P. Sá, A. P. Costa & A. Moreira (Eds.), *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados*, 2 (pp. 13-36). Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao_Vol2_Digital.pdf

Benedetti, T., Gonçalves, L. & Mota, J. (2007). Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. *Texto Contexto Enferm*, 16(3), 387-398. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a03v16n3.pdf>

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.

British Heart Foundation. (2017). *Active for later life*. BHF National Centre for Physical Activity and Health. <https://laterlifetraining.co.uk/wp-content/uploads/2017/08/BHFAFLLPDFSec1.pdf>

Budson, A. E. & Price, B. H. (2005). Memory dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 352(7), 696-699. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra041071>

Burton, E., Farrier, K, Hill, K. D., Codde, J., Airey, P. & H., A. M. (2017). Effectiveness of peers in delivering programs or motivating older people to increase their participation in physical activity: Systematic review and meta-analysis. *J sports Sci*, 36(6), 666-678. <https://doi.org/10.1080/02640414.2017.1329549>

Câmara Municipal de Santarém. (2018). *Diagnóstico social do município de Santarém 2018/2021*. CMS. <https://www.cm-santarem.pt/servicos-municipais/acao-social-saude/outros-documentos?download=2483:diagnostico-social-do-concelho-de-santarem-2018-2021>

Campaniço, H. M. P. G. (2016). *Validade simultânea do questionário internacional de actividade física através da medição objectiva da actividade física por actigrafia proporcional* [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11866/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%202016%20Helena%20Campani%c3%a7o.pdf>

Campos, J. L. A., Silva, T. C. & Albuquerque, U. P. (2021). Observação participante e diário de campo: Quando utilizar e como analisar? In Albuquerque, U. P., Cunha, L. V. F. C., Lucena, R. F. P., Alves, R. (Eds.), *Métodos de pesquisa qualitativa para etnobiologia* (pp. 95-112). NUPEEA.

Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação - Guia para auto-aprendizagem*. Universidade Aberta.

Chang, Y. K., Labban, J. D., Gapin, J. I. & Etnier, J. L. (2012). The effects of acute exercise on cognitive performance: a meta-analysis. *Brain research*, 1453, 87–101. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2012.02.068>

Clemson, L., Munro, J., Singh, M. F. (2014). *Lifestyle-integrated functional exercise (LiFE) program to prevent falls - participant's manual*. Sydney University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv176kt7j>

Comissão Europeia (2014). *Eurobarómetro especial n.º 412: Desporto e actividade física*. Directorate-General for Communication. https://data.europa.eu/data/datasets/s1116_80_2_412?locale=pt

Cohen, L. & Manion, L. (1989). *Métodos de investigación educativa*. La Muralla.

Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J. & Vieira, S. (2009). Investigação-acção: Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia, Educação e Cultura*, vol. XIII, 2, 455-479. [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%
3o Ac%c3%a7%c3%a3o Metodologias.PDF](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%c3%a7%c3%a3o%20Metodologias.PDF)

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Edições Almedina.

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F. & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8): 1381-1395. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12900694/>

Cunha, M. C. S. S. D. (2007). *Perfis do serviço de apoio domiciliário em Portugal: Organização de recursos e serviços* [Master's Thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/3268/1/2008000673.pdf>

Despacho normativo nº 30/89 do Ministério do Emprego e da Segurança Social. (1989). Diário da República: I série, nº 20/1989, p. 1358. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/30-1989-614643>

Despacho normativo nº 62/99 do Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (1999). Diário da República: I-B série, nº 264/1999, pp. 7960-7965. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/62-1999-682830>

Direção-Geral de Segurança. (2023). *Sugestões para ser mais ativo*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/sugestoes-para-ser-mais-ativo/>

Egerton, T., Chastin, S. F. M., Stensvold, D. & Helbostad, J. L. (2016). Fatigue may contribute to reduced physical activity among older people: An observational study. *The Journals of Gerontology: Series A*, 71(5), 670-676. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/71/5/670/2465612>

Elsawy, B. & Higgins, K. E. (2010). Physical activity guidelines for older adults. *American Family Physician*, 81(1), 55-59. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/0101/p55.pdf>

Espírito Santo, J. C. E. (2021). Os instrumentos de financiamento das instituições particulares de solidariedade social (IPSS) em Portugal [Master's Thesis, Politécnico de Leiria]. Repositório Institucional do Politécnico de Leiria. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/6683/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o Joiso milzaEsp%C3%ADritoSanto_2192082_com corre%C3%A7%C3%B5es formais.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/6683/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Joiso%20milzaEsp%C3%ADritoSanto_2192082_com_corre%C3%A7%C3%B5es_formais.pdf)

Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. *Contexto e Educação*, 2(7), 19-24. <http://www.unirio.br/cchs/ess/Members/silvana.marinho/disciplina-instrumentos-e-tecnicas-de-intervencao/unid-2-instrumentos-de-conhecimento-intervencao-e-registro/texto-7-falkembach-elza-maria-fonseca-diario-de-campo-um-instrumento-de-reflexao-in-contexto-e-educacao-no-7-jui-inijui-1987>

Ferreira, J. M. S. (2014). A utilização do texto literário no ensino-aprendizagem de Inglês e de Francês como línguas estrangeiras [Master's Thesis, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/14865>

Fonseca, K. H. O. (2012). Investigação-ação: Uma metodologia para prática e reflexão docente. *Revista Onis Ciência*, vol. I, ano 1, 2, 16-31. <https://revistaonisciencia.com/wp-content/uploads/2020/02/2ED02-ARTIGO-KARLA.pdf>

Fundação Portuguesa de Cardiologia (2017). *Mais de metade dos portugueses são sedentários*. <https://www.fpcardiologia.pt/mais-de-metade-dos-portugueses-sao-sedentarios/>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2023). *Carta social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2021*. GEP. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf>

Gil, A. (2009). *Serviços de apoio domiciliário – Ofertas e custos no mercado privado*. Instituto da Segurança Social. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/servicos_apoio_domiciliario/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd/4bcf4195-cdb9-4cfe-a1be-df8ab84f2ddd

Gonçalves, A. (2004). *Métodos e técnicas de investigação social I - Programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*. Universidade do Minho. <https://tendimag.files.wordpress.com/2012/09/mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-investigac3a7c3a3o-social-i.pdf>

Grande, G. D., Oliveira, C. B., Morelhão, P. K., Sherrington, C., Tiedemann, A., Pinto, R. Z. & Franco, M. R. (2020). Interventions promoting physical activity among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Gerontologist*, 60(8), 583-599. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz167>

Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação: O planeamento em ciências sociais*. Principia.

HealthLinkBC. (2016). *Physical Activity Goal Log*. <https://www.healthlinkbc.ca/healthy-eating-physical-activity/forms-and-tools/physical-activity-log>

Heyn, P., Abreu, B. C. & Ottenbacher, K. J. (2004). The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 85(10), 1694–1704. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.03.019>

Hill, M. M. (2014). Desenho de questionário e análise dos dados - Alguns contributos. In L. L. Torres & J. A. Palhares (Eds.), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais da Educação*. Edições Húmus.

Instituto Nacional de Estatística (2021a). *Desporto em números – 2020*. INE. <https://ipdj.gov.pt/documents/20123/36310/Publicac%CC%A7a%CC%83o+Desporto+em+Numeros2020.pdf/17b2bbcc-47f7-2624-498c-a091a10c2fe3?t=1617640372512>

Instituto Nacional de Estatística (2021b). *Estudo sobre o poder de compra concelhio – 2019*. INE. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=528348419&att_display=n&att_download=y

Instituto Português do Desporto e da Juventude. (2021). *Guia de recomendações para desporto sénior*. IPDJ. <https://ipdj.gov.pt/documents/20123/262850/AF+2021+GUIA+DE+RECOMENDAC%CC%A7O%CC%83ES+DESPORTO+SE%CC%81NIOR.pdf/ea8e1a01-05c7-bf17-7fe9-2bd0a117dd7c?t=1614182306555>

Kalache, A. & Keller, I. (2000). The greying world: a challenge for the twenty-first century. *Sci Prog*, 83(1): 33-54. <https://www.jstor.org/stable/43424162>

Koukouli, S., Vlachonikolis, I. G. & Philalithis, A. (2002). Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*, 2(20). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-2-20>

Leite, M. L., Ribeiro, L. B., Evangelista, L. B., Pereira, D., Correia, S. F., Lopes, A. C S., Ferreira, M. V. R. & Pacheco, D. F. (2023). Atividade física: a importância dessa prática no envelhecimento. *Revisa*, 12(1): 173-182. <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p173a182>

Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S. & Ramos, E. (2017). *Inquérito alimentar nacional e de atividade física, IAN-AF 2015-2016: Relatório de resultados*. Universidade do Porto. https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf

Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: the Barthel index*. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>

Malveiro, C. (2022). Metodologia da atividade física para populações especiais. In R. Gonçalves; C. Olim & H. Zegre (Eds.), *Manual do técnico especialista em exercício físico* (pp. 415-434). Fitness Academy.

Marinho, H. I. R. (2013). *Serviço de apoio domiciliário: práticas e dinâmicas na ótica do utente* [Master's Thesis, Fundação Bissaya Barreto]. Repositório Comum. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29499/1/Servi%
c3%a7o%20de%20Apoio%
20Domicili%
c3%a1rio_pr%
c3%a1ticas%
20e%20din%
c3%a2micas%
20na%20%
20c3%b3
tica%20do%
20utente.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29499/1/Servi%c3%a7o%20de%20Apoio%20Domicili%c3%a1rio_pr%c3%a1ticas%20e%20din%c3%a2micas%20na%20%20c3%b3tica%20do%20utente.pdf)

Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Relógio D'Água Editores.

Mazo, G. Z. (2008). *Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Editora Sulina.

Miotto, J. M., Chodzko-Zajko, W. J., Reich, J. L., Supler, M. M. (1999). Reliability and validity of the Fullerton Functional Fitness Test: An independent replication study. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7(4), 339-353. [https://experts.illinois.edu/en/publications/reliability-and-validity-of-the-fullerton-
functional-fitness-test](https://experts.illinois.edu/en/publications/reliability-and-validity-of-the-fullerton-functional-fitness-test)

Miranda, R. D., Perotti, T. C., Bellinazzi, V. R., Nobrega, T. M., Cendoroglo, M. S. & Neto, J. T. (2002). Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. *Revista Brasileira da Hipertensão*, 9, 293-300. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-3/hipertensaoarterial.pdf>

Miranda, R. J. P. (2009). Qual a relação entre o pensamento crítico e a aprendizagem de conteúdos de ciências por via experimental?: Um estudo no 1º ciclo [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5489/9/ulfc096328_3_metodologia.pdf

Mjøsumd, H. L., Uhrenfeldt, L., Burton, E. & Moe, C. F. (2022). Promotion of physical activity in older adults: facilitators and barriers experienced by healthcare personnel in the context of reablement. *BMC Health Services Research*, 22(956). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08247-0>

Moreira, M. L. V. (2022). O contributo do serviço de apoio domiciliário na melhoria da qualidade de vida dos idosos [Master Thesis, Instituto Superior de Serviço Social do Porto].
Repositório Comum.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42721/1/MarianaMoreira.pdf>

Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J., Matos, M. G. (2006). Actividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes em programas regulares de actividade física. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20(3), 219-225. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-468560>

Musich, S., Wang, S. S., Schaeffer, J. A., Kraemer, S., Wicker, E. & Yeh, C. S. (2022). The association of physical activity with loneliness, social isolation, and selected psychological protective factors among older adults. *Geriatr Nurs*, 47, 87-94. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457222001720?via%3Dihub>

Nunes, M. & Santos, S. (2009). Avaliação funcional de idosos em três programas de actividade física: caminhada, hidroginástica e Lian Gong. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 9(2-3), 150-159. <https://doi.org/10.5628/rpcd.09.02-03.150>

O'Brien, R. (2001). An overview of the methodological approach of action research. In R. Richardson (Ed.), *Theory and Practice of Action Research*. <http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. OMS. http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

Organização Mundial de Saúde. (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. WHO.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>

Organização das Nações Unidas. (2019). Envelhecimento.

<https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Pereira, C. C. (2017). *Avaliação e prescrição de exercício para pessoas idosas inscritas em Instituições Particulares de Solidariedade Social do concelho de Ourém* [Master's Thesis, Universidade de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.

https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14761/1/2017_Relat%C3%B3rio%20de%20est%C3%A1gio%20Exerc%C3%ADcio%20e%20Sa%C3%BAde_Carolina%20Pereira.pdf

Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., Macera, C. A. & Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8), 1435-1445.

https://journals.lww.com/acsm-msse/fulltext/2007/08000/physical_activity_and_public_health_in_older.28.aspx

Nguyen, P., Astell-Burt, T., Rahimi-Ardabili, H. & Feng, X. Effect of nature prescriptions on cardiometabolic and mental health, and physical activity: A systematic review. *Lancet Planet Health*, 7(4), 313-328. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00025-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00025-6)

Pillatt, A. P., Nielsson, J., & Schneider, R. H. (2019). Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: Uma revisão sistemática. *Fisioterapia e pesquisa*, 26(2), 210-217.

<https://www.scielo.br/j/fp/a/HxHRwfLJ9NZmkkDymvGRL4G/>

Pinela, T. I. G. (2019). *A importância da literacia para um envelhecimento bem-sucedido* [Master's Thesis, Universidade do Algarve]. Repositório Institucional da Universidade do Algarve.

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/15088/1/tese%20final%2024.09.pdf>

Pinheiro, M. B., Oliveira, J. S., Baldwin, J. N., Hassett, L., Costa, N., Gilchrist, H., Wang, B., Kwok, W., Albuquerque, B. S., Pivotto, L. R., Carvalho-Silva, A. P. M. C., Sharma, S., Gilbert, S., Bauman, A., Bull, F. C., Willumsen, J., Sherrington., C. & Tiedemann, A. (2022). Impact of physical activity programs and services for older adults: a rapid review. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 19(87).
<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-022-01318-9>

PORDATA. (2021a). Censos de 2021: População – Santarém.
<https://www.pordata.pt/censos/resultados/populacao-santarem-655>

PORDATA. (2021b). *População empregada segundo os Censos: total e por setor de atividade económica.*
<https://www.pordata.pt/municipios/populacao+empregada+segundo+os+censos+total+e+por+setor+de+atividade+economica-145>

PORDATA. (2021c). *Volume de negócios das empresas não financeiras: total e por setor de atividade económica.*
<https://www.pordata.pt/municipios/volume+de+negocios+das+empresas+nao+financeiras+total+e+por+setor+de+atividade+economica-589>

PORDATA. (2023). *Índice de dependência de idosos.*
<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-461>

Portaria n.º 38/2013 do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2013). Diário da República: I série, n.º 21/2013, pp. 605-608.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-2013-258278>

Raimundo, A., Malta, J. & Bravo, J. (2019). *O problema do sedentarismo: Benefícios da prática de atividade física e exercício.* Universidade de Évora.
<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25891/1/Sedentarismo%20e%20AF.pdf>

Rauchbach, R. (2001). *A atividade física para terceira idade: envelhecimento ativo, uma proposta para a vida*. Midiograf.

Rikli, R.E. & Jones, C.J. (1999). Functional fitness normative scores for community - Residing older adults, ages 60-94. *Journal of Aging and Physical Activity*, 7, 162. <https://doi.org/10.1123/japa.7.2.162>

Rocha, R. S., Freitas, J., Ramalho, F., Couto, F. & Apóstolo, J. (2019). *Programa de exercício físico para o idoso com fragilidade – Manual de apoio*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://mind-gait.esenfc.pt/mindgait/physical-exercise/1/showContent>

Rosa, M. F. (2012). *Serviço de apoio domiciliário: Um estudo sobre a qualidade dos serviços* [Master's Thesis, Universidade do Algarve]. Repositório Institucional da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/5793>

Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir. Da investigação-ação à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1015>

Santos, S. R. (2015). *Atividade física no domicílio em pessoas com 75 ou mais anos: Contributo para o desenvolvimento de um modelo de intervenção* [Master's Thesis – Universidade Nova de Lisboa e Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11008/1/Relato%CC%81rio%20de%20Investigac%CC%A7a%CC%83o.pdf>

Schwandt, T. A. (2015). Reconstructing professional ethics and responsibility: Implications of critical systems thinking. *Evaluation*, 21(4), 462-466. <https://doi.org/10.1177/1356389015605199>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Quarteto.

Silva, A. C. & Neves, R. (2016). Os olhares dos profissionais sobre os programas de atividade física para pessoas idosas. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), 23-39. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/29990/20788>

Small, S. A. (1995). Action-oriented research: models and methods. *Journal of Marriage and Family*, 57(4), 941-955. <https://doi.org/10.2307/353414>

Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios*. Pactor.

Soyuer, F. & Şenol, V. (2011). Fatigue and physical activity levels of 65 and over older people living in rest home. *International Journal of Gerontology*, 5(1), 13-16.

Tully, M. A., Hunter, R. F., McAneney, H., Cupples, M. E., Donnelly, M., Geraint, E., Hutchinson, G., Prior, L., Stevenson, M. & Kee, F. (2013). Physical activity and the rejuvenation of Connswater (PARC study): Protocol for a natural experiment investigating the impact of urban regeneration on public health. *BMC Public health*, 13(774). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-774>

Vale, R. M. C., Barbosa, R. M. E., Guimarães, A. C., Barroso, S. M. & Silva, M. A. (2022). Intervenções por exercício físico e funções cognitivas de idosos: Revisão sistemática da literatura. *Revista brasileira de atividade física & saúde*, 27, 1-12. <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/14864/11254>

Varela, S., Ayán, C. & Cancela, J. M. (2008). Batteries assessing health related fitness in the elderly: a brief review. *European Review of Aging and Physical Activity*, 5, 97-105. <https://doi.org/10.1007/s11556-008-0037-2>

Vetrovsky, T., Borowiec, A., Juřík, R., Wahlich, C., Śmigielski, W., Steffl, M., Tufano, J. J., Drygas, W, Stastny, P., Harris, T. & Małek, Ł. (2022). Do physical activity interventions combining selfmonitoring with other components provide an additional benefit compared with self-monitoring alone? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 56, 1366–1374. <https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/56/23/1366.full.pdf>

Vieira, I. (2013). *Revisão sistemática sobre efeitos dos programas de exercício na funcionalidade da população idosa. Estudo retrospectivo sobre a eficácia de 5 épocas de um programa para a população idosa do concelho de Leiria* [Master's Thesis, Instituto Politécnico de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1135/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado_Isabel%20Vieira.pdf

Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Luy, L. Y., Covinsky, K. (2001). A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. *Arch Intern Med*, 161(14):1703-1708. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/648735>

Yu, J. (2015). The etiology and exercise implications of sarcopenia in the elderly. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 199-203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000411>

Yuan, S, Weng, S., Chou, M., Tang, Y., Lee, S., Chen, D., Chuang, Y, Yu, C, Kuo, H. (2011). How family support affects physical activity (PA) among middle-aged and elderly people before and after they suffer from chronic diseases. *Arch Gerontol Geriatr*, 53(3), 274-277. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2010.11.029>

Zalesky, A. L., Taylor, B. A., Panza, G. A., Wu, Y., Pescatello, L. S., Thompson, P.D., Fernandez, A. B. (2016). Coming of age: considerations in the prescription of exercise for older adults. *Methodist Debaquey Cardiovasc J.*, 12(2), 98-104. <https://journal.houstonmethodist.org/articles/10.14797/mdcj-12-2-98>

Zanuso, S., Jimenez, A., Pugliese, G., Corigliano, G. & Balducci, S. (2009). Exercise for the management of type 2 diabetes: a review of the evidence. *Acta Diabetol*, 47(1), 15-22. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00592-009-0126-3>

ANEXOS

Anexo 1 – Índice de Barthel

Atividade	Pontuação
Alimentação 0 = Incapacitado 5= Precisa de ajuda para cortar comida, barrar manteiga, etc ou dieta adaptada 10= Independente	
Banho 0= Dependente 5= Independente	
Atividades Rotineiras de Higiene 0= Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5= Independente na lavagem do rosto, cabelo, dentes, fazer a barba, etc.	
Vestir-se 0= Dependente 5= Precisa de ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho 10= Independente (incluindo botões, fechos, laços, etc)	
Intestino 0= Incontinente (necessidade de enema) 5= Acidente ocasional 10= Contigente	
Sistema Urinário 0= Incontinente/ cateterizado e incapaz de manejo 5= Acidente ocasional 10= Contigente	
Uso da Casa de Banho 0= Dependente 5= Precisa de alguma ajuda 10= Independente (limpar-se, uso do bidé, etc)	
Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) 0= Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5= Muita ajuda (uma ou duas pessoas), pode sentar 10= Pouca ajuda (verbal ou física) 15= Independente	
Mobilidade em Superfícies Planas 0= Imóvel ou < 50 metros 5= Cadeira de Rodas Independente, incluindo esquinas, >50 metros 10= Caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15= Independente (mas pode precisar de algum auxílio, como bengala) > 50 metros	
Escadas 0= Incapacitado 5= Precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10= Independente	

Resultado IB	Grau de Dependência
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independente

Anexo 2 – Modelo das Entrevistas

Modelo de entrevista semiestruturada aos participantes (pré-projeto)

Guião de Entrevista - Utentes

Código: _____

Data de Nascimento:

Idade:

Sexo: F ()

M ()

Estado Civil:

Escolaridade completa:

Profissão que exercia:

Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

4. O que costuma fazer fora de casa?

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

_____ dias por semana Nenhum

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

Obrigada pela sua participação!

Modelo de entrevista semiestruturada aos participantes (pós-projeto)

Guião de Entrevista – Utente

Código: _____

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

8- Na sua opinião, o programa estava adequado às suas capacidades e necessidades? Porquê?

9- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem? ´

10- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho? Justifique.

11- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

12- Sente que ao longo destes 2 meses passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Modelo de entrevista semiestruturada às técnicas (pré-projeto)

Guião de Entrevista – Técnica SAD

Código: _____

1. Esta será a primeira vez que os utentes em SAD irão cumprir um programa de atividade física? Em caso negativo, com que frequência costumam implementar iniciativas que promovam a prática de AF?

2. Caso seja a primeira vez, por que razão nunca houve iniciativas de promoção de AF?

3. Quais as expetativas relativamente a este projeto de intervenção?

4. Como perspectiva a manutenção de práticas de AF a longo prazo, promovidas pelo SAD?

Modelo de entrevista semiestruturada às técnicas (pós-projeto)

Guião de Entrevista – Técnica SAD

Código: _____

- 1- Considera que as suas expetativas relativamente a este projeto de intervenção foram cumpridas? Em que medida?

- 2- Sente que os utentes retiraram vantagens da sua participação neste programa?

- 3- Tem recebido feedback por parte dos utentes a manifestar interesse na manutenção da prática de AF?

- 4- Após a realização deste projeto, considera viável a sua manutenção? Em que moldes?

Modelo de entrevista semiestruturada aos familiares (pós-projeto)

Guião de Entrevista – Familiares

Código: _____

Grau de parentesco: _____

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física?

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

3- Na sua opinião, o programa estava adequado às suas capacidades e necessidades? Porquê?

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

5- Considera que o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios foi suficiente e adequado?

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

7 – Considera relevante manter-se um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Anexo 3 – Entrevistas pré e pós-testes

Digitalização das entrevistas semiestruturadas aos participantes (pré-projeto)

P1

Data de Nascimento: 19-10-32 Idade: 90
Sexo: F () M (x) Estado Civil: Casado
Escolaridade completa: 4º ano
Profissão que exercia: magist. de máquinas de teatro, dança, hipotermia, obesidade, problemas cardíacos
Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
Em geral Ativa e Saudável

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
Quando saio de casa vou sempre no meu carro

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
Anda à volta do quintal.

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

Ajudo a minha mulher a cuidar de
jardim e dos animais.

4. O que costuma fazer fora de casa?

Dou umas voltas a pé à volta do
meu quintal e da minha rua

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

_____ dias por semana Nenhum

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

8/9 h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

Tenho vontade a fim de me
melhorar.

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

Melhorar-me melhor.

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

Acho que não.

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

Exercícios para me melhorar.

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

Acho que sim.

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 13-12-34 Idade: 88
 Sexo: F (X) M () Estado Civil: casada
 Escolaridade completa: licenciatura
 Profissão que exercia: professora de 1º ano
 de ensino hipobáscio

Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?

Fui e sou uma pessoa activa

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

Quando saio de casa vou de carro

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

Ando a pé no quintal e vou até ao centro social e a casa do filho.

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

Trabalho com o trato dos animais e flores e Tênis
e que é de casa.

4. O que costuma fazer fora de casa?

Vou a pé a casa do meu filho

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

2 dias por semana Nenhum
por aldeia

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

Ph

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

Tenho vontade de viver com algumas condições. Eu não tenho vontade de participar no programa para melhorar a vida atlete

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

Mais qualidade de vida.

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

Não

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

Exercícios que me ajudem a movimentar melhor

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

Sim

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 9-12-32 Idade: 90 anos
 Sexo: F () M (x) Estado Civil: casado
 Escolaridade completa: 5º ano
 Profissão que exercia: cobrador da rodoviária deicas do diabetes, hipertensão, Colesterol elevado e Síndrome Jettiziroto
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa (muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?)
 Em muito Ativa

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "vou a pé para trazer das minhas coisas pequenas aqui na terra ... para meus longe vou de carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "a farmácia, centro de saúde, loja, ao talho e banco"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"cuido do jardim e quintal, estendo e apendo a roupa"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"faço caminhadas várias vezes ao dia"

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

7 dias por semana Nenhum

ver os filhos
ter o amigo

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

5. Quanto tempo passa sentado por dia?

3h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tenho vontade, pois o peso está ainda mais ativo"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"ter mais autonomia"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Penso que não"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"exercícios que promovam o equilíbrio e a agilidade"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Acho que Sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 29-10-29¹ Idade: 93
 Sexo: F () M (x) Estado Civil: casado
 Escolaridade completa: 4º ano
 Profissão que exercia: motorista
 2003 a 2010, coletores de lixo, aulas de dança e
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 fui muito ativo

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "Vou de carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "ao café e pouco mais"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"lavo a loiça, ponho a mesa"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"vou até a horta e ponho feijão e pouco mais"

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

2 dias por semana Nenhum

"c. com o meu filho"

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

5,6 h

Secção E - Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"tenho alguma vontade, pois me motivou"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"melhor-me"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Algumas a melhor-me"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"exercícios braços e pernas"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Tal vez, não sei"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 10-11-37 Idade: 85

Sexo: F ()

M ()

Estado Civil: casado

Escolaridade completa: 4º ano

Profissão que exercia:

doméstica (limpeza, organização, manutenção do jardim, manutenção do carro, manutenção do jardim, manutenção do carro)

Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?

"muito ativa"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

"veículo de carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

"à loja, ao fundo da rua, mas muito raramente, não todas as semanas"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta, apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"faro a cama, lavo a boca e pouco mais"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"Nada"

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

_____ dias por semana Nenhum

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

"8/9h"

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tenho, porque gosto de me mexer e acho que isto ajuda-me a fazer mais."

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"Tenho de ir a fazer mais exercício e acho que isto ajuda-me a fazer mais."

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Talvez, porque estou muito preso."

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"Exercícios de braços e pernas"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 21-6-90 Idade: 82 anos
 Sexo: F (x) M () Estado Civil: viúva
 Escolaridade completa: 3^o MB
 Profissão que exercia: agricultora
 doenças hipertensão, bronquite, cancro de mama
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 "muito ativa"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "a pé à loja e à Farmácia. Ao hospital usei a ambulância ou do carro."

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "para as pequenas caminhadas pela terra e à loja e farmácia"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

no meu jardim

4. O que costuma fazer fora de casa?

ir à loja e comprar a pó

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

2 dias por semana Nenhum

ir à casa de amigos

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

7/8h

Secção E - Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Não me sinto muito motivada no início vou participar para ver se consigo mexer-me melhor"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"mexer-me um pouco melhor"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"acho que vou ter algumas dificuldades pelo meu nível de resistência e ao início vou-me sentir um bocadinho a mexer-me"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"exercícios onde mexesse mais as minhas pernas"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Talvez sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 17-9-34 Idade: 88 anos

Sexo: F (x) M () Estado Civil: viúvo

Escolaridade completa: 3^o ano

Profissão que exercia: agricultor
 doença hipertensão, obesidade, diabetes, problemas cardíacos

Ao longo da vida, considera-se uma pessoa (muito ativa) ativa / pouco ativa / nada ativa?

Não uma pessoa muito ativa

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

a pé dentro da casa e de carro ou nos
transportes quando vou para mais longe
(hospital, etc)

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

vou à loja e a farmácia, banco, etc

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"fazo a cama, varro a casa, lavo a louça e quando necessário passo a minha comida"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"é a lugares abanhar sal, faço uma caminhada, vou ao mercado, banco e fecho a pe."

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

2 dias por semana Nenhum

(ida à shopping a pe)

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

6 horas

Secção E - Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Digo-me motivada e com vontade de fazer, apesar do programa não me sentir tão cansada."

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"Procuro manter-me como estou e penso que posso vir a sentir-me melhor com o tempo."

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Acho que não vai ter dificuldades em fazer, porque vou ser adaptada ao meu estado."

"então a pensar que me quero."

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"Nunca fiz exercícios de AF, por isso não sei."

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Ele queria que fiz exercícios no tempo, mais autonomia, acho que sim..."

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 25-4-38 Idade: 85 anos
 Sexo: F () M () Estado Civil: solteira
 Escolaridade completa: 3 anos
 Profissão que exercia: agricultora; empregada de limpeza
 doenças hipertensão, aneurisma na aorta, diabetes, Ace
 chaga no ombro, brenquia
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 "Muito ativa"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "Quando preciso de sair uso o carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "Para a casa e do meu patio não me desloco a pé para o exterior"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

limpo o po de um modo geral, cuido do jardim e da higiene do meu gato

4. O que costuma fazer fora de casa?

vão buscar o meu gato à rua aqui pela terra

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

5 dias por semana Nenhum
à volta do meu patio, vários vezes

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

7h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tenho muita vontade e sinto-me muito motivado, porque sei que vai contribuir para o meu bem-estar"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"Sentir-me mais segura para andar fora de casa e poder dominar a vida na terra sem ter medo de me desequilibrar"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Acho que vou ter dificuldades, porque devido à minha saúde, custa-me muito a mexer-me, mas tenho persas de vontade"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"exercícios que me ajudem a ter mais força nos braços"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Tenho a certeza"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 19-8-26 Idade: 96 anos
 Sexo: F (x) M () Estado Civil: Viúva
 Escolaridade completa: - - -
 Profissão que exercia: agricultora
 hobbies: hipocal, smg, zépo no corcôo, colateral de uso
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / (ativa) pouco ativa / nada ativa?
 "sou e fui ativa"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "Quando vou sair de casa saio de carro com o meu genro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "fora de casa não anda a pé"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"Cuido do meu jardim"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"Não saio de casa praticamente, a não ser quando tenho alguma comissão ou outra situação."

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

7 dias por semana Nenhum

"Caminho à minha casa, muitas vezes"

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

5/6h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tenho vontade e estou motivada porque é para o meu bem"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"Andar com menos dificuldade"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Acho que vou ter algemas, pois custa-me a andar"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"Exercícios para mexer melhor os braços e pernas"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Espero que sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 14-5-29 Idade: 94
Sexo: F () M (x) Estado Civil: casado
Escolaridade completa: 4^o ano
Profissão que exercia: camponês, agricultor
doenças: hipertensão
Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
"muito ativo"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

"Quando saio de casa vou no carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

"só ando a pé em casa"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"Cuido da horta - dentro do que posso"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"Ando a pé à volta do meu quintal só"

Secção C - Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

7 dias por semana Nenhum

"à volta do terreno meu"

Secção D - Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

8 / 9 h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

" Não tenho muita vontade, acho que não me vai acrescentar muito, mas vou participar para ver "

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

" Acho que não "

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

" Não "

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

" Exercícios para me dar mais força aos meus braços e que me ajudem a fazer coisas difíceis a vestir-me e calçar-me "

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

" Acho que não me vai trazer nada de novo "

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 17-2-46 Idade: 77
 Sexo: F (X) M () Estado Civil: Casada
 Escolaridade completa: 6º ano
 Profissão que exercia: empregada numa mercearia
 dores de dentes, dores ansiedade, bipolaridade
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 Pouco activa

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

Ando a pé para ir ao café e vou de carro para ir ao médico e às compras

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

Ho café

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

São feitas tarefas para garantir as
famílias: ~~independência~~ ^{do} ~~ligamento~~ ^{o que}
foco apenas em ~~estender~~ ^{ajudar} a roupa
e ~~deixar~~ ^{alguém}

4. O que costuma fazer fora de casa?

Faço uma pequena ^{como abrejo do} ~~café~~

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

7 dias por semana Nenhum

à volta do
minha casa todos os dias à noite

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

7/8h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

Tenho vontade porque vai melhorar a minha autonomia

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

Sentir menos lesquidilias

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

Não

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

exercício de deslocação

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

Sim

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 25-9-37 Idade: 85
 Sexo: F (x) M () Estado Civil: viúva
 Escolaridade completa: 3º ano
 Profissão que exercia: agricultora
 tarefas: obridade
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 "fui muito ativa e todo ser"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?

"Quando saio de casa nunca é a pé, mas sim de carro"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?

"Nunca ando a pé fora de casa"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"Faço algema refeição e dobro a roupa"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"Nada"

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

____ dias por semana Nenhum

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

8/9h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

" Tanto ganha vontade pois a partir o meu bem, penso a importância que me vai ajudar a melhorar."

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

" Mais - me melhor sei peb menos manter-me"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

" Não sei mas talvez. Gostava - me muito a apoiar e levantar os braços para cima"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

" Bem Sei eu"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

" Não Sei, vamos Ver. Gostava que sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 12-6-1936 Idade: 86 anos
 Sexo: F () M () Estado Civil: Viuva
 Escolaridade completa: 4º ano
 Profissão que exercia: agricultora
 doações - hipertensão
 Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
 "Muito ativa"

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
 "Não vou para lado nenhum, a não ser ao hospital nos bombeiros"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
 "Não ando a pé sem ser em minha casa"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

"dado a roupa"

4. O que costuma fazer fora de casa?

"não saí de casa"

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

dias por semana Nenhum

7 a volta de casa

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

8h

Secção E - Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tenho vontade, porque vou tentar mexer-me melhor"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"mexer-me melhor das pernas, sem custar tanto e conseguir descer as escadas"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"vou ter dificuldades, pois tenho muita dificuldade para me levantar e começar a andar"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"exercícios de locomoção"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Pois que sim"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 27-7-1934 Idade: 83
Sexo: F (X) M () Estado Civil: viúva
Escolaridade completa: 3o ano
Profissão que exercia: agricultura e lona de um café
obrigos: zolobos, ~~plata~~ ~~ordemal~~, Arc. tomarrisco, disprezi

Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
Fez uma pessoa ativa tendo em conta os
meios problemas de saúde

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
"Quando tenho de sair de casa ou vou
nos bairros ou do campo, a pé"

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
"fora de casa não ando a pé"

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

em casa não faço nenhuma tarefa doméstica, faço o senastico com a minha filha todos os dias

4. O que costuma fazer fora de casa?

Não saio de casa a não ser ir ao médico

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

3 dias por semana Nenhum

a volta do café

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

8h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

"Tomo conta em participar pois estou muito tempo sozinho e sinto-me muito a mexer-me"

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

"Ganhar não sei, queria só manter-me ativo"

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

"Acho que não"

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?

"Exercícios de força"

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

"Acho que sim, pelo menos em pequenas coisas do dia-a-dia"

Obrigada pela sua participação!

Data de Nascimento: 20-4-45 Idade: 77 anos
Sexo: F () M (X) Estado Civil: vivo
Escolaridade completa: 6º ano
Profissão que exercia: mecânico assistente à material de quem
doenças: diabetes, A.C.
Ao longo da vida, considera-se uma pessoa muito ativa / ativa / pouco ativa / nada ativa?
Sou uma pessoa muito inativa

Este questionário foi adaptado com base no Questionário Internacional de Atividade Física e inclui questões sobre a Atividade Física que realiza habitualmente para se deslocar de um lado para o outro, nas atividades domésticas, no jardim, no quintal e nas atividades que efetua nos seus tempos livres de lazer ou desporto. As questões referem-se em particular à Atividade Física que realizou na última semana. As suas respostas são muito importantes para este estudo.

Secção A – Atividade Física como meio de transporte

Estas questões referem-se à forma típica como se desloca de um local para outro, incluindo lojas, cafés, igreja, posto médico, entre outros.

1. Quando sai de casa, costuma andar a pé ou utiliza algum transporte?
Ando sempre a pé, Vou no caso quando for ao médico

2. Se ainda anda a pé, para onde costuma ir?
Vou ao café

Secção B – Atividade Física em casa: tarefas domésticas, trabalho no jardim e quintal e cuidar da família

Esta parte inclui as atividades físicas que fez na última semana em sua casa, como por exemplo atividades domésticas, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou

cuidar da família. Tenha em conta apenas aquelas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos.

3. Quando está em casa, que atividades costuma fazer?

Doar o leite ao PISA e fiar o fio de quintal

4. O que costuma fazer fora de casa?

fazer caminhada quando vou ao café

Secção C – Atividades Físicas de tempo livre, desporto, exercício e lazer

Esta secção refere-se às atividades físicas que fez na última semana unicamente por motivos de tempo livre, lazer, desporto e exercício. Pense, somente, nas atividades físicas que fez durante pelo menos 10 minutos seguidos. Não inclua as atividades que já tenha referido anteriormente.

5. Sem contar qualquer caminhada que tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana caminhou durante pelo menos 10 minutos seguidos no seu tempo livre?

7 dias por semana Nenhum

a volta do quintal

Secção D – Tempo gasto sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que permanece sentado durante todo o dia em casa e durante o seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado a descansar, a ler, a ver televisão, etc. NÃO inclui o tempo gasto sentado durante o transporte em carro, autocarro, ou comboio.

6. Quanto tempo passa sentado por dia?

4h

Secção E – Expectativas em relação ao PAF

7. Qual a sua vontade em realizar este programa de atividade física (PAF)? Sente-se motivado? Porquê?

~~ter~~ ~~uma~~ ~~vontade~~ ~~para~~ ~~estar~~ ~~Mais~~
feito

8. O que acha que pode vir a ganhar com este projeto?

Mais Atenuica

9. Considera que pode vir a ter dificuldades no cumprimento deste PAF? Se sim, quais?

Não

10. Que exercícios de AF gostaria de fazer?


exercício do equilíbrio

11. Acha que a prática recorrente de AF lhe pode trazer mais autonomia no dia-a-dia?

~~acho~~ ~~que~~ ~~me~~ ~~vai~~ ~~trazer~~ ~~mais~~
Autonomia

Obrigada pela sua participação!

Digitalização das entrevistas semiestruturadas aos participantes (pós-projeto)

 universidade
de aveiro

Guião de Entrevista – Utente

Código: P1

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

Porque sentia falta de algo que me ajudasse a movimentar melhor e estar mais ativo.

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

Senti-me melhorias, nomeadamente na agilidade.

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

O exercício de mexer os braços.

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

Não houve.

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

O exercício de pentado, tocar mesma perna e tocar mesma pé e no outro, por ter uma deficiência na coluna.

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

O exercício dos braços, porque já fiz os exercícios para me mexer melhor.

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

Sim, ajuda da Diana porque me ensinou os exercícios.

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho? Justifique.

Sim, já estou habituado com os exercícios.

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar? Justifique.

Sim, pois ajuda-me a estar mais ativo e a meses-me melhor e ainda pela motivação que me dá toda.

Guião de Entrevista – Utente

Código: PR

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

Porque entendi que necessitava de ajuda para me sentir melhor para andar.

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

Sim, ajudou na minha autonomia, começando a andar melhor, não me sinto tão cansada e ter mais equilíbrio.

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

Gostei de todos.

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

Não houve.

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

O exercício de levantar o braço porque tenho um problema no braço.

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

O exercício das escadas, porque já o fazia antes.

P2

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

Sim ajuda da Diana que me orientou e explicou os exercícios.

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

Sim, já vou a fazer isso.
Ajuda a minha autonomia a estar mais ativa e já estou familiarizada com os exercícios.

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

Sim para não ter uma vida tão sedentária.

Guião de Entrevista – Utente

Código: P3

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para ajudar a Dama no estudo e para
me continuar a mexer"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Sim, melhorei um bocadinho na parte
da mobilidade e equilíbrio"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"Coisa de todas"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Nenhum"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"Não, foi tudo no mesmo grau"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Não, foi tudo igual"

P3

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Da orientação e explicação da
Diana para saber fazer bem
os exercícios"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

"Sim, eu já vinha a fazer quase todos
os dias e continuarei a fazer. Também
já fiz alguns exercícios para
continuar ativo"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

"Sim para estar mais autónomo
ou pelo menos continuar"

Guião de Entrevista – Utente

Código: P4

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Porque acho que estes movimentos são me fazem bem"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Sinto que após os movimentos faço as minhas tarefas com maior facilidade como é o caso de vestir o casaco"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"De todos, mais o de sentado com a mãe até ao pé e o meu preferido porque faz com que não mexa meus"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Não houve"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"Não há nenhum mais difícil"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Foi tudo adequado às minhas capacidades, acho que foi tudo no mesmo grau"

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem? '

"Da Diana que me explicou todos os exercícios"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

"Sim, já o fazia antes, e agora ainda procuro mais fazer"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

"Sim, para me manter a mexer melhor"

Guião de Entrevista – Utente

Código: P5

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Fiz uma experiência para ver se me fazia bem e estou muito contente"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Mantive, no entanto surgiu-me com mais coragem e força para realizar as minhas tarefas"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"Costas de todas"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Não houve"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"O que me custou mais foi levantar o mate até ao joelho, porque é onde estou mais preso"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Fossem todos dentro do mesmo nível"

P5

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Da Diana, explicou e ajudou-me a conseguir praticar bem os exercícios"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

"Talvez não, fiz-me bem, mas sou muito preguiçosa"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

"Sim, porque mexia-me e tinha motivação, mas vou tentar fazer qualquer coisa"

Guião de Entrevista – Utente

Código: P6

- 1- Qual a sua frequência de participação no PAF?
- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para ver se melhorava a nível físico e também social"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Bom dizer... devia ser mais vezes mas sinto-me mais capaz e mais cansada"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"gostei de todos"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"não sei, acho que nenhum"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"foi tudo a mesma coisa de dificuldade"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"foi tudo igual a nível de dificuldade e facilidade"

P6

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

Da Diana que me ajudou e explicou

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

Acho que sim, tenho é de ter muita
força de vontade, mas vou tentar,
só me faz bem.

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

Sim, para não me meter e não estar
tão isolada.

Guião de Entrevista – Utente

Código: Pf

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para ver se melhorava qualquer coisa"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Sim, melhorei. Não me sinto tão cansado
já faço caminhadas e sinto-me com
mais força e agilidade para as pequenas
tarefas que faço"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"o exercício da vassoura, porque está
apoiada"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Não houve"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"o exercício do sentido, fazer num pé
e no outro, porque o cansaço é muito
e falta-mo o ar"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"o exercício sentido rodar com os
bracos, porque não sentido e segura"



8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Tive da Diana e da Sélene"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

"Sim, já ando a fazer isso, mediante as minhas capacidades. Se não faz bem, para não mexer melhor."

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

"Sim, para não mexer melhor, não me sentir tão cansada e estar ativa."

Guião de Entrevista – Utente

Código: FE

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Porque eu gosto de ginástica, de me mexer e ser que me fez bem"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Sim, tenho mais agilidade, equilíbrio e resistência. Também me sinto mais cansada a andar, levantar-me e vestir-me"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"Gostei de todos"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Nenhum"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"A de meter a mão no pé, caso me doia"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Todos no mesmo grau praticamente"

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

" Da Diona que me apoiou e explicou os exercícios "

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

" Sim, tenho vontade a fazer. Tenho aqui a ficha dos exercícios e vou lá a fazer. "

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

" Sim, para estar mais ativa, mexer-me melhor e ter um bacincho de companhia. "

Guião de Entrevista – Utente

Código: Pa

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para ver se conseguia andar melhor"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Trouxo algumas, tanto a nível de socialização, porque estou muito tempo sozinho, bem como a ter uma vida mais ativa"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"Gostei de todos"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"Não houve"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"Achei que todos eram pouco difíceis de fazer, mas é que já tenho pouca idade e mexo-me pouco"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Eram todos ao mesmo nível"

fa

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Da Diana e da Sotne que me ajudaram
nos exercícios para me sentir mais
segura até saber/conseguir
fazer bem"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

"talvez, mas acompanhada. Tenho
medo de cair, no entanto já fiz a
alguns e quero continuar."

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

"Sim, porque não sinto sempre vontade
de ter mais força nos braços"

Guião de Entrevista – Utente

Código: P11

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

Era bom para a minha idade, para a minha
mente e para o meu físico

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

Sim, já me sinto melhor e já não
sinto aquela coisa que não fazia há muito tempo
melhorar a minha parte mental, pois já
falo com outras pessoas e não estou tão isolado

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

Sentada rodar com os braços, porque
desperta-me a mente o corpo de um lado
para o outro

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

Gostei de todas

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

Não

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

Todas ao mesmo nível

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

Da Diana

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

Acho porque já estou habituado aos
exercícios

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

Sim, para estar mais activo e para
estar mais autónomo como tenho estado.
(a trabalhar-me, ir à casa do banho, etc)

Guião de Entrevista – Utente

Código: A2

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

para me mexer melhor e para estar mais ativa

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"sim, depois de mexer - me mais, consigo fazer mais vezes a casa de banho, já consigo vestir uma peça de roupa com muito esforço e levantar-me"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"o da caminhada, pois eu não fazia"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"gostei de todos"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"o exercício da flexão de braços, porque custa-me muito a mexer e levantar os braços"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"sim, o exercício da varinha, porque estou apoiada e consigo mexer bem a tudo"

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?'

"Tive ajuda e orientação da Diana"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?

Justifique.

"Sim, alguns eu já faço algumas vezes por semana sozinho"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?

Justifique.

"Continuava, porque gostei muito e ajuda-me a estar ativa e a ter uma melhor mobilidade."

Guião de Entrevista – Utente

Código: P13

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para não estar tão parada"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"pelos menos mantive o estou mais contida"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"o da caminhada"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"não dei, dei lá"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"Não"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Não dei, acho que feito com o mesmo grau"

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Da Diara e da minha filha"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

"Só com a ajuda da minha filha
estou muito esquecida"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

"Sim, eu tenho gostado e fiz-me
bem... estou mais ativa"

Guião de Entrevista – Utente

Código: 14

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

>4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

"Para me mexer e ficar melhorzinha. Estava sempre sentada porque o cansaço era muito"

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

"Sinto-me um bocadinho menos cansada e se eu fizer muito muito esforço, já me consigo vestir melhor e aguentar a urina até ir ao WC"

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

"Talvez, o ~~exercício~~ exercício de flexão de braços"

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

"O exercício de sentada tocar no pé e no outro, porque me custa muito"

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

"Sim, sentada tocar no pé o da do braço e sentada na cadeira, porque sinto-me muito muito cansada"

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

"Talvez, o de companhia e o exercício da vassoura / bengala"

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem?

"Sim, da Diana e às vezes da
minha filha"

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

"Talvez não... sem motivação de
alguém é difícil, sou muito preguiçosa
também"

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

"Sim, não continuava porque? Com
alguém a motivar-me é mais
fácil"

Guião de Entrevista – Utente

Código: P13

1- Qual a sua frequência de participação no PAF?

- >4x por semana 3-4x por semana 2x por semana <2x por semana

2- Por que decidiu participar neste PAF?

Porque queria que isto fosse bom

3- Sente que a prática de AF lhe trouxe mudanças no seu dia-a-dia? De que forma?

Mudou-se a minha rotina

4- Qual foi o exercício que gostou mais? Porquê?

o da Vassoura

5- Qual o exercício que gostou menos? Porquê?

Nenhum

6- Considera que houve exercícios mais difíceis de fazer? Quais? Porquê?

Não

7- Considera que houve exercícios mais fáceis de fazer? Quais? Porquê?

Não são todos tão difíceis
nem p

8- Teve alguma ajuda na realização dos exercícios? De quem? *

a orientador do Diaua

9- Acha que era capaz de continuar a fazer AF pelo menos 2 vezes por semana sozinho?
Justifique.

Sim Vou continuar a
fazer

10- Se houvesse prolongamento deste programa, gostaria de continuar a participar?
Justifique.

Sim Para estar mais
ativo

Digitalização das entrevistas semiestruturada às técnicas (pré-projeto)

IPSS Roxa – T3

1. Esta será a primeira vez que os utentes em SAD irão cumprir um programa de atividade física? Em caso negativo, com que frequência costumam implementar iniciativas que promovam a prática de AF?

Sim, em 2019 tivemos um projeto denominado "Centro de Atividades" que consistia em grupos seniores nas 7 Coleções da UT, onde desenvolviam atividades físicas, lúdicas e de estimulação cognitiva. Essas atividades eram promovidas pela educadora social da instituição, e as beneficiárias eram pessoas da comunidade + de 65 anos. Alguns eram utentes, que de CD, que de SAD, pois foi desmetido em 2020, em plena pandemia.

2. Caso seja a primeira vez, por que razão nunca houve iniciativas de promoção de AF?

Falta de recursos humanos e financeiros para o fazer.

3. Quais as expectativas relativamente a este projeto de intervenção?

Creio que esse primeiro lugar dará uma boa imagem da instituição, em aceitar projetos em parceria com escolas e alunos. Em segundo lugar, é uma mais valia para a qualidade de vida dos utentes que beneficiarão deste projeto.

4. Como perspectiva a manutenção de práticas de AF a longo prazo, promovidas pelo SAD?

Por minha vontade já deveria existir há mais tempo este tipo de prática de intervenção junto dos idosos de SAD, mas não depende de mim mas sim da Direção da instituição.

IPSS Amarela – T1

1. Esta será a primeira vez que os utentes em SAD irão cumprir um programa de atividade física? Em caso negativo, com que frequência costumam implementar iniciativas que promovam a prática de AF?

Sim, esta será a primeira vez que os utentes de SAD irão cumprir um programa de atividade física.

2. Caso seja a primeira vez, por que razão nunca houve iniciativas de promoção de AF?

Nunca houve iniciativas de promoção de atividade física por falta de recursos humanos.
Estávamos com a pandemia tornou-se ainda mais difícil.

3. Quais as expectativas relativamente a este projeto de intervenção?

As expectativas relativamente a este projeto de intervenção são altas, uma vez que os idosos estão a gostar bastante da presença da aluna Diana e estão a querer cumprir com tudo o que ela lhes solicita.
As famílias também demonstram agrado com a iniciativa.

4. Como perspectiva a manutenção de práticas de AF a longo prazo, promovidas pelo SAD?

Perspetivo a manutenção de práticas de atividade física a longo prazo como uma mais valia no SAD uma vez que os idosos se encontram muito isolados, por vezes com difíceis relações familiares e qualquer momento de atenção e cuidado é para eles um regalo a todos os níveis, não só físico, mas também mental e espiritual.

IPSS Rosa – T2

1. Esta será a primeira vez que os utentes em SAD irão cumprir um programa de atividade física? Em caso negativo, com que frequência costumam implementar iniciativas que promovam a prática de AF?

Esta não é a 1ª vez. Já decorreu um projeto no BPT geridos que tinha fisioterapia e estimulação e decorreu durante 1 ano. Sempre que possível são realizadas atividades no SAD. Gostariamos que fosse com mais frequência, mas com alguns utentes não é possível devido às suas incapacidades.

2. Caso seja a primeira vez, por que razão nunca houve iniciativas de promoção de AF?

Não sendo a 1ª vez, não se justifica a pergunta.

3. Quais as expectativas relativamente a este projeto de intervenção?

As expectativas não são de que os utentes que ainda têm autonomia, lhes seja restituída a atividade física, mas sim as rotinas. Para os que menos autonomia, é usufruimento de qualidade de vida.

4. Como perspectiva a manutenção de práticas de AF a longo prazo, promovidas pelo SAD?

A perspectiva é da continuidade a este projeto e as ferramentas que foram introduzidas e outras.

Digitalização das entrevistas semiestruturada às técnicas (pós-projeto)

IPSS Amarela – T1

1- Considera que as suas expectativas relativamente a este projeto de intervenção foram cumpridas? Em que medida?

Considero que as minhas expectativas relativamente a este projeto foram totalmente cumpridas. Vi melhorias a ambiguidade de todos os idosos, maior destreza, flexibilidade e auto-confiança, motivação para estar em grupo, alegria e partilha.

2- Sente que a participação neste programa impactou a vida dos utentes? Em que medida?

Sem dúvida que impactou positivamente a vida dos utentes. No geral, os utentes aguardavam ansiosamente a hora de praticar os exercícios, não só pelo bem-estar físico mas também pelo convívio.

3- Tem recebido feedback por parte dos utentes a manifestar interesse na manutenção da prática de AF?

Sim, tenho recebido feedback de que agora não deveriam parar para não voltar ao sedentarismo em que se encontravam. Tem motivação para continuar a exercitar-se.

4- Após a realização deste projeto, considera viável a sua manutenção? Em que moldes?

Considero viável a manutenção, nos mesmos moldes, no entanto em vez de ser duas vezes por semana, ser apenas uma para poder abrangeres mais pessoas do SAP.

IPSS Roxa – T3

1- Considera que as suas expectativas relativamente a este projeto de intervenção foram cumpridas? Em que medida?

Sim, a Diána foi muito cordial e simpática criando empatia com os utentes de serviço de apoio domiciliário que tiveram parte do projeto.

2- Sente que a participação neste programa impactou a vida dos utentes? Em que medida?

Sim, depois de receber o feedback dos utentes, disseram-me que continuavam a praticar alguns exercícios que lhes foram propostos, e consideraram o projeto muito interessante.

3- Tem recebido feedback por parte dos utentes a manifestar interesse na manutenção da prática de AF?

O projeto terminou há muito pouco tempo, mas telefonou para saber qual o interesse na manutenção e a resposta foi positiva, que não se importavam que continuasse.

4- Após a realização deste projeto, considera viável a sua manutenção? Em que moldes?

Este projeto vai de encontro às pretensões da própria instituição, mas para a sua concretização será necessário o apoio de um programa / Prémio que financie, para que os utentes possam usufruir gratuitamente dos serviços.

IPSS Rosa – T2

1- Considera que as suas expectativas relativamente a este projeto de intervenção foram cumpridas? Em que medida?

Sim. Foram cumpridas. As utentes envolvidas manifestaram cumplicidade e vontade de fazer os exercícios - foi uma motivação para as utentes e familiares.

2- Sente que a participação neste programa impactou a vida dos utentes? Em que medida?

Sim. Elevou a autoestima.


3- Tem recebido feedback por parte dos utentes a manifestar interesse na manutenção da prática de AF?

Sim. Principalmente dos familiares que acompanham as utentes.

4- Após a realização deste projeto, considera viável a sua manutenção? Em que moldes?

Sim. Tentou pegar no modelo e continuou a colocá-lo em prática.

Digitalização das entrevistas semiestruturadas aos familiares (pós-projeto)

 universidade
de aveiro

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P1eP2 Grau de parentesco: Filho

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Alto que é positivo, por ver ter as oportunidades que
faziam alguma coisa.

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim, ajudou a ter mais mobilidade

3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Pisó acompanhá-lo de perto e preparar, mas iam-me
falta mais tempo o que faziam e pelo que sim, é
adequado.

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim, mesmo quando a técnica não vale, eles
também fazem alguns exercícios

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Não acompanhei de perto a situação, mas tenho opinião

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

Justifique.

*Como não sim, pois eles não têm alguma diferença nas
horas do dia a dia.*

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

*Deve de ser um programa para continuar, pois
para além de ser a única forma de incentivar
a prática exercício físico*

Guião de Entrevista – Familiar

Código: P3

Grau de parentesco: Filho

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Penso que é benéfico para o físico e a mente do utente. Se não tivesse esta oportunidade provavelmente não fazia o exercício físico muito adequado e é também uma forma de estar ocupado e em contacto com pessoas da outra geração.

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim, penso que houve algumas melhorias a nível físico.

3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Em relação às necessidades não muito porque o meu Pai é uma pessoa completamente autónoma e sem qualquer limitação física, em relação às capacidades, sim pois é um idoso com 90 anos e não tem a plasticidade de um jovem.

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim, penso que tem mais facilidade a movimentar os membros superiores.

5. Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Encara de forma positiva e acho que deveria ser feito outras vezes a aos utentes porque muitas delas passam os dias sozinhas, e é uma forma de ocupar o tempo e quebrar a solidão, pois a solidão mata.

6. Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade? Justifique.

Sim, pois já anteriormente a este programa ele praticava algum exercício físico por iniciativa própria, como por exemplo, fazer caminhadas todos os dias.

7. O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Penso que é importante, pois com de certa forma uma rotina ao utente mantendo assim em contacto com outras pessoas para combater a solidão e ajudar a melhorar a mobilidade dos utentes.

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P4.P5

Grau de parentesco: filho

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Muito positiva em todos os aspetos.

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Penso que sim, trouxe-lhe uma maior mobilidade, e no aspeto psicológico algo de positivo.

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Devido à sua pouca mobilidade.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Aparentou um pouco de mobilidade assim como de alguns bem estar.

P4eP5

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Muito positivo, quer no aspeto físico
assim como no psicológico.

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

Justifique.

Para isso tem que haver alguém que
se disponha, disponibilize para tal!

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Penso que é muito positivo, mas
precisa de continuidade, dado que os
idosos no geral estão limitados no
que à sua mobilidade diz respeito.

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P7

Grau de parentesco: NORA

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

concordo plenamente com esta atividade

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim.
Faz com que não estivesse sempre sentada no sofá e tem mais mobilidade

3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim.
Porque ao ter problema no coração e não se movimentar está sempre mais cansada

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim.
os exercícios que faz, ela anda melhor e não tem tanto cansaço nem falta de ar

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

com muito atencão e
simpatia da parte da pessoa
que os vem fazer

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

Justifique.

Sim.
vai continuar a fazer alguns
dos exercícios, dos quais
consegue fazer sozinho

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

acho importante a continuação
deste serviço, além de fazer
bem Também a presença de
quem vem fazer é muito
benéfica para a mente.

Guião de Entrevista – Familiares

Código: PB

Grau de parentesco: filha

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Encara como uma atividade muito positiva porque permite o desenvolvimento físico, mais essencialmente a convívio com pessoas mais jovens e motivadas

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim, em termos psicológicos e físicos.

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim, porque os exercícios estavam adequados à idade e à capacidade de minha mãe.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim, uma vez que desenvolveu o caminhar e permitiu mover-se melhor no seu espaço.

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Encara como sendo positivo, pena não poder
dar-se continuidade ao apoio.

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?
Justifique.

Vou acreditar que sim, embora com a presença
e o estímulo de uma técnica seja mais
motivadora.

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de
Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Creeo que a manutenção deveria ser assegurada.

X

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P9

Grau de parentesco: filha

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

"Meu pai, é uma mais valia para todos"

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

"Sim a nível dos braços, tem mais força"

3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

"Sim pois se fazer melhor pelo menos"

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

"Manter-se"

P9

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

"Muito bom, com a sua devida assistência
e auxílio"

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

Justifique.

"Sim, ela já fez"

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

"é algo que é importante tanto para a socialização
como para a saúde física"

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P11

Grau de parentesco: Filho

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Encara muito bem, tudo o que seja para bem das idosas estão ocupadas e a participação é uma mais valia.

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim. Costo muito de estar a sentir útil e que tem uma pessoa neste caso muito melhor e atenciosa para com ele.

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim. Tudo o que é para estimular o estado psicológico e físico é o melhor que pode existir para um idoso.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim. Fazer caminhadas, e por vezes ao longo de dia vai fazendo os exercícios que lhe foram ensinadas.

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Muita sem.

com muita simpatia.

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?
Justifique.

Não. Porque as Idosas
tem tendência a isolarem-se
e se não estiver a pessoa
a insistir e estimular
não faz.

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de
Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Muita sem. As Idosas passam
muito tempo a dormir
e sem vontade de fazer nada.
Se vem a pessoa que se
motiva e estimula para
ele faz e está sempre a
esperar que chegue o dia
para fazer, as tais atividades
e a pessoa que eles gostam.

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P12

Grau de parentesco: filho

1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Acho que é muito importante porque ajuda-os a manterem meus hábitos e a socializarem, uma vez que estão muito isolados

2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim, já consegue mexer-se melhor já consegue vestir uma peça do roupa o que não conseguia e já não está tão sedentário

3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim, pelo menos o consultado foi positivo

4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Sim, no venturário e nas idas à casa do irmão

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

"O apoio disponibilizado pela Diana ~~foi~~ adequado e ajustado às necessidades da minha mãe e ao objetivo do programa. Deu-lhe a motivação que precisava"

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

Justifique.

"Talvez, mas tem de ser muito motivada, porque também tem dificuldades a mexer-se"

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

"Acho que é muito necessário, além de dar mais tempo para ter benefícios físicos, sociais e emocionais"

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P13

Grau de parentesco: FILHA

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

ENCARO DE UMA FORMA POSITIVA, É SEMPRE
UMAS MAIS VALIA.

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças á vida do seu familiar? Justifique.

SIM, ELA COMPREENDEU QUE HAVIA UMA PESSOA
FORA DO CONTEXTO FAMILIAR QUE FALAVA COM ELA
A ORIENTAVA E A DEIXAVA MAIS CONVICTA.

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

SIM. OS EXERCÍCIOS ERAM FÁCEIS, E AO
NÍVEL DAS SUAS CAPACIDADES.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

SIM. CONSEGUIU ELEVAR MAIS OS MEMBROS
SUPERIORES, E TAMBÉM MAIS agilidade nos
MEMBROS inferiores.

P13

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

ENCARO COM MUITO PROFISIONALISMO, AMOR
PELO QUE FAZ e CARINHO PELOS DOENTES.

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?
Justifique.

Sim. JAi CONTINUAR COM OS MESMOS
EXERCÍCIOS QUE PRATICAVA.

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de
Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

SERIA UMA BOA INICIATIVA, PARA DOENTES COM
POUCA MOBILIDADE e com falta de RECURSOS PARA
SE PODEREM DESDOCAR DAS SUAS HABITAÇÕES.

Guião de Entrevista – Familiares

Código: P14

Grau de parentesco: Filha

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

Bem, porque tudo o q̃ foi para melhorar, e sempre bem vindo.

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Sim

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim, porque os exercícios eram normais, visto ela também não poder fazer muitos esforços.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Tive algumas melhoras, mas não teve mais, porque não se esforça mais, também diminuiu a sua dor.

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Muito bom.

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?
Justifique.

Acho que não, porque não tudo quem a estímulo é muito difícil.

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Acho bem, porque é sempre difícil ter alguém com formação para esse exercício

Guião de Entrevista - Familiares

Código: P15

Grau de parentesco: Filha

- 1- Como encara a participação do seu familiar num programa de atividade física em contexto de Serviço de Apoio Domiciliário?

De forma muito positiva

- 2- Sente que este programa trouxe mudanças à vida do seu familiar? Justifique.

Para quem está isolado e pouco ativo, trouxe um momento de atenção e de atividade de extrema importância.

- 3- Na sua opinião, considera que o programa estava adequado às capacidades e necessidades do seu familiar? Porquê?

Sim. Os exercícios eram de curta duração, adequados ao contexto de casa e com recursos fáceis e ajustados.

- 4- Sente que ao longo destes 2 meses o seu familiar passou a conseguir fazer alguma atividade com mais facilidade do que antes? Em caso afirmativo, dê exemplos.

Mais rápido na sua deslocação e autonomia. Maior auto-estima na sua dor a dia, mais imagem mais positiva de si própria.

5- Como encara o apoio disponibilizado para a realização dos exercícios?

Muito positivo, com a presença orientadora
e com os exercícios descritos e com
imagens

6- Acha que o seu familiar vai continuar a fazer atividade física com alguma regularidade?

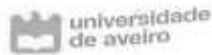
Justifique.

Tenho algumas dúvidas. Se eu o apoio
regular, creio que é fácil regressar
aos hábitos mais sedentários e à
falta de motivação para o movimento.
Seria muito importante manter este apoio

7- O que pensa acerca da manutenção de um programa de atividade física para utentes de Serviço de Apoio Domiciliário? Justifique.

Seria de extrema importância. Pelo seu
componente física, emocional e social.

Anexo 4 – Calendário de monitorização do PAF



António F
Código: P1

Janeiro 2023
31 dias
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

FEVEREIRO 2023

Março 2023
31 dias
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31			

Janeiro 2023
31 dias
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

MARÇO 2023

Abril 2023
30 dias
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
		1	2	3	4
5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28
29	30	31			

Março 2023
 26 27 28 29 30 31
 1 2 3 4
 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25
 26 27 28 29 30 31

ABRIL 2023

Maio 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22
 23 24 25 26 27 28 29
 30 31

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Leis H Código: 09

Febrero 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

FEVEREIRO 2023

Março 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

Febrero 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

MARÇO 2023

Abril 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

R4

Março 2023
 1 2 3 4
 5 6 7 8 9 10 11
 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25
 26 27 28 29 30 31

ABRIL 2023

Maio 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22
 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Luísa

Código: P12

Febrero 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

Março 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

FEVEREIRO 2023

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

Febrero 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

Março 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

MARÇO 2023

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

P12

Março 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31






ABRIL 2023


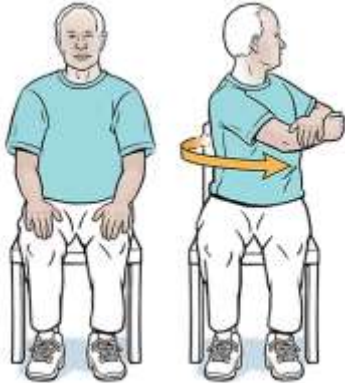
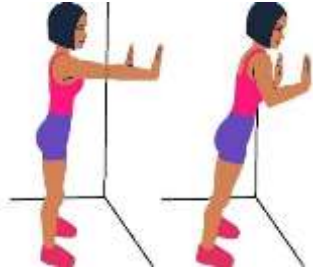

Maio 2023
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

Trabalhar em / y/L/

Anexo 5 – Programa de Atividade Física

Exercício	Esquema	Repetições/Duração/Distância	Objetivos
<p>- Levantar e sentar na cadeira. Ao levantar, elevar o braço direito no sentido do lado esquerdo do corpo e vice-versa.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Treinar a força, resistência dos MI e a lateralidade.</p>
<p>- Apoio unipedal.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Desenvolver o equilíbrio, lateralidade e força.</p>
<p>- Caminhar em “linha reta”</p>		<p>2 metros, ida e volta</p>	<p>- Treinar a mobilidade e equilíbrio.</p>
<p>- Sentado, tocar num pé e no outro, alternadamente.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Desenvolver a mobilidade e flexibilidade dos MI e MS.</p>
<p>- Subir e descer um degrau.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Desenvolver a mobilidade, força e resistência dos MI.</p>

<p>- Levantar, segurando com os dois braços, o cabo de uma vassoura, de baixo para cima.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Treinar a flexibilidade e mobilidade dos ombros.</p>
<p>- Sentado com costas direitas e rodar com os braços.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Treinar a mobilidade torácica e a força dos MS.</p>
<p>- Flexão de braços, contra a parede.</p>		<p>Fase inicial: 8-10 reps Fase seguinte: 12-15 reps.</p>	<p>- Treinar a resistência e força dos MS.</p>
<p>- Caminhar.</p>		<p>30 minutos (podem ser acumulados).</p>	<p>- Trabalhar a função cardiovascular, melhorar condicionamento físico e fortalecer os músculos dos MI e glúteos.</p>

Anexo 6 - Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Diana Filipa Oliveira Figueiredo, aluna do Mestrado em Gerontologia Aplicada, pela Universidade de Aveiro, estou a realizar o meu projeto de intervenção do Mestrado com a orientação do Professor Doutor Rui Neves, necessitando de desenvolver uma entrevista acerca dos seus hábitos de Atividade Física, a fim de o integrar num programa de Atividade Física, no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário da IPSS Amarela.

A sua participação neste estudo é completamente voluntária. Se desejar, poderá desistir a qualquer momento. Em nenhum momento será penalizado por recusar participar neste estudo.

Contudo, a sua participação é muito importante, dado que permitirá conhecer as suas experiências acerca do tema em questão e ajudá-lo-á a desenvolver a capacidade funcional e a sua autonomia.

Eu, _____, fui esclarecida/o sobre o projeto a decorrer. Concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Data: _____

Assinatura: _____

Caso surja alguma dúvida da sua parte, ou queira desistir do estudo, agradeça que me contactasse:

Diana Figueiredo: 9xxxxxxx

Obrigada,

Anexo 7- Notas de Campo

Notas de campo

1

01-23-2-23

- No dia de hoje o utente ficou muito interessado em participar no projeto, com o objetivo de se "mexer" e "melhor".
- Também conseguiu realizar os exercícios pedidos, mostrando alguma dificuldade no ex de ir com a mão ao pé, visto estar muito forte e ter um problema de coluna.

08-3-23

- No dia de hoje o utente realizou todos os ex fazendo repetições de 8-10.
- Neste dia, notou-se uma maior participação do utente por parte dos exercícios a praticar.
- Apesar de realizar tudo o que é pedido, não demonstrou cansaço no ex das escadas.

10-3-23

- Hoje, o utente transmitiu-me que por sua iniciativa começou a fazer os ex. do programa sozinho esta semana.
- conseguiu fazer todos os exercícios corretamente.

24-3-23

- O utente comunicou-me que desde o dia 6-3-23 (folha de exercício) tem começado a fazer os ex não só quando lá vou como também 1x/2x por semana sozinho.
- Hoje o utente começou a fazer os ex.

Com um maior nr de repetições (13 a 14x)

~~6-4-23~~

Hoje e durante esta semana o utente tem vindo a estar menos cansado ao realizar os ex, nomeadamente os q tinha @ dificuldade (ex de ir d/a mac ao p e o das escadas)

~~3-4-23~~

O utente ja consegue calçar-se com menor dificuldade

~~20-4-23~~

Hoje e com o passar do tempo o utente tem vindo a demonstrar e a comunicar q se sente com maior agilidade, força e equilibrio durante as duas tarefas diarias

~~21-4-23~~

Ultimo dia do projeto)

balanco final

+ autonomia

melhorou nos pds testes

+ agilidades, força, resistencia e equilibrio

P2 ~~22-2-23~~

A utente demonstrou-se muito atenciosa ao fazer parte do programa. Deu prazer e estar @ ativa para se movimentar melhor e estar @ autorizar-se a superar as dificuldades nas ex q envolvam os braços visto qe a utente tem um problema de braços

10-3-23

Desde hoje q a cliente demonstrou uma maior familiaridade nos ex pelo q conseguiu q esta semana ja conseguiu a fazer os ex sozinho, para além das vezes em q eu lá vou

28-3-23

a cliente demonstrou-se menos cansada ao realizar os ex e com maior facilidade nos ex de braços (flexão e braços)
Hoje, começou a fazer xop de 12-15x

10-4-23

A cliente comunicou-me e tbm me mostrou q ja se consegue vestir melhor e calçar-se, não tendo tanta dificuldade e cansaço. Também me transmitiu q ja faz caminhadas (curtos) q n consegue fazer

14-6-23

(último dia)

melhorou nos pós-tato

⊕ força de braços

⊕ agilidade

- cansaço nos dias aut's

13-22-2-23

o cliente hoje n demonstrou mt vontade em participar no programa, no entanto lá decidiu participar por "placência no estudo", apesar de achar q "n vale muito a pena porque ja fazo caminhadas e mexo-me bem"

24-2-23
o atleta fez todos os ex com repetições de 10, sem demonstrar dificuldade em nenhum ex

15-3-23
o atleta começou a fazer rep entre 12-14 hoje, disse-me q para além de continuar todos os dias tem vindo a fazer alguns dos ex mencionados no programa

12-4-23
o atleta tem vindo a demonstrar um maior equilíbrio, principalmente no ex em linha reta (o próprio tbm me comunicou)

20-4-23
(último dia)
- a parça de tra estádo ~~sempre~~ q sempre na média nos pré-testes, o atleta melhorou nos pós-testes + agilidade e equilíbrio

P4

22-2-23
o atleta mostrou-se pouco reativo em participar "acho q não vai valer q muito, vamos ver", "já faço ginástica por isso acho q n vou melhorar"

15-3-23
o atleta tem vindo a fazer todos os ex e começou hoje a fazer rep. de 12
A sua maior dificuldade é nos braços ao levantar, no entanto tem vindo a fazer

tudo o resto conseguiu fazer melhor

~~20-3-23~~

o utente comunicou-me q tem feito alguns dos ex sozinho e está cansado "já consigo estar 1 tempo na minha hora sem me cansar"

~~12-4-23~~

o utente disse-me q já se consegue levantar melhor da cama e sentar-se - cansado a vestir-se e a calçar

P5

~~22-2-23~~

A utente demonstra interesse em participar no paf (pa no meio molhar o para ter um bocado de conversa) Verifica q as maiores dificuldades são derivadas da sua obesidade, custando-lhe 1 a mais

~~10-3-23~~

Fez todos os ex com rep 8-10

~~22-3-23~~

Tem demonstrado 1 rapidez nos ex 1 cansado

~~19-4-24~~

Disse-me q já se consegue vestir melhor, no entanto só faz os ex quando se vai "pa B e" ml perseguindo a necessidade de motivação

PP

~~22-2-23~~

"Beleza partiu por porque estava mt parada e sozinho"

~~10-3-23~~

foz todas as as propostas c/ os rep
delegados
esse mo q esta semana foz as as
sozinha e que quer continuar

~~24-3-23~~

Tem dirigitado menos consas e tem
vindo a fazer o rep

~~19-4-23~~

transmitiu - mo q para além do menor
consas q tem vindo a ser notório
de se consegue voltar melhor, il do
c/ o vezes o trabalho de casa
melhor

~~28-4-23~~

melhorar o nível de pós-teses e a
nível de socialização

PP

~~22-2-23~~

"vou fazer, mas tenho medo q me
esqueçam a ensinar..." se for para
estar na mesma, não quero, mas
vou experimentar"

10-3-23
Hoje a cliente já demonstrou ⊕
motivação
faz os ex todos / os ex desajeitados
a pensar se estar mt cansada

13-3-23
a cliente tem feito todos ex, mas com
sua mão direita os ex têm sido
um desafio
notei ⊕ dificuldade no ex de ir /
a mão ao pé pelo cansaço e pela sua
falta de ar

31-3-23
a partir deste dia a cliente já começou
a fazer Top de 12-15 e transmitir-me
que tem vindo a fazer os ex sozinho
e que tem feito caminhadas que não consigo

14-4-23
Para além do menor cansaço e de fazer
muita mais os ex a cliente já consegue
ir ao trabalho a pé com mais dificuldade.
Vestir-se melhor, meter-se mais e está ⊕
contínua

28-4-23
melhorou mt nos pés todos
"vc é uma mala senta, mas eu dirlo-me
menos cansada"

pg

~~22-3-23~~

ainda bem que veio precisava mesmo de algo q me ajudasse a mozer-me mais o melhor a presente algumas dificuldades e mt cansaço devido ao AVC q teve há 1 ano

~~10-3-23~~

Contou-me q começou a fazer os ex em casa "sozinha" tenho aqui a folha dos ex ao pé de mim para ir forçado

~~30-3-23~~

tem demonstrado mais cansaço e tem aumentado o nr de rep. dos ex contou-me que já conseguiu cortar a carne

~~28-4-23~~

melhorou mt nos pés hoje conseguiu alimentar-se melhor sozinho como de antes e cortar alimentos - menos cansaço ao levantar-se e vestir - se
- foi cominhado sem enter fac cansada

Pg

~~22-2-23~~

pouco entusiasmado ao participar
"se não for para melhorar não
quero"

~~3-3-23~~

queixas de dores no corpo, mas
conseguiu fazer tudo com as repetições
desejadas, apesar dos ex terem sido
adaptados para sua segurança
(ex de levantar e sentar, fez 50 sentado
e o de caminhada também)
ainda n consegue fazer o ex dos
escostas

~~22-3-23~~

contou-me q ja comeca a fazer
alguns ex sozinho
ja conseguiu fazer o ex de levantar
e sentar corretamente

~~31-3-23~~

sentou-se com ⊕ fez a nivel de
braços, mas cansado o anta ⊕
na vida nos ex

~~28-4-23~~

consegue levantar-se de como melhor
e levantar meus os braços
⊕ resistência e força

P10

16-2-23

"posso partir por, mas já sei q nada
me vai fazer"

20-2-23

fez os ex propostos, mas não com
as repetições desejadas "ex para
qto" e bastar

23-3-23

contou-me q só fez os ex quando
ca velho, mas que está menos
cansado

27-4-23

depois o início ato hoje demonstra
má resistência em fazer as repetições
desejadas. Tem mantido sempre o
mesmo registro

P11

12-2-23

A Jntia fez tudo o q pedi, no entanto
demonstra pouca comunicação, visto
estar el um quadro depressivo e que
mal sai do quarto

19-2-23

conseguiu fazer tds os ex com
as repetições desejadas,
notei pouco equilíbrio
contou-me q já começou a
fazer os ex sozinho e o if ao
cafe a H

19-3-23

a dante tem feito todas as exercicios
tem tido mais o o equilibrio
tem socializado mais
reforcei-me que ja faz caminhada
com os coes, o q ja nao fazia
na muito tempo

20-4-23

a dante esta @ contingente o ja
consegue comer sem q tipo de ajuda
(carter a carne, o peo)

20-4-23

deu or melhor as escadas o ja
faz caminhada mais longa

P12

13-2-23

"vou participar esta muito parada
o muito parada, como me muito
a moça o nao consigo participar-me
e voltar tem de ser com ajuda"

20-2-23

faz todos os ex propostos o repeticoes
desregadas, no entanto a consegue fazer
o ex das escadas e tem d, dificuldade
na flexao de bracos
sente-se m mt cansada

20-3-23

contou-me q conseguiu a fazer alguns
ex sozinho e ja nao esta tao cansada

~~2-4-23~~

começou a fazer o ex das encadern e a pinter - se

~~13-4-23~~

começou a vestir uma peça de roupa sem ajuda o a enter - incoordinante faz caminhadas mais c/ andaluzito mas menos cansado

P13

~~13-2-23~~

pouca interação em patia por apática

~~2-3-23~~

faz os ex, mas não consegue fazer metade das repetições e tem muitas quebras a nível da obra

~~27-3-23~~

maior resistência de braços

~~27-4-23~~

mantém o msm registo (pouca diferença de resultados

P14

~~13-2-23~~

demonstra vontade em patia por, mas diz ser "m pouca coisa"
apresenta muitas dificuldades de locomoção derivado ao AVC que teve

16-3-23
faz todos os exercícios apesar
de demonstrar muita resistência
e cansaço

23-3-23
começou a ir ⊕ voltar ao WC
e a levantar - se melhor

3-4-23
apesar do cansaço deve melhorar
os braços

27-4-23
isto acaba, apesar de não fazer sem
nenhuma motivação não vou fazer

P15

12-2-23
se é pra melhorar vamos lá participar

16-3-23
faz todos os ex. com as repetições
desejadas e sem dificuldades
contar - no qd faz alguns exercícios
sozinho e com ajuda todos os dias

27-4-23
⊕ agilidade
⊕ caminhada e ⊕ alongar
⊕ força e resistência
mantém sua autonomia

~~16-3-23~~

faz todos os exercícios apesar
de demonstrar muita resistência
e cansaço

~~22-3-23~~

começou a ir ⊕ vez ao WC
e a levantar-se melhor

~~3-4-23~~

apesar do cansaço eleva melhor
os braços

~~24-4-23~~

isto acaba, apesar de não fazer sem
sem motivação não vou fazer

P15

~~12-2-23~~

so e pa melhorar vamos lá partice

~~16-3-23~~

faz todos os ex com as repetições
designadas e sem dificuldades
certas - no qe faz alguns exerc
sozinho e com ajuda todos os d

~~27-4-23~~

⊕ agilidade
⊕ caminhada e ⊕ alongos
⊕ força e resistência
mantém sua autonomia

Anexo 8 – Resultados Testes

Resultados Pré-testes

Índice de Barthel	Alimentação	Banho	Higiene	Vestir	Intestino	Sistema Urinário	WC	Transferência	Mobilidade	Escadas	Total	Grau de Dependência
P1 (90)	10	5	5	10	10	5	10	15	15	10	95	Leve
P2 (88)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P3 (90)	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	Independente
P4 (93)	5	0	5	5	10	10	10	15	15	10	85	Leve
P5 (85)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P6 (82)	10	0	5	10	10	5	10	10	15	10	85	Leve
P7 (88)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	5	85	Leve
P8 (85)	5	0	5	10	10	5	10	15	10	5	75	Leve
P9 (96)	5	0	5	5	10	10	10	5	10	5	65	Leve
P10 (94)	10	0	5	10	10	5	5	15	15	5	80	Leve
P11 (77)	5	0	5	10	5	5	10	15	10	5	70	Leve
P12 (85)	10	0	5	0	5	5	5	10	10	5	55	Moderado
P13 (86)	5	0	0	0	5	5	5	5	10	5	40	Moderado
P14 (83)	5	0	0	5	5	5	5	10	10	5	50	Moderado
P15 (77)	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	Independente

Bateria de Fullerton

P1 (90)	7	7-12	D: 10 E: 11	10-14	D: -24 E: -20	- 16,5 a -1,3	17s	6-10s	D: -36 E: -30	-27 a -10
P2 (88)	8	8-13	D: 15 E: 13	10-15	D: 0 E: 0	- 6 a 6	22s	6-10s	D: -39 E: -47	-18 a -2,5
P3 (90)	10	7-12	D: 15 E: 16	10-14	D: -17 E: -18	- 16,5 a -1,3	10s	6-10s	D: -30 E: -28	-27 a -10
P4 (93)	7	7-12	D: 12 E: 10	10-14	D: -33 E: -27	- 16,5 a -1,3	15s	6-10s	-	-27 a -10
P5 (85)	11	8-13	D: 18 E: 20	10-15	D: -14 E: -13	-6 a 6	22s	6-10s	D: -52 E: -41	-18 a -2,5
P6 (82)	6	9-14	D: 10 E: 13	10-16	D: - 25 E: - 22	- 5 a 7,5	38s	6-9s	D: -30 E: - 25	- 14 a 0
P7 (88)	8	8-13	D: 12 E: 14	10-15	D: -27 E: -28	- 6 a 6	25s	6-10s	D: -48 E: - 43	-18 a -2,5
P8 (85)	5	8-13	D: 7	10-15	D: -3	- 6 a 6	25s	6-10s	D: -42	-18 a -2,5

			E: 9		E: 0				E: -31	
P9 (96)	6	4-11	D: 7 E: 15	8-13	D: -18 E: -20	- 11,5 a -2,5	1m18s	7,5-11,5s	D: -42 E: -42	-20 a -2,5
P10 (94)	7	7-12	D: 10 E: 10	10-14	D: -24 E: -21	- 16,5 a -1,3	40s	6-10s	D: -47 E: -45	-27 a -10
P11 (77)	13	10-15	D: 12 E: 14	11-17	D: -5 E: -5	- 8 a - 4	11s	5-7s	D: -28 E: -25	-13 a 1
P12 (85)	7	8-13	D: 13 E: 16	10-15	D: -30 E: -30	-6 a 6	51s	6-10s	D: -40 E: -41	-18 a -2,5
P13 (86)	4	8-13	D: 8 E: 7	10-15	D: - 29 E: - 29	- 6 a 6	1m51s	6-10s	D: -23 E: - 25	-18 a - 2,5
P14 (83)	5	9-14	D: 12 E: 14	10-16	D: 0 E: 0	- 5 a 7,5	1m25s	6-9s	D: -20 E: - 22	-14 a 0
P15 (77)	12	11-17	D: 15 E: 15	13-19	D: 0 E: 0	- 10 a 5	10s	5-7s	D: -42 E: -40	-23 a -5

Resultados Pós-testes

Índice de Barthel	Alimentação	Banho	Higiene	Vestir	Intestino	Sistema Urinário	WC	Transferência	Mobilidade	Escadas	Total	Grau de Dependência
P1 (90)	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	Independente
P2 (88)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P3 (90)	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	Independente
P4 (93)	10	0	5	5	10	10	10	15	15	10	90	Leve
P5 (85)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P6 (82)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P7 (88)	10	0	5	10	10	10	10	15	15	5	90	Leve
P8 (85)	10	0	5	10	10	5	10	15	15	10	90	Leve
P9 (96)	5	0	5	5	10	10	10	10	10	5	70	Leve
P10 (94)	10	0	5	10	10	5	5	15	15	5	80	Leve
P11 (77)	10	0	5	10	10	10	10	15	15	10	95	Leve
P12 (85)	10	0	5	5	5	5	5	15	15	5	65	Leve
P13 (86)	5	0	5	0	10	5	5	10	10	5	55	Moderado
P14 (83)	5	0	5	10	5	5	5	15	10	5	65	Leve
P15 (77)	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10	100	Independente

Bateria de Fullerton

	1° Teste	Valor de referência	2° Teste	Valor de referência	3° Teste	Valor de referência	4° Teste	Valor de referência	5° Teste	Valor de referência
P1 (90)	10	7-12	D: 22 E: 22	10-14	D: -13 E: -11	- 16,5 a -1,3	9s	6-10s	D: -37 E: -29	-27 a -10
P2 (88)	10	8-13	D: 20 E: 22	10-15	D: 0 E: 0	- 6 a 6	10s	6-10s	D: -29 E: -39	-18 a -2,5
P3 (90)	11	7-12	D: 17 E: 19	10-14	D: -4 E: -8	- 16,5 a -1,3	8s	6-10s	D: -10 E: -16	-27 a -10
P4 (93)	7	7-12	D: 12 E: 10	10-14	D: -13 E: -14	- 16,5 a -1,3	10s	6-10s	-	-27 a -10
P5 (85)	12	8-13	D: 22 E: 20	10-15	D: 0 E: 0	-6 a 6	17s	6-10s	D: -47 E: -50	-18 a -2,5
P6 (82)	11	9-14	D: 17 E: 16	10-16	D: -14 E: -20	- 5 a 7,5	7s	6-9s	D: -24 E: -20	- 14 a 0
P7 (88)	8	8-13	D: 12 E: 14	10-15	D: -27 E: -28	- 6 a 6	25s	6-10s	D: -48 E: -43	-18 a -2,5
P8 (85)	10	8-13	D: 18 E: 18	10-15	D: 0 E: 0	- 6 a 6	10s	6-10s	D: -36 E: -29	-18 a -2,5

P9 (96)	7	4-11	D: 12 E: 21	8-13	D: -10 E: -9	- 11,5 a -2,5	38s	7,5-11,5s	D: -33 E: -36	-20 a -2,5
P10 (94)	7	7-12	D: 11 E: 12	10-14	D: -23 E: -17	- 16,5 a -1,3	30s	6-10s	D: -40 E: -38	-27 a -10
P11 (77)	16	10-15	D: 21 E: 19	11-17	D: 3 E: 0	- 8 a - 4	7s	5-7s	D: -21 E: -20	-13 a 1
P12 (85)	10	8-13	D: 23 E: 24	10-15	D: -13 E: -13	-6 a 6	37s	6-10s	D: -40 E: -40	-18 a -2,5
P13 (86)	6	8-13	D: 10 E: 12	10-15	D: - 17 E: - 13	- 6 a 6	32s	6-10s	D: -23 E: - 25	-18 a - 2,5
P14 (83)	7	9-14	D: 15 E: 17	10-16	D: 0 E: 0	- 5 a 7,5	43s	6-9s	D: -20 E: - 22	-14 a 0
P15 (77)	14	11-17	D: 23 E: 24	13-19	D: 0 E: 0	- 10 a 5	7s	5-7s	D: -35 E: -40	-23 a -5