



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior
de Educação

Impacto de um Programa de Intervenção Motora na Capacidade Funcional, Perfil Psicomotor e na Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Dia: Um estudo de casos múltiplos com abordagem de métodos mistos

Daniela Moreira Parente

Orientadores

Professor Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho

Professor Doutor Rui Miguel Duarte Paulo

Dissertação apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Atividade Física, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho e do Professor Doutor Rui Miguel Duarte Paulo, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

janeiro 2026

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor António José Domingues Faustino

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Vogais

Professor Doutor Carlos Manuel Marques da Silva

Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Santarém

Professor Doutor Marco Alexandre da Silva Batista

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Professor Doutor André Leonardo Gonçalves Ramalho

Professor Adjunto do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, por terem acreditado em mim desde o início e por me proporcionarem a oportunidade de estudar, sem eles isso não seria possível, e por isso devo-lhes todo o meu percurso acadêmico.

Ao meu namorado e aos meus amigos, que tornaram esta caminhada mais leve e me apoiaram nos momentos de desespero.

Em especial dedico à minha estrelinha, à minha avó, que tudo o que faço é dedicado a ela.

Agradecimentos

Ao longo do meu percurso académico, foram muitas as pessoas que me apoiaram nesta etapa tão especial da minha vida. A todas elas, deixo as minhas mais sinceras palavras de gratidão e reconhecimento.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Professor Doutor André Ramalho, a quem expresso o meu mais profundo agradecimento pela sua dedicação, disponibilidade e simpatia com que sempre me recebeu. Agradeço pelas valiosas sugestões, pelas palavras de apoio, paciência, cuidado e incentivo, especialmente nos momentos de maior dificuldade.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Rui Paulo, que foi meu professor ao longo deste percurso académico, e não podia deixar de reconhecer o impacto positivo que teve no meu desenvolvimento. Agradeço pela sua generosidade na partilha de conhecimentos, pelo constante acompanhamento e pela disponibilidade demonstrada sempre que solicitei a sua ajuda.

Este trabalho só foi possível graças ao incentivo, apoio e encorajamento da minha família. Ao meu namorado, companheiro de todos os momentos, pela sua paciência, carinho e presença constante. Aos meus pais e ao meu avô pelos ensinamentos de vida, que me transmitiram e ensinaram a persistir, mesmo nas fases mais difíceis. À minha irmã pela sua amizade e apoio incondicional, e ao meu sobrinho, pelas suas curiosas e pertinentes questões. Às minhas melhores amigas, Sara e Maria, deixo um agradecimento muito especial pelo apoio constante, pela paciência e por nunca me deixarem desistir.

E por último, mas não menos importante, um agradecimento especial à minha querida Avó, que sei que onde quer que esteja, está a olhar por mim.

Agradeço à Santa Casa da Misericórdia do Fundão pela oportunidade de realizar este estudo e por todos os momentos lá vividos. Um especial agradecimento à Doutora Sara Alvarinhas, pela sua constante disponibilidade e por toda a alegria, ao Professor César Serrão, pela partilha de conhecimento, pela amizade, e pelas palavras certas que tantas vezes me motivaram a continuar e à Animadora Anabela por estar sempre disponível para me ajudar sempre que precisei.

Um agradecimento muito especial, a todos os utentes da instituição que participaram ativamente neste estudo. Foi um privilégio poder acompanhá-los, ouvir as suas histórias, pelos momentos de alegria e experiência de trabalho que me proporcionaram que levo para sempre no meu coração.

A cada um, de forma especial, o meu sincero e profundo agradecimento. Contribuíram não só para a realização deste projeto bem como para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, o meu sincero agradecimento.

Lista de Publicações e Comunicações decorrentes deste estudo

Publicações em atas de congressos:

Parente, D., Paulo, R., ..., & Ramalho, A. (2025). Impact of a motor intervention program on functional capacity, psychomotor profile and quality of life of older adults in day care centers: Study protocol. In V. Loureiro, M. Gomes, M. Branco, C. Mercê, L. P. Rodrigues, J. Petrica, P. T. Esteves, F. Clemente, R. Mendes, & R. Santos-Rocha (Eds.), *Shaping the future of sports – SPRINT International Congress* (pp. 82–83). Polytechnic University of Beja. ISBN 978-989-9175-17-4.

Parente, D., Paulo, R., ..., & Ramalho, A. (2025). Impact of a motor intervention program on the psychomotor profile and quality of life of older adults in day care centers: A multiple case study. Estudo apresentado no 18th European Network of Sport Education Conference, Rio Maior. Ahead of print in *Journal of Sports Pedagogy and Research*.

Comunicações apresentadas em congressos/seminários internacionais e nacionais:

Parente, D., Paulo, R., ... & Ramalho, A. (2025, fevereiro, 7-8). Impact of a motor intervention program on functional capacity, psychomotor profile and quality of life of older adults in day care centers: study protocol. (Comunicação poster). *SPRINT International Congress – Shaping the Future of Sports*, Rio Maior.

Parente, D., Ramalho, A., & Paulo, R. (2025, maio, 23-24). Impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional, perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos em centros de dia: Um estudo de casos múltiplos com abordagem de métodos mistos (Comunicação oral). *Seminário de Investigação em Atividade Física*, Castelo Branco.

Parente, D., Paulo, R., ... & Ramalho, A. (2025, setembro, 26-27). Impact of a motor intervention program on the psychomotor profile and quality of life of older adults in day care centers: A multiple case study. (Comunicação poster). *18th European Network of Sport Education*, Rio Maior.

Resumo

A gerontopsicomotricidade é direcionada à população idosa e tem um papel fundamental no envelhecimento ativo, utilizando o corpo e o movimento e esta abordagem permite promover o bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa. Esta abordagem visa melhorar a qualidade de vida, a autonomia e a independência dos idosos. Nesse sentido, os programas de intervenção psicomotora nesta faixa etária são fundamentais, pois é uma ferramenta importante para a prevenção do declínio funcional e cognitivo dos idosos, além de que contribuem de forma positiva para o bem-estar das pessoas idosas. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional, no perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, com abordagem de métodos mistos, desenvolvido com seis idosos com mais de 65 anos. Os participantes integraram um programa de intervenção motora, com a duração de três meses, composto por três sessões semanais de 45 minutos cada. As avaliações foram realizadas em quatro fases (avaliação inicial, avaliação intermédia, avaliação final e um *follow up*). Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Exame Geronto-Psicomotor, (avaliando 17 domínios) em indivíduos com mais de 60 anos, Instrumento de avaliação da qualidade de vida (IAQdv), Mini Mental State Examination, Escala de Katz, entrevista semiestruturada e as notas de campo. A análise dos dados quantitativos foi baseada em inspeção visual sistemática., considerando que esta abordagem permite uma interpretação rigorosa da evolução dos participantes ao longo do tempo, considerando não apenas as diferenças absolutas entre as fases, mas também a direção e consistência das mudanças observadas. Os dados qualitativos foram analisados com base na análise temática. Os resultados indicaram desenvolvimentos positivos tanto no perfil psicomotor quanto na qualidade de vida percebida ao longo do programa. Concluímos que o programa de intervenção motora mostra-se eficaz na melhoria do perfil psicomotor e na promoção e manutenção da qualidade de vida em idosos, ressaltando a importância da atividade física regular, estruturada e supervisionada em centros de dia como estratégia para promover o envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave

Envelhecimento ativo, qualidade de vida, perfil psicomotor, autonomia, intervenção motora.

Abstract

Gerontopsychomotor therapy is aimed at the elderly population and plays a fundamental role in active aging, utilizing the body and movement. This approach promotes the physical, mental, and social well-being of older adults. This approach aims to improve the quality of life, autonomy, and independence of older adults. In this sense, psychomotor intervention programs for this age group are essential, as they are an important tool for preventing functional and cognitive decline in older adults, in addition to contributing positively to their well-being. This study aimed to evaluate the impact of a motor intervention program on the functional capacity, psychomotor profile, and quality of life of older adults attending a day center. This is a multiple-case study with a mixed-methods approach, developed with six older adults over 65 years of age. Participants participated in a three-month motor intervention program consisting of three weekly 45-minute sessions. Assessments were conducted in four phases (initial assessment, intermediate assessment, final assessment, and follow-up). The following instruments were used for data collection: the Geronto-Psychomotor Examination (evaluating 17 domains) in individuals over 60 years of age, the Quality of Life Assessment Instrument (QLI), the Mini Mental State Examination, the Katz Scale, a semi-structured interview, and field notes. Quantitative data analysis was based on systematic visual inspection, as this approach allows for a rigorous interpretation of participants' progress over time, considering not only absolute differences between phases but also the direction and consistency of observed changes. Qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results indicated positive developments in both the psychomotor profile and perceived quality of life throughout the program. We conclude that the motor intervention program is effective in improving the psychomotor profile and promoting and maintaining quality of life in older adults, highlighting the importance of regular, structured, and supervised physical activity in day centers as a strategy to promote active and healthy aging.

Keywords

Active aging, quality of life, psychomotor profile, autonomy, motor interventions.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão de literatura narrativa.....	5
2.1. Envelhecimento	5
2.2. Qualidade de vida do idoso	5
2.3. Gerontopsicomotricidade	6
2.3.1. Sessões de Gerontopsicomotricidade	8
2.4. Programas de atividade física.....	8
2.5. O papel dos centros de dia	9
2.5. Estado da arte	9
3. Objeto de estudo.....	13
3.1. Questões de investigação.....	13
3.2. Hipóteses.....	13
3.3. Objetivo do estudo.....	13
3.4. Variáveis do estudo	13
3.5. Significado do estudo	13
4. Método	15
4.1. Congruência metodológica.....	15
4.2. Descrição contextual.....	16
4.3. Participantes.....	16
4.4. Programa de Intervenção Motora.....	17
4.4.1. Intervenção psicomotora	17
4.4.2. Intervenção de exercício físico.....	18
4.5. Recolha de dados.....	19
4.5.1. Exame Gerontopsicomotor.....	19
4.5.2. Mini-Mental State Examination.....	21
4.5.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV).....	21
4.5.4. Escala de Katz.....	21
4.5.5. Entrevista semiestruturada	22
4.5.6. Notas de Campo	24
4.6. Análise de dados	24
4.6.1. Inspeção visual.....	24
4.6.2. Análise temática	25
5. Resultados.....	27
5.1. Inspeção visual	27
5.1.1. Exame Gerontopsicomotor (EGP)	27

5.1.2. Mini Mental State Examination (MMSE)	29
5.1.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)	31
5.1.4. Índice de Katz	34
5.2. Análise temática	37
5.2.1. Entrevista Inicial	37
5.2.2. Entrevista Final	39
6. Discussão	45
7. Conclusões	55
8. Referências	57
Anexos	69

Índice de figuras

Figura 1- Tarefas do EGP	20
Figura 2- Inspeção visual dos participantes no EGP	29
Figura 3- Inspeção visual dos participantes no MMSE	31
Figura 4- Inspeção visual dos participantes no IAQdV	34
Figura 5- Inspeção visual dos participantes no Índice de katz	36

Lista de tabelas

Tabela 1- Estudos de referência e comparativos	10
Tabela 2- Classificação por pontuação final do Índice de Katz (Adaptada de Katz et al., 1963).....	22
Tabela 3- Resultados discriminados do EGP.....	28
Tabela 4- Resultados discriminados do MMSE.....	30
Tabela 5- Resultados discriminados do IAQdV	32
Tabela 6- Resultados discriminados do Índice de Katz.....	35
Tabela 7- Temas emergentes da entrevista inicial	39
Tabela 8- Temas emergentes da entrevista final	42

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

EGP - Exame Geronto-Psicomotor

GPM – Gerontopsicomotricidade

HTA – Hipertensão Arterial

IAQdv - Avaliação da Qualidade de Vida

MMSE - Mini Mental State Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

1. Introdução

O presente estudo consistirá em recolher dados quantitativos e qualitativos para avaliar o impacto da intervenção. Mediante o exame Geronto-Psicomotor, Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdv), o questionário Mini Mental State Examination e a escala de Katz, recolheu-se os dados quantitativos. A recolha dos dados qualitativos será realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com o objetivo de avaliar as auto percepções dos participantes sobre o seu estado de saúde e qualidade de vida (avaliação inicial) e sobre o potencial impacto da intervenção (avaliação final), além disso, serão registadas notas de campo para complementar a análise.

A intervenção neste estudo apoia-se na definição apresentada por Piggitt (2020, pág.5), que destaca a definição de atividade física como "pessoas se movendo, agindo e atuando dentro de espaços e contextos culturalmente específicos, e influenciadas por um conjunto único de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos". Nesta perspetiva, segundo Fernandes (2014), a estratégia inerente ao presente objetivo centra-se em perspetivar o corpo da pessoa idosa como um corpo em relação em vez de privilegiar esse mesmo corpo como o principal meio de intervenção.

Envelhecer de forma saudável é um processo contínuo de otimização da capacidade funcional e criar oportunidades para preservar e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo da vida (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2015). A OMS em 1946, define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades".

Neste contexto, os Centros de Dia apresentam-se como uma resposta social bastante benéfica, pois permite o combate à solidão e ao isolamento, ao mesmo tempo que facilita a permanência da pessoa no seu lar (Fonseca, 2021). Estas instituições desempenham um papel crucial nas pessoas idosas neste aspeto, pois esta resposta social permite-lhes frequentar um espaço de socialização, que presta diversos serviços de acordo com as necessidades de cada um, sem que tenham de sair das suas habitações, promovendo assim, o envelhecimento na comunidade (Fonseca, 2021). De acordo com Estevão (2017), os centros de dia são a resposta social mais eficaz no combate ao isolamento social das pessoas idosas. Por fim, os Centros de Dia têm como objetivo implementar estratégias que promovam o desenvolvimento da autoestima, da funcionalidade e da autonomia pessoal e social dos seus participantes, isso ocorre porque o sentimento de utilidade, reconhecimento e valorização exerce um impacto muito positivo na vida dos idosos.

Com o declínio da funcionalidade do indivíduo, ocorre a perda da capacidade para realizar tarefas que lhe permitem viver sozinho, tornando o processo do

envelhecimento preocupante, do ponto de vista social, político e económico (Botelho, 2014). Nesse sentido, torna-se importante compreender o termo da capacidade funcional que segundo Santos, Santana e Broca (2016) se refere à manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma, que se relaciona diretamente à habilidade de executar atividades de vida diária (AVD), de forma a garantir a preservação do indivíduo.

Segundo Tomás, Galán-Mercant, Carnero & Fernandes (2017), a avaliação da capacidade funcional é fundamental para a saúde da pessoa idosa, pois possibilita a manutenção dos indivíduos ativos, independentes e autónomos por mais tempo, proporcionando a participação contínua na sociedade, mesmo em situações de doenças.

O perfil psicomotor complementa essa avaliação, sendo essencial para identificar alterações cognitivas e planejar intervenções neste caso na pessoa idosa, particularmente aquelas com demência (Morais et al., 2019). Através de atividades psicomotoras adaptadas à faixa etária, é possível promover melhorias na qualidade de vida, considerando o indivíduo de forma holística, e reconhecendo a inter-relação entre os aspetos cognitivos, físicos e emocionais (Dias & Mascioli, 2020).

Nesse sentido, segundo a OMS (1995), a qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”

Assim, a presente investigação orienta-se pela seguinte questão: “Qual é o impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional, no perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia?”, pois através desta abordagem, pretende-se analisar de que forma a participação regular num programa de intervenção motora pode contribuir para a autonomia e bem-estar geral da população idosa, valorizando a Gerontopsicomotricidade como um método integrador e eficaz.

Por fim, estruturalmente, a dissertação está organizada em oito capítulos distintos. O primeiro capítulo corresponde à introdução, onde se apresentam aspetos que fundamentam o tema abordado. O segundo capítulo refere-se à revisão de literatura na qual se aborda o problema em estudo, nomeadamente o envelhecimento, a gerontopsicomotricidade, bem como o tipo de resposta social selecionada para a realização da dissertação, o papel dos centros de dia. O terceiro capítulo apresenta os objetivos do estudo, detalhando a problemática investigada. O quarto capítulo é dedicado à metodologia utilizada no estudo, incluindo uma breve caracterização dos participantes, como será realizada a intervenção, a descrição dos instrumentos de recolha de dados e os procedimentos de recolha e análise dos dados.

No quinto capítulo, são apresentados os resultados do estudo. No sexto capítulo é apresentado a discussão dos resultados. No sétimo capítulo será apresentado as

conclusões do estudo e por último o oitavo capítulo corresponde à lista das referências bibliográficas.

2. Revisão de literatura narrativa

2.1. Envelhecimento

De acordo com a Pordata (2024), a pessoa é considerada idosa a partir dos 65 anos de idade e Portugal apresenta um índice de envelhecimento significativo, com 188,1 idosos para cada 100 jovens em 2023. Esse cenário reflete uma preocupação crescente com as implicações sociais e económicas do envelhecimento da população.

O envelhecimento é um processo individual, multifatorial e multidirecional, influenciado por fatores biológicos, sociais e psicológicos (Costa, 2018; Spirduso et al., 2005) e está relacionado com a ideia de passagem do tempo (Spirduso, 2005). Quando se reflete sobre o envelhecimento é fundamental levar em conta todo o processo de desenvolvimento humano, que é contínuo, ocorrendo durante todo o ciclo de vida. Esse processo envolve ganhos e perdas devido à interatividade entre o indivíduo, a cultura e o ambiente em que está inserido (Baltes, 1997; Freitas et al., 2016).

No processo de envelhecimento, pode ocorrer uma condição conhecida como fragilidade, que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo e o risco de efeitos adversos, devido à redução da regulação homeostática (Fried et al., 2001; Theou et al., 2018). O nível de fragilidade de um indivíduo é um indicador importante, pois revela a quantidade de cuidados necessários, quer formais, quer informais (Lambotte et al., 2018). De modo geral, um maior nível de fragilidade está associado a uma maior vulnerabilidade a situações de risco (Theou et al., 2018).

Ferreira (2015), destaca um ponto crucial ao afirmar que a qualidade de vida é um fator fundamental no processo de envelhecimento ativo, pois, além de englobar hábitos saudáveis que promovem a saúde física, também considera os fatores ambientais e pessoais. Esses elementos são fundamentais para garantir um envelhecimento bem-sucedido, aspetos esses como a família, a comunidade e a sociedade exercem uma influência significativa nesta fase.

Conforme ocorre o declínio das habilidades físicas, o idoso perde a sua autonomia, independência, necessitando de apoio, até mesmo, para realizar tarefas diárias básicas, atividades do autocuidado e instrumentais e a participação efetiva do idoso na sua comunidade e/ou família, o que pode levar a um declínio da vida social. (Lebrão, 2003). As alterações durante o processo de envelhecimento são significativas, no entanto é importante destacar que os cuidados com a saúde e a manutenção das atividades físicas podem determinar uma qualidade de vida maior na terceira idade (Silva et al., 2012).

2.2. Qualidade de vida do idoso

Na visão de Camões et al. (2016), a qualidade de vida para a população sénior está diretamente associada às perceções individuais de saúde, refletindo-se no bem-estar subjetivo, especialmente em três dimensões: física, psicológica e social. A nível físico, está relacionada com a capacidade de realizar atividades diárias. No

âmbito psicológico, liga-se ao bem-estar emocional, enquanto no social, à forma de estabelecer e manter relações interpessoais.

De acordo com Botelho (2014), a funcionalidade desempenha um papel essencial nas pessoas idosas, sendo crucial para a manutenção da autonomia. Destaca ainda que preservar a capacidade funcional à medida que se envelhece é fundamental para retardar perdas e, conseqüentemente, promover uma boa qualidade de vida nessa fase da vida.

Filho et al. (2016), apontam que o estilo de vida é outro fator determinante para a saúde e qualidade de vida, influenciado por uma variedade de elementos. Entre eles, destacam-se a prática de atividade física, a adoção de uma alimentação equilibrada, a manutenção de boa autoestima e o cuidado no consumo de álcool e tabaco. Além disso, outros aspetos como condições de habitação, uso de medicação, vida sexual, convivência social, suporte familiar, satisfação com as atividades do dia a dia, religiosidade também podem influenciar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos.

2.3. Gerontopsicomotricidade

De acordo com Morais, Santos e Lebre (2019), o domínio psicomotor refere-se à interação entre a mente (psico) e o movimento corporal (motor), sendo fundamental para compreender os processos que envolvem os movimentos humanos, os quais são originados nos centros cerebrais superiores, como o córtex motor e isso ocorre porque a maioria dos movimentos humanos é resultado dessa estimulação cerebral. Na gerontopsicomotricidade, o corpo em movimento é visto como uma maneira de relacionar uma conexão com o mundo (Vázquez & Mila, 2014).

Mattilla-Mora et al. (2016), enfatizam a importância de alguns princípios a serem considerados ao trabalhar com pessoas que apresentam declínios cognitivos ou demências e esses princípios incluem a criação de atividades lúdicas num ambiente harmonioso, a promoção de uma comunicação empática entre o profissional e os idosos, o uso de reforço positivo como estratégia motivacional, a adaptação das orientações de acordo com as capacidades atuais do indivíduo e a promoção de momentos de aprendizagem num contexto onde não haja a ocorrência de erros. Esses fatores visam garantir que o ambiente seja agradável e garantir que as pessoas se sintam valorizadas e respeitadas.

Os programas de gerontopsicomotricidade devem abranger aspetos como memória, atenção, funções executivas, compreensão e cálculos simples (Madera, 2005), com o objetivo de reduzir os declínios observados nessas áreas (Núñez & Gonzáles, 2012). Devido à plasticidade do cérebro humano (Craik & Rose, 2012; Horning & Davis, 2012), a estimulação cognitiva é essencial, tanto em contextos preventivos quanto terapêuticos (Horning & Davis, 2012), para que se possa atuar precocemente e atenuar o declínio cognitivo (Nishiguichi et al., 2015).

Além disso, a motivação desempenha um papel fundamental na execução de tarefas cognitivas, sendo fundamental para que os idosos consigam realizar com sucesso as atividades propostas (Cohen-Zimmerman & Hassin, 2018). Assim, com o envelhecimento, as pessoas costumam encontrar mais dificuldades na execução e precisão dos movimentos finos (Aubert & Albaret, 2001; Corti et al., 2017; Juhel, 2010; Nuñez & González, 2012), além de enfrentarem desafios no planejamento desses movimentos (Corti et al., 2017). Essas dificuldades podem ser associadas a mudanças na coordenação espacial (Contreras-Vidal et al., 1998) ou nas funções executivas (Corti et al., 2017).

O conceito de GPM envolve a dimensão biológica (respeita as alterações biológicas que acontecem no organismo durante o processo de envelhecimento), a psicológica (modificações na aprendizagem, atenção, memória e personalidade), a sociocultural (mudanças na estrutura social e alterações culturais) e a corporal (modificações na imagem corporal) sendo que e, precisamente, neste último ponto que incide o foco principal do trabalho do psicomotricista, não descurando a atenção dada aos outros fatores enumerados (Tuzzo & Demarchi, 2007, citado por Branquinho, 2018).

Como objetivos da GPM, o foco é na relação ao próprio corpo, nomeadamente na redescoberta do prazer do movimento, aumentando e diversificando-o, promovendo-se a consciência do corpo e tendo segurança nos deslocamentos (Olalla, 2009). Também um dos objetivos diz respeito a relação com os outros, especificamente, em aumentar a frequência e a qualidade destas interações (Nunez & Gonzalez, 2012; Olalla, 2009, citado por Branquinho, 2018), melhorar a descentração (através da escuta, posterior compreensão e ajuste ao outro), descobrir a comunicação não verbal e diminuir os sentimentos de angústia em relação às perdas (Olalla, 2009). Por outro lado, existe a construção da própria identidade, começando numa melhoria geral do bem-estar, diminuindo as vivências de dor, valorizando-se enquanto pessoa (Olalla, 2009).

Um aspeto importante que Ferreira (2015) refere, é que a qualidade de vida é um fator fundamental no processo de envelhecimento ativo, pois, além de englobar hábitos saudáveis que promovem uma boa saúde física, também considera os fatores ambientais e pessoais. Esses aspetos são essenciais para garantir um envelhecimento bem-sucedido, aspetos esses como a família, comunidade e sociedade tem um grande impacto na fase do envelhecimento.

Segundo Miranda (2017), a GPM tem como objetivo a recuperação, a preservação e aperfeiçoamento das capacidades de realização das atividades da vida diária. Na mesma linha de pensamento, Navarro, Alexandre, Dias, Duarte, e Garcia Alonso (2018), afirmam que a GPM se foca na manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, pretende aperfeiçoar o conhecimento e potenciar a eficácia das ações, sobretudo na vida diária.

Em suma, através da GPM, o idoso tem a oportunidade de explorar sensações através de vivências corporais que lhe permitem ter um melhor conhecimento do

seu “Eu” e, permitindo combater o isolamento social através da participação de atividades em grupo que promovem interações interpessoais. Assim, a GPM permite diminuir os efeitos causados pelas alterações do envelhecimento, através do desenvolvimento de estratégias que possibilitam ao idoso adaptar-se, contribuindo para a manutenção da sua autonomia e capacidade funcional, que terá grande influência no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

2.3.1. Sessões de Gerontopsicomotricidade

Em sessões de GPM, é de salientar a importância dos rituais de início e final de sessão, uma vez que permitem à pessoa organizar-se, através da antecipação (Vázquez & Mila, 2014). No momento **inicial**, a apresentação reforça o sentimento de pertença ao grupo (Vázquez & Mila, 2014) e podem ser realizados exercícios de respiração e alongamentos (Olalla, 2009). No momento **central**, realizam-se atividades que vão ao encontro dos objetivos pré-estabelecidos (Rodríguez, 2003), podendo recorrer-se ao jogo para estimular os diferentes domínios psicomotores (Madera, 2005; Morais, 2007; Olalla, 2009). No momento **final** faz-se uma reflexão sobre as atividades realizadas, organizando-se mentalmente o que foi feito e expressando emoções e sentimentos relacionados (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vázquez & Mila, 2014).

2.4. Programas de atividade física

O exercício físico orientado, estruturado e supervisionado representa uma das estratégias mais eficientes para preservar os níveis de funcionalidade e independência da pessoa idosa com fragilidade (Lopopolo et al., 2006; Lacroix et al., 2017). Além dos benefícios físicos, a atividade física destaca-se como uma intervenção promissora para retardar o declínio cognitivo e a demência (Livingston et al., 2020; Vina et al., 2012; Prakash et al., 2015).

De acordo com, Pescatello e Dipietro, (1993), a caminhada destaca-se como uma das mais indicadas para as pessoas idosas, por ser uma atividade de baixo impacto, acessível, segura e adaptável a diferentes níveis de capacidade funcional. Além de promover benefícios cardiovasculares e musculoesqueléticos, a caminhada estimula o convívio social, que é um aspeto fundamental entre indivíduos em risco de isolamento, depressão e declínio cognitivo. Da mesma forma, a melhoria da capacidade aeróbia mostra-se relacionada a uma melhor função neurocognitiva em pessoas que envelhecem (Kraemer, Hahn & McAuley, 2000).

A relação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais debatida e analisada cientificamente. Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do envelhecimento. (Matsudo, Matsudo & Barros Neto, 2001).

2.5. O papel dos centros de dia

De acordo com o Instituto da Segurança Social (2022), os centros de dia têm como finalidade proporcionar cuidados e serviços adequados às necessidades dos seus participantes, que podem abranger aspetos básicos pessoais, psicossociais, socioculturais ou de saúde, independentemente do grau de dependência, para isso, os centros de dia devem estar devidamente equipados e capacitados para atender de forma eficaz, garantindo um ambiente acolhedor e seguro. Além disso, visam manter ou recuperar o máximo de autonomia possível dos participantes, incentivando-os na realização das atividades da vida diária (AVDs), prevenindo o declínio físico por meio de atividades de estimulação motora, terapêuticas, ocupacionais e de lazer.

O objetivo é também fomentar a participação em atividades sociais que promovam tanto as capacidades físicas e mentais como as relações interpessoais, assim os centros de dia visam, principalmente, melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo a sua permanência nas suas próprias casas (Gomes, 2013).

Vários autores (Cabré & Serra-Prat, 2004; López et al., 2012; Luppá et al., 2009; Pinzón Pulido et al., 2016) apontam a diminuição da capacidade funcional, a presença de condições patológicas (Cabré & Serra-Prat, 2004; Segal et al., 2018), a ocorrência de uma queda (López et al., 2012), as alterações de memória e comportamentais (López et al., 2012; Segal et al., 2018) e a perda do cônjuge (Segal et al., 2018) como os principais fatores que levam à institucionalização das pessoas idosas. Assim, a atividade física promove sentimentos de autoeficácia (Gallagher et al., 2016; Weinberg et al., 2015), diminuindo a sintomatologia depressiva (Apóstolo, Cardoso et al., 2016), retardando dificuldades ao nível da mobilidade e conseqüente dependência (Gallagher et al., 2016). Fastame et al (2016), acrescentam que a nível de satisfação entre as pessoas institucionalizadas pode ser igual às das que vivem em comunidade se se mantiverem envolvidas em atividades. A motivação para a participação dos idosos pode contribuir para a existência de melhores resultados (Weinberg et al., 2015). Com a participação contínua é esperada a manutenção ou melhoria das capacidades da pessoa idosa nas tarefas que realiza no seu quotidiano (Morais, 2007; Nuñez & Gonzáles, 2012).

2.5. Estado da arte

A intervenção motora em idosos, tem mostrado grande potencial em promover ganhos cognitivos, funcionais, psicomotores e sociais, contribuindo para a manutenção da autonomia e qualidade de vida. Programas bem estruturados, individualizados e contínuos podem ter impacto positivo no envelhecimento, no entanto, ainda existem lacunas na literatura. Podemos observar na tabela 1, os estudos de referência e comparativos. O estudo de Oliveira et al. (2024), mostrou que uma intervenção psicomotora de quatro meses, apresentou melhorias tanto no equilíbrio estático como na função cognitiva, o que revela que programas de curta duração, quando são bem estruturados e planeados, podem ter resultados positivos

no bem-estar e na capacidade funcional dos idosos. Conforme Rosado et al. (2021), que verificaram ganhos na atenção, percepção e no equilíbrio em idosos com risco de queda ao avaliarem programas psicomotores multimodais.

Para Kim et al. (2020), num estudo com idosos, constataram que um programa multicomponente de exercícios, promoveu melhorias na qualidade de vida. Para Pires (2014), a intervenção psicomotora que incluía atividades de equilíbrio, mostrou resultados positivos no que diz respeito a função cognitiva e ao equilíbrio, o que evidencia ganhos físicos e cognitivos com atividades estruturadas. Tal como para Silva (2018), a intervenção psicomotora, apresentou melhorias na mobilidade, memória verbal e perceptiva e na motricidade fina, o que evidencia benefícios e potencial das atividades psicomotoras estruturadas. Por outro lado, Mosor et al. (2019), investigou um programa psicomotor intergeracional, onde participaram crianças e idosos, em que os resultados indicaram melhorias no bem-estar e interação social, o que demonstra o impacto dos idosos na consolidação de laços afetivos. Com base nas informações de Henriques (2013), que também aplicou um programa de intervenção psicomotor em idosos com demência, observou resultados positivos tanto na mobilidade articular, motricidade fina, na evocação, praxias como no domínio temporal, relevando que o papel da intervenção psicomotora é uma mais-valia nos idosos, sendo fundamental no processo de reabilitação cognitiva e funcional.

De modo geral, a literatura indica que programas de intervenção psicomotora, são eficazes para promover melhorias nas capacidades cognitivas, funcionais e sociais nos idosos. A evidência também demonstra que a continuidade deste tipo de intervenção é eficaz no que diz respeito à manutenção dos ganhos alcançados.

Tabela 1- Estudos de referência e comparativos

Título	Autor(es)	Ano	Intervenção	Principais resultados	Conclusões do estudo
<i>Balance and Cognition: Psychomotor Intervention in the Elderly</i>	Oliveira et al.	2024	Intervenção psicomotora de 4 meses	Melhorias no equilíbrio estático e função cognitiva	Evidencia que programas psicomotores curtos e bem estruturados ajudam a manter a capacidade física e o bem-estar.
<i>Can two multimodal psychomotor exercise programs improve attention, affordance perception, and balance in community dwellings at risk of falling? A randomized controlled trial</i>	Rosado et al.	2021	Atividades psicomotoras	Melhoria em atenção, percepção de affordance e equilíbrio; benefícios em equilíbrio diminuem após 12 semanas sem intervenção.	Destaca a eficácia de programas multimodais na prevenção de quedas e a importância de estratégias para manutenção dos benefícios a longo prazo
<i>Effects of Multicomponent Exercise on Cognitive Function in Elderly Korean Individuals</i>	Kim et al.	2020	Programa multicomponente de exercícios	Ganhos significativos na WHOQOL-BREF, principalmente idosos frágeis	Evidencia efeitos positivos em qualidade de vida e bem-estar emocional
<i>Papel da Intervenção Psicomotora na Autonomia e Independência do Idoso Institucionalizado</i>	Pires	2014	Intervenção psicomotora com atividades de equilíbrio	Melhoria do equilíbrio e função cognitiva	Evidência de ganhos físicos e cognitivos com atividades estruturadas

<p><i>An intergenerational program based on psycho-motor activity promotes well-being and interaction between preschool children and older adults: results of a process and outcome evaluation study in Austria</i></p>	<p>Mosor et al.</p>	<p>2019</p>	<p>Programa psicomotor intergeracional</p>	<p>Melhoria do bem-estar e interação social.</p>	<p>Destaca impacto físico, social e emocional da intervenção</p>
<p><i>Intervenção gerontopsicomotora em idosos institucionalizados</i></p>	<p>Silva</p>	<p>2018</p>	<p>Intervenção psicomotora</p>	<p>Melhorias em mobilidade, motricidade fina, memória verbal e perceptiva.</p>	<p>Evidência benefícios mesmo em pequenas amostras e reforça o potencial da intervenção</p>
<p><i>O efeito de um programa psicomotor para idosos com demência – importância da psicomotricidade como terapia coadjuvante junto da fisioterapia</i></p>	<p>Henriques</p>	<p>2013</p>	<p>Programa psicomotor</p>	<p>Melhorias na motricidade fina, mobilidade articular, evocação, praxias e domínio temporal.</p>	<p>Demonstra eficácia da intervenção psicomotora em diferentes domínios</p>

3. Objeto de estudo

3.1. Questões de investigação

As perguntas que constituem o problema de investigação são as seguintes:

1. Qual o impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional de idosos que frequentam um centro de dia?
2. Qual o impacto de um programa de intervenção motora no perfil psicomotor de idosos que frequentam um centro de dia?
3. Qual o impacto de um programa de intervenção motora na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia?

3.2. Hipóteses

1. O programa de intervenção motora tem um impacto positivo na capacidade funcional de idosos que frequentam um centro de dia.
2. O programa de intervenção motora tem um impacto positivo no perfil psicomotor de idosos que frequentam um centro de dia.
3. O programa de intervenção motora tem um impacto positivo na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia.

3.3. Objetivo do estudo

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da participação num programa de intervenção motora, na capacidade funcional no perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia.

3.4. Variáveis do estudo

Variável Independente: Programa de Intervenção motora.

Variáveis dependentes: Qualidade de vida, perfil psicomotor e capacidade funcional.

3.5. Significado do estudo

A importância desta investigação baseia-se no facto de existir uma lacuna na literatura, pois há muito poucos estudos que abordam esta temática direcionada para os fatores psicomotores na população idosa. Assim, o estudo contribuiu para preencher essa lacuna, apresentando efeitos de um programa de intervenção motora em idosos.

Este estudo pretende demonstrar evidência científica, mostrando que intervenções não só impactam positivamente nas capacidades motoras, mas também nas funções cognitivas e no bem-estar dos idosos.

4. Método

4.1. Congruência metodológica

O presente estudo segue um desenho de estudo de casos múltiplos, incorporando avaliações de pré e pós-teste. A recolha de dados foi realizada em quatro momentos distintos: avaliação inicial, avaliação intermédia após um mês de intervenção, a avaliação final após dois meses de intervenção e por fim, após um mês sem qualquer tipo de intervenção realizou-se um *Follow Up*. O estudo não incluiu a utilização de um grupo de controlo.

Quando o objetivo é comparar resultados, o estudo de casos múltiplos é recomendado (Yin, 2017). Essa abordagem é reconhecida como uma ferramenta importante para compreender de forma aprofundada a influência dinâmica e evolutiva do contexto na implementação de intervenções complexas (Paparini et al., 2020), especialmente em populações idosas em ambientes de centro de dia. Os estudos de caso também facilitam a investigação da causalidade emergente, ou seja, das múltiplas propriedades interativas que contribuem para a ocorrência de resultados específicos (Greenhalgh & Papoutsis, 2018).

Estudos de caso empíricos geralmente possibilitam uma compreensão dinâmica da complexidade (em vez de restringir o foco em delimitações estreitas de problemas e soluções simples) e evidenciam as diferentes lógicas que sustentam a implementação e os efeitos da intervenção (Byrne, 2013; Koenig, 2009). Isso ocorre porque geralmente abordam múltiplas variáveis em vários contextos da vida real, muitas vezes onde não há um conjunto único e claro de resultados (Walshe, 2011). Dessa forma, a pesquisa de estudo de caso representa uma metodologia essencial para estudar a complexidade e um recurso inestimável para compreender como o contexto do mundo real influencia intervenções complexas em nível de sistema. Portanto, esta metodologia permite captar as nuances e especificidades associadas ao impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional, no perfil psicomotor e na qualidade de vida dos participantes.

A congruência metodológica deste estudo foi orientada pela lista proposta por Shaw et al. (2023), Triple C (Estudo de caso, Contexto, Intervenções complexas), a qual foi utilizada como referência para garantir a coerência entre os objetivos propostos, o desenho metodológico adotado (estudo de casos múltiplos com abordagem qualitativa e quantitativa) e os procedimentos de recolha e análise de dados. As técnicas que foram utilizadas, como a inspeção visual e análise temática que permitem responder ao problema de investigação com profundidade, respeitando assim a complexidade da intervenção.

A credibilidade dos dados foi assegurada, através de diferentes métodos de análise, discutindo os resultados. Além disso, todas as decisões metodológicas foram explicadas de forma clara, incluindo a obtenção de consentimento informado (anexo 1) e a aprovação da comissão de ética, garantindo o rigor e a integridade científica do estudo.

4.2. Descrição contextual

O estudo foi realizado no Centro de Dia do Fundão, uma instituição que consiste na prestação de um conjunto de serviços de apoio a pessoas com total ou parcial autonomia.

O objetivo do centro de dia passa por promover a estabilização ou retardamento da evolução do declínio funcional associado ao envelhecimento, além de satisfazer as necessidades básicas dos idosos, oferecendo apoio social e psicológico. Além disso, proporcionar aos idosos, novas experiências que lhes permitam uma valorização pessoal e social, aumento de autoestima e segurança e melhorar a qualidade de vida do idoso.

O ambiente no centro de dia é acolhedor e agradável, caracterizado por um clima de alegria, que promove o convívio entre os idosos. A equipa de apoio é composta por duas auxiliares, uma que trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde, responsáveis por tarefas tais como, servir as refeições, limpeza dos espaços, e higiene pessoal a quem necessita dessa ajuda. Além disso há uma animadora que atua de forma parcial, dividindo o seu tempo entre este centro de dia e os outros centros de dia da região. Os idosos apresentam diferentes níveis de autonomia, sendo que a maioria são independentes. Relativamente a rotina diária dos idosos, apesar dos recursos humanos serem limitados, vão tendo atividades ao ar livre, exercício físico, animação entre outras dinâmicas, o que faz com que se promova um sentimento de pertença e motivação por parte dos idosos.

4.3. Participantes

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Castelo Branco, aprovou este estudo antes da inclusão dos participantes (**N.º 199 CE-IPCB/2025**), (anexo 2). Princípios éticos básicos na condução de estudos qualitativos, como beneficência, respeito à dignidade humana e justiça, foram observados durante o estudo.

Este estudo envolveu um total de seis idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos, recrutados para a intervenção, do Centro de Dia do Fundão. Os participantes foram selecionados intencionalmente e ambos deram o seu consentimento informado e voluntário para participar no estudo.

A participação foi totalmente voluntária, e os participantes deram o seu consentimento informado de maneira completa, em conformidade com os princípios estabelecidos pela Declaração de Helsinque (World Medical Association, 2013).

Os critérios de inclusão: Idade \geq 65 anos, capacidade autónoma de comunicação e mobilidade e estar num centro de dia.

Critérios de Exclusão: Deficiências auditivas ou visuais graves; cancro ativo ou doenças autoimunes; amputações; limitações severas de força ou afasia associadas a acidente vascular cerebral; diagnóstico de cancro nos últimos três anos; doença cardiovascular instável; condições que comprometam o desempenho físico e os participantes não devem estar inscritos em programas de exercício físico.

A escolha de uma amostra composta por seis participantes, justifica-se pelo objetivo do estudo, que é avaliar de forma profunda os efeitos de uma intervenção psicomotora em um número reduzido de indivíduos. O estudo adota um desenho de casos múltiplos, uma abordagem qualitativa que não visa a generalização estatística, mas sim a compreensão aprofundada do impacto do programa de intervenção motora em cada participante.

A escolha de seis participantes baseou-se em três fatores essenciais: (1) a necessidade de acompanhamento individualizado, garantindo uma análise mais aprofundada e significativa; (2) a viabilidade do estudo dentro das limitações de tempo e recursos disponíveis; e (3) a adequação da amostra à natureza do estudo, alinhada com investigações anteriores que demonstram que pequenos grupos são suficientes para avaliar intervenções motoras em populações idosas.

4.4. Programa de Intervenção Motora

O programa foi construído com base nos critérios sugeridos por Slade et al., (2016), que visam garantir, coerência em estudos de intervenções complexas. Abaixo, cada item recomendado é descrito de acordo com a implementação no presente estudo.

4.4.1. Intervenção psicomotora

O perfil psicomotor diz respeito à interação entre a comunicação, a cognição, a motricidade e a funcionalidade. Este perfil é especialmente relevante para identificar défices e planejar intervenções neste caso na pessoa idosa, particularmente aquelas com demência (Morais et al., 2019).

A intervenção consistiu num programa psicomotor individualizado, aplicado em contexto de centro de dia, com o objetivo de melhorar a capacidade funcional, o perfil psicomotor e a qualidade de vida de pessoas idosas. Esta foi baseada na psicomotricidade, com foco nas dimensões motoras, cognitivas e relacionais, com o intuito de trabalhar as funções motoras e cognitivas, de forma a prevenir o declínio funcional e promover o bem-estar. De acordo com Ovando e Couto (2010), a psicomotricidade para os idosos tem como objetivo a manutenção da consciência corporal, das capacidades funcionais, melhorar e aprimorar o conhecimento de si e a eficácia das ações, principalmente das atividades de vida diária.

Relativamente aos materiais, estes foram escolhidos de forma a serem de fácil manipulação, de tamanho médio e evitando que sejam infantis. Alguns exemplos de materiais que foram usados nas sessões foram balões, plasticina, baralhos de cartas, folhas de jornal, cartões com cores e imagens organizadas em categorias, bingo específico para a diferenciação das cores e formas geométricas entre outros.

A intervenção teve a duração de 3 meses, com 3 sessões semanais de cerca de 45 minutos cada, com um total de 31 sessões. As sessões ocorreram no centro de dia e cada sessão era trabalhado um domínio psicomotor diferente. Após a conclusão, foi feito um follow-up um mês depois, sem qualquer tipo de intervenção nesse período. As sessões foram realizadas presencialmente, em formato

individualizado em dois grupos de 3 participantes, de forma a permitir que os idosos tivessem o maior foco de atenção nos exercícios que estivessem a realizar.

As atividades ocorreram numa sala ampla que é o único espaço que o centro de dia do fundão tem, onde tem todos os idosos, espaço esse que é também utilizado para refeições e momentos de convívio. No entanto tem uma boa iluminação e os idosos sentem-se confortáveis, no entanto um aspeto negativo a apontar, é que uma vez que o espaço é único, por vezes os ruídos e distrações externas por vezes interferiam na atenção dos participantes.

A intervenção foi conduzida exclusivamente pela investigadora, que planeou e implementou todas as sessões. As atividades foram sempre adaptadas conforme o nível de autonomia e humor dos participantes, por exemplo se um participante não se encontrasse em condições ideais, estivesse mais cansado ou distraído, os exercícios eram ajustados no seu grau de dificuldade e tempo de duração.

Todas as sessões foram conduzidas de acordo com um plano estruturado para facilitar as intervenções, e após cada sessão foi efetuado um registo escrito de observações relevantes dos participantes consoante a sessão. A participação dos idosos foi acompanhada através de um registo de presenças de forma a avaliar se o participante foi assíduo ao longo do programa. Os participantes demonstraram-se satisfeitos ao longo das sessões, querendo sempre continuar e fazer mais, o que indica que os participantes aceitaram bem o projeto e motivaram-se.

4.4.2. Intervenção de exercício físico

O programa de exercício físico consistiu na realização de exercícios adaptados para idosos, baseado no protocolo ViviFrail, com exercícios físicos focados na prevenção de fragilidade e quedas em idosos. Os exercícios aplicados foram de baixa intensidade, pensados para promover o, equilíbrio, força, resistência e flexibilidade, respeitando os limites físicos de cada participante. Tendo em conta que os participantes não apresentavam experiência prévia com atividades físicas regulares, as sessões foram progressivas, permitindo que cada participante realizasse os exercícios de acordo com o seu ritmo e nível de autonomia.

O ViviFrail foi desenvolvido como um programa de exercícios físicos multicomponentes domiciliários para melhorar a capacidade funcional das pessoas idosas (Izquierdo, 2016).

No estudo de Buendía-Romero et al. (2020), os resultados demonstram que intervenções diárias e um programa de exercício multicomponente personalizado (Vivifrail) produzem melhorias funcionais e de mobilidade significativas em idosos octogenários que vivem em lares de idosos. Estes resultados confirmam os anteriormente relatados sobre os benefícios do programa Vivifrail em idosos hospitalizados com um quadro agudo (Sáez de Asteasu et al., 2020) e incentivam a sua inclusão como uma atividade física acessível, segura e eficaz em lares de idosos. O programa Vivifrail, constitui um dos programas de exercício

multicomponente mais promissores para idosos (Izquierdo, 2019; Izquierdo et al., 2017).

As sessões ocorreram duas vezes por semana, com duração aproximadamente de 45 minutos, e foram estruturadas em três fases:

1. Parte preparatória: Iniciava-se cada sessão com uma caminhada ou exercícios dinâmicos simples, para preparar o corpo e movimentos articulares suaves (pescoço, ombros, braços, tronco e pernas).
2. Parte principal: Nesta fase, foram realizados exercícios que trabalham a força, equilíbrio, flexibilidade e resistência. Todos os exercícios foram adaptados à capacidade individual, garantindo que todos os participantes conseguissem realizá-los de forma segura e eficaz. Também se trabalhou a parte cognitiva dos participantes, enquanto a realização de certos exercícios.
3. Relaxamento/alongamento: No final das sessões, realizavam-se alongamentos suaves e relaxamento, de forma a proporcionar o bem-estar físico e emocional dos participantes.

Relativamente à monitorização da intensidade, os exercícios aumentavam gradualmente em complexidade e intensidade, respeitando o ritmo de cada participante. O instrutor observava, e caso houvesse desconforto ou dor, o exercício era adaptado imediatamente conforme o necessário.

Os participantes avaliavam o seu esforço, mediante a escala adaptada de Borg (1982), que é avaliada de (0-10), de forma a garantir que a intensidade permanecesse dentro de níveis seguros para a realização do exercício físico.

O programa teve participação ativa e os participantes mostraram-se motivados, permitindo assim que evoluíssem de forma gradual e que adquirissem confiança nas atividades físicas.

Para ambas as intervenções de forma a assegurar a adesão aos programas, estratégias pedagógicas com ênfase nos aspetos psicossociais, particularmente relevantes para idosos, serão adotadas (Ramalho et al., 2019a). A frequência dos participantes será monitorizada por meio de listas de presenças, sendo estabelecido que aqueles com menos de 75% de frequência serão excluídos da análise final (Ramalho et al., 2019b).

4.5. Recolha de dados

Relativamente à recolha de dados, os participantes foram avaliados através dos seguintes instrumentos de avaliação.

4.5.1. Exame Gerontopsicomotor

Um instrumento abrangente que avalia múltiplos domínios em indivíduos com mais de 60 anos de idade, sendo cada domínio classificado numa escala de 0 a 6 pontos (Morais et al., 2016).

O Exame Gerontopsicomotor (EGP), na sua versão original proposta por Michel et al. (2011), como na versão para a população portuguesa por Moraes, Santos e

Lebre (2016), é composto por 52 itens, divididos por 17 domínios que estão distribuídos em diferentes áreas que são importantes serem trabalhadas tais como o equilíbrio estático I, equilíbrio estático II, o equilíbrio dinâmico I, equilíbrio dinâmico II, mobilização articular dos membros inferiores, mobilização articular dos membros superiores, motricidade fina dos membros inferiores, motricidade fina dos membros superiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva, memória verbal, domínio espacial, domínio temporal, percepção e comunicação (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2011).

As tarefas do EGP podem ser organizadas em um conjunto de 17 provas, que se distribuem em três principais categorias: Prevalência Cognitiva, Prevalência Motora e Constrangimentos Físicos (Michel, Soppelsa, & Albaret, 2021).

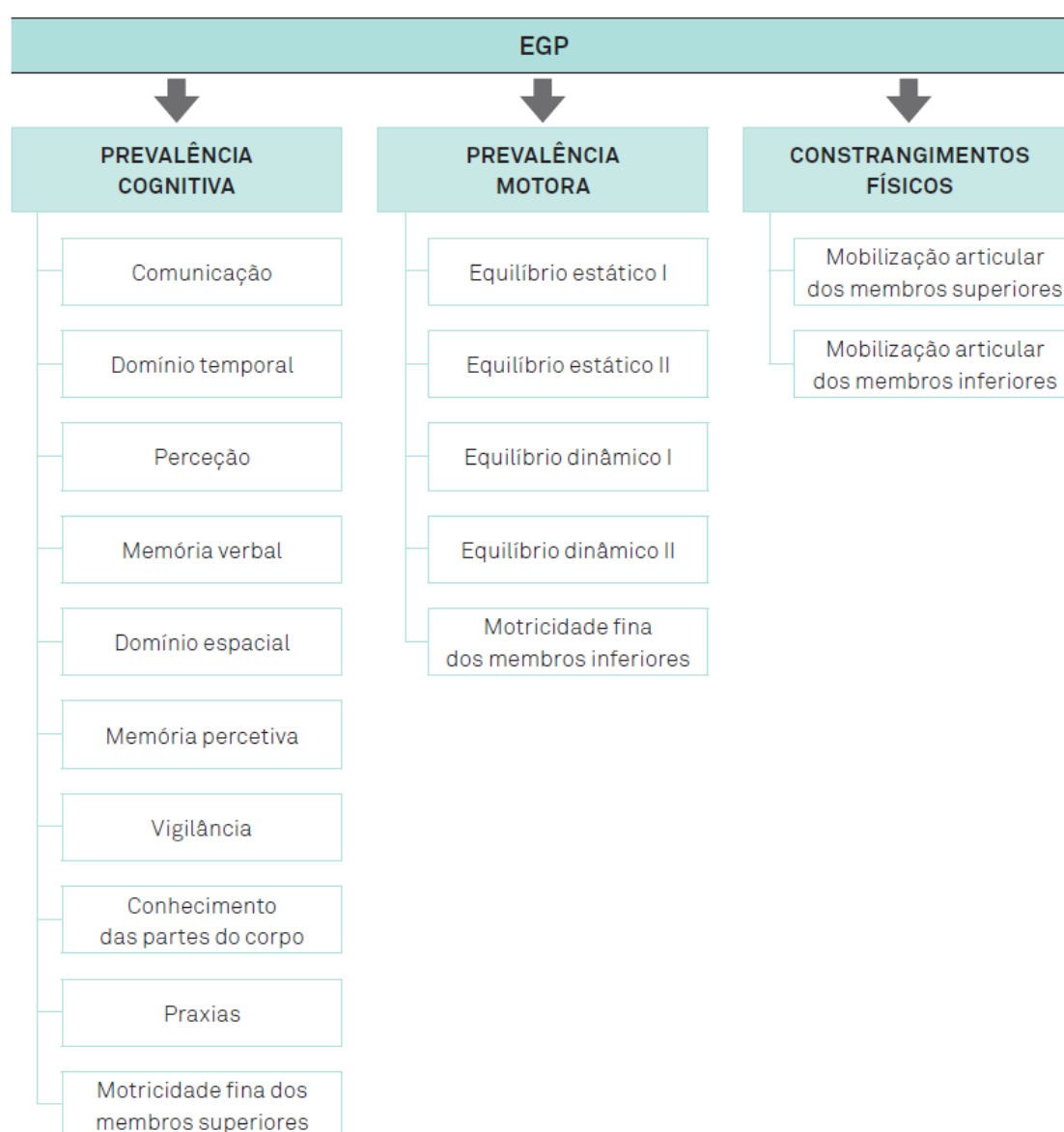


Figura 1- Tarefas do EGP

4.5.2. Mini-Mental State Examination

O Mini-Mental State Examination (MMSE) foi criado por Marshal Folstein et al. (1975) e consiste num instrumento de rastreio cognitivo/avaliação breve de demência. É um teste de fácil aplicação e requer cerca de 5/10 minutos, sendo o tempo de execução não cronometrado. É considerado o teste mais amplamente utilizado para avaliação cognitiva normalizada no ambiente clínico, especialmente com a população idosa.

O MMSE apresenta 30 perguntas divididas em seis domínios cognitivos: Orientação – 5 itens de orientação temporal e 5 de orientação espacial; Retenção – são referidas três palavras ('Pêra, Gato, Bola') que o examinando repete de seguida; Atenção e Cálculo – onde o indivíduo tem de realizar cinco subtrações sucessivas de três valores ao número trinta; Evocação – o examinando tem de evocar as três palavras atrás repetidas; Linguagem – constituída por dois itens de Nomeação (Lápis e Relógio), um de Repetição de uma frase ('O rato roeu a rolha'), três de Compreensão de ordem verbal ('Pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar em cima da mesa'), um de Compreensão de ordem escrita ('Feche os olhos'), um de Escrita espontânea de uma frase; Habilidade Construtiva (cópia de uma imagem constituída por dois pentágonos intersectados em dois lados, pontua-se com um ponto se os dez ângulos estão presentes e os polígonos intersectados de modo a que essa intersecção forme um quadrado).

Cada item do teste é pontuado com 0 ou 1 ponto, tendo a escala no máximo 30 pontos. Os pontos de corte da versão portuguesa são: 15 pontos em indivíduos analfabetos, 22 para 1 a 11 anos de literacia e 27 para literacia superior a 11 anos (Guerreiro et al., 1994).

4.5.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

O construto Qualidade de Vida assumiu relevância acrescida com a consciência de que "curar" uma doença não é o único resultado das intervenções em saúde. Torna-se importante possuir um instrumento de avaliação da Qualidade de Vida, adequado, a nível psicométrico, para avaliar o impacto de programas de intervenção na área da saúde. Foi realizada a validação para a população idosa portuguesa de um Instrumento Australiano de Avaliação da Qualidade de Vida (AQdV). Foram respeitadas as características da versão australiana (fatores e número de itens). É constituída por 15 itens, distribuídos por cinco categorias sendo elas: Vida Independente > bem-estar psicológico > Sentidos físicos > Doença > relações sociais. A cotação de cada item faz-se numa escala de zero (0) a três (3) pontos e quanto mais baixa a pontuação, melhor a avaliação da respetiva qualidade de vida (Fonseca et al. 2009).

4.5.4. Escala de Katz

O índice de Katz é um importante instrumento para a avaliação de vida diária (AVDs) na população idosa. Conforme salientam Duarte, Andrade e Lebrão (2007), a avaliação do estado de saúde da população idosa era amplamente baseada nas

estatísticas de mortalidade, o que não oferecia um parâmetro abrangente sobre as condições de vida e saúde desse público-alvo.

Nesse contexto, o índice de Katz, surge como uma resposta necessária para a avaliação da vida diária dos idosos, e permite medir a autonomia do idoso em relação às atividades e funciona como um conhecimento da evolução desse indivíduo nas tarefas ou o cuidado de modo eficaz na sua saúde na vida quotidiana. Assim, o índice contribui significativamente para promover a qualidade de vida ao idoso.

O Índice de Katz avalia o desempenho em seis funções básicas: tomar banho, vestir-se, utilizar a sanita, realizar transferências (como levantar-se da cama ou de uma cadeira), controlar a continência e alimentar-se. Para cada função, o idoso é avaliado com uma pontuação de '1' (independente) ou '0' (dependente).

A pontuação total varia de 0 a 6, sendo que:

- **6 pontos** indicam independência total em todas as atividades;
- **5 pontos** indica dependência ligeira
- **3-4 pontos** indica dependência moderada
- **1-2 pontos** indica dependência grave
- **0 pontos** indicam dependência total

O tempo de aplicação é cerca de 5 minutos e no final contabiliza-se o grau de independência ou dependência de todas as atividades:

Tabela 2- Classificação por pontuação final do Índice de Katz (Adaptada de Katz et al., 1963)

Pontuação:

Grau de Dependência	Pontos
Dependência Total	0
Dependência Grave	1-2
Dependência Moderada	3-4
Dependência Ligeira	5
Independência Total	6

4.5.5. Entrevista semiestruturada

Posteriormente, os dados serão recolhidos através de entrevistas individuais mediante um guião de entrevista semiestruturada para avaliar as auto percepções dos participantes sobre o seu estado de saúde e qualidade de vida numa fase inicial, e sobre o impacto potencial da intervenção numa fase final.

O guião da entrevista será elaborado seguindo os procedimentos de investigação interpretativa conforme indicado por (Biddle, Markland, Gilbourne, Chatzisarantis, & Sparkes, 2001).

Desse modo serão adotados os seguintes passos: (1) elaboração das perguntas a serem feitas, (2) revisão do conteúdo do roteiro de entrevista por dois investigadores experientes em investigação qualitativa, (3) reformulação das

questões com base nas sugestões recebidas, (4) realização de um estudo piloto com um idoso selecionado por conveniência e (5), implementação de ajustes mínimos no conteúdo das perguntas com base nos resultados do estudo piloto.

As entrevistas serão estruturadas em uma abordagem de três níveis, progredindo de questões mais gerais para específicas conforme sugerido por (Tong et al., 2007). Além disso, outras perguntas serão formuladas a partir dos dados emergentes, ou seja, as respostas dos participantes influenciaram a formulação das questões subsequentes (Fletcher & Sarkar, 2012).

A recolha dos dados ocorrerá no centro de dia do Fundão, individualmente a cada participante. A entrevista irá decorrer através de uma conversa informal, sendo registadas através de um gravador de áudio para garantir o registo de todas as informações pertinentes. A duração média de cada entrevista será aproximadamente de 45 minutos.

A entrevista semiestruturada incluirá questões direcionadas a explorar as expectativas do participante no início do programa, assim como os seus pensamentos e sentimentos relativamente às barreiras enfrentadas para realizar exercícios. Serão abordados temas como os níveis de motivação, a variedade de exercícios realizados e os níveis de atividade física antes e após o programa. Além disso, o participante será incentivado a partilhar o seu feedback sobre a eficácia do programa e a sugerir possíveis melhorias. Na perspetiva de Quivy e Campenhoudt (1998) a entrevista pode ser vista como um processo de interação humana que, corretamente utilizada, possibilita retirar informações e elementos de reflexão muito relevante.

A entrevista inicial tem como objetivo compreender o ponto de partida do participante, no que diz respeito tanto a sua perceção de qualidade de vida como das suas motivações e expectativas em relação ao programa. Alguns exemplos de perguntas são: "Como descreveria a sua qualidade de vida neste momento?"; "Como descreveria a sua capacidade de se movimentar e realizar atividades do dia a dia, como andar, vestir-se ou pegar em objetos?"; "Há algo que espera aprender ou melhorar com este programa?".

A entrevista final visa avaliar as mudanças alcançadas após a participação no programa, assim como o nível de satisfação e o impacto desta intervenção no participante. Alguns exemplos de perguntas como: "Se pensar em como se sentia no início do programa e comparar com agora, o que mudou no seu corpo — em termos de dores, energia ou resistência? Pode descrever esse percurso?" "O que sente que ganhou com este programa?"; "De que forma as suas expectativas em relação ao programa foram ou não correspondidas?"; "Se tivesse a oportunidade, participaria novamente num programa semelhante? O que o(a) levaria a querer repetir essa experiência?".

Estas perguntas permitem captar uma reflexão aprofundada sobre o impacto do programa, as aprendizagens e o significado que foi atribuído à experiência vivida pelos participantes.

Richardson (2015), aponta que a entrevista semiestruturada é uma ferramenta eficaz para recolher diversas opiniões, mas acima de tudo a partilha de conhecimento, experiências, vivências e explicações de determinados factos, que só quem tem contacto direto com determinadas realidades permite corroborar ou contrariar determinadas ideias estabelecidas.

4.5.6. Notas de Campo

Historicamente, as notas de campo têm desempenhado um papel essencial na investigação qualitativa desde o início de 1900, com origem no campo da antropologia etnográfica (Emerson, Fretz, & Shaw, 2011). Segundo Phillippi e Lauderdale (2018), as notas de campo são amplamente recomendadas na investigação qualitativa para documentar informações contextuais essenciais.

Grande parte dos métodos de investigação qualitativa recomenda que os investigadores registem notas de campo, pois essas contribuem para enriquecer os dados e oferecer um contexto detalhado para a análise (Creswell, 2013; Lofland, Snow, Anderson, & Lofland, 2005; Mulhall, 2003; Patton, 2002).

Assim, as notas de campo também irão desempenhar um papel importante na análise qualitativa dos dados. Durante o processo de recolha de dados, irá ser registado as observações, pensamentos e reflexões em notas de campo.

4.6. Análise de dados

Em relação à análise dos dados quantitativos a análise descritiva será realizada individualmente para cada participante, com o objetivo de avaliar o impacto da participação no programa de intervenção motora no perfil psicomotor e na qualidade de vida. As pontuações obtidas nos questionários e na bateria psicomotora serão analisadas em quatro diferentes momentos (avaliação inicial, avaliação intermédia, avaliação final e por fim reavaliação após um mês do término da intervenção). Esta abordagem permitirá uma compreensão detalhada das mudanças ao longo do tempo, resultantes da intervenção.

Relativamente às entrevistas, o processo seguiu uma abordagem indutiva, na qual os temas foram identificados a partir dos dados recolhidos. Apesar de os dados terem sido analisados de forma indutiva, é necessário considerar que a construção das interpretações dos dados, foi, também, realizada a partir de uma perspetiva hermenêutica. Além da transcrição e análise das entrevistas, as notas de campo contribuem para garantir a profundidade e a rigorosidade da análise, de acordo com as melhores práticas em pesquisa qualitativa (Phillippi & Lauderdale, 2018).

4.6.1. Inspeção visual

A análise dos dados quantitativos foi realizada com base na inspeção visual sistemática, de acordo com as orientações propostas por Kazdin (2011), amplamente reconhecidas em estudos de caso único e múltiplos casos. Esta

abordagem permite uma interpretação rigorosa da evolução dos participantes ao longo do tempo, considerando não apenas as diferenças absolutas entre fases, mas também a direção e consistência das mudanças observadas.

Foram analisadas graficamente as três variáveis principais do estudo: capacidade funcional, perfil psicomotor e qualidade de vida, com o objetivo de identificar alterações relevantes entre a fase de linha de base (pré -intervenção) e a fase de intervenção. A linha de base foi utilizada como ponto de referência para a avaliação das mudanças ocorridas durante o programa de intervenção motora.

Como complemento a análise visual, foi calculada a percentagem de pontos de dados da fase de intervenção que ultrapassaram os valores da fase de linha de base, bem como a percentagem de pontos que excederam a mediana da linha de base, de forma a quantificar de forma mais objetiva a magnitude do efeito da intervenção. Esta abordagem permite comparar a progressão individual dos participantes.

Considerou-se que uma percentagem entre 90% e 100% de pontos de dados da intervenção acima (ou abaixo, conforme o sentido desejável da variável) da linha de base indicava um efeito forte; valores entre 70% e 89% correspondiam a um efeito moderado; e valores inferiores a 70% eram interpretados como reveladores de um efeito fraco ou inexistente (Ma, 2006; Scruggs et al., 1986).

Em variáveis onde uma melhoria se expressa por valores mais elevados (como a capacidade funcional ou a qualidade de vida), foi contabilizada a percentagem de pontos da intervenção acima da linha de base. Por outro lado, em variáveis em que a melhoria se traduz por valores mais baixos (por exemplo, indicadores de limitação funcional ou de instabilidade psicomotora, quando aplicável), foi considerada a percentagem de pontos abaixo da linha de base.

Por fim, dado o número limitado de observações ao longo da intervenção, reconhecem-se algumas limitações na robustez da análise sequencial, pelo que se deu particular relevância a comparação entre os valores de follow-up e os valores iniciais. Esta comparação permitiu avaliar não só os efeitos imediatos da intervenção, mas também a sustentação dos ganhos ao longo do tempo, conferindo maior validade ecológica a interpretação dos resultados.

4.6.2. Análise temática

O conteúdo das entrevistas foi transcrito na íntegra para formato digital e depois foi analisado através da análise temática (Braun & Clarke, 2006), que incluiu a familiarização com os dados, a definição de códigos iniciais, a classificação dos códigos em temas, a revisão e refinamento dos temas e, finalmente, a redação da análise. O processo seguiu uma abordagem indutiva, na qual os temas foram identificados a partir dos dados recolhidos.

Apesar de os dados terem sido analisados de forma indutiva, e preciso considerar que a construção das interpretações dos dados, foi, também, realizada a partir de uma perspetiva hermenêutica. Nesse sentido, os investigadores não

iniciam um estudo sem a existência de um conhecimento prévio acerca de uma determinada área de investigação (Weed, 2009). Assim, os conhecimentos teóricos, dos autores do presente estudo, foram utilizados com sensibilidade, sem serem impostos aos dados, permitindo garantir que os dados das entrevistas realizadas produzissem perspectivas únicas.

De forma a conferir credibilidade aos dados, o primeiro autor discutiu as suas interpretações com os autores que tiveram a função de "amigo crítico" (Holt & Sparkes, 2001). Assim, durante o curso de investigação foram realizadas seis reuniões de balanço, com toda a equipa de investigação, para analisar criticamente o processo de análise de dados. Os estudos adquirem credibilidade ao ser procurada a revisão por pares (Creswell & Miller, 2000).

As reuniões de balanço permitiram que o primeiro autor pudesse verificar se as suas interpretações pareciam plausíveis em relação aos dados e ajudaram no desenvolvimento de novas perspectivas em relação aos dados e as análises realizadas. Outra técnica utilizada foi a verificação participante (Lincoln & Guba, 1985). Nesse sentido, com o objetivo de avaliar a adequação dos temas emergentes dos dados, foram realizadas reuniões entre o primeiro autor e os entrevistados. As observações dos participantes entrevistados foram tomadas em consideração na interpretação dos dados. Desta forma, os temas emergentes dos dados foram desenvolvidos tendo em conta a sua exclusividade e exaustividade.

5. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos no âmbito do estudo realizado. Os participantes foram avaliados através de seis instrumentos, os quais permitiram caracterizar de forma detalhada os casos em análise. Apresenta-se de seguida uma caracterização individual de cada participante.

O participante 1, do sexo feminino com 91 anos de idade, viúva, possui o 3º ano de escolaridade e ao longo da vida exerceu funções como empregada doméstica, desempenhando tarefas de limpeza e organização. Apresenta como antecedente clínico um episódio de trombose.

O participante 2, do sexo feminino de 79 anos de idade, viúva, possuiu o 3º ano de escolaridade e o seu percurso profissional passou pela área da geriatria, prestando cuidados diretos a pessoas idosas. Tem acedentes de uma cirurgia ao ombro esquerdo, com possível repercussão na amplitude de movimento, e diagnóstico de hipertensão arterial (HTA).

O participante 3, do sexo masculino com 68 anos de idade, divorciado, possui o 4º ano de escolaridade e a sua atividade profissional esteve ligada à apanha de fruta, tarefa que exige esforço físico. Apresenta um histórico clínico de depressão, onde teve episódios anteriores de perturbação emocional ou psicológica que podem influenciar o seu bem-estar atual.

O participante 4, do sexo feminino com 75 anos de idade, casada, licenciada em Serviço Social, tendo desenvolvido carreira profissional nesta área. Do ponto de vista clínico, apresenta problemas cardíacos e já foi submetida a várias intervenções cirúrgicas à coluna vertebral.

O participante 5, do sexo feminino com 90 anos de idade, viúva, sem escolaridade e tem experiência profissional como cozinheira. No seu historial clínico consta uma cirurgia ao intestino.

O participante 6, do sexo feminino de 91 anos de idade, viúva, possui o 3º ano de escolaridade, com histórico profissional como padeira. Do ponto de vista clínico, apresenta diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) e hipercolesterolemia, além de ter sido submetida a cirurgia para remoção de um quisto no ouvido esquerdo.

Seguidamente, apresentam-se os resultados obtidos em cada instrumento, permitindo assim avaliar os participantes ao longo do estudo.

5.1. Inspeção visual

5.1.1. Exame Gerontopsicomotor (EGP)

Na figura 2, referente ao desempenho psicomotor, evidência uma evolução positiva ao longo das diferentes fases de avaliação pelo EGP. Entre a avaliação inicial (AI) e a final (AF), todos os participantes apresentaram melhorias, o que indica que a intervenção contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento psicomotor.

No *follow-up* (FUP), a maioria manteve os ganhos alcançados, ainda que com pequenas alterações. Essa estabilidade indica que os benefícios da intervenção não foram apenas imediatos, mas que houve sustentação dos ganhos ao longo do tempo.

Relativamente ao desempenho psicomotor, os seis participantes apresentaram melhorias progressivas entre as avaliações inicial, intermédia e final. No entanto, no follow-up, verificaram-se algumas alterações. Podemos ver na tabela 3, os resultados discriminados de todas as fases de avaliação, os scores finais e as pontuações que correspondem a cada domínio.

Tabela 3- Resultados discriminados do EGP

COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO INICIAL (A.I), AVALIAÇÃO INTERMÉDIA (A.INT), AVALIAÇÃO FINAL (A.F) E O FOLLOW UP (FUP)

Domínio	P1(AI/A.int/AF/FUP)	P2(AI/A.int/AF/FUP)	P3(AI/A.int/AF/FUP)	P4(AI/A.int/AF/FUP)	P5(AI/A.int/AF/FUP)	P6(AI/A.int/AF/FUP)
Equilíbrio Estático I	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6
Equilíbrio Estático II	3→3→3→2	3→3→3→3	2→2→3→3	2→2→2→2	2→2→2→2	2→2→2→2
Equilíbrio Dinâmico I	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6
Equilíbrio Dinâmico II	3→3→1,5→1,5	3→3→1,5→1,5	4,5→4,5→4,5→4,5	1,5→3→3→3	1,5→1,5→1,5→1,5	3→3→4,5→4,5
Mobilização articular dos M.S	5→5→6→5	6→6→6→6	4,5→6→5→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6
Mobilização articular dos M.I	5→5→5,5→6	6→6→6→6	5→5→5,5→4,5	6→6→6→6	5,5→5,5→6→6	6→6→6→6
Motricidade fina dos M.S	3,5→4→5→5	1,5→2,5→6→6	4,5→5→6→6	5→5,5→5,5→5	4,5→5→6→6	5→5,5→6→6
Motricidade fina dos M.I	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6
Praxias	4→4→5,5→5	3→3,5→5,5→5	3,5→5→5→5	5,5→6→6→6	4→4,5→5,5→4,5	5→5→6→5,5
Conhecimentos das partes do corpo	5→5,5→6→6	4,5→5→5→5	4→6→6→6	4,5→5→5,5→6	4,5→5→5→5	5→6→5→5
Vigilância	4,5→4,5→5→4,5	4→4,5→6→5	4→4,5→5,5→5,5	5→5→6→6	4,5→5→6→6	5→5,5→6→6
Memória Perceptiva	1,5→1,5→2,5→2,5	2→2,5→3→3	2,5→2,5→2,5→2	3,5→3,5→3,5→3,5	2→2→1,5→2	2,5→3→2,5→2,5
Domínio espacial	3,5→4→6→6	4,5→5,5→6→6	5→6→6→6	6→6→6→6	5,5→6→5→6	6→6→6→6
Memória Verbal	4→4→5→5	4→5→6→5	4→5→5→6	6→6→6→6	4→5→6→5	4→6→6→4
Percepção	3,5→4,5→6→6	4,5→5,5→6→6	3,5→4→6→6	5,5→6→6→6	4,5→4,5→4,5→4,5	5→6→6→6
Domínio Temporal	2→3,5→5,5→5,5	2→3,5→4→4	5→5,5→5→5	6→6→6→6	2,5→3→5,5→5,5	5→5→6→6
Comunicação	3→3→3→3	3→3→3→3	3→4→4→4	5→5→5→5	4→4→4→4	4→4→4→4
Score total (0-102)	68,5→72,5→83,5→81	69→76,5→85→82,5	73→83→87→87,5	85,5→89→90,5→90	73→77→83→82	81,5→87→90→87,5

O participante 1, obteve as seguintes pontuações nas respetivas fases de avaliação: 68,5 → 72,5 → 83,5 → 81. Este percurso evidencia ganhos funcionais motores e psicomotores relevantes ao longo do processo. O participante 2, teve as seguintes pontuações: 69 → 76,5 → 85 → 82,5. Estes

resultados evidenciam progressão funcional consistente, ainda que não totalmente sustentada após a interrupção da intervenção.

O participante 3, alcançou as seguintes pontuações nos quatro momentos de avaliação: 73 → 83 → 87 → 87,5. No Follow-Up, apresentou melhoria, revelando estabilidade após os ganhos obtidos. O perfil reflete uma resposta muito positiva ao programa, com evolução psicomotora clara e sustentada, reforçando o potencial de autonomia e funcionalidade no dia a dia.

O participante 4, apresentou as seguintes pontuações: 85,5 → 89 → 90,5 → 90. Estes resultados mostram ganhos consistentes.

O participante 5, obteve as seguintes pontuações: 73 → 77 → 83 → 82. Esta trajetória mostra evolução positiva, com ganhos consistentes.

O participante 6, teve as seguintes pontuações: 81,5 → 87 → 90 → 87,5. Estes resultados indicam que houve uma evolução positiva com ganhos relevantes, ainda que parcialmente atenuados no período posterior.

No geral, os resultados indicam que a intervenção demonstra eficácia na melhoria e manutenção das capacidades funcionais.

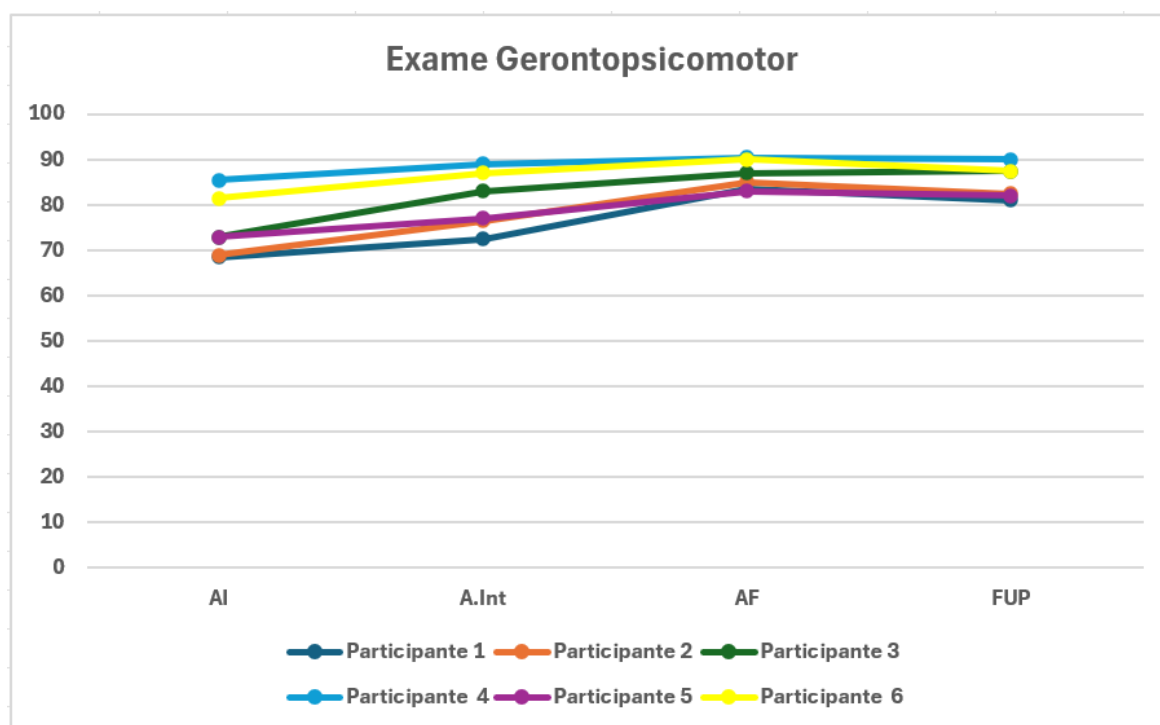


Figura 2- Inspeção visual dos participantes no EGP

5.1.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

Na figura 3, verificou-se uma melhoria geral das pontuações entre a Avaliação Inicial e a Avaliação Final, refletindo ganhos cognitivos durante a intervenção. Apesar de pequenas mudanças no follow-up, os participantes mantiveram resultados superiores aos iniciais.

Podemos ver na tabela 4, os resultados discriminados de todas as fases de avaliação, as pontuações finais e as pontuações que correspondem a cada domínio.

Tabela 4- Resultados discriminados do MMSE

COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO INICIAL (A.I), AVALIAÇÃO INTERMÉDIA (A.INT), AVALIAÇÃO FINAL (A.F) E O FOLLOW UP (FUP)

Domínio	P1(AI/A.int/AF/FUP)	P2(AI/A.int/AF/FUP)	P3(AI/A.int/AF/FUP)	P4(AI/A.int/AF/FUP)	P5(AI/A.int/AF/FUP)	P6(AI/A.int/AF/FUP)
Orientação	6→8→9→8	6→8→8→8	9→10→10→10	10→10→10→10	6→8→8→8	10→10→10→10
Retenção	3→3→3→3	3→3→3→3	3→3→3→3	3→3→3→3	3→3→3→3	3→3→3→3
Atenção e Cálculo	2→2→2→2	1→3→5→3	5→5→5→5	5→5→5→5	2→2→2→2	5→5→5→5
Evocação	0→3→3→3	0→0→0→0	0→2→3→3	3→3→3→3	2→0→1→0	2→3→3→3
Linguagem	7→7→7→7	7→7→7→7	7→7→7→7	7→7→7→7	7→7→7→7	8→7→7→7
Total	18→23→24→23	17→21→23→21	24→27→28→28	28→28→28→28	20→20→21→20	28→28→28→28

No caso do participante 1, este obteve as seguintes pontuações: 18 → 23 → 24 → 23. Possui escolaridade correspondente ao 3.º ano de escolaridade, e na avaliação inicial apresentou uma pontuação de 18 pontos no MMSE, valor inferior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 22 pontos), indicando déficit cognitivo. Na Avaliação Intermédia, observou-se um aumento para 23 pontos, ultrapassando o limite de referência e evidenciando recuperação da função cognitiva. Esta melhoria manteve-se na Avaliação Final (24 pontos) e no Follow-Up (23 pontos), demonstrando manutenção dos ganhos cognitivos ao longo do tempo.

Referente ao participante 2, apresenta as seguintes pontuações: 17 → 21 → 23 → 21. Com escolaridade correspondente ao 3.º ano, iniciou com uma pontuação de 17 pontos no MMSE, e na avaliação intermédia 21 pontos, valor inferior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 22 pontos), indicando déficit cognitivo. Na avaliação final, observou-se progressão tendo uma pontuação de 23 pontos, ultrapassando assim, o limite de referência e refletindo recuperação da função cognitiva. No Follow-Up, verificou-se ligeira redução para aproximadamente 21 pontos, o que indica déficit cognitivo. Ainda assim, a pontuação final permanece superior ao valor inicial, evidenciando melhoria cognitiva ao longo do programa.

No caso do participante 3, as pontuações foram as seguintes: 24 → 27 → 28 → 28. Possui escolaridade correspondente ao 4.º ano, apresenta um valor inicial de 24 pontos no MMSE, com aumento gradual até 28 pontos na Avaliação Final, mantendo este patamar no Follow-Up, valor superior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 22 pontos) o que indica que o participante não tem déficit cognitivo. Estes resultados demonstram evolução cognitiva positiva e sustentada.

Relativamente ao participante 4, as pontuações foram: 28 → 28 → 28 → 28. Possui uma licenciatura o que correspondente a escolaridade superior a 11 anos, a participante manteve a pontuação de 28 pontos ao longo das quatro fases de avaliação, valor superior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 27

pontos), o que indica que a participante não tem déficit cognitivo. Este valor indica função cognitiva preservada ao longo de todo o período, sem sinais de declínio.

No caso da participante 5, as pontuações foram as seguintes: 20 → 20 → 21 → 20. A participante não tem escolaridade, e iniciou com 20 pontos, mantendo-se estável até à Avaliação Intermédia, quando então apresentou um ligeiro aumento para 21 pontos na Avaliação Final. No Follow-Up, regressou ao valor inicial, valor superior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 15 pontos) o que indica que a participante não tem déficit cognitivo.

A participante 6, obteve as seguintes pontuações: 28 → 28 → 28 → 28. Possui escolaridade correspondente ao 3.º ano, a participante manteve a pontuação de 28 pontos ao longo das quatro fases de avaliação, valor superior ao corte de referência para a sua escolaridade (≤ 22 pontos), o que indica que a participante não tem déficit cognitivo. Este valor indica função cognitiva preservada ao longo de todo o período, sem sinais de declínio.

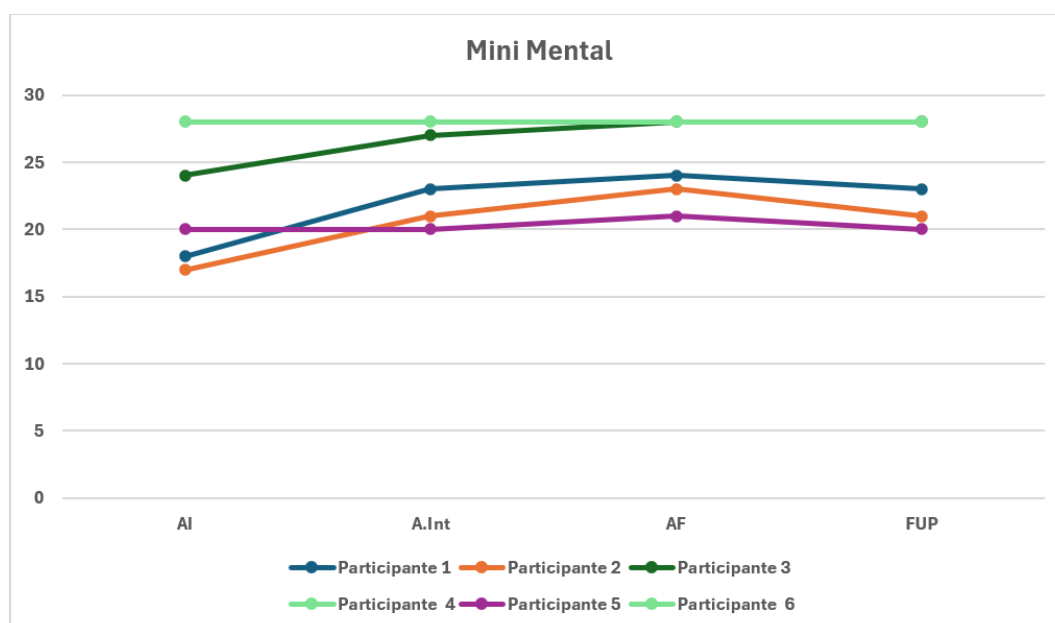


Figura 3- Inspeção visual dos participantes no MMSE

5.1.3. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV)

Na Figura 4, verifica-se uma melhoria geral e manutenção dos resultados ao longo das quatro fases de avaliação, refletindo ganhos na percepção da qualidade de vida durante a intervenção. No IAQdV, valores mais baixos indicam melhor percepção da qualidade de vida, permitindo identificar tanto áreas de fragilidade quanto dimensões mais favoráveis.

Podemos ver na tabela 5, os resultados discriminados de todas as fases de avaliação, pontuações finais e as pontuações que correspondem a cada questão.

Tabela 5- Resultados discriminados do IAQdV

COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO INICIAL (A.I), AVALIAÇÃO INTERMÉDIA (A.INT), AVALIAÇÃO FINAL (A.F) E O FOLLOW UP (FUP)

Questões	P1(AI/A.int/AF/FUP)	P2(AI/A.int/AF/FUP)	P3(AI/A.int/AF/FUP)	P4(AI/A.int/AF/FUP)	P5(AI/A.int/AF/FUP)	P6(AI/A.int/AF/FUP)
Doença						
1. Em relação ao uso de medicamentos receitados	D→D→D→D	D→D→D→D	A→A→A→A	D→D→D→D	B→B→A→A	D→D→D→D
2. Necessito de tratamento médico regular	A→A→A→A	B→B→B→B	A→A→A→A	C→C→C→C	A→A→A→A	A→A→A→A
3. Até que ponto é que preciso de ajudas ortopédicas?	D→D→D→D	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	D→D→D→D	D→D→D→D
Vida independente						
4. Necessito de ajuda para cuidar de mim mesmo?	C→C→C→C	C→C→C→C	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A
5. Quando realizo tarefas domésticas:	C→D→D→D	D→D→D→D	D→C→C→C	A→A→A→A	D→D→C→C	B→B→B→B
6. Pensando sobre a forma como me movimento em casa e na rua:	C→C→C→C	B→B→B→B	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A
7. As minhas relações (Com os meus amigos, companheiro(a) ou familiares) normalmente	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A
Relações Sociais						
8. Pensando sobre a minha relação com outras pessoas	A→A→A→A	C→C→B→B	C→B→B→B	B→B→B→B	C→C→C→C	A→A→A→A
9. Pensando sobre a minha saúde e a minha relação com a família:	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A
10. Pensando sobre a minha visão, já incluindo o uso de óculos ou lentes de contacto quando necessários	B→B→B→B	B→B→B→B	A→A→A→A	A→A→A→A	C→C→C→C	B→B→B→B
Sentidos						
11. Pensando sobre a minha audição, incluindo o uso de aparelho auditivo se necessário:	B→B→B→B	B→B→B→B	A→A→A→A	A→A→A→A	C→C→C→C	A→A→A→A
12. Quando comunico com os outros:	C→C→C→C	B→B→B→B	B→B→B→B	A→A→A→A	A→A→A→A	A→A→A→A
13. Pensando sobre a forma como durmo	C→C→C→C	A→A→A→A	D→D→D→D	C→C→C→C	D→D→D→D	D→D→C→C
Bem-estar psicológico						
14. Sobre a forma como me sinto em termos gerais	B→A→A→A	C→C→B→B	B→B→B→B	C→C→B→B	D→C→B→B	B→B→B→B
15. Quanta dor ou desconforto é que sinto?	A→A→A→A	B→B→B→B	A→A→A→A	B→B→B→B	B→B→B→B	B→B→B→B
Total	19→19→19→19	18→18→16→16	10→8→8→8	11→11→10→10	20→19→16→16	13→12→12→12

Relativamente à participante 1, teve as seguintes pontuações nos quatro momentos de avaliação: 19 → 19 → 19 → 19. Considerando que, no IAQdV, valores mais baixos correspondem a uma melhor perceção da qualidade de vida, este resultado traduz uma perceção moderada. A análise por fatores evidencia que as maiores dificuldades situam-se nas áreas da Doença e da Vida Independente.

Também se verificam limitações nos Sentidos e no Bem-estar Psicológico, embora de forma menos acentuada. Em contraste, destaca-se como ponto positivo a dimensão das Relações Sociais, onde a participante mantém uma percepção favorável do apoio familiar e social.

A manutenção dos 19 pontos ao longo de todo o período de acompanhamento indica estabilidade, sem evidência de melhoria ou declínio, refletindo uma percepção de qualidade de vida equilibrada, ainda que marcada por alguns constrangimentos funcionais.

A participante 2, obteve as seguintes pontuações nos quatro momentos de avaliação: 18 → 18 → 16 → 16. A pontuação na avaliação final e no follow-up, representa uma alteração positiva na percepção da qualidade de vida, que se traduz numa melhoria nas dimensões avaliadas pelo IAQdV.

A análise por fatores indica que as principais dificuldades permanecem nas áreas da Doença e da Vida Independente embora com ligeiros sinais de melhoria. Também se identificam algumas limitações nos Sentidos, principalmente visão e audição, que condicionam parcialmente a comunicação. Em contrapartida, as dimensões das Relações Sociais mantêm-se como um ponto forte, com percepção positiva do apoio familiar e social.

No geral, a redução da pontuação de 18 para 16 reflete uma evolução favorável no bem-estar físico, psicológico e social, demonstrando uma percepção mais positiva da qualidade de vida no decorrer do acompanhamento.

A participante 3, registou as seguintes pontuações ao longo das quatro fases de avaliação: 10 → 8 → 8 → 8. Estes valores indicam uma percepção de qualidade de vida favorável, seguida de estabilização num patamar ligeiramente inferior, mas consistente ao longo do acompanhamento, o que é um aspeto positivo.

As áreas de maior fragilidade relacionam-se com a Doença e os Sentidos. No entanto, as dimensões das Relações Sociais, Vida independente e do Bem-estar Psicológico apresentam resultados positivos. A estabilização dos valores mais baixos ao longo do tempo confirma uma percepção positiva da qualidade de vida.

A participante 4, obteve as seguintes pontuações ao longo dos quatro momentos de avaliação: 11 → 11 → 10 → 10. Apesar de a alteração ser pequena, estes resultados indicam uma ligeira melhoria na percepção da qualidade de vida no decorrer do programa.

As áreas mais afetadas centram-se nas áreas da Doença e dos Sentidos. No entanto, verifica-se que nas áreas da Vida Independente e nas Relações Sociais, surgem bons resultados. No geral, os resultados revelam estabilidade com ligeira evolução positiva durante o programa.

A participante 5, teve as seguintes pontuações nos quatro momentos de avaliação: 20 → 19 → 16 → 16. Esta trajetória indica um ganho significativo na percepção de qualidade de vida ao longo do período avaliado.

As áreas mais afetadas são a Doença, Vida Independente e os Sentidos, no entanto, a dimensão das Relações Sociais, mantém-se como aspeto positivo, o que pode ter levado a contribuir para sustentar esta evolução positiva.

No geral, a redução da pontuação ao longo do tempo representa uma perceção mais positiva da qualidade de vida, evidenciando uma evolução consistente e favorável durante o programa.

Por fim, a participante 6, conseguiu os seguintes resultados nos quatro momentos de avaliação: 13 → 12 → 12 → 12. Esta alteração e estabilização dos resultados, evidência uma linha positiva na perceção de qualidade de vida.

As áreas mais difíceis são a Doença e os Sentidos, o Bem-Estar Psicológico também revelam alguns problemas. Contudo, destacam-se como pontos positivos a dimensão da Vida Independente e as Relações Sociais.

De modo geral, a manutenção da pontuação ao longo da avaliação indica preservação de um nível favorável de bem-estar físico, psicológico e social, demonstrando consistência na perceção da qualidade de vida.

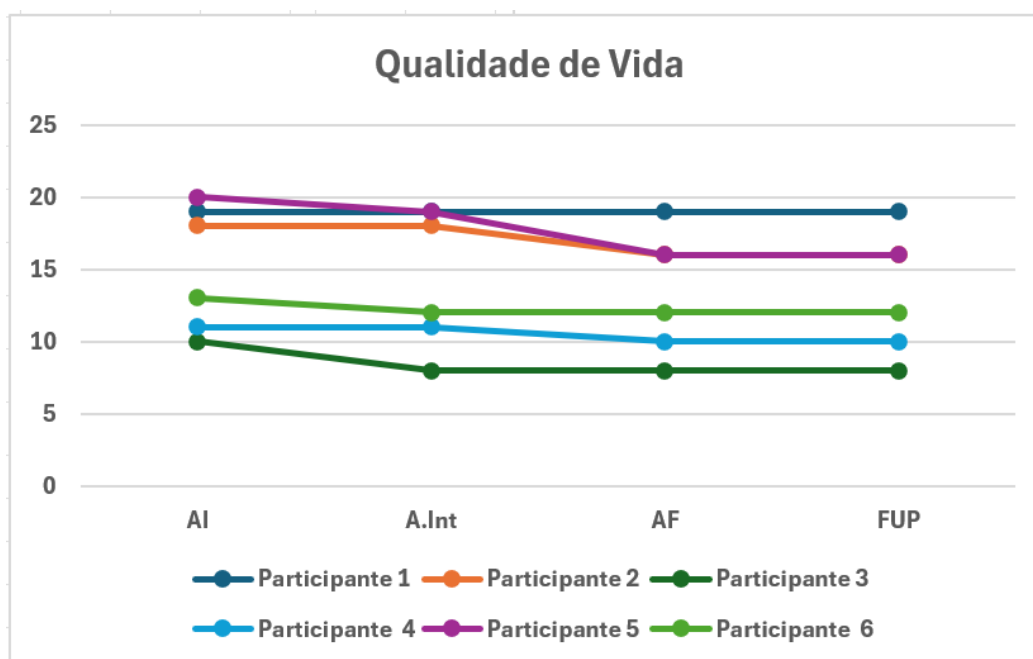


Figura 4- Inspeção visual dos participantes no IAQdV

5.1.4. Índice de Katz

No Índice de Katz, podemos ver na figura 5, que as pontuações mostraram-se estáveis ao longo de todas as avaliações, indicando manutenção da independência funcional dos participantes. Podemos ver na tabela 6, os resultados discriminados de todas as fases de avaliação, os scores finais e as pontuações que correspondem a cada questão, assim como a sua interpretação.

Tabela 6- Resultados discriminados do Índice de Katz

COMPARAÇÃO DA AVALIAÇÃO INICIAL (A.I), AVALIAÇÃO INTERMÉDIA (A.INT), AVALIAÇÃO FINAL (A.F) E O FOLLOW UP (FUP)

Questões	P1(AI/A.int/AF/FUP)	P2(AI/A.int/AF/FUP)	P3(AI/A.int/AF/FUP)	P4(AI/A.int/AF/FUP)	P5(AI/A.int/AF/FUP)	P6(AI/A.int/AF/FUP)	
Banho	Independente- necessita de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo, p. ex. costas ou extremidades	----	----	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
	Dependente- necessita de ajuda para lavar mais que uma parte do corpo; necessita de ajuda para entrar e sair da banheira; não se lava sozinho	0→0→0→0	0→0→0→0	----	----	----	----
Vestir	Independente- Escolhe a roupa adequada, veste-a e aperta-a; exclui atar os sapatos	1→1→1→1	----	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
	Dependente- precisa de ajuda para se vestir; não é capaz de se vestir	----	0→0→0→0	----	----	----	----
Utilização da sanita	Independente- não necessita de ajuda para entrar e sair do wc; usa a sanita, limpa-se e veste-se adequadamente; pode usar urinol pela noite)	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
	Dependente- Usa urinol ou arrastadeira ou necessita de ajuda para aceder e utilizar a sanita	----	----	----	----	----	----
Transferência	Independente- não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira nem para entrar ou sair da cama; pode usar ajudas técnicas, p.ex bengala	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
	Dependente- necessita de alguma ajuda para se deitar ou levantar da cama/cadeira; está acamado	----	----	----	----	----	----
	Independente- controlo completo de micção e de defecação	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
Continência	Dependente- Incontinência total ou parcial vesical e/ou fecal; utilização de enemas, algália, urinol ou arrastadeira	----	----	----	----	----	----
Alimentação	Independente- leva a comida do prato a boca sem ajuda; exclui cortar a carne	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1	1→1→1→1
	Dependente- Necessita de ajuda para comer; Não come em absoluto ou necessita de nutrição entérica / parentérica	----	----	----	----	----	----
TOTAL	5→5→5→5	4→4→4→4	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	6→6→6→6	
Interpretação	Dependência ligeira	Dependência moderada	Independência total	Independência total	Independência total	Independência total	

A participante 1, apresentou uma pontuação constante sendo ela: 5 → 5 → 5 → 5 em todos os momentos de avaliação. A pontuação obtida indica que a participante é funcionalmente independente na maioria das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Contudo, apresenta dependência ligeira na área do banho, necessitando de ajuda para lavar mais do que uma parte do corpo, bem como para entrar e sair da banheira, não conseguindo realizar esta tarefa de forma autónoma.

A participante 2, obteve uma pontuação constante em todos os momentos de avaliação sendo ela: 4 → 4 → 4 → 4. A pontuação obtida indica que o participante apresenta dependência moderada em duas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), especificamente no banho e no vestir, atividades em que a participante necessita de apoio para a realização.

O participante 3, alcançou a seguinte pontuação sendo ela constante em todos os momentos de avaliação: 6 → 6 → 6 → 6. Estes resultados refletem independência total para a realização de todas as ABVD. Este resultado é indicativo de preservação plena da capacidade funcional e boa autonomia no dia a dia. A manutenção deste desempenho ao longo do tempo evidencia estabilidade funcional e indica que o participante tem a realização autónoma das tarefas básicas.

A participante 4, também manteve a seguinte pontuação: 6 → 6 → 6 → 6. Estes resultados revelam independência total nas ABVD. Tal como no caso anterior, este desempenho indica estabilidade funcional ao longo do tempo.

A participante 5, registou uma pontuação constante de: 6 → 6 → 6 → 6. Com estes resultados confirma-se independência total nas ABVD, evidenciando capacidade de autocuidado e autonomia, sem necessidade de assistência para as tarefas básicas do dia a dia.

Por fim, a participante 6, em todos os momentos de avaliação apresenta uma pontuação constante de 6 → 6 → 6 → 6. Estes resultados demonstram que a participante tem independência total para a execução das ABVD. Tal desempenho indica que o participante possui capacidade para gerir o autocuidado sem necessidade de apoio externo.

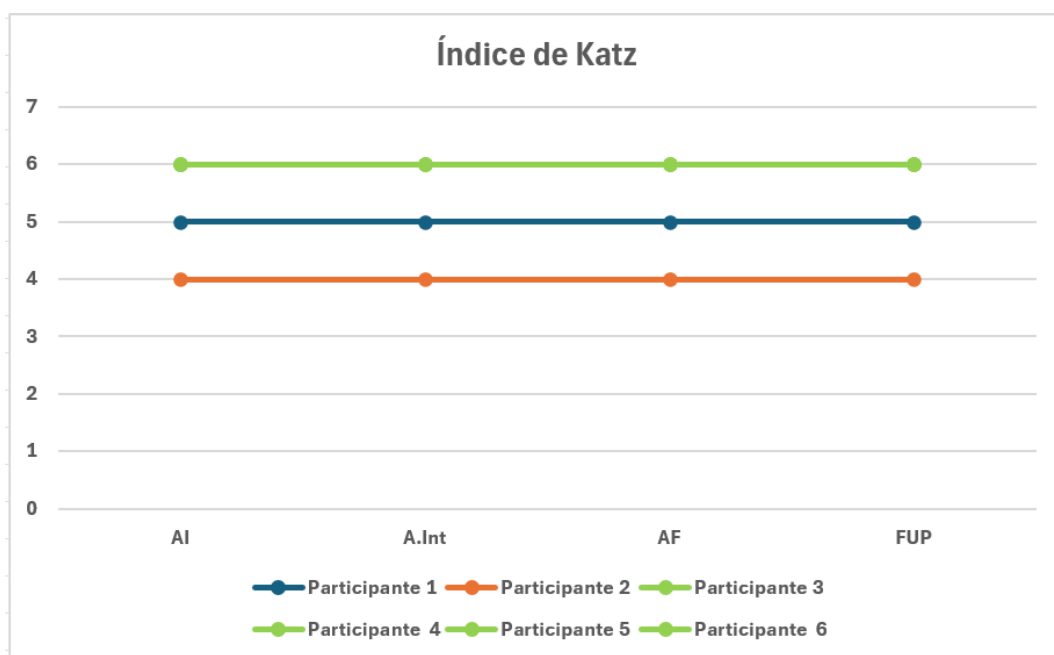


Figura 5- Inspeção visual dos participantes no Índice de katz

5.2. Análise temática

Através da análise temática, foi possível identificar e organizar os temas emergentes das entrevistas inicial e final, com o auxílio das notas de campo, que contribuíram para uma interpretação dos dados mais aprofundada.

Na interpretação dos dados, relativamente a entrevista inicial emergiram sete temas (tabela 7). Na entrevista final emergiram nove temas (tabela 8). A seguir, cada tema é apresentado em detalhe, ilustrado com excertos das falas dos participantes, e as notas de campo, de modo a clarificar o seu conteúdo e significado.

5.2.1. Entrevista Inicial

A entrevista inicial, foi realizada com o objetivo de compreender como era a rotina dos participantes, assim como as suas perceções, qualidade de vida, as suas emoções, limitações e expectativas face ao programa. Esta recolha de informação permitiu conhecer melhor cada um, bem como as suas necessidades, servindo assim de base para planificação da intervenção.

Rotina diária

No geral os participantes relataram acordar cedo, realizar a higiene pessoal e, em seguida, deslocarem-se para o Centro de Dia, onde passam a maior parte do tempo. Para muitos, o dia abrange momentos de convívio, televisão, oração e jogos de mesa. (Participante 4): *“gosto de vir para cá e ajudar em tudo, porque assim não penso tanto nas coisas tristes”*. *“Depois vou ver televisão, ao fim de almoço rezo o terço e cantamos.”* (Participante 2). De forma semelhante, outros participantes destacaram o valor da rotina no centro como forma de ocupação e bem-estar. Nas notas de campo, observou-se que os participantes mantêm essa rotina de forma consistente, com maior entusiasmo nas atividades do que nos momentos mais passivos, como por exemplo ver televisão.

Atividades que deixaram de realizar

A maioria dos participantes mencionou atividades que apreciavam, mas que já não conseguem desempenhar devido a limitações físicas ou à idade. A (participante 6) lembrou com nostalgia: *“olhe, era cozer o pão (...) toda a gente gostava do meu pão”*. Outros participantes referiram tarefas como ir à missa, fazer croché ou trabalhar na agricultura, atividades que foram interrompidas por motivos de saúde ou perda de capacidade funcional. As observações revelaram que, apesar dessas perdas, os participantes mostraram satisfação em partilhar memórias relacionadas com antigas atividades que realizavam, sobretudo quando ligadas à sua profissão.

Perceção da qualidade de vida

As respostas revelaram diferentes perceções. Alguns relataram uma vida satisfatória, (participante 3), afirmou de forma simples: *“Ora porra, é boa, é comer e beber”*. Outros expressaram sentimentos de perda, sobretudo relacionados com o falecimento do cônjuge, mas destacaram o centro como espaço de convívio e

apoio: *"É muito triste, perdi o meu marido, faz-me muita falta e os meus filhos estão longe, então decidi vir para aqui porque assim convivo e não estou sozinha e aqui sinto-me bem"* (participante 2). Nas notas de campo, verificou-se que o ambiente do centro de dia é muito importante pelos participantes, porque demonstraram grande envolvimento em atividades, confirmando a importância do espaço como um fator importante no bem-estar de cada um.

Funcionalidade e limitações físicas

No geral, os participantes mostraram-se autónomos na maioria das atividades da vida diária, embora alguns reconheçam dificuldades específicas, sobretudo relacionadas com dores, fraqueza ou limitações motoras: *"só não consigo estender a roupa, mas a minha filha estende e passa"* (participante 5). Nas sessões iniciais, observou-se que participantes, como a 1 e a 2, necessitavam de um apoio maior para certos exercícios, enquanto outros, como a participante 6, apresentava maior independência funcional.

Estado emocional

Os relatos evidenciaram diferentes emoções, entre momentos de alegria e de tristeza. A perda de entes queridos foi mencionada como fator de maior impacto. Ainda assim, a participação nas atividades do centro parece contribuir positivamente. Como refere, a (participante 4): *"tenho momentos que me sinto um bocadinho mais desanimada, mas a maior parte estou feliz e sinto-me bem"*. A participante Gata disse *"Desde que perdi o meu marido perdi tudo"* Nas notas de campo, conseguiu-se ver que o estado emocional dos participantes variava de sessão para sessão, no entanto, foram sempre adotadas formas para que os participantes pudessem sair da sessão diferentes, ou seja, felizes. Muitas das vezes, as sessões resultavam em momentos de riso e descontração.

Envolvimento nas atividades

Os participantes sentem-se apoiados pelos colegas e funcionários, reforçando assim que o ambiente é de proximidade. A maioria dos participantes participa ativamente nas atividades propostas. Alguns também mencionaram a importância de preservar momentos de recolhimento: *"às vezes também gosto de estar no meu cantinho"* (participante 1). Consoante as observações, alguns idosos como (participantes 5 e 6), aderiam de imediato às propostas, enquanto outros, como o (participante 3), necessitavam de um pouco de incentivo para se entregar nas sessões.

Expectativas em relação ao programa de atividade motora

Os participantes demonstraram entusiasmo e reconheceram que o programa podia ter potencial para promover benefícios. Vários destacaram a importância da memória: *"nós estamos sempre a aprender, principalmente a memória"* (participante 4). (Participante 5) acrescentou uma meta pessoal: *"escrever o meu nome era uma coisa que queria muito"*. Nas notas de campo, ficou evidente a

motivação dos participantes desde o início, sobretudo quando as atividades envolviam novidade ou desafio, como os jogos cognitivos por exemplo.

Tabela 7- Temas emergentes da entrevista inicial

Tema	Entrevista inicial	Notas de campo
Rotina diária	“gosto de vir para cá e ajudar em tudo, porque assim não penso tanto nas coisas tristes” (participante 4); “Depois vou ver televisão, ao fim de almoço rezo o terço e cantamos” (participante 2.)	Observou-se que os participantes mantêm essa rotina de forma consistente, com maior entusiasmo nas atividades coletivas do que nos momentos mais passivos.
Atividades que deixaram de realizar	“Olhe, era cozer o pão (...) toda a gente gostava do meu pão” (participante 6). Outros referiram deixar de ir à missa, fazer croché ou trabalhar na agricultura	Apesar das perdas, mostraram satisfação em partilhar memórias, sobretudo quando ligadas à identidade profissional e familiar.
Perceção da qualidade de vida	“Ora porra, é boa, é comer e beber” (participante 3); “É muito triste, perdi o meu marido (...) decidi vir para aqui porque convivo e não estou sozinha” (participante 2)	O ambiente do centro é valorizado, confirmando a importância do espaço no bem-estar. Para alguns a qualidade de vida é boa mas para outros é menos boa devido a perdas de pessoas importantes.
Funcionalidade e limitações físicas	“Só não consigo estender a roupa, mas a minha filha estende e passa” (participante 5).	Observou-se que algumas participantes precisavam de mais apoio no equilíbrio, enquanto outras apresentavam maior independência funcional.
Estado emocional	“Tenho momentos que me sinto um bocadinho mais desanimada, mas a maior parte estou feliz e sinto-me bem” (participante 4.); “Desde que perdi o meu marido perdi tudo” (participante 1).	O humor variava de sessão para sessão, mas a interação com o grupo e com a investigadora frequentemente resultava em momentos de riso e descontração.
Envolvimento nas atividades	“Às vezes também gosto de estar no meu cantinho” (participante 1). “Eu gosto muito de aprender e se houver algo eu faço tudo” (participante 5)	Verificou-se que alguns participantes aderiam de imediato e mostravam curiosidade nas atividades, enquanto outras necessitavam de encorajamento para realizar as mesmas.
Expectativas em relação ao programa	“Nós estamos sempre a aprender, principalmente a memória” (participante 4); “Escrever o meu nome era uma coisa que queria muito” (participante 5).	Evidenciou-se motivação desde o início, sobretudo quando as atividades envolviam novidade ou desafio (ex.: jogos cognitivos).

5.2.2. Entrevista Final

A entrevista final foi realizada com o objetivo de recolher perceções sobre a experiência vivida no programa, identificando mudanças, bem como as

aprendizagens e benefícios obtidos. Ainda consistiu em compreender qual foi o impacto do programa nos participantes, assim como as suas expectativas.

Perceção de Bem-estar

Os participantes referiram melhorias ao nível das dores, da mobilidade e da energia. (Participante 4) destacou, *“sinto menos dores nas mãos e pernas, porque mexo-me mais e estou mais ativa”*. A (participante 5) mencionou *“Sinto-me melhor dos braços e tenho a cabeça mais leve. Estar aqui consigo faz-me bem e fazer as coisas que me ensina, eu gosto”*. Nas notas de campo, observou-se que os participantes tinham mais confiança nos exercícios, e já não tinham tantas queixas fisicamente. Por vezes até referiam que o trabalho que estava a ser feito fazia-lhes muito bem, e conversavam várias vezes entre eles sobre esse assunto.

Estado de ânimo

Todos os participantes relataram sentir-se mais animados e tranquilos ao longo do programa: *“mais animada, antes pensava muito nas coisas más, nas coisas com a minha filha, agora penso mais nas atividades e nas pessoas boas”* (Participante 5), enquanto a (Participante 6) sublinhou *“estou mais alegre, gosto de vir para aqui e gosto de fazer as coisas consigo, é muito animado”*. Estas declarações refletem o impacto positivo das atividades na dimensão emocional e social. Durante as sessões, registaram-se expressões frequentes de satisfação e riso, reforçando a perceção de bem-estar emocional.

Experiência de participar no programa

A experiência de participar no programa foi descrita como muito positiva. Cada participante destacou momentos marcantes, como os jogos de memória, a plasticina, ou o dominó. (Participante 5) valorizou especialmente o facto de ter conseguido escrever o próprio nome: *“especialmente quando escrevi o meu nome, isso foi muito especial para mim”*. Para o (Participante 3), *“foi bom, gostei de tudo, temos de fazer mais”*. Nas observações, constatou-se grande entusiasmo em atividades manuais e lúdicas, como a plasticina, que gerou surpresa e motivação no grupo.

Ganhos obtidos

Os participantes emergiram referências à alegria, confiança, força e companhia: *“Ganhei alegria, vontade de continuar e força para enfrentar os dias com mais ânimo”* (Participante 4), enquanto o (Participante 3) salientou a importância das relações: *“ganhei amigos e sinto-me melhor”*. Apesar das suas limitações cognitivas, a (Participante 1) reconheceu que o programa a fez sentir-se *“com a cabeça mais limpa”*. Ainda a (participante 5) sentiu-se grata dizendo *“nunca pensei aprender o meu nome, obrigada por tudo”*. As notas de campo mostram que a cooperação entre os participantes aumentou ao longo das sessões, verificando-se mais apoio mútuo e interações positivas, o que fez com que os participantes

também criassem relação afetivas, além de que obtiveram ganhos especiais para eles próprios.

Motivações

As respostas variam um pouco entre a procura de estarem ocupados, com o quererem aprender e ter companhia: *“queria muito aprender a escrever. Consegui e por isso estou muito feliz”* (Participante 5), enquanto o (Participante 3) refere *“você convenceu-me e eu gostei muito de participar”*. Por sua vez a (Participante 2), valorizou a componente relacional: *“queria uma companhia, e você é uma querida, eu gostei muito”*. Nas notas de campo, observou-se que estes objetivos foram sendo atingidos, com maior envolvimento e criação de laços afetivos dentro do grupo.

Expectativas

Os participantes revelaram que as suas expectativas foram superadas, também pela diversidade de atividades que foram feitas: *“superou as expectativas, nunca pensei que fossemos fazer tantas coisas”* (participante 4), tal com a (participante 5) refere que, *“Foi melhor do que pensei. Senti mesmo que este tempo foi bom”*. As notas de campo confirmam o entusiasmo de cada participante, sobretudo nas últimas sessões, quando já havia maior confiança na execução das tarefas. Muitos dos participantes até se “picavam” uns aos outros, certas atividades eles eram saudavelmente competitivos.

Confiança/ impacto no dia a dia

Todos relataram progressos. A participante contou com orgulho: *“até estendi a roupa toda, ficou a doer um bocadinho os braços, mas consegui”* (participante 5). Os participantes sentiram-se mais capazes e ativos, e esse impacto foi reconhecido pelas famílias: *“Até o meu marido notou que estou com outra cara”* (participante 4), enquanto o neto da (participante 6) disse *“a avó está com mais energia”*. Foi possível observar que os participantes realizavam exercícios com maior autonomia e segurança à medida que o programa avançava.

Momentos marcantes

Os participantes incluíram os jogos como os momentos mais marcantes. Uma das coisas mais especiais foram as conversas e a atenção recebida: *“adorei quando você me ouvia e tudo o que me ensinou”* (Participante 1). *“Nunca tinha pegado em plasticina, foi engraçado”* (Participante 5). Nas notas de campo, registaram-se várias ocasiões de riso coletivo durante as atividades, evidenciando prazer e socialização.

Intenção de participação futura

Por fim, todos os participantes manifestaram vontade de participar novamente em programas semelhantes e expressaram desejo de continuar. Destacaram sobretudo os jogos de memória, as atividades manuais e os exercícios físicos. A (Participante 5), perguntou de forma espontânea: *“mas vamos continuar a fazer,*

não vamos?”, revelando a importância que atribuiu à experiência. A (Participante 1), referiu *“fazia tudo de novo. Foi muito bom para mim”*. As observações revelam que dos participantes, tinha desejo de continuar, uma vez que, nas últimas sessões, os participantes solicitavam a repetição de determinadas atividades.

Tabela 8- Temas emergentes da entrevista final

Tema	Entrevista final	Notas de campo
Percepção de bem-estar	“Sinto menos dores nas mãos e pernas” (participante 4.); “Sinto-me melhor dos braços e tenho a cabeça mais leve” (participante 5).	Observou-se que o participante 4. passou a realizar exercícios de equilíbrio com maior segurança; a participante 5 demonstrou maior amplitude no ombro esquerdo.
Estado de ânimo	“Mais animada, agora penso mais nas atividades e nas pessoas boas” (participante 5); “Estou mais alegre, gosto de vir para aqui” (participante 6).	Durante as sessões registaram-se expressões frequentes de satisfação e riso, sobretudo em atividades em grupo.
Experiência de participação	“Especialmente quando escrevi o meu nome, isso foi muito especial para mim” (participante 5); “Gostei de tudo, temos de fazer mais” (participante 3).	Constatou-se grande entusiasmo em atividades manuais e lúdicas (ex.: plasticina), que geraram surpresa e motivação.
Ganhos obtidos	“Ganhei alegria, vontade de continuar e força para enfrentar os dias com mais ânimo” (participante 4); “Ganhei amigos e sinto-me melhor” (participante 3); “Com a cabeça mais limpa” (participante 1).	A cooperação entre os participantes aumentou ao longo das sessões, com maior apoio mútuo e interações positivas.
Motivações	“Querida muito aprender a escrever. Consegui e por isso estou muito feliz” (participante 5); “Você convenceu-me e eu gostei muito de participar” (participante 3);	Observou-se maior envolvimento e criação de laços afetivos entre os participantes.
Expectativas	“Superou as expectativas, nunca pensei que fossemos fazer tantas coisas” (participante 4); “Foi melhor do que pensei. Senti mesmo que este tempo foi bom” (participante 5).	Confirmou-se esse entusiasmo, sobretudo nas últimas sessões, quando já havia maior confiança na execução das tarefas.
Confiança/impacto no dia a dia	“Até estendi a roupa toda (...) consegui” (participante 5); “Até o meu marido notou que estou com outra cara” (participante 4.); “A avó está com mais energia” (participante 6).	Observou-se maior autonomia e segurança nos exercícios ao longo do programa.
Momentos marcantes	“Adorei quando você me ouvia e tudo o que me ensinou” (participante 1); “Nunca tinha pegado em plasticina, foi engraçado” (participante 3).	Registaram-se momentos de riso coletivo, evidenciando prazer e socialização.
Intenção de participação futura	“Mas vamos continuar a fazer, não vamos?” (participante 5); “Fazia tudo de novo. Foi muito bom para mim” (participante 1).	Nas últimas sessões, os participantes pediam a repetição de atividades, como os jogos de memória e exercícios com música.

No geral, a entrevista final evidenciou um impacto positivo do programa, traduzida em melhorias psicomotoras, emocionais e sociais, aumento da motivação para manter hábitos ativos e de convívio.

6. Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da participação num programa de intervenção motora, na capacidade funcional no perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia.

No geral, os resultados evidenciam evolução positiva, no caso do desempenho psicomotor (EGP), observou-se melhorias ao longo das fases de avaliação, sustentado a eficácia do programa. No funcionamento cognitivo (MMSE), verificaram-se ganhos consistentes, principalmente em participantes que inicialmente apresentavam resultados abaixo dos pontos de corte, o que revela o potencial da intervenção para a manutenção das funções cognitivas.

Na perceção da qualidade de vida (IAQdV), os participantes apresentaram melhorias. Ainda que no follow-up, tenha ocorrido algumas alterações, a maioria dos participantes manteve os ganhos adquiridos, assim sendo, observou-se manutenção dos ganhos em grande parte dos casos, salientando a eficácia e a relevância da intervenção. Relativamente ao instrumento do Índice de Katz, verificou-se a manutenção da independência funcional, sem alterações ao longo da intervenção, o que pode ser interpretado como um resultado positivo, sendo que não houve um declínio funcional ao longo das fases de intervenção.

Por fim, na análise temática, apoiada nas entrevistas e nas notas de campo que tem um papel fundamental, mostrou que os participantes relataram ganhos físicos, emocionais e sociais, além de maior confiança, motivação e bem-estar no quotidiano. Estes achados demonstram que programas de intervenção motora adaptados, podem promover melhorias nos idosos, alinhando-se com evidências da literatura.

O estudo adotou um desenho de casos múltiplos, uma abordagem qualitativa que não visa a generalização estatística, mas sim a compreensão aprofundada do impacto do programa de intervenção motora em cada participante, pois o foco não é a representatividade numérica, mas sim a exploração detalhada do fenómeno em estudo. Esta abordagem vai ao encontro da visão apresentada por Bodas (2018), que cada idoso deve ter um acompanhamento individual, conseguindo assim atender as suas necessidades. Na mesma linha de pensamento, Justo-Henriques et al. (2019), Subramaniam e Woods, (2012), referem que as intervenções individuais estão associadas a melhores resultados, pois potenciam o acesso à intervenção, permitindo um contacto mais próximo com o participante, o que faz com que cada idoso tenha atividades personalizadas que podem aumentar a sua adesão na intervenção.

Após a análise dos resultados alcançados nos diferentes momentos de avaliação, podemos afirmar que este estudo e o seu propósito reforçam aquilo que é a importância deste tipo de intervenção psicomotora, como uma estratégia preventiva para melhorar ou manter as funções da atividade de vida diária, uma vez que parece produzir resultados que influenciam de forma positiva neste tipo de população. Observar individualmente cada participante neste estudo demonstra a

importância de acompanhar os idosos na parte da cognição em programas psicomotores, permitindo identificar quem está a tirar proveito da intervenção e evidencia que estes programas podem ser eficazes independentemente do nível de escolaridade dos participantes. Os resultados observados ao longo das fases de avaliação, permitem compreender não só a evolução, mas também a manutenção das capacidades ao longo do tempo.

Perfil Psicomotor

O estudo de Silva (2018), avaliou intervenções psicomotoras em idosos através de estudos caso, em que registou melhorias em diversos domínios, incluindo mobilidade dos membros inferiores, motricidade fina, memória verbal e percetiva entre outros. Reforçando assim a relevância da intervenção psicomotora mesmo em pequenas amostras, destacando a importância do potencial benefício individual.

A participação regular num programa de intervenção motora, também contribui para melhorias tanto no perfil psicomotor, como ganhos cognitivos e na qualidade de vida dos idosos. Comprovamos assim, que segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), o envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar.

Os resultados obtidos no EGP indicaram ganhos consistentes em todos os participantes, com maior aumento entre as fases inicial e final e manutenção em alguns casos no follow-up, sendo que a diminuição em alguns casos mesmo assim os resultados foram superiores aos da avaliação inicial. Esses resultados são coerentes com a literatura, que demonstra que programas de intervenção motora adaptados promovem melhorias em idosos.

Estudos sobre intervenções psicomotoras em idosos, como o estudo de Rosado et al. (2025), que demonstrou melhorias na coordenação e ritmo através de atividades psicomotoras mediadas por dança. Assim, os resultados do presente estudo reforçam a importância de programas estruturados de intervenção psicomotora para a promoção de autonomia, funcionalidade e potencial de qualidade de vida em idosos. De maneira complementar, Mosor et al. (2019) demonstraram que programas psicomotores intergeracionais também promovem bem-estar e interação social entre idosos e crianças, evidenciando que a prática psicomotora pode impactar positivamente tanto a dimensão física quanto a social e emocional do envelhecimento.

No que diz respeito ao perfil psicomotor, os participantes apresentaram ganhos entre a avaliação inicial e a avaliação final, embora alguns tenham apresentado ligeira redução no follow-up, o que indica que houve ganhos, mas dependentes da continuidade da intervenção. De acordo com, Lima Prado et al. (2025), os resultados, estão alinhados com o princípio da neuroplasticidade, entendida como a capacidade que o cérebro tem de se reorganizar e criar novas conexões neuronais, permitindo a aprendizagem, a memória e a adaptação às mudanças ao longo da vida, embora diminua com a idade, estudos indicam que o cérebro idoso

ainda mantém boa capacidade de mudança, sobretudo quando este é estimulado. Por isso, na terceira idade, essa plasticidade, desempenha um papel fundamental na prevenção do declínio cognitivo, contribuindo para a manutenção da autonomia e a qualidade de vida.

A neuroplasticidade motora, apesar do declínio estar relacionado com a idade, intervenções direcionadas, como o treino motor e a estimulação cognitiva, tem demonstrado resultados positivos na melhoria das habilidades motoras, principalmente quando associadas a exercícios físicos e estímulos cognitivos (Lima Prado et al., 2025).

Este programa psicomotor demonstrou ser uma estratégia eficaz, em melhorar a capacidade funcional em idosos, favorecendo ganhos psicomotores, cognitivos e sociais. Henriques (2013), refere que a aplicação de um programa psicomotor demonstra ser uma abordagem eficaz, uma vez que apresenta resultados positivos, tendo havido melhorias significativas, por exemplo ao nível da motricidade fina, mobilidade articular, evocação, praxias e domínio temporal.

Para Pires (2014), no seu estudo intitulado de “Influência da Intervenção Psicomotora no Equilíbrio e Função Cognitiva do Idoso Institucionalizado”, realizado num contexto de população institucionalizada, apresentou resultados positivos através da aplicação de um programa de intervenção, onde tinha várias atividades como, por exemplo atividades de equilíbrio. Assim como no estudo de Oliveira et al. (2024), onde se avaliou os efeitos de uma intervenção psicomotora, com duração de quatro meses, no equilíbrio e função cognitiva em idosos e observou-se que a intervenção pode ser uma estratégia benéfica para melhorar o equilíbrio estático.

A ligeira diminuição dos resultados do follow-up pode ser explicada pela interrupção da intervenção. De acordo com o estudo de Rosado et al. (2021), após um período de 12 semanas sem intervenção, as melhorias alcançadas no domínio da atenção foram mantidas, enquanto as melhorias relativamente ao equilíbrio foram revertidas. Esses resultados reforçam que a continuidade das intervenções é fundamental para preservar os ganhos motores e prevenir o declínio funcional ao longo do tempo.

Qualidade de Vida

Os resultados das entrevistas inicial e final, realizadas no presente estudo revelaram que os participantes atribuíram grande importância à socialização, ao apoio entre pares e à oportunidade de se manterem ativos, aspetos que se traduziram em ganhos emocionais e funcionais.

De forma semelhante, o estudo de Liddle et al. (2024), avaliou a aceitabilidade de um programa comunitário de atividade física para idosos, e identificou através de entrevistas que os participantes valorizaram não apenas os benefícios físicos, mas também o convívio social e o sentimento de pertença gerado pelo grupo.

Tal como no presente estudo, os idosos revelaram entusiasmo pelas atividades, reconheceram melhorias na energia e confiança, e demonstraram interesse na continuidade do programa. Assim, a comparação entre ambos os estudos reforçam a relevância das intervenções motoras e psicomotoras como estratégias para promover o bem-estar, que vai além do domínio físico, incluindo também dimensões sociais e emocionais fundamentais para a qualidade de vida dos idosos.

As entrevistas realizadas no início e no final da intervenção permitiram compreender de forma mais aprofundada as experiências dos participantes. Inicialmente, observou-se que os idosos expressavam motivações ligadas à manutenção da autonomia e ao desejo de socialização. No final, os relatos revelaram percepções positivas no aumento da confiança, melhoria do equilíbrio, bem-estar emocional e valorização do convívio em grupo. Estes resultados qualitativos reforçam os dados quantitativos obtidos, evidenciando os efeitos da intervenção psicomotora alcançou benefícios sociais e emocionais.

Essa valorização do convívio e do sentimento de pertença vai ao encontro das conclusões de Van't Leven e Jonsson (2002), que apontam que a participação significativa pode ocorrer não apenas “fazendo”, mas também ao estar inserido na “atmosfera do fazer”, em que o ambiente social e o vínculo com o grupo assumem um papel fundamental. Em comparação com o estudo de Kim et al. (2020), que avaliou os efeitos de um programa multicomponente de exercícios em idosos comunitários, os nossos resultados também indicam melhorias na qualidade de vida após a intervenção.

Enquanto Kim et al. (2020), observaram ganhos significativos nas pontuações de WHOQOL-BREF, especialmente entre os participantes frágeis, os nossos resultados indicam que nas fases de avaliação os resultados mantiveram-se estáveis com alguma melhoria. Esses resultados reforçam a importância de intervenções estruturadas e individualizadas para promover o bem-estar das populações idosas, destacando que estratégias focadas numa intervenção motora podem ter impacto positivo na percepção de qualidade de vida.

No que concerne à qualidade de vida avaliada pelo IAQdV, esta evidenciou evolução positiva ou manutenção da percepção da qualidade de vida, com melhorias mais evidentes nos participantes 2 e 5.

A evolução positiva da qualidade de vida dos participantes 2 e 5, estes apresentaram reduções nas pontuações (18 → 18 → 16 → 16 e 20 → 19 → 16 → 16, respetivamente) na percepção de qualidade de vida. A participante 4 e 6 também apresentaram ligeira redução e posterior estabilização. Esta evolução positiva, pode estar associada, a melhorias funcionais e cognitivas alcançadas durante o programa, que impactam diretamente a autonomia nas atividades diárias e reforçam a autoconfiança. Rezola-Pardo et al. (2019), Sampaio et al. (2019), Concha-Cisternas et al. (2020), observaram resultados semelhantes, com melhorias na qualidade de vida, participação social, e cognição de idosos institucionalizados, destacando assim a importância de manter a população ativa,

evidenciando que a estimulação cognitiva, social e afetiva contribui para a manutenção da autonomia e satisfação com a vida.

A estabilidade pode ser observada no participante 1 que manteve pontuação constante (19 → 19 → 19 → 19), com dificuldades mais acentuadas nas áreas da Doença e Vida Independente, onde esta estabilidade pode ser explicada pela preservação de rotinas e suporte social, que ajudam a manter a percepção de bem-estar. Similarmente, a participante 3 apresentou redução inicial na pontuação (10 → 8 → 8 → 8) e depois estabilização nas restantes fases de avaliação, indicando um processo de adaptação aos estímulos do programa.

Segundo Lawton (1982), a competência da pessoa abrange saúde biológica, habilidades sensoriais e perceptivas, habilidades motoras, função cognitiva e o reconhecimento da força psicológica, nesse sentido, a manutenção dos resultados ao longo das fases de avaliação também sugere que os programas psicomotores e de intervenção cognitiva contribuem para preservar a autonomia e o bem-estar dos idosos.

Desta forma, envelhecer com qualidade de vida implica a existência de uma boa condição de saúde, uma vida física e intelectual ativa, manutenção das relações interpessoais mais significativas, participação social ativa, adoção de comportamentos promotores de saúde (Nunes & Menezes, 2014a). Contudo, os resultados obtidos no Berlin Aging Study (Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002) demonstram que é possível que idosos sob condições de limitações e incapacidades funcionais alcancem níveis positivos de qualidade de vida e bem-estar, se recorrerem a mecanismos compensatórios que lhes permitem lidar com as suas perdas.

Capacidade Funcional

Os resultados do presente estudo demonstram que a intervenção implementada foi eficaz na manutenção da independência dos utentes e na prevenção do declínio funcional nos casos em que existia dependência inicial, conforme avaliado pelo Índice de Katz, reforçando os resultados de Andriolo et al. (2016), que identificaram alta independência funcional em idosos em centro de saúde. Assim, reforça-se a relevância do Índice de Katz, como instrumento eficaz na avaliação da capacidade funcional em diferentes contextos e populações idosas.

Segundo Zago (2010), diante da variável referente à prática de atividade física e grau de dependência da escala de Katz, indica que a ausência de prática regular de exercício físico pode ser considerada um fator que agrava a dependência funcional, pois a atividade física contribui para retardar e atenuar os efeitos do envelhecimento, reduzindo o risco de desenvolvimento de doenças e promove uma melhor qualidade de vida, saúde e desempenho funcional.

Na mesma linha de pensamento, Barros (2012), menciona que os idosos que praticam exercícios físicos regularmente demonstram maior capacidade funcional e melhor desempenho na realização das suas tarefas, além de apresentarem maior

disposição e qualidade de vida, quando comparados ao grupo de idosos sedentários.

Num estudo realizado por Andriolo (2016), este evidenciou que a maioria dos idosos é independente para as ABVD, afirmando que os resultados de estudos feitos pelo autor destacam a independência funcional da maior parte dessa população. Outro estudo, realizado em Londrina (PR), com idosos institucionalizados, verificou-se que a atividade “banho” foi a que abrangia o maior número de sujeitos com dependência (59,8%), seguida por “vestuário” com (56,4%) e “continência” com (49%). Os autores associaram esses resultados à teoria de que a habilidade mais complexa tem a tendência de declinar primeiro, preservando as habilidades que têm impacto na sobrevivência (Andriolo, 2016).

Estudos que avaliam a funcionalidade dos idosos, são muito importantes por caracterizarem não só o estilo de vida daquela população, mas também por servirem como um padrão para a observação, permitindo direcionar melhor os cuidados e tratamentos. Por isso, é importante saber quais as atividades que os idosos têm mais dificuldades e como isso afeta a qualidade de vida, tal como demonstrado no estudo citado, que são fatores fundamentais para garantir o bem-estar da população idosa.

Na análise dos resultados obtidos através do Índice de Katz que diz respeito à autonomia funcional (ABVD), revelou estabilidade funcional dos participantes ao longo das fases de avaliação. De forma geral, observou-se que a maioria dos participantes manteve independência total, como é o caso dos participantes 3,4,5 e 6 que mantiveram as pontuações no valor máximo (6 pontos), refletindo autonomia e estabilidade funcional. Esse desempenho pode ser relacionado com a teoria de Barros et al. (2016), que refere que os resultados sugerem que a aptidão física e a capacidade funcional estão interligadas, ou seja, quanto melhor o desempenho físico nas capacidades (flexibilidade, coordenação, agilidade, resistência aeróbica e força), melhor será o desempenho nas atividades de vida diária.

Enquanto os participantes 1 e 2 apresentaram dependência ligeira ou moderada em tarefas específicas como banho e vestir, contudo, não se evidenciou agravamento ao longo do tempo. Apoiado por Mendes et al. (2015), que afirma que o declínio cognitivo e funcional traz diminuição ou perdas nas habilidades dos idosos, afetando de forma significativa nas realizações das AVDs, interferindo, assim, na vida diária do idoso. Moraes (2012), destaca que a capacidade funcional é essencial para que o idoso possa viver de forma independente, realizando as suas atividades físicas e mentais, necessárias para manutenção das atividades de vida diária.

Além disso, Carvalho et al. (2019), enfatizam que a participação ativa em grupos pode ser um elemento determinante para alcançar resultados positivos em funcionalidade, isto alinha-se a observação que participantes com pequenas limitações, ainda preservam autonomia provavelmente por manterem rotinas e

hábitos saudáveis. A independência observada está em consonância com Silva et al. (2022), que também encontraram alta autonomia nas ABVD entre idosos ativos, o que indica que a maioria dos participantes manteve bom desempenho.

Portanto, torna-se necessário programas que tenham o objetivo de promover a melhoria da força muscular e uma maior integração social e valorização do processo de envelhecimento, para que os idosos mantenham a autonomia ao longo do tempo (Costa, Nakatani, & Bachion, 2006).

Contudo, é de realçar que embora os resultados tenham sido preservados ao longo do tempo, é importante a continuidade de intervenções, para que não ocorram regressões, pois o objetivo é consolidar ganhos e promover o envelhecimento saudável. Desse forma, é importante estimular hábitos saudáveis, como a prática de exercícios físicos e a manutenção de interações sociais, além de incentivar a preservação da autonomia e independência no cotidiano dos idosos (Rodrigues et al., 2020).

Os resultados do presente estudo indicam que a intervenção psicomotora proporcionou melhoria cognitiva em participantes com déficit inicial, assim como manutenção da função cognitiva em participantes com desempenho normal no início do programa. Como os participantes 1 e 2, que apresentavam pontuações abaixo do corte de referência para a sua escolaridade no MMSE, mostraram evolução ao longo das avaliações, ultrapassando o limite de referência na Avaliação Final e mantendo ganhos no Follow-Up. Já os participantes com pontuação inicial acima do corte (3, 4, 5 e 6) mantiveram as suas pontuações ou apresentaram leve aumento, o que indica que tiveram estabilidade cognitiva.

Estes resultados são consistentes com os resultados de Kim et al. (2020), que também relataram melhorias significativas em idosos frágeis após intervenção multicomponente, especialmente naqueles com função cognitiva inicial comprometida.

Relativamente ao MMSE, participantes com déficit cognitivo inicial (participante 1 e 2), melhoraram e mantiveram ganhos e os restantes participantes preservaram e mantiveram níveis positivos.

A melhoria na função cognitiva observada em alguns participantes pode ser explicada pela teoria da reserva cognitiva, que indica que indivíduos com maior nível de escolaridade ou envolvimento em atividades de estimulação cognitiva têm maior capacidade de resistir aos efeitos do envelhecimento (Stern, 2002; Stern et al., 2018). Isso explica a manutenção dos resultados dos participantes 3, 4 e 6 que tiveram pontuações estáveis e mantiveram a função cognitiva preservada.

A teoria de seleção, otimização e compensação de Baltes e Baltes (1990) ao propor que os idosos apresentam recursos residuais para manter as suas habilidades cognitivas e aumentar o conhecimento e o uso de novas estratégias ajuda a esclarecer o porquê dos treinos cognitivos trazerem benefícios para a cognição dos mais velhos.

Tal como numa revisão sistemática de Silva et al., (2020), que encontrou, por meio de estudos experimentais, vários benefícios ao nível da cognição, incluindo memória, fluência verbal, atenção, resolução de problemas e, ainda, melhoria da performance para as atividades de vida diárias.

Aliado a essa ideia, Schaie (1994), refere que o declínio observado no desempenho cognitivo dos idosos, provavelmente, dá-se devido ao desuso e por isso com a estimulação certa é reversível para muitas pessoas. Como observamos, no (participante 2), uma pequena redução no follow-up sobre um declínio cognitivo, quando a estimulação não foi contínua por ter estado um mês sem intervenção, assim reforça-se mais uma vez a continuidade do programa de intervenção para a preservação do declínio cognitivo e manutenção da funcionalidade em idosos.

As implicações práticas deste estudo, referem que os resultados alcançados reforçam a pertinência da implementação de programas de intervenção motora em contexto de centros de dia, uma vez que demonstram potencial para promover ganhos tanto a nível cognitivo, funcionais e psicomotores. Este estudo evidencia que para técnicos que trabalham diretamente com idosos, estas atividades adaptadas aos idosos e com carácter motivador, alinhadas a objetivos que os participantes queiram atingir, podem não apenas melhorar indicadores de saúde, mas também aumentar a satisfação, o seu bem-estar emocional e a qualidade de vida.

O presente estudo, evidencia sustentabilidade de ganhos obtidos após a intervenção, relevando assim a importância de programas estruturados como estratégias promotoras ao envelhecimento ativo e saudável.

Embora o presente estudo, sustentado num desenho de casos múltiplos e numa abordagem de métodos mistos, tenha proporcionado uma análise aprofundada do impacto de um programa de intervenção motora de três meses sobre diferentes dimensões da funcionalidade, do perfil psicomotor e da qualidade de vida em idosos, importa reconhecer algumas limitações inerentes ao processo de investigação. A especificidade do contexto institucional pode condicionar a generalização dos resultados, ainda que tenham permitido uma compreensão mais contextualizada e ecológica dos efeitos observados. Acresce que, apesar da estrutura temporal delineada, com quatro momentos de avaliação (inicial, intermédia, final e *follow-up*), o intervalo de acompanhamento, embora pertinente para observar a evolução imediata e a manutenção a curto prazo, poderá não captar integralmente o impacto a médio e longo prazo das adaptações funcionais e psicomotoras. Adicionalmente, fatores individuais, como o estado de saúde, o nível de motivação e as diferenças no envolvimento nas atividades, podem ter influenciado a magnitude das respostas à intervenção, constituindo variabilidade natural, mas relevante na interpretação dos resultados. Não obstante estas limitações, o estudo oferece contributos significativos para o conhecimento sobre os benefícios da estimulação motora sistematizada na população idosa, apontando para a necessidade de futuras investigações que ampliem o número de

participantes, diversifiquem os contextos de aplicação e prolonguem o período de acompanhamento, de modo a consolidar e expandir a evidência científica relativa à eficácia e sustentabilidade de programas desta natureza. Sugere-se a implementação de um design com um grupo experimental e um grupo de controlo, permitindo comparar diretamente os efeitos da intervenção e fortalecer a evidência científica sobre a eficácia do programa de intervenção.

7. Conclusões

Os resultados deste estudo evidenciam que a participação dos idosos em programas de intervenção psicomotora, adaptada às necessidades dos idosos podem ser uma estratégia eficaz para melhorar a capacidade funcional em idosos, favorecendo ganhos psicomotores, cognitivos e sociais.

A intervenção demonstrou ganhos consistentes no perfil psicomotor, na qualidade de vida e na função cognitiva, o que revela ser um bom programa para promover o envelhecimento ativo. Além dos benefícios cognitivos e físicos, a intervenção contribuiu para o bem-estar emocional e socialização dos participantes, evidenciando que programas psicomotores bem estruturados demonstram impacto positivo em vários aspetos tais como, físicos, cognitivos, sociais e emocionais.

Os resultados observados no follow-up indicam que, embora alguns resultados da intervenção motora tenham diminuído nesta fase de avaliação, certos ganhos foram preservados. Isso indica que os programas estruturados podem contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, embora seja importante considerar estratégias de manutenção e reforço contínuo para sustentar os benefícios ao longo do tempo.

Para as instituições, como lares ou centros de dia, a implementação de uma intervenção desta natureza, pode contribuir para a manutenção da autonomia funcional, para a melhoria da qualidade de vida e de certa forma para a redução do isolamento social. Apesar da amostra ser reduzida, a análise aprofundada de cada participante permitiu compreender nuances importantes nos perfis psicomotores.

Do ponto de vista prático, os resultados deste estudo indicam o potencial dos programas de intervenção psicomotora como instrumentos eficazes em promover melhorias no desempenho psicomotor, nas capacidades cognitivas e na manutenção da qualidade de vida e independência funcional de idosos. A implementação do programa em instituições como em lares e centros de dia, pode ser benéfico na autonomia e bem-estar dos participantes, assim como prevenir o declínio funcional.

8. Referências

- Albaret, J.-M., Aubert, E. & Sallagoity, I. (2001). *Evaluation psychomotrice du sujet âgé*. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Viellissement et Psychomotricité* (pp. 155- 180). Marseille: SOLAL.
- Andriolo, B. N. G., Santos, N. V., Volse, A. A., Fé, L. C. M., Amaral, A. R. C., Santos do Carmo, B. M. S., Cortez, P. C., Guterres, D. S., Ferreira, L. B. M., & Carvalho, A. B. P. N. (2016). *Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde*. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 14(3), 139–144
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Paúl, C., Rodrigues, M. A. & Macedo, M. S. (2016). *Effect of cognitive stimulation in elderly community*, *Enfermería Clínica* 26(2), 111-120. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008.
- Baltes, P. B. (1997). *On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory*. *The American Psychologist*, v. 52, n. 4, p. 366–380, abr.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Orgs.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge, UK: Cambridge University Press. Bandura.
- Barros, E. J., Santos, S. S., Gomes, G. C., & Erdmann, A. L. (2012). Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 95–101.
- Barros, T.V.P. et al. (2016). Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. *ABCS Health Sciences*, v. 41, n. 3.
- Biddle, S., Markland, D., Gilbourne, D., Chatzisarantis, N., & Sparkes, A. (2001). *Research methods in sport and exercise psychology: quantitative and qualitative issues*. *Journal of Sports Sciences*, 19, 777–809. doi: 10.1080/026404101317015438.
- Bodas, A. R. (2018). *Programa de Reabilitação Psicomotora*. Hospital Terra Quente Mirandela.
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and science in sports and exercise*, 14, 377-381.
- Botelho, A. (2014). *Envelhecimento e funcionalidade. Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Coisas de Ler.
- Botelho, M. (2014). *Envelhecimento e funcionalidade*. In Fonseca, A. (Ed), *Envelhecimento, saúde e doença – Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp.31-62). Lisboa: Coisas de ler.
- Branquinho, C. (2018). *Gerontopsicomotricidade em Contexto Institucional e Comunitário e a Influência dos Materiais na Intervenção*. Relatório de estágio com

vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora na Universidade de Lisboa da Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.

Buendía-Romero, Á., García-Conesa, S., Pallarés, J. G., & Courel-Ibáñez, J. (2020). Effects of a 4-week multicomponent exercise program (Vivifrail) on physical frailty and functional disability in older adults living in nursing homes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(3), 74–81.

Byrne D. (2013). Evaluating complex social interventions in a complex world. *Evaluation*. ;19(3):217–28.

Cabré, M. & Serra-Prat, M. (2004). Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39(6), 367-370. doi: 10.1016/S0211-139X(04)74989-6.

Camões, M.; Fernandes, F.; Silva, B.; Rodrigues, T.; Costa N. & Bezerra, P. (2016). *Exercício Físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais*. Motricidade, Vol. 12(1), 96-105.

Carvalho, C. J. G. de, Andrade, L. E. L. de, Lima Filho, B. F. de, Pereira, A. L. de S., Sá, F. D. de, & Cruz, S. L. (2019). Relação entre independência funcional e qualidade de vida de idosos participantes de grupos de convivência. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(2), 589–605. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i2p589-605>.

Cohen-Zierman, S. & Hassin, R.R. (2018). *Implicit motivation improves executive functions of older adults*. *Consciousness and Cognitive*, 63, 267-279.

Concha-Cisternas, Y. et al. (2020). Efectos de un programa multicomponente sobre la fragilidad y calidad de vida de adultos mayores institucionalizados. *Rev Cub Med Mil*, Ciudad de la Habana, v. 49, n. 4, e758.

Contreras-Vidal, J. L., Teulings, H. & Stelmach, G. (1998). Elderly subjects are impaired in spatial coordination in fine motor control. *Acta Psychologica*, 100(1-1), 25-35. doi: 10.1016/S0001-6918(98)00023-7.

Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Rev. Acta Paul Enferm*, 19(1), 35-43. Recuperado em 01 de novembro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>.

Costa, J. P. (2018). A synopsis on aging. In S. I. Ahnmad (Ed.), *Aging- Exploring a complex phenomenon* (pp.3-22). CRC Press.

Corti, E. J., Johnson, A. R., Riddle, H., Gasson, N., Kane, R. & Loftus, A. M. (2017). The relationship between executive function and fine motor control in young

and older adults. *Human Movement Science*, 51, 41-50. doi: 10.1016/j.humov.2016.11.001.

Craik, F. I. M. & Rose, N. S. (2012). Memory encoding and aging: A neurocognitive perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(7), 1729-1739. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.11.007.

Creswell, J.W. (2013). *Investigação qualitativa e desenho de investigação: Escolhendo entre cinco abordagens* (3ª edição). Mil Oaks, CA: SAGE.

Creswell, J.W. and Miller, D.L. (2000) *Determining Validity in Qualitative Inquiry*. *Theory into Practice*, 39, 124-130. http://dx.doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2.

Dias, G., & Mascioli, S. (2020). *A psicomotricidade atrelada ao lúdico na terceira idade*. *Revistas Publicadas FIJ-até 2022*, 3(1), 87-99. <https://portal.fundacaojau.edu.br:4433/journal/index.php/revistasanteriores/articloe/view/240>.

Duarte, Y. A. O., Andrade, C. L., & Lebrão, M. L. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41 (2), 317-325.

Emerson, R., Fretz, R., & Shaw, L. (2011). *Escrita etnográfica notas de campo* (2ª edição). Chicago: University of Chicago.

Estevão, S. (2017). *Qualidade de vida de idosos em centro de dia e em serviço de apoio domiciliário*. Algarve: Universidade do Algarve.

Fastame, M. C., Hitchcoott, P. K., Penna, M. P. & Murino, G. (2016). Does institutionalization influence perceived metamemory, psychological well-being, and working-memory efficiency in Italian elders? A preliminary study. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(1), 6-11. doi: 10.1016/j.jcgg.2015.07.001.

Fernandes, J. (2014). *A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal*. *Journal of Aging and Innovation*, 3, 1-4.

Ferreira, P. (2015). *O Envelhecimento ativo em Portugal: Tendências recentes e (alguns) problemas*. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, 07–29.

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2012). *A grounded theory of psychological resilience in Olympic champions*. *Psychology of Sport and Exercise*, 13, 669-678. doi:10.1016/j.psychsport.2012.04.007.

Filho, W. L., Júnior, F. J., Matias, J. L., Machado, A. A., Loureiro, A. C., & Oliveira, B. N. (2016). *Comportamento de risco à saúde e à qualidade de vida em idosos vinculados ao programa de esporte e lazer da cidade* (Pelc). *Educação Física em Revista*, 10(1), 56–67.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mc Hugh P. R. (1975). *Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician*. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.

Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place: Envelhecer em casa*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fonseca, A. M., Nunes, M. V., Teles, L., Martins, C., Paúl, C., & Castro-Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) – Estudo de validação para a população idosa portuguesa. *Psychologica*, 50, 373-388. doi: 10.14195/1647-8606).

Freitas, E. R. et al. (2016). *Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida*. *Reprodução & Climatério*, v. 31, n. 1, p. 37–43, 1 jan.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M.A. & Cardiovascular Health Study (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(3), 146-156.

Gallagher, N. A., Clarke, P. & Carr, E. (2016). Physical activity in older adults in a combined functional circuit and walking program. *Geriatric Nursing*, 37(5), 353-359. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.04.017.

Gomes, A. (2013). *O apoio formal em centros de dia na óptica dos participantes*. [Instituto Superior Bissaya Barreto].

Greenhalgh T, Papoutsi C. (2018). *Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift*. *BMC*; 16(1):95.

Guerreiro, M., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994) *Adaptação à população portuguesa da tradução do “mini mental state examination” (MMSE)*. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (suppl. 1): 9-10.

Henriques, B. (2013). *O efeito de um programa psicomotor para idosos com demência – importância da psicomotricidade como terapia coadjuvante junto da fisioterapia*. Universidade Fernando Pessoa Escola Superior de Saúde.

Holt, N., & Sparkes, A. (2001). *An ethnographic study of cohesiveness in a college soccer team over a season*. *The Sport Psychologist*, 15, 157-172.

Horning, S. & Davis, H. P. (2012). Aging and Cognition. In. V. S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (2.^a ed., pp. 89-96). San Diego: Academic Press.

Instituto da Segurança Social. (2022). *Segurança Social*. <https://www.seg-social.pt/idosos>.

Izquierdo, M. (2019). Multicomponent physical exercise program: Vivifrail. *Nutricion Hospitalaria*, 36(Ext2), 50–56. <https://doi.org/10.20960/nh.02680>.

Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., ZambmFeraresi, F., Martínez-Velilla, N., AlonsoBouzón, C., & Rodríguez-Mañas, L. (2017). A Practical Guide for Prescribing a Multi-Component Physical Training Program to prevent weakness and falls in People over 70.

Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., Alonso-Bouzón, C., & Rodríguez-Mañas, L. (2016). *ViviFrail: A practical guide for prescribing a multi-component physical training program to prevent weakness and falls in people over* [PDF].

Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.

Justo-Henriques, S. I., Marques-Castro, A. E., Otero, P., Vázquez, F.L., & Torres, Á. J. (2019). Long-term individual cognitive stimulation program in patients with mild neurocognitive disorder: A pilot study. *Revista de Neurología*, 68(7), 281-289. doi:10.33588/rn.6807.2018321.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. (1963). *Studies of illness in the aged. The index of ADL- A standardized measure of biological and psychosocial function*. *JAMA*, 185:914-9.

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kim, Y. J., Park, H., Park, J. H., Park, K. W., Lee, K., Kim, S., Chae, K., Park, M. H., Koh, S. H., & Na, H. R. (2020). Effects of Multicomponent Exercise on Cognitive Function in Elderly Korean Individuals. *Journal of clinical neurology (Seoul, Korea)*, 16(4), 612–623. <https://doi.org/10.3988/jcn.2020.16.4.612>.

Koenig G. (2009). Realistic Evaluation and Case Studies: Stretching the Potential. *Evaluation*.15(1):9–30.

Kraemer, A. F., Hahn, S., & McAuley, E. (2000). *Influence of aerobic fitness on the neurocognitive function of older adults*. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 379–385.

Lacroix, A., Hortobagyi, T., Beurskens, R., & Granacher, U. (2017). *Effects of supervised vs. unsupervised training programs on balance and muscle strength in older adults: a systematic review and meta-analysis*. *Sports medicine*, 47(11):2341-2361.

Lambotte, D., De Donder, L., Van Regenmortel, S., Fret, B., Dury, S., Smetcoren, A.-S., Dierckx, E., De Witte, N., Verté, D. & Kardol, M. J. M. (2018). *Frailty differences in older adults use of informal and formal care*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 79, 69-77.

Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.), *Aging and the environment* (pp. 33–59). New York, NY: Springer.

Lebrão, M. L. (2003). *O projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento*. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 33-43.

Liddle, J., Stowell, M., Ali, M., Warwick, S., Thompson, A., Brittain, K., Brougham, A., & Hanratty, B. (2024). Community-based physical and social activity for older adults with mild frailty: a rapid qualitative study of a collaborative intervention pilot. *BMC Geriatrics*, 24, 1011. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05604-y>.

Lima Prado, J. W., Klug, L., Luciano, C. F., Correia Nunes, M. L., Paulino, S. T., Sato, R. Y., ... de Oliveira, G. M. (2025). Neuroplasticidade na Terceira Idade: Estratégias para Prevenção do Declínio Cognitivo. *Brazilian Journal of One Health*, 2(1), 540–553. <https://doi.org/10.70164/bjoh.v2i1.73>.

Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6).

Lofland, J., Snow, D., Anderson, L., & Lofland, L. H. (2005). *Analisar ambientes sociais: um guia para a observação e análise qualitativa* (4ª edição). Belmont, CA: Wadsworth.

López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M. e Martínez-Martín, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27(2), 83-89. doi: 10.1016/j.nrl.2011.04.003.

Lopopolo, R. B., Greco, M., Sullivan, D., Craik, R. L., & Mangione, K. K. (2006). *Effect of therapeutic exercise on gait speed in community-dwelling elderly people: a meta-analysis*. *Physical Therapy*, 86(4), 520-540.

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E. e Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age & Aging*, 39(1), 1-8. doi: 10.1093/ageing/afp202.

Ma, H. (2006). An alternative method for quantifying synthesis of single-subject research: Percent of data points exceeding the median. *Behavior Modification*, 30, 598–617.

Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.

Matilla-Mora, R., Martínez-Piédrola, R. M. & Huete, J. F. (2016). *Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(6), 349-356. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.006.

Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Barros Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, 7(1), 2–13.

Mendes, R.S. et al. (2015). Perfil cognitivo e funcional de idosos moradores de uma instituição de longa permanência para idosos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v. 23, n. 4.

Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géronto Psychomoteur* - Manuel D'Application. Paris: Hogrefe.

Michel, S., Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2021). *EGP- Exame Geronto-Psicomotor*. Lisboa: Hogrefe.

Miranda, V. B. (2017). *Gerontomotricidade e o idoso praticante de atividades físicas: um estudo teórico*. *Ciência em movimento*, 19(39).

Moraes EN. (2012). *Atenção á saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF: Organização Panamericana da Saúde, Representação Brasil.

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A psicomotricidade*, 10, 25-33.

Morais, A., Fiúza, R., Santos, S., & Lebre, P. (2012) – *Tradução e Adaptação do Exame Geronto-Psicomotor*. (Manual de Aplicação Provisório).

Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2016). *Psychometric properties of the Portuguese version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP)*. *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068.

Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2019). *Psychomotor, Functional, and Cognitive Profiles in Older People with and without Dementia: What Connections?*. *Dementia* (London, England), 18(4), 1538–1553. <https://doi.org/10.1177/14711301217719624>.

Mosor, E., Waldherr, K., Kjekken, I., Omara, M., Ritschl, V., Pinter-Theiss, V., Smolen, J., Hübel, U., & Stamm, T. (2019). An intergenerational program based on psycho-motor activity promotes well-being and interaction between preschool children and older adults: Results of a process and outcome evaluation study in Austria. *BMC Public Health*, 19, 254. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6572-0>.

Mulhall, A. (2003). No terreno: Notas sobre a observação em qualidade pesquisa ativa. *Revista de Enfermagem Avançada*, 41, 306–313.

Navarro, G., Alexandre, I., Dias, L., Duarte, M., & Garcia-Alonso, J. (2018). *A intervenção psicomotora em gerontes com problemas osteoarticulares*. *Journal Of Aging and Innovation*, 7(2).

Nishiguchi, S., Yamada, M., Fukutani, N., Adachi, D., Tashiro, Y., Hotta, T., ... Tsuboyama, T. (2015). Spot the difference for cognitive decline: a quick memory and attention test for screening cognitive decline. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 9-14 doi: 10.1016/j.jcgg.2014.08.003

Nunes, L., & Menezes, O. (2014a). Conselhos para um envelhecimento com qualidade de vida. In L. Nunes & O. Menezes (Eds.), *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos* (pp. 67-132). Lisboa: Caminho, SA.

Nuñez, J.A.G. & González, J. A. M. (2012). *Psicomotricidad y ancianidad: Un programa de estimulación psicomotriz en la tercera edad*. CEPE.

Olalla, L. G. (2009). *Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 33(9), 27-34.3

Oliveira, V., Bodas, A., Nóbrega, D., & Antunes, C. (2024). *Equilíbrio e Cognição: Intervenção Psicomotora em Idosos*. *Motricidade*, 20(1). <https://doi.org/10.6063/motricidade.33990>.

Organização Mundial de Saúde. (2015). *Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Em *Envelhecimento ativo - promovendo a resiliência ao longo do curso de vida* (p. 44).

OMS. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).

Ovando, L. M. K., & Couto, T. V. (2010). Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde (Impr.)*, 34(2), 176–182.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Paparini, S., Green, J., Papoutsis, C. *et al.* (2020). *Case study research for better evaluations of complex interventions: rationale and challenges*. *BMC Med* 18, 301. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01777-6>.

Pescatello, L. S., & DiPietro, L. (1993). Physical activity in older adults. An overview of health benefits. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 15(6), 353–364. <https://doi.org/10.2165/00007256-199315060-00001>.

Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative health research*, 28(3), 381–388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>.

Piggin, J. (2020). *What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers* v. 2.

Pinzón-Pulido, S., Peña, F. G., Alcázar, V. R., Lima-Rodríguez, J. S., Triano, M. F. R., Domene, M. M. & Trujillo, F. A. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica*, 26(1), 23-30. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.08.003.

Pires, C. (2014). *Papel da Intervenção Psicomotora na Autonomia e Independência do Idoso Institucionalizado*. UTAD.

Pordata. (2024). *Índice de envelhecimento e outros indicadores*. Última atualização em 10 de outubro de 2024. Acedido a 03/11/2024 em:

<https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>.

Prakash, R. S., Voss, M. W., Erickson, K. I., & Kramer, A. F. (2015). Physical activity and cognitive vitality. *Annual review of psychology*, 66, 769–797. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015249>.

Quivy, R & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramalho, A., Rosado, A., Paulo, R., Mendes, P., Serrano, J., & Petrica, J. (2019). *Integração de elementos psicossociais na programação de atividades físicas para a população idosa*. In J. Petrica, J. Santos, & R. Paulo (Eds.), *Pedagogia do Desporto: Abordagens académicas de investigação*.

Rezola-Pardo, C. et al. (2019). Comparison between multicomponent and simultaneous dualtask exercise interventions in long-term nursing home residents: the Ageing-ONDUALTASK randomized controlled study. *Age and Ageing*, v.48, n. 6, p. 817–823.

Richardson, R.J. (2015). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. Revista e Ampliada, São Paulo 3ª Ed. Editora, Atlas S.A.

Rodrigues, A. F., et al. (2020). *Avaliação das atividades instrumentais de vida diária dos idosos em inquérito domiciliar*. *Revista. Salusvita*, 39(3), 719–737.. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n3_2020/salusvita_v39_n3_2020_art_07.pdf.

Rodríguez, E.L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes com demencia: Una propuesta reabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporais*, 11, 13-28.

Rosado, H., Bravo, J., Raimundo, A., et al. (2021). *Can two multimodal psychomotor exercise programs improve attention, affordance perception, and balance in community dwellings at risk of falling? A randomized controlled trial*. *BMC Public Health* 21 (Suppl 2), 2336). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13725-5>.

Rosado, H., Motta, P., Almeida, G., Cruz-Ferreira, A., & Pereira, C. (2025). Exploring the benefits of a psychomotor intervention mediated by creative dance in community-dwelling older adults: Development of new coordination and rhythm tests. *BMC Public Health*, 25, 1780. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21478-0>.

Sáez de Asteasu, M. L., Martínez-Velilla, N., Zambom-Ferraresi, F., Ramírez-Vélez, R., García-Hermoso, A., Cadore, E. L., Casas-Herrero, Á., Galbete, A., & Izquierdo, M. (2020). Changes in muscle power after usual care or early structured exercise intervention in acutely hospitalized older adults. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, jcs.m.12564.

Sampaio, A.; Marques, E. A.; Mota, J.; Carvalho, J. (2019). Effects of a multicomponent exercise program in institutionalized elders with Alzheimer's disease. *Dementia* (London, England), v.18, n.2, p. 417–431.

Santos, G. L. A., Santana, R. F., & Broca, P. V. (2016). *Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: etnoenfermagem*. Esc Anna Nery. 20(3):e20160064. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160064>.

Schaie, K. W. (1994). The course of adult intellectual development. *The American Psychologist*, 49(4), 304-313.

Scruggs, T. E., Mastropieri, M. A., Cook, S. B., & Escobar, C. (1986). Early intervention for children with conduct disorders: A quantitative synthesis of single-subject research. *Behavioral Disorders*, 11, 260–71.

Segal, D. L., Qualls, S. H. e Smver, M. A. (2018). Housing social services, and mental health. In D. L. Segal, S. H. Qualls & M. A. Smyer (Eds.). *Aging and Mental Health* (3.º ed., pp. 21-44). John Wiley & Sons.

Shaw, S.E., Papparini, S., Murdoch, J. *et al.* (2023). TRIPLE C reporting principles for case study evaluations of the role of context in complex interventions. *BMC Med Res Methodol* **23**, 115. <https://doi.org/10.1186/s12874-023-01888-7>.

Silva, J. K. M.; Fengler, A. S.; Oliveira, D. V.; Ribeiro, C. C. (2022). Hábitos de vida, propósito de vida e funcionalidade de idosos de um centro de convivência. *Saúde Pesq.*, v. 15, n. 4, p. e-11312. e-ISSN 2176-9206. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e-11312>.

Silva, M. F. da; Goulart, N. B. A.; Lanferdini, F. J.; Marcon, M.; Dias, C. P. (2012). "Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos." *Rev Bras Geriatr Gerontol* v.15, n.4, p. 635-42.

Silva, R. (2018). *Intervenção Gerontopsicomotora em idosos institucionalizados*. Relatório de Estágio, Universidade de Évora, Departamento de Desporto e Saúde, Évora.

Silva, R., Bobrowicz-Campos, E., Cardoso, D., Costa, P., Couto, F., Camarneiro, A. P., Abrunheiro, S., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2020). Effects of caregiver-provided individual cognitive interventions on cognition, social functioning and quality of life in older adults with major neurocognitive disorders: a systematic review. *JBIG evidence synthesis*, 18(4), 743–806. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00125>

Slade, S. C., Dionne, C. E., Underwood, M., et al. (2016) Consensus on Exercise Reporting Template (CERT): Modified Delphi Study. *Physical Therapy*, 96(10): 1514–1524. <https://doi.org/10.2522/ptj.20150668>.

Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732. doi:10.1111/1540-4560.00286.

Spiduso, W.W., Francis, K.L. & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging* (2.º ed.). Human Kinetics.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>.

Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartres-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., & Okonkwo, O. (2018). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>.

Subramaniam, P., & Woods, B. (2012). The impact of individual reminiscence therapy for people with dementia: Systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(5), 545-555. doi:10.1586/ern.12.35.

Theou, O., Campbell, S., Malone, M. L. & Rockwood, K. (2018). Older adults in the emergency department with frailty. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34(3), 369-386.

Tomás, M. T., Galán-Mercant, A., Carnero, E. A., & Fernandes, B. (2017). *Functional capacity and level of physical activity in aging: a 3 years follow up*. *Front Med*;4:244-51. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffmed.2017.00244>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 349–357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

Vina, J., Sanchis-Gomar, F., Martinez-Bello, V., & Gomez-Cabrera, M. C. (2012). Exercise acts as a drug; the pharmacological benefits of exercise. *British journal of pharmacology*, 167(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.1476-5381.2012.01970.x>.

van'T Leven, N., & Jonsson, H. (2002). Doing and being in the atmosphere of the doing: Environmental influences on occupational performance in a nursing home. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9(4), 148–155.

Vázquez, S. e Mila, J. (2014). *Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador*. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39,59-77.

Walshe C. (2011). The evaluation of complex interventions in palliative care: An exploration of the potential of case study research strategies. *Palliative Medicine*. 25(8):774-81.

Weed, M. (2009). *Research quality considerations for grounded theory research in sport & exercise psychology*. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 502-510. doi: 10.1016/j.psychsport.2009.02.007.

Weinberg, L., Hall, N. C. e Sverdlik, A. (2015). Attributional retraining and physical rehabilitation in later life: Intervention effects on motivation, mobility, and

wellbeing. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 294-302. doi: 10.3109/02703181.2015.1084410.

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects*.

Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. Los Angeles, CA: Sage.

Zago, A. S. (2010). Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(1), 153–158.

Anexos

Anexo 1- Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

O projeto "Impacto de um Programa de Intervenção Motora na Capacidade Funcional, Perfil Psicomotor e na Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Dia: Um estudo de casos múltiplos" é uma iniciativa desenvolvida no âmbito do Mestrado em Atividade Física, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco, em colaboração com a Santa Casa da Misericórdia do Fundão.

Este estudo tem como objetivo principal avaliar o impacto de um programa de intervenção motora na capacidade funcional, no perfil psicomotor e na qualidade de vida de idosos que frequentam um centro de dia.

O projeto assume também como objetivo desenvolver os fatores psicomotores e melhorar a parte cognitiva dos idosos, através da implementação de exercícios, que potenciem a manutenção das suas capacidades, principalmente as atividades de vida diárias (AVD), como comer, fazer a sua higiene ou até mesmo escrever.

O projeto terá uma duração aproximadamente de três meses inclui as seguintes etapas: (1) a realização de avaliações físicas, psicomotoras e cognitivas utilizando instrumentos como o Exame Geronto-Psicomotor, o Mini Mental State Examination (MMSE), a Escala de Katz e o Índice de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV). (2) em virtude de realizar entrevistas semiestruturadas, onde são implementadas antes e após a intervenção, para recolher informações sobre as percepções dos participantes em relação ao seu estado de saúde e qualidade de vida, comprometo-me, previamente à assinatura do Consentimento Informado, a esclarecer os participantes sobre cada um dos testes que vai realizar. (3) a implementação de um programa de intervenção motora, que será ajustado às necessidades individuais de cada participante.

A participação no projeto é **totalmente voluntária e gratuita**, sendo que o participante pode desistir a qualquer momento. Estão garantidos o anonimato e a **confidencialidade** de todas as informações recolhidas, que serão utilizadas exclusivamente para fins académicos e científicos. Os resultados do estudo poderão ser divulgados à comunidade local e científica, sempre de forma agregada e sem identificar os participantes individualmente.

Os dados serão armazenados de forma segura em suportes digitais protegidos por palavras-passe, com acesso restrito exclusivamente à equipa de investigação. Após a conclusão do estudo, todos os dados pessoais e identificáveis serão destruídos de



forma irreversível, assegurando que nenhuma informação possa ser recuperada e preservando assim a privacidade dos participantes. De referir também que os utentes do centro de dia não possuem de seguro.

Em caso de qualquer evento negativo ou situação adversa decorrente diretamente da participação neste estudo, a responsabilidade será assumida pela investigadora principal. Todos os esforços serão realizados para garantir a segurança, o bem-estar e os direitos dos participantes, incluindo, sempre que necessário, o encaminhamento para apoio médico, psicológico ou social, em articulação com os serviços do centro de dia.

Para quaisquer dúvidas, esclarecimentos adicionais, ou caso ocorra alguma situação indesejada durante a participação no estudo, os participantes, os seus familiares ou representantes legais poderão contactar:

- Investigadora Principal: Daniela Moreira Parente
 - Estudante de Mestrado em Atividade Física – (Instituto Politécnico de Castelo Branco)
 - Contacto telefónico: 927479964
 - E-mail: daniela18101@esfundao.pt

“O IPCB é o responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais, recolhidos e tratados exclusivamente para as finalidades do estudo científico supra identificado, tendo como base legal o seu consentimento com base no art.º 9, nº 2, alínea a) e o disposto Artº 6º, nº 1, a) e ainda o legítimo interesse e o cumprimento das funções de interesse público do IPCB, no que à investigação científica diz respeito, enquadrado no Artº 6º, nº 1, e) e f) do RGPD.

A operação de tratamento de dados foi registada no IPCB com o nº 104/2025. É possível a consulta, a retificação ou o apagamento dos seus dados pessoais, caso a metodologia de recolha utilizada no estudo o permita, contactando o investigador para o efeito.

O IPCB tem um Encarregado de Proteção de Dados, contactável através do email protecaodados@ipcb.pt. Caso considere necessário tem ainda o direito de apresentar reclamação à autoridade de controlo competente – Comissão Nacional de Proteção de Dados “.

O estudo foi analisado e obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Castelo Branco, garantindo o cumprimento das normas éticas e científicas aplicáveis.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração, que são fundamentais para o sucesso do projeto "Impacto de um Programa de Intervenção Motora na



Politécnico
Castelo Branco
Polytechnic University

Capacidade Funcional, Perfil Psicomotor e na Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Dia: Um estudo de casos múltiplos".

A SCMF expressa igualmente o seu agradecimento pela participação no projeto.

Investigadora: Daniela Parente - Contacto telefónico: 927 479 964

Orientador: André Ramalho - Contacto telefónico: 962 138 231

ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO ESCLARECIDO E LIVRE PARA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

Li (ou alguém leu para mim) o consentimento informado esclarecido e livre para investigação científica e estou consciente do que esperar quanto á minha participação no projeto ou estudo (**Impacto de um Programa de Intervenção Motora na Capacidade Funcional, Perfil Psicomotor e na Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Dia: Um estudo de casos múltiplos**). Tive a oportunidade de colocar todas as questões e as respostas esclareceram todas as minhas dúvidas. Consinto voluntariamente que os meus dados pessoais sejam tratados de acordo com as informações que me foram disponibilizadas anteriormente. Foi-me dada uma cópia deste documento.

SIM NÃO

Nome do participante

Assinatura do participante

Data

Investigador/Equipa de Investigação

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

Nome e contacto da pessoa que obtém o consentimento

Assinatura da pessoa que obtém o consentimento

Data

Anexo 2 – Parecer favorável da Comissão de Ética



PARECER N.º 199 CE-IPCB/2025

PARECER

Título do projeto:	Impacto de um Programa de Intervenção Motora na Capacidade Funcional, Perfil Psicomotor e na Qualidade de Vida de Idosos em Centros de Dia: Um estudo de casos múltiplos
Área científica:	Motricidade Humana
Investigador principal	Daniela Moreira Parente
Equipe de investigação	-
Orientador Co-Orientador	André Leonardo Gonçalves Ramalho Rui Miguel Duarte Paulo
Local do estudo	Santa Casa da Misericórdia do Fundão e Centro de Dia do Fundão
Tipo de estudo	Estudo de casos múltiplos, com avaliações em três fases (pré-intervenção, intermédia e pós-intervenção)
Submissão completa	15/01/2025
Reunião e/ou reuniões de avaliação	N.º 3, 12/03/2025 N.º 4, 09/04/2025
Relatores	- Isabel Maria de Sousa Lourenço - Maria Teresa Pita Pegado Gonçalves Rodrigues Coelho

RELATÓRIO

Elaborado nos termos do nº 7 do artigo 11º do [Req.IPCB.CE.01.02 – Regulamento da Comissão de Ética do IPCB](#).

No decorrer da avaliação deste projeto, foram solicitados esclarecimentos à investigadora responsável, de modo a garantir a conformidade com os requisitos éticos exigidos. As respostas foram fornecidas atempadamente e de forma completa, o que contribuiu para uma análise mais detalhada e precisa do estudo. Dessa forma, consideramos que todos os aspetos relevantes foram devidamente esclarecidos, permitindo a emissão de um parecer positivo.

DELIBERAÇÃO

Parecer: Positivo*

* Assim que o projeto esteja concluído, o investigador deverá enviar o estudo final para arquivo na pasta do projeto existente nesta Comissão.

Data de deliberação em reunião n.º 4: Castelo Branco, 9 de abril de 2025

Membros presentes: Alexandre José Marques Pereira, António Júlio Apóstolo Pereira Coutinho (online), Arandina Maria Abrantes de Loureiro, Eduardo Sabina dos Santos Valente, Isabel Maria de Sousa Lourenço, Maria João da Silva Guardado Moreira, Maria Luísa Faria de Sousa Cerqueira Correia Castilho, Maria Teresa Pita Pegado Gonçalves Rodrigues Coelho, Sara Margarida Araújo Ferreira (online).

Relator

Assinado por: **Isabel Maria de Sousa Lourenço**
Num. de Identificação: 04242187
Data: 2025.04.24 16:39:53+01'00'



Relator

Assinado por: **Maria Teresa Pita Pegado
Gonçalves Rodrigues Coelho**
Num. de Identificação: 08114994
Data: 2025.04.24 14:22:42+01'00'



Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **Isabel Maria de Sousa Lourenço**
Num. de Identificação: 04242187
Data: 2025.04.24 16:41:37+01'00'

