



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
GERONTOLOGIA SOCIAL: QUALIDADE DE PROGRAMAS E SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS

A Promoção do Bem-Estar e da saúde dos Adultos mais Velhos em Contexto Comunitário: Avaliação de Impacto do Programa “Cante pela sua Saúde”

Dissertação apresentada a provas públicas para obtenção de grau Mestre em Gerontologia Social: Qualidade de Programas e Serviços Gerontológicos, orientada por Professor Doutor Pedro Manuel Machado dos Santos

Margarida Correia Lopes de Almeida, 22105653

2025

www.ulusofona.pt



U N I V E R S I D A D E
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
GERONTOLOGIA SOCIAL: QUALIDADE DE PROGRAMAS E SERVIÇOS GERONTOLÓGICOS

A Promoção do Bem-Estar e da saúde dos Adultos mais Velhos em Contexto Comunitário: Avaliação de Impacto do Programa “Cante pela sua Saúde”

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 12/02/2025, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º:1035/2024 de 12 de novembro de 2024 com a seguinte composição:

Presidente: Prof.^a Doutora Ana Paula Gonçalves Martins Garcia;

Arguente: Prof.^a Doutora Maria Teresa Cardoso Pereira Ramilo;

Orientador: Prof. Doutor Pedro Manuel Machado dos Santos;

Margarida Correia Lopes de Almeida, 22105653

2025

www.ulusofona.pt

A realização da presente dissertação, exigiu um grande esforço, empenho e dedicação. Foi possível realizar graças à participação e ajuda de algumas pessoas, às quais queria agradecer.

Queria agradecer ao Professor Pedro Machado dos Santos por todo o apoio prestado na elaboração desta dissertação e por toda a dedicação, disponibilidade e empenho demonstrado.

Gostaria de agradecer à Anabela Pires, por me ter ajudado a realizar esta investigação sobre o Programa “Cante pela sua Saúde” e também à minha família, aos meus amigos e em especial e com muito carinho aos meus pais, irmãos e cunhada por me terem acompanhado neste trajeto importante da minha vida.

Por último agradeço à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, especialmente ao Instituto de Serviço Social e aos seus docentes pelos conhecimentos que me transmitiram ao longo do meu percurso académico de mestrado que resultaram na realização desta dissertação para obtenção do grau de mestre.

RESUMO

Viver mais anos traz diversos desafios, nomeadamente no âmbito da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar. Atualmente os adultos mais velhos têm uma esperança de vida maior, consequentemente tendem a viver com mais problemas de saúde, principalmente desencadeados por doenças crónicas. Para enfrentar esta realidade, têm surgido um conjunto diversificado de respostas de prevenção da doença e promoção da saúde em contexto comunitário, onde se incluem as abordagens com recurso à intervenção musical.

O programa “Cante pela sua Saúde”, financiado pelo orçamento participativo Portugal 2017, foi uma das iniciativas comunitárias que procurou responder aos desafios colocados à sociedade e, em particular, aos adultos mais velhos. Apesar dos bons resultados obtidos na avaliação pré-pós intervenção (Arriaga, *et.al* 2021), comuns a uma série de intervenções comuns, mantêm-se dúvidas relativas ao impacto destas medidas a longo prazo. Neste estudo procurámos explorar e compreender a sustentabilidade deste programa de prevenção da doença e promoção da saúde. Para o efeito foi utilizada uma metodologia de investigação mista, com recurso a *Grupos focais* e questionários dirigidos aos participantes-alvo da intervenção, com o propósito de avaliar o impacto do programa “Cante pela sua Saúde” através dos objetivos propostos. Tomando como variáveis dependentes as dimensões inscritas nos objetivos iniciais do projeto, procedeu-se à avaliação da perceção do bem-estar, integração social, autoestima e qualidade de vida, saúde psicológica, função cognitiva e saúde física. Foram consideradas variáveis independentes o género, idade, estado civil e agregado familiar.

Os resultados deste trabalho permitiram verificar que, ao fim de alguns anos, os participantes registam um elevado nível de satisfação com a experiência de participação no programa “Cante pela sua Saúde” e apesar da interrupção do mesmo, continuam a desenvolver atividades diárias e a participar em convívios despertados pela experiência inicial, que consideram fundamental para o seu bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Adultos mais velhos; Qualidade de vida; Bem-estar; Saúde; Música

ABSTRACT

Living longer brings several challenges, particularly in terms of health, quality of life and well-being. Currently, older adults have a longer life expectancy and consequently tend to live with more health problems, mainly triggered by chronic diseases. To face this reality, a diverse set of disease prevention and health promotion responses have emerged in a community context, including approaches using musical intervention.

The “Sing for your health” program, financed by the Portugal 2017 participatory budget, was one of the community initiatives that sought to respond to the challenges posed to society and, in particular, to older adults. Despite the good results obtained in the pre-post intervention evaluation (Arriaga, *et.al* 2021), common to a series of common interventions, doubts remain regarding the impact of these measures in the long term. In this study we sought to explore and understand the sustainability of this disease prevention and health promotion program. For this purpose, a mixed research methodology was used, using focus groups and quizzes aimed at the target participants of the intervention, with the purpose of evaluating the impact of the “Sing for Your Health” program through the proposed objectives. Taking the dimensions included in the initial objectives of the project as dependent variables, the perception of well-being, social integration, self-esteem and quality of life, psychological health, cognitive function and physical health were assessed. Gender, age, marital status and household were considered independent variables.

The results of this work allowed us to verify that, after a few years, participants register a high level of satisfaction with the experience of participating in the “Sing for your Health” program and despite its interruption, they continue to carry out daily activities and participate in interactions sparked by the initial experience, which they consider fundamental for their well-being and improving their quality of life.

Keywords: Older adults; Quality of life; Well-being; Health; Music

ABREVIATURAS

APMHIS - Associação Portuguesa de Música nos Hospitais e Instituições de Solidariedade

BE- Bem-estar

FC- Função cognitiva

IS- Integração social

OMS - Organização Mundial de Saúde

QoL – Quality of Life

QV- Qualidade de vida

SF- Saúde física

SM- Saúde psicológica

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE TEÓRICA	13
CAPÍTULO I- ENVELHECIMENTO E DESAFIOS	14
1.1- Saúde nos adultos mais velhos.....	16
1.2- Qualidade de vida nos mais velhos.....	17
1.3- Bem-estar	18
1.3.1- Bem-estar subjetivo	19
1.3.2- Bem-estar social	20
1.3.3- Bem-estar físico	20
CAPÍTULO II- RESPOSTAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO COMUNITÁRIO	22
2.1- Tipos/modelos de intervenção na área do envelhecimento e do Bem-estar	22
2.2- Programa de Intervenção “Cante pela sua Saúde”	26
PARTE EMPÍRICA.....	30
CAPÍTULO III- MÉTODOS	31
3.1- Instrumentos de Recolha de dados.....	32
3.2- Procedimento	34
CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
4.1- Análise dos questionários.....	36
4.1.1- Caracterização sociodemográfica dos participantes	36
4.1.2- Bem-estar.....	37
4.1.3- Interação social.....	39
4.1.4- Autoestima e Qualidade de vida.....	41
4.1.5- Impacto na Saúde psicológica	42
4.1.6- Função cognitiva	43
4.1.7- Impacto na Saúde física	44
4.2- Grupo focal	46
4.3- Análise de correlações	50
4.3.1- Bem-estar VS Integração social	50
4.3.2- Interação social VS Autoestima e Qualidade de vida	51

4.3.3- Autoestima e Qualidade de vida VS Saúde física	51
4.3.4- Saúde psicológica VS Função cognitiva	52
4.3.5- Saúde psicológica VS Saúde física	53
4.3.6- Bem-estar VS Importância da música	53
4.3.7- Comparações entre variáveis dependentes e independentes.....	54
CAPÍTULO V- DISCUSSÃO	56
CONCLUSÃO	63
BIBLIOGRAFIA	65

ÍNDICE DE FIGURAS

figura 1- Atual impacto no Bem-estar dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	38
figura 2- Exemplos do impacto no Bem-estar atual dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	38
figura 3- Atual impacto na Interação social dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	39
figura 4- Exemplo do impacto nas relações sociais dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	40
figura 5- Contacto com os participantes do Programa Cante pela sua Saúde.....	40
figura 6- Atual impacto na Autoestima e na Qualidade de vida dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde.....	41
figura 7- Exemplos do impacto na Qualidade de vida dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	42
figura 8- Atual impacto na Saúde Mental dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	43
figura 9- Exemplo do impacto na Saúde mental dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	43
figura 10- Atual impacto na Função cognitiva dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	44
figura 11- Exemplo do impacto na Cognição dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	44
figura 12- Atual impacto na Saúde física dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	45
figura 13- Exemplo do impacto na Saúde física dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde	45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização demográfica dos participantes	36
Tabela 2- <i>Grupo Focal</i> (Grupo 1).....	46
Tabela 3- <i>Grupo Focal</i> (Grupo 2).....	47
Tabela 4- <i>Grupo Focal</i> (Grupo 3).....	48
Tabela 5- <i>Grupo Focal</i> (Grupo 4).....	49
Tabela 6- Correlação entre o Bem-estar e a Interação social dos participantes	50
Tabela 7- Correlação entre o Bem-estar (BE) e a Interação social (IS) dos participantes	50
Tabela 8- Correlação entre a Interação social (IS) e a Autoestima e Qualidade de vida (QV) dos participantes.....	51
Tabela 9- Correlação entre a Autoestima e Qualidade de vida (QV) e Saúde física (SF) dos participantes	52
Tabela 10- Correlação entre a Saúde psicológica e a Função cognitiva dos participantes	52
Tabela 11- Correlação entre a Saúde psicológica (SM) e a Função cognitiva (FC) dos participantes	53
Tabela 12- Correlação entre a Saúde psicológica (SM) e a Saúde física (SF) nos participantes	53
Tabela 13- Correlação entre o Bem-estar e a importância da música nos participantes	54
Tabela 14- Correlação entre Bem-estar (BE) e a importância da música nos participantes	54
Tabela 15- Comparação entre variáveis dependentes e Estado civil nos participantes....	55
Tabela 16- Comparação entre Interação social e Função cognitiva e Estado civil nos participantes	55

INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado intitulada “A promoção do bem-estar e da saúde dos adultos mais velhos em contexto comunitário: avaliação de impacto do programa *Cante pela sua Saúde*” surge com o intuito de perceber em que medida os programas de prevenção da doença e promoção da saúde se revelam sustentáveis, utilizando como objeto de investigação um programa gerontológico, conduzido na região de Lisboa, entre 2018 e 2021.

O tema da dissertação enquadrado no mestrado em Gerontologia Social: Qualidade de Programas e Serviços Gerontológicos, deve-se também ao facto da intervenção através da música ser uma área temática que tem suscitado crescente interesse no contexto do envelhecimento. A evidência científica tem demonstrado que o bem-estar e saúde dos adultos mais velhos se encontram tendencialmente mais debilitados e que a música pode inverter essa tendência proporcionando momentos mais felizes, bem-estar e qualidade de vida.

Diversos estudos têm revelado que a música traz diversos efeitos positivos, (i) ao nível físico, regulando a frequência respiratória e os batimentos cardíacos, carretando variações na pressão arterial sanguínea e (ii) psicológico, melhorando a atenção e a concentração; além de estimular o lado direito do cérebro, otimizando a aprendizagem e a retenção da memória (da Silva, J. L., Barbosa, G. M., & do Espírito Santo, F. H, 2020). Na prática a música tem funcionado, maioritariamente, como um recurso complementar no cuidado, favorecendo a comunicação e melhorando, assim, a qualidade de vida do indivíduo (Strauss, Heerden, & Joubert, 2016).

Com respeito ao programa “Cante pela sua Saúde” (Arriaga, *et.al* 2021), tornou-se possível constatar que, apesar de se ter terminado a intervenção em 2021, anteriores participantes continuam a desenvolver atividades diárias e a participar e convívios sugerindo a importância que o programa teve para eles e para a melhoria do bem-estar e qualidade de vida.

Assim, com base em dados científicos e resultados de programas de intervenção musical, surgiu o objetivo da investigação: perceber se os programas de prevenção da

doença e promoção da saúde dirigidos a adultos mais velhos são sustentáveis a longo prazo.

Para esta investigação optou-se por realizar uma metodologia mista, no uso do *Grupo focal* a quatro grupos e na realização de questionários sob a forma de questionário a 20 participantes do programa “Cante pela sua Saúde”.

No que diz respeito à estrutura do presente trabalho, o mesmo encontra-se dividido em duas partes: o marco teórico e o marco empírico.

A parte teórica está dividida em dois capítulos. No capítulo I são analisados o conceito de envelhecimento e os respetivos desafios que traz à sociedade e aos adultos mais velhos nomeadamente no âmbito da Saúde, da Qualidade de vida e do Bem-estar. No capítulo II encontram-se refletidas as respostas de prevenção da doença e promoção de saúde em contexto comunitário; os modelos de intervenção, principalmente através da música e, por fim, o programa “Cante pela sua Saúde” que pretende responder a alguns importantes desafios colocados ao envelhecimento e à saúde dos adultos mais velhos.

Já a parte empírica, está dividida em três capítulos. No capítulo III encontra-se descrita a metodologia, os objetivos, as variáveis, a amostra e por fim, os procedimentos utilizados para a realização do estudo sobre a sustentabilidade dos programas de prevenção da doença e promoção da saúde. No capítulo IV é apresentada a análise dos resultados de acordo com as seguintes dimensões: bem-estar, interação social, autoestima e qualidade de vida, saúde física, saúde psicológica e função cognitiva. Por fim, no capítulo V é divulgada a discussão dos resultados com base na literatura existente.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I- ENVELHECIMENTO E DESAFIOS

De acordo com os dados de 2022, no mundo existem aproximadamente 1,1 biliões de pessoas com mais de 65 anos de idade (Portal do envelhecimento, 2023). Nos últimos anos, temos assistido a um aumento repentino da população mais velha que se traduz em novos desafios para a sociedade.

Os adultos mais velhos, segundo a OMS (2005), são definidos como as pessoas com 60 anos ou mais em países em vias de desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Esta população, fundamental para o desenvolvimento da sociedade, tem vindo a assumir grande importância e destaque na investigação científica.

Diferentes fenómenos têm contribuído para o aumento dos adultos mais velhos. Em termos demográficos, existem dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento na base e o envelhecimento no topo. O primeiro ocorre quando a percentagem de jovens começa a diminuir de tal forma que a base de idades fica bastante reduzida. Já o segundo ocorre quando a percentagem de adultos mais velhos aumenta, fazendo com que a parte superior da pirâmide de idades comece a alargar em vez de alongar (Nazareth, 1988).

O principal fator do envelhecimento demográfico foi o declínio da natalidade, ou seja, a redução no número de nascimentos. Esta situação produziu na estrutura etária uma diminuição da população mais jovem (envelhecimento de base) e, com isso, um aumento dos mais idosos, envelhecimento no topo.

Em termos estatísticos, em Portugal, conforme o Pordata (2023), a população mais idosa sofreu um grande aumento desde 1960 até 2021, passando de 7,9% para 23%. Estes valores mostram que estamos a sofrer uma inversão na pirâmide etária, ou seja, existe mais população idosa do que jovem (menores de 15 anos). A população jovem em Portugal passou dos 29,3% em 1960, para 13,1% em 2021 (Pordata, 2023), corroborando a ideia de redução da taxa da população jovem. Através do Censos 2021, verifica-se que existem 182 idosos por cada 100 jovens (índice de envelhecimento) (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

As previsões nacionais indicam que se vai continuar a verificar um aumento da população idosa, apontando para que em 2030 este grupo etário represente cerca de 26% da população e em 2060 represente cerca de 29% (Machado *et al*; 2021).

Perante os dados apresentados anteriormente é fundamental percebermos quais os conceitos e dimensões associados ao envelhecimento. Desta forma iremos de seguida apresentar os conceitos ligados ao envelhecimento bem como as dimensões.

O envelhecimento é um processo complexo, dinâmico, que ocorre ao longo de toda a vida, desde a concepção até à morte (Lima, 2010, citado por Carvalho, 2013, p.3). É um fenómeno que ocorre a vários níveis e é vivido de forma diferente pelos indivíduos e, por isso, não se pode determinar uma data do início do ciclo vital da pessoa. Deste modo, é compreensível que não se possa perspetivar uma definição única que explique o significado do processo, podendo apenas apresentar-se definições de vários autores.

A perspetiva de envelhecimento está cada vez mais presente na vida quotidiana e, de uma forma geral, parece apontar para dois conceitos diferentes: (i) o do envelhecimento individual que remonta para tempos imemoriais e que é abordado ao nível biopsicossocial e (ii) do envelhecimento coletivo, conceito mais recente, existindo há menos de dois séculos e que, apesar de se cruzarem são conceitos com significados diferentes (Rosa, 2012).

Relativamente ao envelhecimento individual, António (2011), refere que este apresenta a mudança progressiva que o envelhecimento causa na estrutura biológica, psicológica e social. De acordo com este autor, através do envelhecimento individual, percebemos o impacto que o envelhecimento tem na estrutura biológica, psicológica e social. A estrutura biológica é caracterizada pelas modificações corporais e mentais que acontecem ao longo do processo de desenvolvimento e constituem o processo de envelhecimento humano. Na estrutura psicológica, ocorrem as mudanças nas funções psicológicas, como por exemplo na memória e na tomada de decisões. A estrutura social é caracterizada pelo conjunto de experiências e papéis sociais que os indivíduos assumem (Schneider, 2008).

No envelhecimento coletivo existem duas noções, o envelhecimento demográfico e o envelhecimento societal (Rosa, 2012). Segundo Rosa (2012), para entender o envelhecimento demográfico, é necessário perceber que existem idades, consensualmente aceites, a partir das quais, para lá dos atributos pessoais, todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas. O envelhecimento societal, parece ter

uma estreita articulação com o envelhecimento demográfico, no sentido em que parece resultar deste, embora tal não seja verdade (Rosa, 2012).

Para além dos conceitos de envelhecimento individual e coletivo também existe o conceito de envelhecimento ativo, que foi adotado pela Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90.

Segundo a OMS (2005:13) “o envelhecimento ativo é o processo de melhoria das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A saúde é um conceito fundamental para o desenvolvimento do envelhecimento e por isso iremos abordar mais detalhadamente no ponto a seguir.

O envelhecimento ativo desenvolve-se tanto em indivíduos como em grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam as suas capacidades para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades.

No que diz respeito à promoção do envelhecimento ativo, é evidente a importância de que a pessoa possa ainda ocupar o seu tempo, através da realização de atividades que a satisfaçam, combatendo o isolamento social e consequentemente, atuar na preservação da sua autoestima, mobilidade, motivação e interação social (Ribeiro & Paúl, 2011). Para isto, é urgente criar contextos promotores do envelhecimento saudável, que atuem no âmbito do bem-estar do idoso, para que se mantenha funcional, autónomo e preserve a sua independência, durante o maior tempo possível (Fonseca, 2021).

Percebemos assim, que viver mais anos traz desafios às sociedades e aos adultos mais velhos, principalmente no âmbito da saúde, da qualidade de vida e do bem-estar.

1.1- Saúde nos adultos mais velhos

Um dos primeiros conceitos associados ao envelhecimento a ser abordado neste capítulo é o de saúde. Este pode ser entendido de diferentes formas por cada indivíduo, uma vez que é influenciado pelos diferentes tipos de contexto em cada época. Para além disto, a classe social e os valores individuais influenciam a perceção que os indivíduos têm de saúde e doença (Scliar, 2007). Através deste autor conseguimos perceber o conceito de saúde, que é entendido de outro modo pelos indivíduos, pois é influenciado

pelos contextos social, económico, político e cultural. Ou seja, cada pessoa tem a sua definição de saúde pois é condicionada pelos diferentes contextos.

Este conceito também teve uma evolução e alteração ao longo do tempo, que gerou desafios na sociedade. Durante o tempo em que no início era considerado um conceito biomédico, que estava ligado com a ausência de doença, hoje aborda as dimensões física, mental, emocional, social e espiritual dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2018), o que ajuda no diagnóstico e no tratamento dos idosos. Uma das principais doenças que exige continuamente cuidados médicos é a doença crónica. Esta é definida como uma doença de longa duração, com progressão lenta que exige cuidados médicos continuados ao longo dos anos (OMS, 2002). São estes fatores que permitem que os adultos mais velhos vivam mais anos, mas com doença crónica e, em certa medida, comprometendo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

1.2- Qualidade de vida nos mais velhos

A Qualidade de vida foi definida pela OMS como a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, onde está inserido e no que concerne aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente (OMS, 2002).

Segundo alguns autores a qualidade de vida começa a diminuir nos adultos mais velhos. Desta forma, a saúde tem um papel fundamental na sociedade, trazendo consigo alguns desafios importantes para atenuar estas situações.

A qualidade de vida dos adultos mais velhos dirige-se principalmente para aspetos relacionados com a saúde, estando associada ao sentido de bem-estar ou satisfação pela manutenção da capacidade física, intelectual e grau de qualidade de vida do idoso (Henriques & Sá, 2007).

A qualidade de vida engloba as dimensões física, psicológica, social e ambiental, passando diversas variáveis à satisfação da vida, na compreensão do processo de envelhecimento. Este conceito está então relacionado com a autoestima, e o bem-estar pessoal e compreende aspetos como: capacidade funcional, estado emocional, interação

social, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais e éticos, estilo de vida, satisfação com as atividades da vida diária e também com o ambiente em que se vive (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005). A autoestima consiste na avaliação que o indivíduo faz de si mesmo para uma avaliação das suas características globais (Rosenberg, 1979), sendo fundamental no contexto do envelhecimento comunitário pois, se os adultos mais velhos tiverem uma boa autoestima conseguem estar ativamente na comunidade.

A qualidade de vida tem uma parte relacionada com a saúde. Nesta, os fatores externos e internos afetam a perceção, a função e a sensação de bem-estar de uma pessoa. A qualidade de vida relacionada à saúde é aplicada numa abordagem multidimensional, que leva em conta aspetos físicos, mentais e sociais, relacionados com os sintomas e limitações causadas por algum tipo de doença (Seild, 2004).

De acordo com Patrick e Erickson a qualidade de vida relacionada à saúde é definida como o “[...] valor atribuído à duração da vida, modificado por prejuízos, estados funcionais, perceções e oportunidades sociais que são influenciados por doenças, tratamentos ou políticas” (1993).

O conceito qualidade de vida relacionada com a saúde esclarece os efeitos da doença e do tratamento na qualidade de vida. Ribeiro (1994) salienta dois sentidos para o conceito: um geral que se refere à qualidade de vida que está dependente das doenças que as pessoas têm, e da análise do impacto da doença e do seu tratamento na qualidade de vida dessas pessoas; e um específico que se refere às limitações ou ao modo com essa doença específica afeta a qualidade de vida.

O envelhecimento acompanha o aumento de doenças crónicas, o que proporciona a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos adultos mais velhos.

1.3- Bem-estar

O conceito de bem-estar faz parte da definição do conceito de saúde. De acordo com a OMS (1946), o conceito saúde é definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente como ausência de doença ou incapacidade. Em 1986, a definição foi alargada tendo-se acrescentado que saúde é a “extensão em que individuo

ou grupo é capaz, por um lado de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro, de modificar ou lidar com o meio envolvente de modo eficaz” (Pais-Ribeiro, 2005). Como a própria definição de saúde sugere, o conceito de bem-estar compreende diversas dimensões tais como o bem-estar subjetivo, bem-estar social e também o bem-estar físico.

1.3.1- Bem-estar subjetivo

O bem-estar subjetivo é a primeira dimensão do bem-estar e é um conceito psicológico que procura perceber as considerações que as pessoas fazem das suas vidas ((Diener, Suh & Oishi, 1997). O conceito surgiu em 1950, quando se procuravam indicadores de qualidade de vida para controlar as mudanças sociais e implantação de políticas sociais (Land, 1975).

De acordo com a OMS, o conceito de bem-estar subjetivo consiste na “a percepção subjetiva do indivíduo sobre a sua posição na vida dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive e com relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Alleyne, 2001; WHOQOL, 1995; cit. in Lima, Silva & Galhardoni, 2008, p. 798).

O conceito bem-estar subjetivo consiste na forma como as pessoas experienciam as suas vidas positivamente e como avaliam subjetivamente a sua qualidade de vida (Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009). O bem-estar positivo é definido pelas perspetivas atuais como uma “ampla categoria de fenómenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e os julgamentos globais de satisfação de vida” (Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009).

O bem-estar subjetivo define-se como uma atitude e por isso tem dois elementos, o afeto, que envolve os componentes emocionais e a cognição, que se refere a aspetos racionais e intelectuais (Ostrom, 1969).

1.3.2- Bem-estar social

A segunda dimensão é o bem-estar social que se compreende na avaliação de um positivo funcionamento do indivíduo no que diz respeito aos critérios públicos e sociais em que se encontra inserido. Ou seja, é a forma como os sujeitos interagem com as pessoas à sua volta, mantendo com estas uma relação social. Este tipo de bem-estar tem também em atenção o indivíduo enquanto cidadão (Keyes, Hysom & Lupo, 2000).

É através do modelo multidimensional que o bem-estar se baseia. Este reflete uma saúde social favorável, sendo que é este o suporte para que os indivíduos se sintam como parte integrante da sociedade e consigam enfrentar as diversas tarefas e desafios sociais.

É composto por cinco dimensões: integração social, aceitação social, contribuição social, atualização social e coerência social (Keyes, 1998). A integração social consiste na avaliação da qualidade da relação que o indivíduo estabelece com a sociedade à sua volta. Deste modo, as pessoas acabam por se sentir apoiadas onde estão inseridas. A segunda dimensão, aceitação social é considerada pelo carácter e qualidade da pessoa. Por consecutivo, os indivíduos que são aceites socialmente, têm confiança nos outros, reconhecem que as pessoas são capazes de realizar atos de bondade, tendo atitudes positivas para com elas (Pereira, 2017).

Como terceira dimensão, temos a contribuição social, que tem como apoio a avaliação do valor social do indivíduo, onde este acaba por criar que é um sócio indispensável da sociedade, tendo algo de valor a dar ao mundo. Na quarta dimensão temos a atualização social, que passa por ser a avaliação do potencial e do trajeto da sociedade. Nesta dimensão o indivíduo acredita na evolução da sociedade e no seu bom funcionamento a partir das suas instituições e cidadãos. A última dimensão é a coerência social. Esta dimensão tem em atenção a análise da qualidade, organização e compreensão do contexto social no qual os indivíduos são parte integrante (Pereira, 2017).

1.3.3- Bem-estar físico

O bem-estar físico é a última dimensão associada ao conceito do bem-estar e relaciona-se com a aptidão física do indivíduo. Para se obter um bom nível de aptidão é fundamental que o indivíduo se envolva ativamente na proteção do seu corpo, ou seja,

tem de ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico regularmente, entre outros aspetos. Tendo em conta estes fatores determinantes do bem-estar físico, o indivíduo irá desenvolver e adquirir uma boa condição física e assim será capaz de realizar, sem dificuldade, as suas atividades diárias (Sousa, 2009).

Ao longo deste capítulo falou-se do envelhecimento e dos conceitos associados a ele como o envelhecimento individual, envelhecimento coletivo e o envelhecimento ativo. Abordou-se também as dimensões relacionadas a ele tais como a saúde, qualidade de vida e o bem-estar. Para que estas dimensões nos adultos mais velhos permaneçam será fundamental que os mesmos tenham os apoios essenciais. Para isso, existem diversas respostas de prevenção da doença e promoção da saúde, que serão abordadas no próximo capítulo.

CAPÍTULO II- RESPOSTAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO COMUNITÁRIO

A comunidade é o pilar central da sustentabilidade na criação de oportunidades para o desenvolvimento de territórios através da participação das populações e das suas energias. A sua realização permite melhorar as condições de vida das populações (Ander-Egg, 1980). Desta forma, o contexto comunitário é importante porque permite que as pessoas tenham acesso aos recursos da comunidade, sendo que a comunidade também tem de promover respostas na prevenção da doença e da saúde através de uma intervenção local e proximidade. Estas respostas da comunidade permitiram fazer face às necessidades e expetativas dos adultos mais velhos.

2.1- Tipos/modelos de intervenção na área do envelhecimento e do Bem-estar

Tal como foi referido no capítulo anterior é através das respostas de prevenção da doença e promoção da saúde que se irá manter e melhorar as dimensões do envelhecimento.

Contudo, antes de se apresentar os tipos/modelos de intervenção na área do envelhecimento e do bem-estar, tem de se abordar a música, pois alguns dos modelos são relacionados com o tema, incluindo o projeto da dissertação.

Assim sendo, a palavra música apresenta diversas perspetivas. É resultado de um produto da inteligência humana, o qual combinando sons e silêncios permite outras formas de comunicação. A base da criação musical tem alguns componentes como: o pensar e o sentir do Homem que de forma organizada, respeitam ritmos, melodias e harmonias, produzindo algo que ligue a razão e a emoção. A música é também uma via de comunicação, capaz de expor os nossos sentimentos e expressões e de estabelecer as nossas diferenças e semelhanças com o outro (Fernandes, s.d).

A música é igualmente uma forma de expressão ligada ao ser humano, capaz de partilhar emoções ou afetos e relembrar memórias emocionais (Areias, 2016). De acordo com o mesmo autor, o conhecimento de que a música afeta a saúde e o bem-estar, já existe há muito tempo, contudo, só em meados do século passado é que foi viável aos profissionais de saúde definir uma relação entre a música e a recuperação dos utentes (Areias, 2016).

Uma das maiores experiências com a música aconteceu no final da II guerra mundial, quando foi solicitado a diversos músicos que tocassem em hospitais, como forma de tratamento e tranquilidade aos pacientes. Esta intervenção teve um elevado sucesso que as autoridades americanas resolveram profissionalizar pessoas com o objetivo de recorrer à música como forma de terapia (Oliveira & Gomes, 2014).

Através da música é possível estimular a memória, a criatividade, a capacidade auditiva e da fala, assim como a motricidade e a coordenação. Assim a música poderá ser um veículo promotor do bem-estar do idoso, da comunicação com os outros e também da autoconfiança podendo contribuir decisivamente no combate à tendência depressiva e à solidão (Teixeira, 2015).

Para Melo *et al.* (2017), a música pode ser inserida em criações terapêuticas, favorecendo o equilíbrio do estado emocional dos indivíduos, uma vez que acarreta sensações ligadas à serotonina, a hormona da alegria que influencia a recordação, imaginação e vários sentimentos, pois esta produz o efeito ansiolítico por estar ligada a uma carga afetiva e que, ao gerar prazer, diminui a ansiedade.

Como a música atua diretamente nas áreas cognitivas, influenciando a evocação da memória e o desenvolvimento da consciência rítmica, além de abordar a emotividade. O ritmo pode despertar respostas rápidas e espontâneas, agindo na atenção e na coordenação dos movimentos (Miranda & Banhato, 2008).

A música também nos permite comunicar, mesmo quando seja difícil pelas suas barreiras sociais, culturais ou linguísticas. Pelo meio da música conseguimos diminuir as barreiras e aproximarmo-nos mais uns dos outros, percebendo melhor as diferenças que nos caracterizam, reconhecendo a maneira de ser de determinados povos e indivíduos, conservando e resgatando-a na memória reminiscências (Sousa, 1997, citado por Fernandes, s.d.).

É através da música que se estabelece melhores condições de comunicação, expressão e organização (física, emocional, mental social e cognitiva) com o objetivo de aprimorar o relacionamento inter e intrapessoal e proporcionar uma melhor qualidade de vida (Zanini, 2009). São diversos os benefícios que a música exerce sobre as pessoas. Esta irá permitir aos idosos uma melhoria na qualidade de vida, proporcionando que estimulem as suas capacidades cognitivas e realizem atividades que promovam o seu

bem-estar. Através de algumas atividades como por exemplo cantar, tocar instrumentos e jogar jogos didáticos relacionados com a música, alguns idosos despertam capacidades importantes para o seu bem-estar. Ou seja, através das canções é possível recordar momentos que apesar de individuais, não deixam de ser coletivos, e por isso marcaram uma fase da vida, uma geração, uma época (Souza, 2002).

Através da música, em alguns estudos houve alterações fisiológicas tais como diminuição da pressão arterial, diminuição da frequência respiratória e frequência cardíaca, diminuição da inatividade, da agitação e relaxamento corporal (Bergold; Alvim, 2008; Bergold; Alvim; Cabral, 2006; Hatem; Lira; Mattos, 2006; Pimentel; Barbosa; Chagas, 2011; Zanini *et al*; 2009, citado por Araújo, 2014).

Segundo Chiarelli e Barreto (2005) as atividades musicais servem como estímulo à realização e ao controle de movimentos, contribuem para a organização do pensamento e proporcionam a cooperação e comunicação em situações de atividades grupais.

A música traz diversos efeitos fisiológicos, alterando o metabolismo, regulando a frequência respiratória e os batimentos cardíacos, carretando variações na pressão arterial sanguínea; melhorando a atenção e a concentração; além de estimular o lado direito do cérebro, otimizando a aprendizagem e a retenção da memória. Aqui a música funciona como um recurso complementar no cuidado, favorecendo a comunicação e melhorando assim a qualidade de vida do indivíduo (Silva *et al*; 2014; Strauss, Heerden, & Joubert, 2016).

Em relação aos tipos/modelos de intervenção na área do envelhecimento e do bem-estar. Existem diversos programas/projetos que visam a promoção de um envelhecimento ativo/saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos prestadores de cuidados (Machado *et al*; 2021). Os programas de intervenção são respostas de prevenção na doença e na saúde promovidas pela comunidade para fazer face às necessidades dos adultos mais velhos, sendo que os programas escolhidos estão relacionados em duas vertentes: por um lado os que têm ligação com o envelhecimento ativo e saudável e por outro lado os que estão associados à música e à arte.

No que concerne à primeira vertente: envelhecimento ativo e saudável, iremos abordar dois programas, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, aprovado em 2006, pela Direção Geral de Saúde. Este tem como estratégias de intervenção: promover um envelhecimento ativo (através da promoção de hábitos de vida saudáveis como atividade física, nutrição/hidratação/padrão de sono adequados, estimulação das funções cognitivas e manutenção de um papel ativo, nomeadamente na fase de reforma); adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas; e promover o desenvolvimento de ambientes capacitadores (Direção Geral da Saúde, 2006).

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, surgiu no âmbito dos programas de promoção de saúde e prevenção de doença e do Plano Nacional de Saúde e encontra-se estruturado em 4 eixos estratégicos. Esses eixos são ao nível da saúde (com a promoção de iniciativas com o objetivo de reduzir a prevalência ou agravamento das doenças crónicas); participação (com a promoção de estratégias de literacia em saúde e da participação das pessoas idosas na sociedade); segurança (com a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas); e medicação, monitorização e investigação (com a promoção da investigação científica para a disseminação de boas práticas) (Direção Geral da Saúde, 2016).

No que respeita à segunda vertente: Música e Arte, iremos apresentar diversos programas/projetos por ordem cronológica. O primeiro é a Associação Música nos Hospitais. Foi fundada em 2006, tendo criado o projeto de intervenção musical “Música nos Hospitais”. Tem como principais objetivos, humanizar os espaços nas instituições de saúde; melhorar a qualidade de vida das pessoas, melhorar o ambiente sonoro; usar a música como mediadora das relações humanas; possibilitar ruturas na rotina institucional; criar tempos e espaços de criatividade e interação artística, em que haja uma comunicação harmónica e partilha construtiva de emoções e por ultimo proporcionar, através da música o encontro interpessoal para além das dinâmicas institucionais, desenvolvendo redes de convivência solidária (APMHIS, 2023). A Associação forma músicos que possam atuar numa perspetiva de Humanização e melhoria da Qualidade de Vida, para tocarem perto das crianças e dos idosos que estão institucionalizados em virtude das questões de fragilidade social e/ou de saúde (APMHIS, 2023).

O segundo a ser abordado é o projeto “Me Pede Que Eu Canto”. Surgiu no Brasil, através da organização governamental Cantareiros, que integra, desde 2009, cantores em hospitais, com o intuito de alegrar os utentes (Fundação Roberto Marinho 2023). Durante

a pandemia Covid-19, o isolamento social dos idosos aumentou e por isso as instituições prepararam uma lista com as músicas favoritas dos utentes para depois os cantores gravarem um vídeo com uma dedicatória para cada um dos utentes (Fundação Roberto Marinho, 2023).

O terceiro projeto surgiu em 2015 e intitula-se “Aqui contigo”, cuja população são as pessoas em fim de vida e os seus familiares/cuidadores. Neste projeto, dois profissionais da área da música vão a casa dos utentes/instituições (ERPI, hospitais, unidades de cuidados paliativos) e tentam criar a história sonora de cada utente para aliviar o sofrimento nos momentos finais de vida (SAMP, 2023).

O último projeto designa-se “Porta 55+”. Este tem como missão contribuir para o envelhecimento ativo, saudável e feliz, combatendo o isolamento e a solidão, tendo por ambição o bem-estar e o gosto de viver dos adultos mais velhos no meio das suas famílias e comunidades. Pretende criar circunstâncias para que o processo de envelhecimento seja vivido o melhor possível. Com a ajuda de cada um dos idosos, será possível atuar de forma a diminuir a solidão e o isolamento (Centro social e paroquial de Mindelo, 2023).

Através da junção das duas vertentes e apesar de existirem muitos projetos importantes para o bem-estar e saúde dos adultos mais velhos, surgiu o interesse em investigar o programa de intervenção “Cante pela sua Saúde”, pois em 2021 teve resultados positivos e com o término do programa os participantes continuaram a realizar atividades no dia a dia, o que mostra o impacto que o mesmo teve nos adultos mais velhos.

2.2- Programa de Intervenção “Cante pela sua Saúde”

O Programa de Intervenção “Cante pela sua Saúde” foi desenvolvido no âmbito do Projeto “Grupos de Canto para Seniores”, uma ideia da cantora e Psicóloga Anabela Pires. Foi financiado no âmbito do orçamento participativo Portugal 2017 e realizou-se entre 2018 e 2021, numa parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Almada, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a Cooperativa de Ensino Universitário - Universidade Autónoma de Lisboa (CEU-UAL), o Instituto Superior de Ciências do Trabalho e das Empresas - Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) e o Organismo de Produção Artística, E.P.E. do Teatro Nacional de São Carlos (OPART-TNSC), a que se associaram a Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT), a Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH-UL), o Centro de Medicina Laboratorial Germano de Sousa, a Câmara Municipal de Almada, a Junta de Freguesia de Benfica e a Associação de Reformados

Pensionistas e Idosos do Laranjeiro Feijó (ARPILF). É um projeto de Intervenção em Saúde e Bem-Estar, através de atividades de Canto em Grupo. Tem como publico alvo os utentes seniores provenientes de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário (Arriaga *et al*;2021).

O projeto tem como principal objetivo a promoção da saúde física e mental, do bem-estar subjetivo e social, e da funcionalidade cognitiva de pessoas com 60 ou mais anos de idade, através de atividades de canto em grupo. Já os objetivos específicos são os seguintes: promover o bem-estar subjetivo dos participantes através do aumento da satisfação com a vida e do afeto positivo; promover o bem-estar social e aumentar a identificação social com o grupo e a instituição prestadora de cuidados sociais; promover a autoestima, aumentar a perceção de saúde física e mental e a qualidade de vida dos participantes; reduzir a depressão, ansiedade e stress nos participantes; promover a estabilidade ou melhoria nas funções cognitivas, onde se incluem funções executivas, memória verbal auditiva de curto prazo e velocidade de processamento; promover a saúde física, num conjunto de indicadores biofisiológicos, como a função respiratória, equilíbrio corporal, peso, velocidade de sedimentação e qualidade do sono (Arriaga *et al*;2021).

Relativamente aos participantes, foram 149 (25 do sexo masculino e 124 do sexo feminino) os adultos mais velhos que continham os critérios definidos para o programa. Dos 149 adultos mais velhos, 17 eram solteiros, 41 eram casados, 15 eram divorciados, 65 eram viúvos, um vivia em coabitação e três viviam separados. Estes foram agrupados em dois grupos, o de controlo (n=60) e o de intervenção (n=89), sendo que o grupo de controlo não participou na primeira edição do programa, ficando os idosos a participar nas atividades habituais desenvolvidas pela instituição como, desportivas (aeróbica e hidroginástica), artísticas (teatro, pintar e música), atividades voluntárias nos centros de dia (culinária, colaboração em atividades do centro de dia), artesanato ou excursões (Arriaga *et al*;2021).

O grupo de controlo participou na segunda edição do programa para beneficiarem das atividades, numa fase que se considerou não comprometer a avaliação da eficácia da intervenção. A longo das várias sessões do estudo experimental, o grupo de intervenção continuou dividido em dois subgrupos: um subgrupo, proveniente da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que realizou as suas atividades no teatro de São Carlos e nos Estúdios Victor Córdon, em Lisboa, enquanto o outro subgrupo, proveniente da Santa Casa da Misericórdia de Almada, realizou as atividades no Convento dos capuchos, em Almada. Ambos os grupos foram expostos às sessões de canto com a mesma estrutura, programa,

duração, professores e reportório (Arriaga *et al*;2021).

Os participantes foram avaliados em três momentos: duas semanas antes da intervenção, duas semanas após a conclusão da intervenção I para o grupo experimental e seis meses após a sua participação. No grupo de controlo, para além da avaliação inicial que aconteceu ao mesmo tempo do grupo de intervenção, o segundo e terceiro momentos de avaliação corresponderam a pré-intervenção II e a pós-intervenção II (Arriaga *et al*;2021).

No final do programa e seis meses após o final do programa, os participantes voltaram a participar em novas avaliações efetuadas de forma semelhante à inicial. A equipa de intervenção utilizou os mesmos instrumentos de medida e foram realizadas novas entrevistas semiestruturadas para permitir avaliar os benefícios, as desvantagens e elaborar sugestões para melhorar o programa, bem como efetuar uma avaliação do programa e da equipa envolvida. Após a avaliação da intervenção, foi possível envolver o grupo de controlo, que tinha ficado em “lista de espera”, num segundo programa de Canto. Nesta fase, sendo o número de adultos mais velhos reduzido, optou-se por envolver os adultos mais velhos provenientes da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e da Santa Casa da Misericórdia de Almada num único grupo de canto cujas atividades foram realizadas no Convento dos Capuchos, em Almada (Arriaga *et al*, 2021). Este programa mostrou diversos resultados entre eles o aumento do afeto positivo e do bem-estar social (Arriaga *et. al*, 2021). Entre o início e o fim da intervenção houve igualmente uma redução nos níveis de solidão em ambos os grupos (Arriaga *et. al*, 2021). Com a realização do programa “Cante pela sua Saúde”, conseguiu-se que o mesmo respondesse aos desafios colocados aos adultos mais velhos.

Este projeto aborda um conjunto de dimensões relevantes para a área do envelhecimento e intervenção comunitária, com um programa devidamente avaliado por especialistas da área, ficando apenas a faltar a avaliação da sua sustentabilidade.

A sustentabilidade dos programas de intervenção revela-se particularmente importante pois é esta que assegura (mais ou menos) a evolução dos resultados alcançados ao longo do tempo: o seu impacto. No contexto da sustentabilidade, e face ao exposto ao

longo deste “Marco teórico”, parece-nos fundamental realizar uma avaliação do impacto do programa ao nível da qualidade de vida e bem-estar dos adultos mais velhos. Uma iniciativa pouco comum no contexto da intervenção comunitária junto de adultos mais velhos que, em certa medida, reforça o valor desta investigação.

PARTE EMPÍRICA

CAPÍTULO III- MÉTODOS

Como referido, face ao exposto na primeira parte da dissertação, considerámos pertinente aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar e nesse sentido recorreremos ao programa que apresentava melhores condições.

Para esta investigação foi utilizada a metodologia mista, que possibilitou uma triangulação de provas da investigação nomeadamente através de provas documentais, *Grupo focal* e questionários dirigidos aos participantes do programa original.

O programa de intervenção “Cante pela sua Saúde” foi liderado pela Psicóloga Anabela Pires, também autora do projeto. Uma vez que este projeto tinha produzido resultados positivos ao nível do afeto positivo, bem-estar, saúde física e solidão, tornou-se pertinente perceber em que medida o impacto se revelava ao fim de alguns anos após o seu término. O programa de intervenção “Cante pela sua Saúde” continua a ser realizado pelo país, contudo esta investigação baseia-se na intervenção realizada na Santa Casa da Misericórdia de Almada entre 2018 e 2021.

Nesta investigação, a pergunta de partida é, então, a seguinte: Será que os programas de prevenção da doença e promoção da saúde dirigidos a adultos mais velhos em contexto comunitário apresentam sustentabilidade, sendo reconhecido o seu impacto algum tempo após a sua conclusão?

Em sequência e para responder à questão de partida, fomos avaliar o impacto do programa “Cante pela sua Saúde” após alguns anos da sua realização, pelo seu valor de diferenciado, alcançado ao nível do impacto na comunidade e dos resultados registados na avaliação inicial (Arriaga *et. al*, 2021). Este programa de intervenção foi fundamental para a humanidade pois, com a sua realização, conseguiu alcançar as necessidades dos adultos mais velhos. Considera-se que ao realizarmos este estudo poderemos analisar se o mesmo continua a ter impacto passados alguns anos, ou seja, se tem sustentabilidade e assim compreender se é possível continuar a avaliar.

Para um melhor conhecimento do que se pretende alcançar com a dissertação, torna-se fundamental definir o propósito e os objetivos a atingir com o mesmo. Considera-se que a presente investigação pretende contribuir com o seu conhecimento para o estudo do impacto dos programas gerontológicos de base comunitária. Assim considera-se como objetivo geral, analisar o impacto do programa “Cante pela sua Saúde” após alguns anos,

nas diferentes dimensões de onde decorrem os seguintes objetivos específicos: perceber o impacto do bem-estar; entender o impacto na integração social, compreender o impacto na autoestima e na qualidade de vida dos participantes, perceber o impacto ao nível da saúde física e psicológica e por fim entender o impacto da função cognitiva.

Destes objetivos foram decaídas as variáveis da investigação que se encontram divididas em dependentes e independentes. As dependentes encontram-se diretamente relacionadas com os objetivos específicos do programa e são as seguintes: bem-estar, integração social, autoestima e qualidade de vida, saúde psicológica, função cognitiva e saúde física. Já as independentes, associados às dimensões do envelhecimento em contexto comunitário são as seguintes: género, idade, estado civil e agregado familiar. Em suma, cada uma destas variáveis tem um papel fundamental nesta investigação, uma vez que irão ajudar a perceber se o programa “Cante pela sua Saúde” é sustentável, tendo em conta as características sociodemográficas (variáveis independentes) e dimensões de impacto (variáveis dependentes).

3.1- Instrumentos de Recolha de dados

Para a realização da recolha dos dados foram utilizadas três fontes de recolhas de dados: as análises documentais, o questionário e o *Grupo focal*. Os resultados retirados com a aplicação dos instrumentos serão triangulados. Esta triangulação de provas corresponde na “combinação de dois ou mais pontos de vista, fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados na mesma pesquisa de maneira que seja possível obter como resultado um retrato mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa dos fenómenos a analisar” (Coutinho, 2008).

Estes instrumentos de medida foram escolhidos por apresentarem boas provas de eficácia neste tipo de estudos e dessa forma, são a melhor escolha para esta investigação. Com cada um destes instrumentos de recolha de dados, pretendeu-se compreender se o impacto que o programa “Cante pela sua Saúde” teve nos participantes continua passado alguns anos, quer dizer, se os aspetos que foram referidos se mantiveram.

O *Grupo focal* consiste numa técnica de recolha de dados através da interação do grupo sobre um determinado tema (Morgan, 1996) e foi utilizado com o intuito de se aprofundar e complementar a informação obtida nos resultados dos questionários. Foi realizada uma análise documental, que corresponde numa técnica importante pois permite

o conhecimento de dados e informações, que de outra forma, poderão ser difíceis de obter (Gil, 2008). Foi realizada através dos documentos existentes sobre o projeto “Cante pela sua Saúde”. O relatório de avaliação de 2021 permitiu fazer uma comparação entre os resultados do projeto desse ano e passado alguns anos e melhor compreender o projeto.

O questionário é um instrumento que é utilizado para se conseguir ter informações sobre um dado assunto que, ao ser analisado, poderá permitir a determinação de relações entre várias variáveis (Fortin, 2009) e que teve como objetivo perceber, através de questões, se o impacto que o programa teve nos participantes permaneceu passado alguns anos.

O questionário encontra-se dividido em sete partes, correspondentes às sete dimensões presentes nos objetivos específicos do programa “Cante pela sua Saúde” e apresenta um total de 19 questões. A 1ª parte, “Bem-estar”, foi dividida em três dimensões tais como, bem-estar, satisfação com a vida e afeto positivo. A 2ª parte, “Integração social”, foi igualmente dividida em três dimensões tais como, menor solidão, relação com os amigos e facilidade em relacionar-se. A 3ª parte, “Autoestima e Qualidade de vida” encontra-se dividida também em três dimensões como, melhoria na autoestima, melhor saúde física e melhor qualidade de vida. Já a 4ª parte, “Saúde psicológica”, foi dividida em quatro dimensões tais como, melhor saúde mental, sentir menos depressão, sentir menos ansiedade e sentir menos stress. A 5ª parte, “Função cognitiva”, foi dividida em duas dimensões como, memória e a capacidade em realizar tarefas. Também a 6ª parte, “Saúde física,” foi dividida em quatro dimensões tais como, função respiratória, equilíbrio corporal, peso e por último a qualidade do sono. Por último a 7ª parte, “Caracterização do inquirido” foi dividida em 5 dimensões nomeadamente, género, idade, estado civil, agregado familiar e importância da música. Em cada uma das partes houve uma questão que foi respondida através de uma escala de likert de cinco pontos (0 a 5), com a seguinte correspondência: “0 - nenhum impacto” e “5 - muito impacto”. Por fim, na 7ª parte, são colocadas questões relativas ao perfil do inquirido.

O questionário e as questões do *Grupo focal* foram testados primeiramente, antes de serem aplicados aos participantes. A primeira versão foi testada por um investigador de forma a perceber se as questões estavam perceptíveis. Após a primeira avaliação foi necessário fazer algumas alterações à estrutura do questionário. Efetuaram-se as devidas alterações à segunda versão o investigador voltou a testar. Após a avaliação foi

novamente necessário fazer alterações ao questionário. Realizaram-se as últimas modificações e após 4 meses concluiu-se a versão final.

3.2- Procedimento

Numa fase inicial foi feito um contacto com a autora do estudo inicial Anabela Pires, psicóloga e cantora, para perceber como entendia a importância e o que achava do impacto do programa a longo prazo. Na prática avaliar a pertinência e o interesse em investigar o impacto e a sustentabilidade do programa e, por inerência, se estaria disponível para colaborar nesta iniciativa. Sendo possível a sua realização, a Anabela Pires entrou em contacto com a Assistente social da Santa Casa da Misericórdia de Almada e em conjunto marcaram um encontro com alguns dos adultos mais velhos que participaram no programa “Cante pela sua Saúde” há alguns anos.

De acordo com uma primeira auscultação das diferentes partes interessadas (destinatários e representantes institucionais), sinalizados para o propósito de compreender se o programa “Cante pela sua Saúde” continua a ter impacto dos adultos mais velhos, foi agendado para o dia 17 de novembro de 2023 uma primeira reunião, na Quinta do Miratejo. Participaram (i) os utentes da Santa casa da Misericórdia de Almada, principais destinatários do programa “Cante pela sua Saúde”(fundamentais no processo e para o alcance de bons resultados e para o enriquecimento da investigação), (ii) a Assistente social da Santa Casa da Misericórdia de Almada representante da instituição de acolhimento, (iii) a cantora e psicóloga Anabela Pires, autora do programa e investigadora principal do primeiro estudo e (iv) dois assistentes externos (uma educadora de infância e um psicólogo) que contribuíram para a dinamização da discussão.

Após um momento de acolhimento foram apresentados os objetivos e os procedimentos previstos para investigação do impacto do programa a longo prazo. De seguida, foi auscultada a pertinência deste propósito, no grupo alargado e esclareceram-se as dúvidas existentes, com vista ao preenchimento do consentimento informado e esclarecido.

Após estes procedimentos iniciou-se o processo da recolha de dados através dos questionários elaborados para o presente estudo. Para facilitar o procedimento, a investigadora e a educadora de infância ajudaram os sujeitos da amostra no

preenchimento dos questionários, esclarecendo as dúvidas que surgiam. Cada uma ficou numa sala e à vez, os idosos entravam para preencher os questionários.

Ao mesmo tempo do preenchimento do questionário, estava a ser realizado pelo psicólogo o *Grupo focal*. Os adultos mais velhos foram divididos em quatro grupos e à medida que iam respondendo ao questionário, juntavam-se nos grupos para iniciar o *Grupo focal*. Foi previamente solicitado autorização para gravação do *Grupo focal*. O psicólogo colocou três questões iguais a cada grupo e os adultos mais velhos foram respondendo e ao mesmo tempo partilhado ideias que acabaram por ser idênticas a cada grupo. Cada *Grupo focal* demorou em média 15 minutos.

Durante a recolha dos dados, os adultos mais velhos cantavam com a cantora Anabela e conviviam uns com os outros, o que acabou por ser importante para eles, referindo que “já tinham muitas saudades destes pequenos momentos”. No final foi realizado um lanche-convívio com todos. Os adultos mais velhos gostaram muito e agradeceram pelo momento e desejaram felicidades para a investigadora. Às 16h os participantes despediram-se e regressaram para as suas casas. No final da recolha dos dados, foi colocado no *Google forms* as respostas dos questionários realizados aos participantes.

Para efetuar o tratamento de dados utilizou-se o software de estatística SPSS versão 29.0 e para a análise das correlações foi utilizada o coeficiente de correlação de classificação de Spearman com o intuito de perceber as associações entre as variáveis da investigação.

O *Google forms* e o SPSS foram utilizados de forma a ser mais fácil obter a análise dos resultados da investigação.

CAPÍTULO IV- ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados da investigação de acordo com os objetivos específicos. Em cada um dos objetivos a análise será realizada em duas partes, por um lado o atual impacto nas dimensões e por outro lado exemplos do impacto que a dimensão tem nos adultos mais velhos. Para isto, utilizou-se o *Google forms* para recolher os dados e através do Excel construiu-se os gráficos para apresentar e analisar os resultados.

4.1- Análise dos questionários

4.1.1- Caracterização sociodemográfica dos participantes

Para esta investigação foram abrangidos 20 utentes da Santa Casa da Misericórdia de Almada que participaram anteriormente no programa “Cante pela sua Saúde”. Este número foi mais reduzido, uma vez que, alguns dos participantes na data escolhida não conseguiram comparecer, quer por indisponibilidade quer por motivos de saúde. Na participação no programa houve um maior número de utentes, mas que nesta investigação não conseguiram comparecer por indisponibilidade na data por motivos de saúde.

Assim sendo, a amostra é constituída por 20 adultos mais velhos (Tabela 1), sendo que 19 são do género feminino e 1 do masculino. Têm idades compreendidas entre os 65 anos e os 90 anos. A média de idades é de 76,8 anos, com prevalência dos inquiridos com 71 e 86 anos (4 adultos mais velhos com 71 anos e 3 com 86 anos).

No que se refere ao estado civil, 12 dos inquiridos são viúvos, cinco são casados, dois são solteiros e uma é divorciada. Dos 20 adultos mais velhos, 11 vivem acompanhados e nove vivem sozinhos, sendo que dos que vivem acompanhados cinco vivem com os filhos, cinco vivem com os respetivos cônjuges e uma vive com o companheiro.

Tabela 1- Caracterização demográfica dos participantes

<u>idade</u>	<u>Género</u>	<u>Estado civil</u>	<u>Vive sozinho/acompanhado</u>	<u>Agregado familiar</u>
71	Feminino	Solteiro	Acompanhado	Companheiro
84	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
83	Feminino	Solteira	Sozinha	_____

71	Masculino	Casado	Acompanhado	Mulher
86	Feminino	Casada	Acompanhada	Marido
75	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
70	Feminino	Casada	Acompanhada	Marido
67	Feminino	Viúva	Acompanhada	Filha
82	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
83	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
73	Feminino	Viúva	Acompanhada	Filho
86	Feminino	Viúva	Acompanhada	Filho e nora
90	Feminino	Viúva	Acompanhada	Filha
80	Feminino	Viúva	Acompanhada	Filho
71	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
76	Feminino	Casada	Acompanhada	Marido
71	Feminino	Viúva	Sozinha	_____
66	Feminino	Divorciada	Sozinha	_____
65	Feminino	Casada	Acompanhada	Marido
86	Feminino	Viúva	Sozinha	_____

4.1.2- Bem-estar

No que se concerne à questão do impacto nas dimensões do bem-estar: melhoria do bem-estar atual, da melhoria da satisfação com a sua vida atual e coma melhoria do afeto positivo (Figura 1), podemos observar que a maioria dos inquiridos, responderam que continua a ter “muito impacto” na vida deles, ou seja, no bem-estar (n=13), na satisfação com a sua vida atual (n=13) e na melhoria do afeto positivo (n=14). Também podemos observar que cerca de três dos inquiridos responderam que continua a ter bastante impacto na melhoria das dimensões referidas, três referiram que continua a ter algum impacto e um dos inquiridos respondeu que neste momento o programa não tem nenhum impacto na melhoria do seu bem-estar, satisfação com a vida e do afeto positivo.

No que diz respeito à questão do impacto no bem-estar atual (Figura 2), sete dos inquiridos (35%) responderam que apesar do programa ter terminado, continuaram a

participar em atividades, o que contribuiu para o seu bem-estar. Quatro dos inquiridos (20%) responderam que apesar do programa ter terminado, o mesmo proporcionou memórias felizes e ajudou a que começassem a cantar e gostar de cantar. Também três dos inquiridos (15%) responderam que ainda que o programa terminou, ajudou a terem um maior convívio com as outras pessoas, o que proporcionou um melhor bem-estar. Por outro lado, um dos inquiridos (5%) respondeu que o facto de o programa ter terminado, fez com que não tivesse mais atividades e assim o seu bem-estar está a regredir.

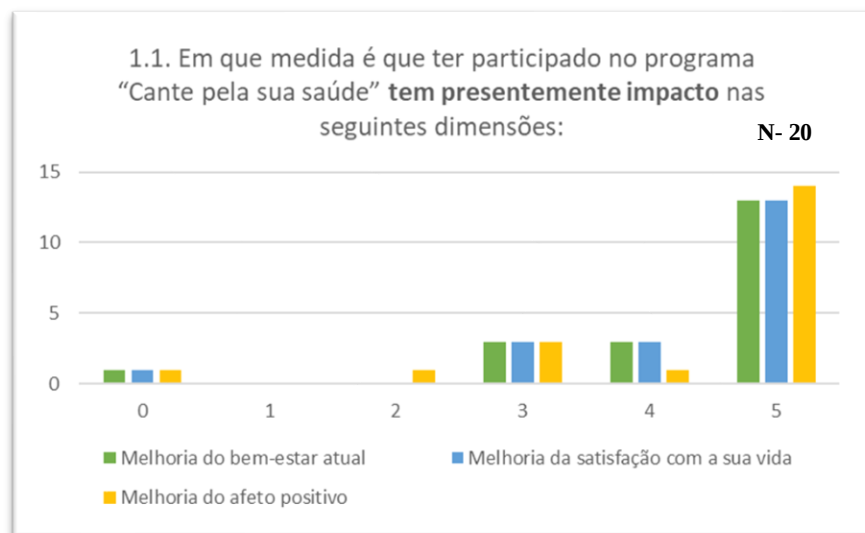


figura 1- Atual impacto no Bem-estar dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

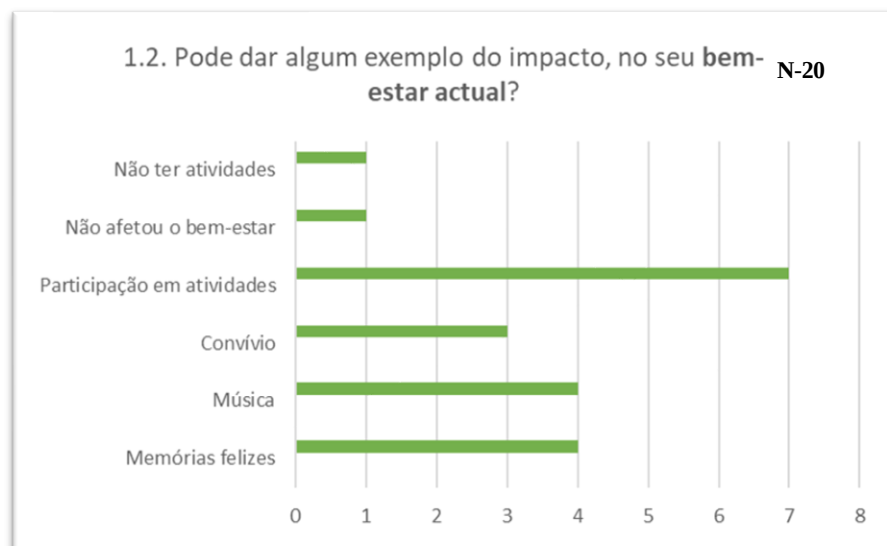


figura 2- Exemplos do impacto no Bem-estar atual dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

4.1.3- Interação social

Em referência ao impacto atual nas dimensões da interação social: melhoria do estado de solidão, melhoria da relação com os outros participantes e melhoria na relação com os outros, podemos observar que a maior parte dos inquiridos respondeu que, depois de ter participado no programa, continua a ter melhorias ao nível da solidão (n=12) e da relação com as pessoas (n=15). Podemos igualmente constatar que três dos inquiridos referiram que devido ao facto de terem participado no programa, atualmente sentem impacto ao nível da melhoria da solidão e da relação com as pessoas. Foi também referido por três inquiridos que atualmente não sentem nenhuma melhoria ao nível da solidão, pois como o programa terminou, não têm nada para fazer de atividades e acabam por não sair de casa (Figura 3).

No que respeita ao impacto nas relações atuais (Figura 4), podemos observar que a maioria (n=14; 73,69%) responderam que apesar do programa ter terminado, os inquiridos continuaram a ter relacionamento com outras pessoas e sentiram que foi o programa que os ajudou a ter um melhor relacionamento. Também podemos observar que três dos inquiridos (15,79%) responderam que apesar do programa ter terminado, continuaram a fazer atividades e a participar no coro, o que teve um impacto positivo nas relações atuais. Já pelo contrário, um dos inquiridos (5,26%) respondeu que com o término do programa, sentiu que perdeu o convívio e deixou de estar com as pessoas porque era através do programa que saía de casa e convivía com os outros participantes.

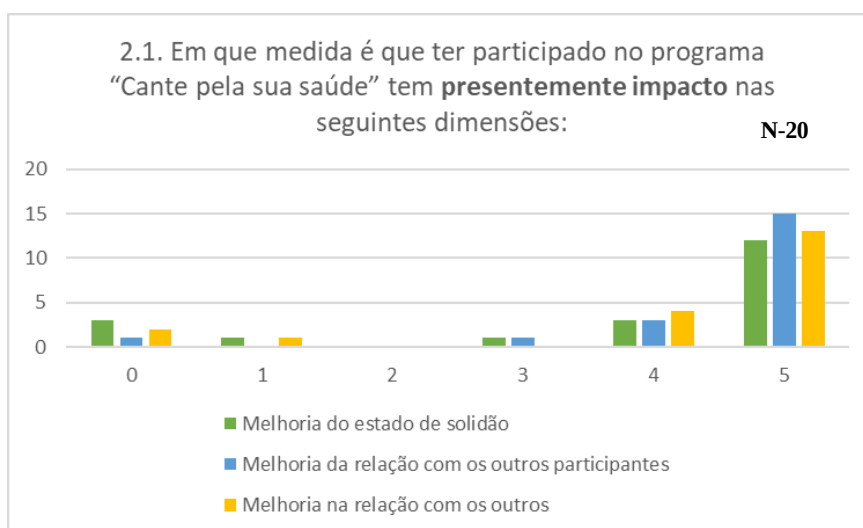


figura 3- Atual impacto na Interação social dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

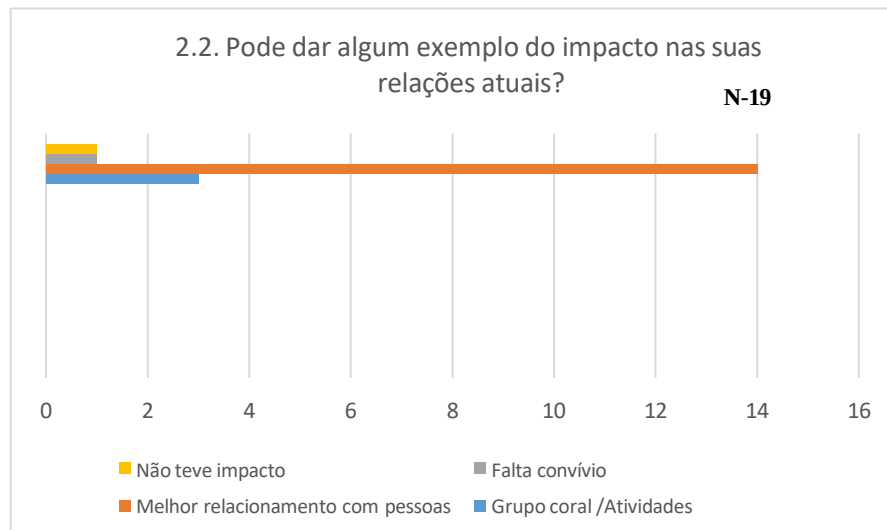


figura 4- Exemplo do impacto nas Relações sociais dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

Relativamente à questão se ainda mantêm o contacto com as pessoas que participaram no programa (Figura 5), a maior parte dos inquiridos (95%) respondeu que sim. Isto mostra que apesar de o programa ter acabo, os inquiridos continuam a encontrar-se e a conviver uns com aos outros.



figura 5- Contacto com os participantes do Programa Cante pela sua Saúde

4.1.4- Autoestima e Qualidade de vida

No que concerne à questão do impacto atual nas dimensões da melhoria na autoestima, da saúde física e da qualidade de vida (Figura 6), podemos referir que a grande maioria dos inquiridos responderam que o facto de terem participado no programa continuou a ter “muito impacto” nas dimensões da autoestima (n=15), saúde física (n=13), saúde mental (n=15) e qualidade de vida (n=15). Dos inquiridos, dois responderam que atualmente ainda sentem “muito impacto” nas dimensões da saúde mental, autoestima e qualidade de vida e cinco responderam que ainda sentem “muito impacto” na dimensão da saúde física. Dois responderam que atualmente sentem algum impacto nas dimensões da qualidade de vida, autoestima, saúde física e psicológica. Um inquirido respondeu que atualmente não sente nenhum impacto na melhoria da qualidade de vida.

No que respeita à questão do impacto na sua qualidade de vida (Figura 7), os inquiridos responderam que apesar do programa ter terminado, continuaram a estar ocupados e a sair mais de casa (n=13; 68,43%) e mais felizes (n=4; 21,65%). Um dos inquiridos (5,26%) respondeu que a qualidade de vida se manteve e um respondeu que ficou com menos motivação desde que o programa terminou.

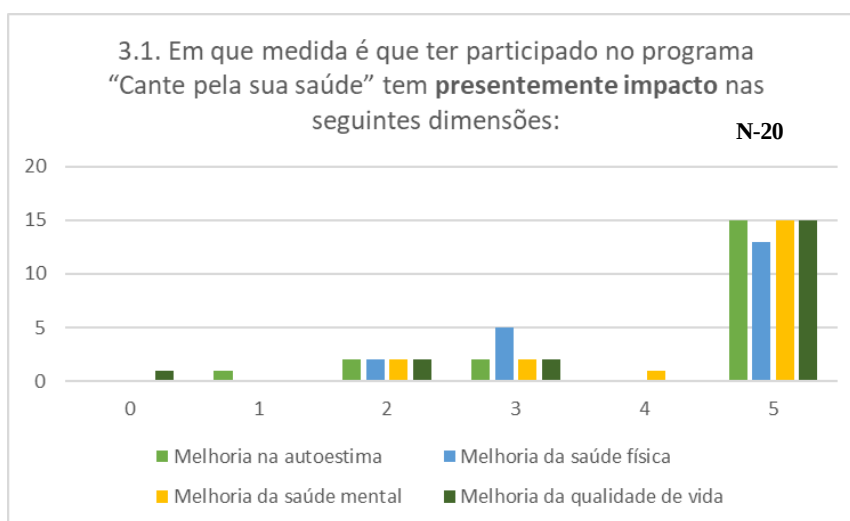


figura 6- Atual impacto na Autoestima e na Qualidade de vida dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

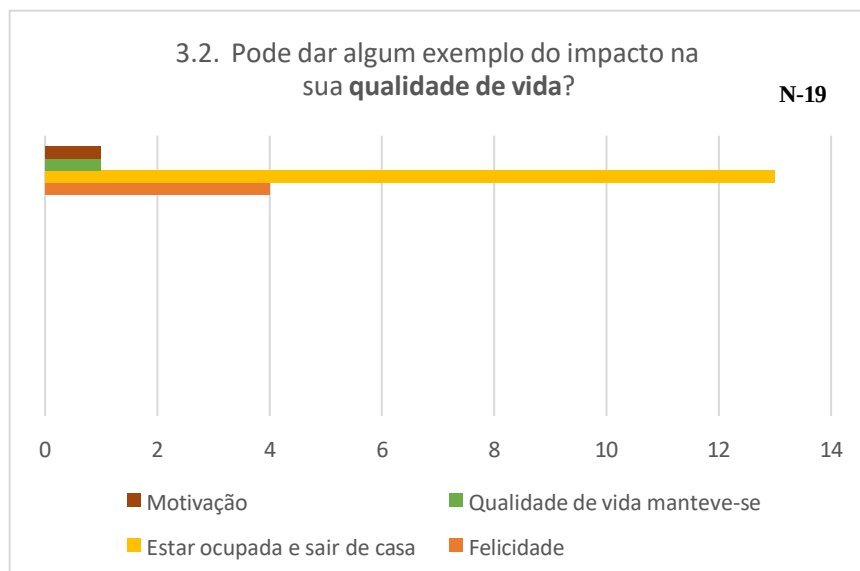


figura 7- Exemplos do impacto na Qualidade de vida dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

4.1.5- Impacto na Saúde psicológica

No que se concerne ao impacto atual nas dimensões de saúde mental (Figura 8): melhoria dos sintomas de depressão, ansiedade e stress, houve diferentes resultados. Cerca de nove dos inquiridos responderam que o facto de terem participado no programa, tem agora “muitíssimo” impacto e dois dos inquiridos responderam que tem agora “muito impacto” na melhoria dos sintomas. Em contrapartida, cerca de cinco dos inquiridos responderam que o facto de terem participado no programa, tem agora pouco impacto na melhoria dos sintomas.

Em referência à questão do impacto na saúde mental (Figura 9), podemos constatar que dos 20 inquiridos, seis responderam (30%) que o programa melhorou imenso os sintomas que tinham antes de participar, cinco responderam (25%) que nunca tiveram sintomas, mas que o programa ajudou na mesma pois divertiram-se, quatro responderam (20%) que o programa ajudou a ter um maior convívio e a estarem mais ocupados durante o dia, três responderam (15%) que o programa ajudou a estarem mais felizes e positivos e por ultimo, dois responderam (10%) que como o programa terminou sentiram-se mais tristes e sozinhos.

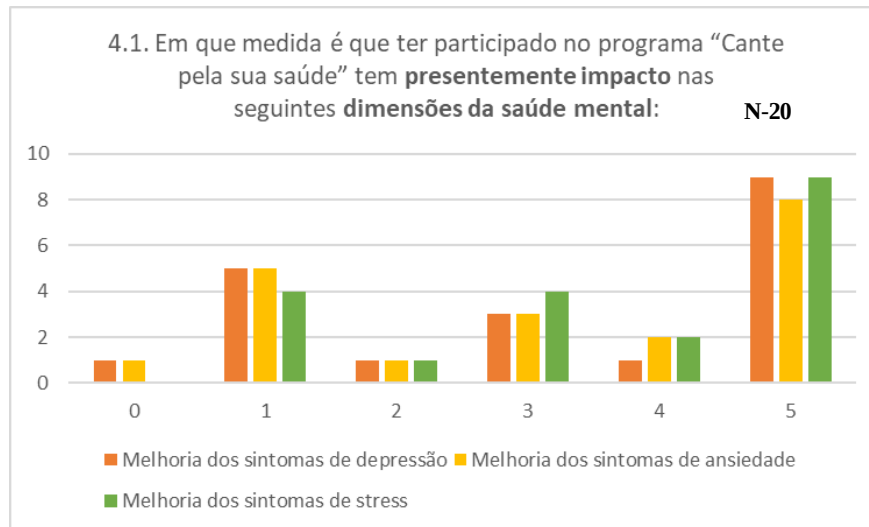


figura 8- Atual impacto na Saúde mental dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

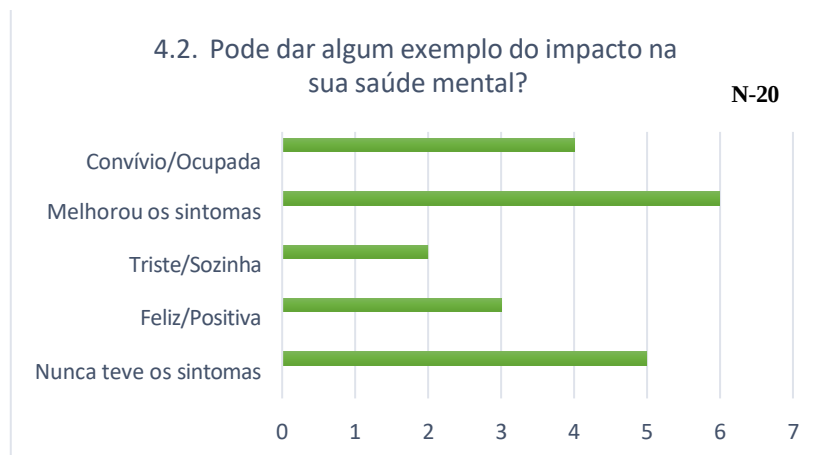


figura 9- Exemplo do impacto na Saúde mental dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

4.1.6- Função cognitiva

No que se refere ao impacto atual nas dimensões da função cognitiva (Figura 10): melhoria da memória e da agilização das tarefas, a maioria dos inquiridos, responderam que o facto de terem participado no programa, tem agora “muito impacto” na melhoria da memória (n=12) e da agilização das tarefas (n=13). Pelo contrário foram poucos os que referiram que o facto de terem participado, tem agora pouco impacto na melhoria da memória (n=1) e da agilização das tarefas (n=2).

No que respeita ao impacto na cognição (Figura 11), dos 18 inquiridos, 11 responderam (61,11%) que o programa melhorou imenso a memória, seis responderam

(33,33%) que ficaram mais ativos e um respondeu (5,56%) que se sentiu igual, ou seja, o programa não teve impacto na sua cognição.

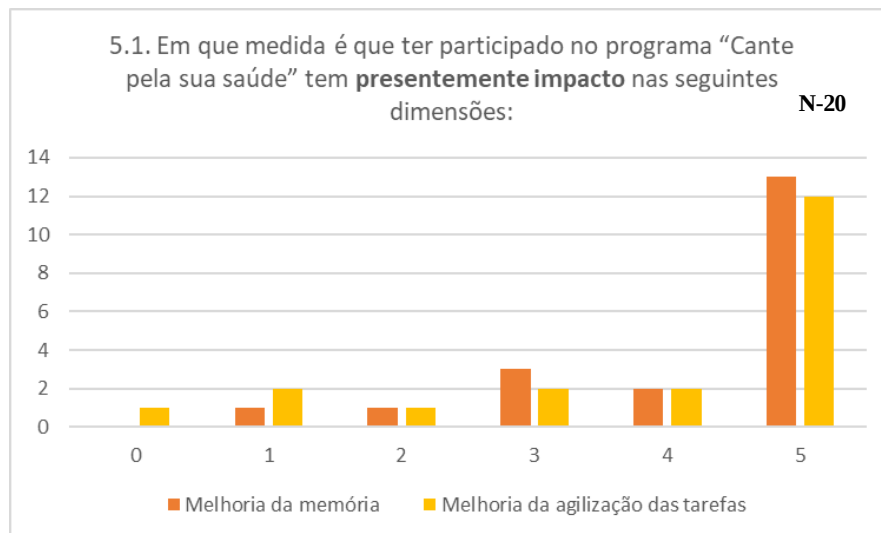


figura 10- Atual impacto na Função cognitiva dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

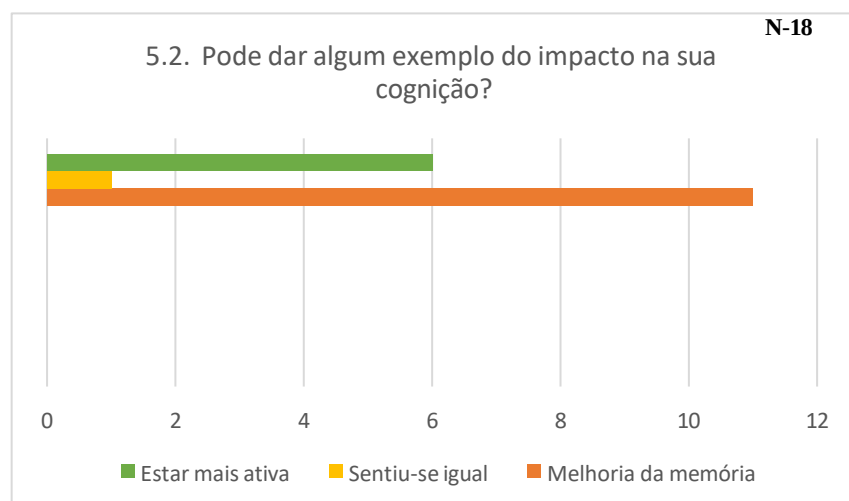


figura 11- Exemplo do impacto na Cognição dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

4.1.7- Impacto na Saúde física

Em relação ao impacto atual nas dimensões da saúde física (Figura 12): melhoria da função respiratória, melhoria do equilíbrio corporal, melhoria do peso e melhoria da qualidade do sono, muitos dos inquiridos responderam que o facto de terem participado no programa, tem agora “muitíssimo impacto” na melhoria da função respiratória (n=14) e na melhoria do equilíbrio corporal (n=11). Por outro lado, alguns dos inquiridos responderam que o facto de terem participado no programa, não tem agora nenhum

impacto na melhoria do peso (n=10). Na dimensão da melhoria da qualidade de sono, os inquiridos tiveram opiniões diferentes, cinco responderam que agora não tem impacto nenhum e cinco responderam que tem “muitíssimo impacto”.

Relativamente ao impacto na saúde física (Figura 13), dos 19 inquiridos, oito responderam (42,10%) que com a participação no programa, sentiram melhorias na respiração, cinco (26,32%) que melhoraram o seu bem-estar, dois responderam (10,53%) que conseguiram participar em mais atividades e estar mais ativas, um respondeu (5,26%) que não teve impacto na sua saúde física e três responderam (15,79%) que se sentiram bem, mas com o fim do programa começaram a ficar mais isoladas e não sair muito de casa.

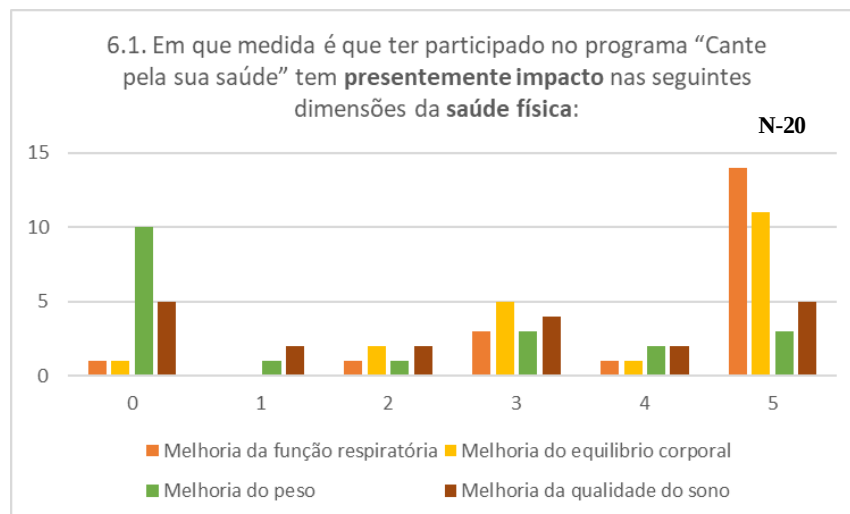


figura 12- Atual impacto na Saúde física dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

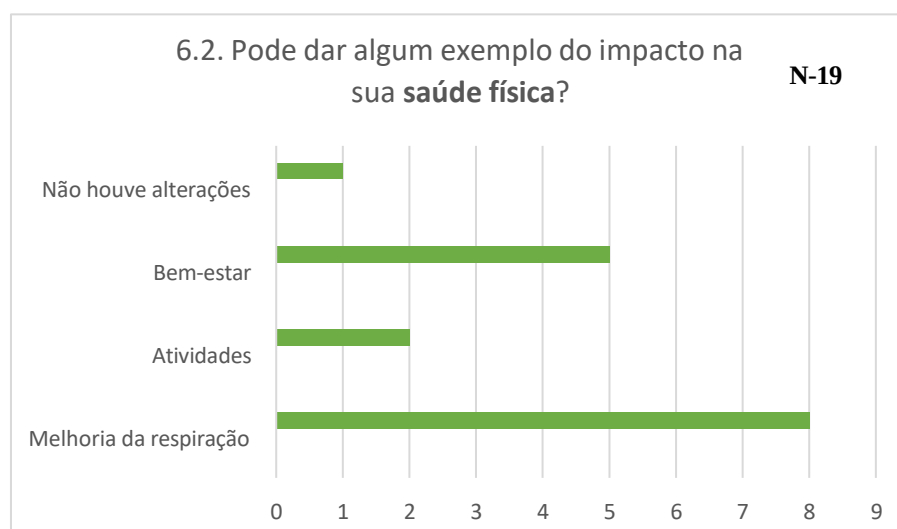


figura 13- Exemplo do impacto na Saúde física dos participantes no estudo de sustentabilidade do programa Cante pela sua Saúde

4.2- Grupo focal

No que respeita à análise do *Grupo focal*, os participantes foram divididos em grupos com cinco participantes. A cada um dos grupos foram realizadas três perguntas:

- 1- O que marcou mais com a participação no programa?
- 2- O que é que ainda mantém?
- 3- Qual o impacto do programa na saúde e no bem-estar?

Estas três perguntas foram de resposta aberta e tiveram como objetivo compreender a perceção dos participantes à cerca de alguns pontos importantes. As duas primeiras perguntas tiveram como intuito entender a perceção dos participantes em relação à importância que o programa teve neles e também compreender se do ponto de vista social os participantes mantiveram relações após o término do programa. A última pergunta teve como objetivo compreender a perceção que cada participante tem da música e do programa na sua saúde e bem-estar.

Não foi possível realizar a análise de frequência, pois não se conseguiu captar as respostas individuais de cada participante, mas apenas o que foi abordado no global do *Grupo focal*. Para a análise foi apresentada uma tabela realizada pela investigadora com as principais ideias retiradas a cada um dos grupos.

Tabela 2- Grupo focal (Grupo 1)

	O que marcou mais com a participação no programa?	O que ainda mantém?	Qual o impacto na saúde e no bem-estar?
Grupo 1	“Convívio”	“Continuar a cantar”	“Sentimo-nos mais alegres”
	“Sentir mais uteis”	“Manter as atividades “	“Mais saúde, vontade de viver”
	“Participação no evento, apesar de o 2º grupo do programa não ter terminado pelo aparecimento do covid 19”	“Convívio”	“Menos isolamento”

	“Cantar, divertir e a união de todos”	“Mantermos uteis para a sociedade”	“Mais qualidade de viver”
	“Sentimo-nos como artistas”	“Continuamos a cantar algumas músicas que cantamos no programa”	

Tabela 3-Grupo focal (Grupo 2)

	O que marcou mais com a participação no programa?	O que ainda mantém?	Qual o impacto na saúde e no bem-estar?
Grupo 2	“Convívio”	“A respiração e os exercícios que fizemos.... como estamos num coro estamos a fazer exercícios de respiração (antes de estarmos no coro fazíamos estes exercícios, mas estavam adormecidos)”	“Estarmos prontas, organizarmos e sabermos que temos de estar despachadas para irmos para o programa. Estávamos motivadas. Tínhamos um compromisso”
	“Dr. Sérgio e o Pedro pois ajudou-nos a melhorar a voz e tudo... pela dedicação e como falava connosco”	“A amizade com as pessoas que nos ajudaram e com as colegas”	“Foi o que proporcionou cantar e estar melhor”
	“Aprendemos a fazer coisas que não fazíamos (respiração e os exercícios)”	“Saudade”	“O programa ajudou a superar perdas”
	“Tivemos pena de não podermos fazer a apresentação”	“Gosto pelo cantar”	

Tabela 4-Grupo focal (Grupo 3)

Grupo 3	O que marcou mais com a participação no programa?	O que ainda mantém?	Qual o impacto na saúde e no bem-estar?
	“O cantar”	“Cantar “	“Sentíamos mais leveza. Menos ansiedade”
	“Irmos para os ensaios, fazermos as respirações e os exercícios”	“O convívio entre as pessoas”	“Íamos com gosto”
	“Sairmos de casa, estarmos preparadas”	“Aplicávamos o que aprendíamos”	“As pessoas estavam sozinhas e com o programa sentiam se melhor pois estavam sempre mais ativas e sabiam que iam para o programa”
	“Estarmos ocupadas”		

Tabela 5- Grupo focal (Grupo 4)

	O que marcou mais com a participação no programa?	O que ainda mantém?	Qual o impacto na saúde e no bem-estar?
Grupo 4	“Transporte”	“Saudade”	“Íamos para casa mais bem-dispostas”
	“Lanche”	“Recordação do convívio”	“Alegres e felizes”
	“Cantar”	“Autoestima”	“Sentem uma grande diferença desde que acabou o programa”
	“Convívio”	“Desanuviar”	“O cantar faz ficar mais felizes”
	“Alegria”	“Cantar”	“Estarmos prontas, despachadas para irmos para o programa”
	“Quebra da solidão”	“Continuamos a fazer atividades”	

4.3- Análise de correlações

4.3.1- Bem-estar VS Interação social

Em referência à correlação entre as variáveis bem-estar e interação social (Tabela 6 e 7), compreendemos que quanto mais bem-estar mais interação social, ou seja, quanto melhor tiverem os participantes melhor será a sua integração na sociedade.

No que diz respeito à variável do bem-estar. Entendemos que quanto maior for a dimensão do bem-estar, maior será a integração social em relação aos participantes que conheceram no programa. Igualmente, quanto maior for a dimensão da satisfação com a vida, maior será a relação com os participantes do programa. Compreendemos também que quanto maior for a dimensão do afeto positivo, maior será a relação com os participantes. Contudo houve dimensões que tiveram um maior impacto: a dimensão do bem-estar e da satisfação com vida tiveram uma maior correlação (0,728) na relação com os participantes, o que mostra a importância de estar com outras pessoas (Tabela 7).

Tabela 6- Correlação entre o Bem-estar e a Interação social dos participantes

	Bem_estar	Interação_ social
BE_ Bem-estar	1,000	0,469*
	.	0,037
Interação_social	0,469*	1,000
	0,037	

A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral).

Tabela 7- Correlação entre o Bem-estar (BE) e a Interação social (IS) dos participantes

	IS_Solidao	IS_relaçaõpart.	IS_relaçaõoutros	IS_contactopart.
BE_ Bem-estar	0,411	0,728**	0,426	-0,211
	0,072	0,000	0,061	0,372
BE_ SatisfVida	0,411	0,728**	0,426	-0,211
	0,072	0,000	0,061	0,372
BE_Afetopositivo	0,343	0,586**	0,560*	-0,320
	0,139	0,007	0,010	0,170

*. A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (Bilateral).

4.3.2- Interação social VS Autoestima e Qualidade de vida

No que respeita à correlação entre as variáveis de Interação social, autoestima e qualidade de vida (Tabela 8). Na variável da interação social percebemos que quanto maior for a dimensão da melhoria da solidão, relação com os participantes e a relação com os outros maior será a qualidade de vida. Aqui vemos que todas as dimensões da integração social têm impacto na qualidade de vida das pessoas, contudo existem dimensões que têm maior correlação que outras. A dimensão relação com os participantes é a que tem maior correlação na qualidade de vida (0,797).

Tabela 8- Correlação entre a Interação social (IS) e a Autoestima e Qualidade de vida (QV) dos participantes

	QV_autoestima	QV_saudefisica	QV_saudemental	QV_qualidadevida
IS_Solidao	0,203	0,340	0,270	0,540*
	0,390	0,143	0,250	0,014
IS_relaçãopart.	0,421	0,367	0,497*	0,797**
	0,064	0,112	0,026	0,000

*. A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (Bilateral).

4.3.3- Autoestima e Qualidade de vida VS Saúde física

Relativamente às variáveis de autoestima e qualidade de vida VS variável saúde física (Tabela 9). Na variável qualidade de vida: quanto maior for a dimensão autoestima maior será a dimensão função respiratória da variável saúde física; quanto maior for a dimensão saúde física maior serão as dimensões função respiratória e equilíbrio corporal da variável saúde física; quanto maior for a dimensão da saúde mental maior será a dimensão da função respiratória da variável saúde física e por ultimo, quanto maior for a dimensão da qualidade de vida, maior serão as dimensões função respiratória e equilíbrio corporal da variável saúde física. A dimensão da autoestima é a que tem uma maior correlação com a função respiratória (0,787), o que mostra o impacto que o programa tem nos adultos mais velhos, uma vez que o mesmo deixa os participantes mais divertidos e tranquilos.

Tabela 9- Correlação entre a Autoestima e Qualidade de vida (QV) e Saúde física (SF) dos participantes

	SF_funçaoresp	SF_equil.corp	SF_peso	SF_qualidadesoono
QV_autoestima	0,787**	0,336	-0,110	0,169
	0,000	0,147	0,643	0,477
QV_saudefisica	0,493*	0,610**	0,018	0,056
	0,027	0,004	0,939	0,816
QV_saudemental	0,665**	0,423	-0,178	0,017
	0,001	0,063	0,452	0,943
QV_qualidadevida	0,567**	0,572**	-0,110	-0,110
	0,009	0,008	0,643	0,644

*. A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (Bilateral).

4.3.4- Saúde psicológica VS Função cognitiva

No que concerne às variáveis de saúde psicológica VS a variável função cognitiva (Tabela 10 e 11), entendemos que quanto maior for a saúde psicológica maior será a função cognitiva.

Na variável função psicológica compreendemos que quanto maior forem as dimensões depressão, ansiedade e stress maior será a dimensão agilização de tarefas da variável função cognitiva. De todas as dimensões, o stress é o que tem uma maior correlação com a agilização de tarefas (0,720) (Tabela 11).

Tabela 10- Correlação entre a Saúde psicológica e a Função cognitiva dos participantes

	Saude_Psicologica	Funcao_cognitiva
Saude_Psicologica	1,000	0,632**
	.	0,003
Funcao_cognitiva	0,632**	1,000
	0,00	

A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

Tabela 11- Correlação entre a Saúde psicológica (SM) e a Função cognitiva (FC) dos participantes

	FC_memoria	FC_agil.tarefas
SM_depressão	0,387	0,702**
	0,092	0,001
SM_ ansiedade	0,367	0,686**
	0,111	0,001
SM_stress	0,409	0,720**
	0,073	0,000

A correlação é significativa no nível 0.01

4.3.5- Saúde psicológica VS Saúde física

No que se refere às variáveis de saúde psicológica VS a variável saúde física (Tabela 12), percebemos que quanto maior for a dimensão stress da saúde psicológica maior serão as dimensões da função respiratória e do equilíbrio corporal da variável saúde física.

Tabela 12- Correlação entre a Saúde psicológica (SM) e a Saúde física (SF) nos participantes

	SF_funçaoresp	SF_equil.corp	SF_peso	SF_qualidadesoono
SM_depressão	0,288	0,346	0,362	0,279
	0,218	0,135	0,117	0,234
SM_ ansiedade	0,275	0,320	0,292	0,223
	0,241	0,169	0,212	0,344
SM_stress	0,448*	0,404	0,121	0,206
	0,048	0,077	0,612	0,384

*. A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0.05 (Bilateral).

4.3.6- Bem-estar VS Importância da música

No que respeita à variável do bem-estar VS importância da música (Tabela 13 e 14), entendemos que quanto maior for o bem-estar, maior será a importância da música nos participantes. Também compreendemos que quanto maior for a dimensão do afeto positivo maior será a importância da música (Tabela 14). Este ponto é fundamental, pois demonstra que estes tipos de programas são imprescindíveis para as pessoas, principalmente dos adultos mais velhos.

Tabela 13- Correlação entre o Bem-estar e a importância da música nos participantes

	Bem_Estar	importanciamus
Bem_estar	1,000	0,382
	.	0,096
N	20	20
importanciamus	0,382	1,000
	0,096	.
N	20	20

Tabela 14- Correlação entre Bem-estar (BE) e a Importância da música nos participantes

	importanciamus
BE_Bemestar	0,352
	0,128
BE_SatisfVida	0,352
	0,128
BE_afetpostivo	0,418
	0,067

A correlação é significativa no nível 0.01 (Bilateral).

4.3.7- Comparações entre variáveis dependentes e independentes

Relativamente à comparação entre as variáveis dependentes e independentes, apenas houve diferenças no que diz respeito ao estado civil para a interação social e para a função cognitiva (Tabela 15). No que concerne à variável da integração social, entendemos que os viúvos apresentam níveis superiores aos divorciados e aos casados (Tabela 18); e os divorciados com níveis inferiores aos solteiros. Já na variável da função cognitiva, percebemos que os viúvos apresentam níveis superiores aos solteiros e divorciados (Tabela 18).

Tabela 15- Comparação entre variáveis dependentes e Estado civil nos participantes

	Hipótese nula	Sig.	Decisão
1	a distribuição do Bem Estar é a mesma entre categorias de idade_median	0,075	Manter a hipótese nula
2	A distribuição Interação social é a mesma entre categorias do estado civil	0,038	Rejeitar a hipótese nula
3	A distribuição Qualidade de vida é a mesma entre categorias do estado civil	0,757	Manter a hipótese nula
4	A distribuição Saúde_Psicologica é a mesma entre categorias do estado civil	0,318	Manter a hipótese nula
5	A distribuição Função_cognitiva é a mesma entre categorias do estado civil	0,040	Rejeitar a hipótese nula
6	A distribuição Saúde_fisica é a mesma entre categorias do estado civil	0,493	Manter a hipótese nula

Tabela 16- Comparação entre Integração social e Função cognitiva e Estado civil nos participantes

				Intervalo de confiança de 95% para média			
N	Média	Std. Desvio padrão	Std. Erro	Limite inferior	Limite superior	Mínimo	Máximo
12	4,6667	0,55048	0,15891	4,3169	5,0164	3,67	5,00
5	3,3333	1,33333	0,59628	1,6778	4,9889	1,67	5,00
1	0,0000	.	.	.	.	0,00	0,00
2	5,0000	0,00000	0,00000	5,0000	5,0000	5,00	5,00
12	4,5833	0,79296	,22891	4,0795	5,0872	3,00	5,00
5	4,2000	1,25499	,56125	2,6417	5,7583	2,00	5,00
1	1,5000	.	.	.	.	1,50	1,50
2	2,0000	1.41421	1,00000	-10,7062	14,7062	1,00	3,00

Significados assintóticos são exibidos. O nível de significância é 0,05

CAPÍTULO V- DISCUSSÃO

Para entendermos se o impacto que o Programa “Cante pela sua Saúde” teve há alguns anos se mantém, foi importante compreender duas vertentes, por um lado a parte social: do bem-estar, da interação social e da autoestima e qualidade de vida. Por outro lado, a vertente da saúde: da parte mental, física e cognitiva.

Antes de abordar cada uma das vertentes é fundamental falarmos sobre os participantes. Nesta investigação não participaram todos os adultos mais velhos que estiveram presentes em 2021 no programa “Cante pela sua Saúde”. Por não conseguirem comparecer no dia da reunião e também por motivos de saúde, só conseguiram estar presentes 20 adultos mais velhos.

Através do questionário alcançou-se o objetivo de perceber, através das questões se o impacto que o programa teve nos participantes permaneceu passado alguns anos, contudo a limitação desta técnica prendeu-se com o facto de os participantes não conseguirem responder sozinhos, precisando assim de ajuda.

No que respeita à primeira vertente, no atual impacto do bem-estar, concluímos que depois da participação no programa, a maioria dos participantes sente “muito impacto” nas dimensões da melhoria do bem-estar atual, da satisfação com a sua vida e também do afeto positivo. Estes resultados demonstram que o programa teve muito impacto na vida dos participantes, uma vez que mesmo tendo passado algum tempo, continuaram a sentir os seus efeitos. Entendeu-se também que o programa proporcionou memórias felizes, convívio e ajudou a que os adultos mais velhos comesçassem a cantar, contribuindo muito para a melhoria do bem-estar. Tal como refere a literatura, o bem-estar é um estado de satisfação no qual a pessoa se sente bem física e emocionalmente. As relações com familiares, amigos e as atividades que realizamos interferem no nosso bem-estar e por isso na nossa saúde (Nepali *et al.* 2020).

Por outro lado, compreendemos que houve uma diminuição do bem-estar dos participantes devido ao término do programa. Este resultado parece estar relacionado com a perda do objetivo diário de ir para o programa, pois os participantes deixaram de ter a rotina de se arranjar e estarem prontos a uma determinada hora e ficaram sem atividades para o dia a dia, o que manifesta uma diminuição no bem-estar dos inquiridos.

Um exemplo foi uma senhora que referiu que neste momento não sai de casa e sente-se a regredir, pois não tem os objetivos que tinha quando ia para o programa. A senhora referiu que ninguém tinha feito atividades do género para os adultos mais velhos de Almada como o programa “Cante pela sua Saúde” proporcionou.

Os resultados obtidos nesta investigação vão de encontro com os resultados disponibilizados em 2021 no programa “Cante pela sua Saúde”, uma vez que foi referido que houve melhorias ao nível do afeto positivo e do bem-estar social e que estes benefícios continuaram a ser observáveis seis meses após o final da intervenção.

No atual impacto na interação social, entendemos que com a participação no programa, os participantes sentiram que continuaram a ter melhorias ao nível da solidão e da relação com as pessoas. Alguns dos participantes já se conheciam anteriormente, pois frequentavam o mesmo centro de dia e outros conheceram-se apenas no programa “Cante pela sua Saúde”. Desta forma muitos dos adultos mais velhos sentiram que foi a partir do programa que desenvolveram o relacionamento com os outros, pois começaram a sair mais de casa e a fazer diversas atividades que os motivaram. Tal como nos refere a literatura, a música é uma forma de expressão inerente ao ser humano, suscetível de partilha de emoções ou afetos. As interações fortalecem as relações humanas, aumentando a empatia e o prazer nestes relacionamentos (Areias, 2016).

Sob outra perspetiva, o facto de já não participarem no programa fez com que alguns dos participantes sentissem mais isolados e sozinhos, pois deixaram de ter o convívio que tinham quando cantavam e quando estavam com os outros participantes. Os resultados da interação social estão de acordo com o que foi disponibilizado em 2021 no programa, onde um terço dos participantes evidenciaram a importância da socialização (Arriaga *et al*, 2021), ou seja, a formação de novas relações, a partilha e a comunicação com outros membros do grupo.

No atual impacto na autoestima e na qualidade de vida, as atividades realizadas que mantiveram os adultos mais velhos a sair de casa e ocupados durante o dia a dia, fizeram perceber que mesmo tendo passado alguns anos, os participantes continuaram a ter melhorias na autoestima, na saúde física e na qualidade de vida. Por outro lado, houve

uma pessoa que referiu que com o fim do programa, como não tinha as rotinas diárias e as atividades que realizavam, ficou mais triste e desmotivada.

Estes resultados estão de acordo com o conceito de qualidade de vida, definida como “perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente” (OMS, 2002, p. 13).

No que concerne à segunda vertente. No atual impacto da saúde mental, concluímos que por um lado, muitos participantes referiram que o facto de terem participado no programa, fez com que continuassem a ter agora “muito impacto” na melhoria dos sintomas de depressão, ansiedade e stress, pois permanecem ocupados, a fazer atividades e a cantar. Durante o programa, estar em convívio com os outros participantes fez com os sintomas melhorassem e que os adultos mais velhos ficassem mais felizes e positivos. De outra forma, com o fim do programa fez com que alguns dos participantes ficassem mais tristes e isolados, pois já não tinham o convívio, as atividades e os exercícios proporcionados pelo mesmo.

Segundo a literatura, a depressão evidencia-se nos adultos mais velhos sob a forma de auto verbalizações negativas, baixo reconhecimento das próprias capacidades, baixa autoestima e menor participação social (Ferreira, 2005). Com o programa, a situação descrita na literatura não aconteceu, uma vez que os participantes tiveram convívio e assim sentiram-se mais felizes, motivados e positivos.

No atual impacto da função cognitiva, compreendemos que após a participação no programa, a função cognitiva continua a ter “muitíssimo impacto” na melhoria da memória e da agilização das tarefas dos participantes. Durante o programa, ao cantarem as músicas os participantes sentiram diferenças na memória, dado que tinham de saber as letras das canções. De acordo com os resultados fornecidos no programa de 2021, no que diz respeito à função cognitiva, compreendemos que houve efeitos positivos ao nível da memória verbal (Arriaga *et al*, 2021), o que vai ao encontro com o que foi referido pelos participantes nesta investigação.

No que diz respeito ao atual impacto da saúde física, verificamos que os participantes tiveram “muitíssimo impacto” nomeadamente na melhoria do peso, da qualidade do sono, do equilíbrio corporal e da função respiratória. Muitos dos exercícios que os participantes realizavam no programa, proporcionaram melhorias ao nível do bem-estar, respiração e maior atividade. Por outro lado, houve situações em que alguns participantes se sentiram melhor com o programa, mas após a sua conclusão, sentiram-se mais isolados, não saíam de casa e acabavam por regredir nas suas condições físicas.

Nos resultados fornecidos do programa “Cante pela sua Saúde” em 2021, podemos observar que na saúde física existiram efeitos positivos no grupo de intervenção, relativamente à menor inflamação sistémica, o que conclui que o canto em grupo pode ser um fator protetor de processos inflamatórios (Arriaga *et al*, 2021). Na parte da função respiratória houve um decréscimo devido à idade avançada dos participantes e por isso o nível físico, cognitivo e de saúde ao longo do tempo declinaram, independentes da intervenção. Estes resultados não vão ao encontro com o que foi concluído com a investigação, uma vez que os participantes continuaram a ter impactos na melhoria do peso, qualidade de sono, equilíbrio corporal e função respiratória.

Todos estes resultados do programa “Cante pela sua Saúde” estão de acordo com a literatura, visto que, segundo Goldberg (2016), o canto tem importância quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico, pois, para além da melhoria no controlo da respiração, os adultos mais velhos encaram o cantar como uma terapia alegre, com melhorias no humor e no funcionamento físico.

Através da realização do *Grupo focal* alcançamos o objetivo de aprofundar e complementar a informação obtida nos resultados dos questionários, o que permitiu a participação aberta sobre o tema, contudo a limitação desta técnica prende-se com o facto do volume de informação decorrente da interação entre grupo dificultar o registo dos testemunhos dos participantes.

Entendemos as mesmas ideias que os resultados retirados com a realização dos questionários. Com a primeira questão, percebemos o que marcou mais os participantes com o programa “Cante pela sua Saúde” foi a alegria, o convívio, o “sentir mais úteis”, o

cantar, a união entre todos, a dedicação das pessoas do projeto, os exercícios que aprenderam para a respiração, estarem ocupado e terem um objetivo.

Com a segunda questão, conseguimos compreender o que os resultados mostram nomeadamente, o impacto muito positivo que teve nos adultos mais velhos tanto nos momentos em que estavam a participar como após alguns anos, pois os efeitos permaneceram. Os participantes continuaram a cantar, a realizar os exercícios que aprenderam no programa e continuaram com o convívio tanto com as pessoas que os ajudaram no programa, como com os outros participantes.

Com a última questão, conseguimos entender que houve impacto na saúde e no bem-estar nomeadamente, a felicidade e vontade de viver, com mais saúde, com menos isolamento e com menos ansiedade. Também sentiram mais motivação, pois tinham um objetivo que era ir para o programa, ou sejam, tinham de estar prontos a uma hora específica para apanhar o transporte. Estes tipos de situações promovem bem-estar, vontade de viver, felicidade e atividade no dia a dia dos participantes.

Os resultados retirados com a realização do *Grupo focal* vão ao encontro com o que foi disponibilizado em 2021, uma vez que quando questionados sobre quais consideravam ser os benefícios de terem participado no programa, metade dos participantes referiu sentimentos de bem-estar, utilizando as seguintes expressões: “sentir-me bem”, “sentir-me melhor”, “esquecer os problemas”, “sentir-me entusiasmada/o” e “sentir-me orgulhosa/o”. No *Grupo focal* realizado nesta investigação, os participantes acabaram por referir os mesmos sentimentos, quer dizer, mesmo com o fim do programa, os adultos mais velhos continuaram a sentir-se bem e melhor.

Através da análise das correlações conseguimos concluir que quanto maior for o bem-estar maior será a interação social. Melhor dizendo, o programa concedeu uma maior integração social uma vez que, por um lado conseguiu alargar a rede social dos adultos mais velhos que se relacionaram com os participantes que conheceram no programa e por outro lado, permitiu uma melhor interação social com as pessoas fora do núcleo do programa. Aqui percebemos o impacto positivo que o programa teve nos participantes, uma vez que se sentiram bem e conseguiram ter um maior relacionamento, o que também vai ao encontro com os resultados da realização do *Grupo focal*. Nesta

análise também percebemos que quanto maior forem as dimensões da interação social, maior será o impacto na qualidade de vida das pessoas. Igualmente quanto maior forem as dimensões da qualidade de vida maior será a saúde física e quanto maior for a saúde psicológica maior será a função cognitiva. Isto significa que, com a melhoria do bem-estar e qualidade de vida dos inquiridos todas as variáveis também melhoraram. Estas correlações vão ao encontro dos resultados realizados no *Grupo focal*, uma vez que os inquiridos sentiram diferenças e mantiveram alguns aspetos alcançados com a participação no programa como por exemplo, sentir menos ansiedade, sentir mais felicidade e alegria, ter mais convívio e terem objetivos diários.

Com os resultados obtidos nesta investigação, conseguimos compreender que estes vão de encontro com os resultados disponibilizados em 2021 do programa “Cante pela sua Saúde”. A intervenção demonstrou que as atividades de canto em grupo para adultos seniores têm efeitos positivos ao nível do afeto positivo, bem-estar social, autoestima, memória verbal e saúde física, de tal modo que suportam a recomendação da intervenção para os adultos mais velhos (Arriaga *et al* 2021). Nestes resultados concluiu-se que as atividades de cantar em grupo são eficazes e têm um boa relação custo-benefício para a saúde física e mental e para o bem-estar social dos adultos mais velhos.

Por fim, no que diz respeito à questão da importância da música na vida dos participantes, compreendemos que grande maioria dos adultos mais velhos referiu que tem “muitíssima importância” na vida deles. Estes resultados refletem a importância da música no dia a dia dos idosos, visto que, segundo a literatura, a música tem efeitos transformadores no ser humano e é capaz de proporcionar diferentes estados físicos e psíquicos nas pessoas (Pires, 2022).

Através dos resultados alcançados percebemos que na investigação houve uma triangulação, uma vez que os resultados obtidos vão ao encontro das três técnicas utilizadas: questionário, *Grupo focal* e pesquisa documental, tal como referido na literatura “fontes de dados, abordagens teóricas ou métodos de recolha de dados na mesma pesquisa de maneira que seja possível obter como resultado um retrato mais fidedigno da realidade ou uma compreensão mais completa dos fenómenos a analisar” (Coutinho, 2008).

Esta investigação foi importante no sentido em que a música é uma ferramenta que através da respiração melhora a saúde física dos idosos e esta foi uma das ferramentas mais trabalhada com os adultos mais velhos que participaram no programa. Segundo Miranda e Godeli (2003), a música é capaz de promover principalmente para os idosos, respostas físicas, respostas emocionais, integração social e comunicação, uma vez que têm mais problemas de saúde e estão mais isolados e pela música conseguem interagir significativamente com os outros.

Ao nível profissional esta investigação foi importante pois percebemos a dimensão que o programa “Cante pela sua Saúde” teve nos adultos mais velhos, quer ao nível social como ao nível da saúde. Foi igualmente importante uma vez que ao longo do programa, os profissionais foram dando ferramentas aos adultos mais velhos que vão ser fundamentais para o progresso deles e percebemos nesta investigação que as mesmas foram conseguidas pois os adultos mais velhos mesmo tendo terminado o programa realizavam atividades durante o dia a dia e efetuavam os exercícios de respiração que lhes foram ensinando.

Uma das limitações desta investigação foi o número reduzido de participantes, pois não permitiu uma melhor avaliação do impacto que o programa tem passado alguns anos. Com um maior número de participantes os resultados poderiam ser mais completos. Uma outra limitação foi o facto de os participantes não conseguirem responder aos questionários sozinhos, o que não permitiu uma recolha de dados rica. Quanto às sugestões, contemplar a análise de frequência do grupo focal, uma vez que na investigação não foi possível devido à dificuldade de captar as respostas individuais de cada participante. Uma outra sugestão, o regresso de uma nova fase do programa “Cante pela sua Saúde” seria fundamental, pois todos os participantes referiram a importância que o mesmo teve na qualidade de vida e no bem-estar. E por fim sugerimos ser possível realizar o programa em mais instituições com a população idosa, pois com os resultados alcançados percebeu-se o impacto que este tipo de intervenções tem nos adultos mais velhos.

CONCLUSÃO

A presente investigação tinha o intuito de perceber se os programas de prevenção da doença e promoção da saúde são sustentáveis. Através da participação há alguns anos no programa “Cante pela sua Saúde” tentou-se perceber essa questão.

Com a realização dos questionários e do *Grupo focal*, compreendemos que a participação no programa “Cante pela sua Saúde” teve “muito impacto” nos adultos mais velhos ao nível do bem-estar, saúde e qualidade de vida.

Através dos objetivos da investigação conseguimos perceber que o programa “Cante pela sua Saúde” continua a ter atualmente impacto nos adultos mais velhos. No objetivo referente ao bem-estar concluímos que o programa continua a ter atualmente “muito impacto” no bem-estar dos adultos mais velhos idosos, pois sentem-se felizes e permanecem a realizar atividades no dia a dia. No objetivo relativo à integração social, finalizámos que o programa manteve o convívio entre os adultos mais velhos, pois mesmo após o término os adultos mais velhos mantiveram o contacto e continuaram a realizar atividades juntos. No objetivo alusivo à autoestima e qualidade de vida, concluímos que atualmente o programa tem impacto positivo nos participantes, no sentido que os mesmo continuam a sentir-se felizes e motivados diariamente.

No objetivo relativo à saúde física e psicológica, finalizamos que atualmente, na saúde física, o programa continua a ter impacto, pois os adultos mais velhos mantém a prática das atividades e dos exercícios de respiração que foram aprendendo. Na saúde psicológica tivemos duas conclusões. Por um lado, atualmente, o programa continua a ter impacto nos adultos mais velhos, porque apesar de ter terminado o programa, continuam ocupados diariamente em convívio e o programa acabou por ajudar na melhoria dos sintomas que tinham. Por outro lado, o facto de não haver o programa, os adultos mais velhos sentem-se mais isolados e mais tristes por não terem atividades e o convívio que tinham com o programa. No último objetivo referente à função cognitiva, concluímos que o programa, atualmente, permanece a ter impacto nos adultos mais velhos, principalmente na memória, pois para cantar necessitam de decorar a letra da música e este exercício torna-se fundamental para a ativação da memória.

Desta forma, através dos instrumentos de recolha de dados da investigação concluímos que após alguns anos da participação no programa “Cante pela sua Saúde”, este continua a ter impacto no bem-estar e qualidade de vida dos adultos mais velhos, tornando-se dessa forma sustentável.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu Oliveira, L. E., Cavalcante, H. T. D., da Silva, V. C. S., & de Souza Mendonça, P. B. Musicoterapia como estímulo de cognição em idosos institucionalizados em casa de longa permanência: relato de experiência.
- Alleyne, G.A.O Health and the quality of life (2021). Reflexiones del Director / From the Director
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8761/4252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alzheimer Portugal (2023, 23 novembro)
<https://alzheimerportugal.org/quem-canta-seus-males-espanta-a-importancia-de-cantar-com-a-pessoa-com-demencia/>
- Amaral, M. J. F. S. D. (2015). *Felicidade, bem-estar e satisfação profissional* (Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa)
https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11447/3/master_maria_seabra_amaral.pdf
- Ander-Egg, E. (1980). Metodologia y Practica Del Desarrollo de la Comunidad. El Ateneo.
- António, S. (2011). “Sobre Velhice e envelhecimento ativo – À maneira de prefácio”. In Luís Jacob e Hélder Fernandes (Coord.), *Ideias para um envelhecimento Ativo*. Almerim: Rutis, 2009, pp.4-10.
- APMHIS (2023, 1 fevereiro) <https://www.musicanoshospitais.pt/msica-nos-hospitais>
- Araújo, L. F., Santos, L. M. S., de Brito Amaral, E., de Araújo Cardoso, A. C., & Negreiros, F. (2016). A Musicoterapia no fortalecimento da comunicação entre os idosos institucionalizados. *Revista Kairós: Gerontologia (Especial22)*, 191-205.
- Araújo, T. C., Pereira, A., & Araújo, M. S. S. (2014). Uso da música nos diversos cenários do cuidado: revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem* 28 ,(1).
- Areias, J. C. (2016). A música, a saúde e o bem-estar. *Nascer e Crescer*, 25(1), 7-10.

- Arriaga, P., Ribeiro, R. R., Azevedo, S., Lima, M. L., Galinha, I. C., Pires, A., ... & Precatado, H. (2021). Cante pela sua Saúde: Memória do Projeto Grupos de Canto para Seniores.
- Azevedo, M. S. A. (2015). O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa.
- Bergold, Leila B.; ALVIM, Neide Aparecida T. Influência dos encontros musicais no processo terapêutico de sistemas familiares na quimioterapia.
- Boto, M. D. C. (2014). *Humanização dos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos de pediatria: percepção dos pais e dos enfermeiros* (Dissertação Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9490/1/Tese%20_%20Humaniza%c3%a7%c3%a3o%20dos%20cuidados%20de%20enfermagem%20numa%20unidade%20de%20cuidados%20intensivos.pdf
- Camará, M. (2020). *A integração social e académica dos estudantes internacionais do Instituto Politécnico de Beja* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja) https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5344/1/Malam%2bCamar%c3%a1_pdfa.pdf
- Candeias, A. R. G. (2016). *Música para a vida: musicoterapia aplicada a idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusíada de Lisboa) http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1899/4/mmt_ana_candeias_dissertacao.pdf
- Carmo, H. e Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem*. 2ª. edição. Lisboa: Universidade Aberta
- Caro, C., & Anica, A. (2020). Memórias musicais em pessoas idosas. Estudo de caso. *Envelhecimento Ativo e Educação II*, 151-159.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*, Lisboa, Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação
- Centro Social Paroquial de Mindelo (2023, 14 de setembro) <https://cspmindelo.pt/>

- Chiarelli, L. K. M., & Barreto, S. D. J. (2005). A música como meio de desenvolver a inteligência e a integração do ser. *Revista Recre@rte*, 3(1), 1699-1834.
- Costa, C. M. M. H., & Vagetti, G. C. (2015). Musicoterapia e qualidade de vida: uma revisão sistemática. UNESPAR/Campo Mourão, Anais Encontro Anual de Iniciação Científica e V Seminário de Pesquisa e Pós-graduação.
- Costa, P. I. F. D. S. (2013). *Promoção da saúde mental em idosos: projeto de intervenção na depressão com base na animação sociocultural* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação)
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11071/1/PATRICIA_COSTA.pdf
- Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação unisinos*, 12(1), 5-15.
https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7884/1/005a015_ART01_Coutinho%5Brev_OK%5D.pdf
- da Silva, J. L., Barbosa, G. M., & do Espírito Santo, F. H. (2020). Música no cuidado em saúde do idoso: revisão integrativa. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(4), 81-102.
- de Medeiros, J. D. S. S., & de Oliveira, L. P. B. A. Effect of music as a therapeutic resource in a support group for the elderly.
- de Oliveira Dias, K. C. C., Lopes, M. E. L., de França, I. S. X., de Souza Batista, P. S., Batista, J. B. V., & de Sousa, F. S. (2015). Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1832-1846.
- de Sousa, D. S. (2009). *Bem-estar Físico e Psicológico, a Motivação Intrínseca e as Motivações para a prática de exercício físico em praticantes de Atividades Físicas Orientais e Não Orientais* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada)
<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/4355/1/13137.pdf>
- Diaz Abrahan PhD, V., Lemos Jaramillo Lic, A., & Justel PhD, N. (2019). Benefits of music therapy in the quality of life of older adults. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(3), 9-19.

- Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41. Goldenberg, Rachel B. (2016). Singing Lessons for Respiratory Health: A Literature Review. In *Journal of Voice*. Language: English. DOI: 10.1016/j.jvoice.2017.03.021
- Direção Geral de Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas
- Domínguez-Lloria, S., Ojea, M. J. G., & Pino-Juste, M. (2019). Efficiency of Music Therapy as a Non-pharmacological Treatment for the Elderly. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 9(3).
- Estêvão, S. M. V. P. (2017). *Qualidade de vida de idosos em centro de dia e em serviço de apoio domiciliário* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve) <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10692/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Susana%20Final%20PDF.pdf>
- Felce, D., Perry, J., 1995. Quality of life: its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*, 16(1):51-74.
- Fernandes, V. (s.d). Música e o envelhecimento. Obtido em setembro 2023, de O Gerontólogo: <https://vascofernandes.wordpress.com/gerontologia/promoveremancer-a-saude/a-musica-e-o-envelhecimento/>
- Ferreira, S. (2005). Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). S.A.C.S: Universidade de Aveiro.
- Ferreira, V. H. S. (2018). Os efeitos da utilização da música em idosos institucionalizados
- Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place: Envelhecimento em casa e na comunidade: modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://60mais.ipleiria.pt/files/2021/06/Ageing-in-Place_digital.pdf

- Freitas, C. M. D. S. (2017). *A Humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica)
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22918/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (6ª edição). São Paulo, Editoras Atlas S. A.
- Henriques, A. & Sá, E. (2007). Qualidade de Vida em Idosos em Lares e Centros de Dia. *Pensar Enfermagem*, Vol.11, n. 2, 2º Semestre.
- Instituto Nacional Estatística 2021 (2021, 12 janeiro)
file:///C:/Users/marga/Downloads/16_Censos_Provis%C3%B3rios.pdf
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C.L.M.; Hysom, S. J.; Lupo, K. L. (2000). The positive organization: leadership legitimacy, employer well-being and the bottom line.
- Land, K. C. (1975). Theories, models and indicators of social change. *International Social Science Journal*, 27, 1, 7-37
- Lima, Â. M. M. D., Silva, H. S. D., & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 795-807.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/gZJj8GhfrcVG4cPfgCWpTHM/?format=pdf&lang=pt>
- Lopes, P. C. L. (2013). *Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal* (Dissertação de Mestrado, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa).
https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/6984/1/master_paula_loureiro_lopes.pdf

- Luz, L. T. D. (2015). Musicoterapia na qualidade de vida em idosos institucionalizados
- Machado, D., Mota, M. F., Brás, M. A., & Anes, E. (2021). Programas e respostas à saúde do idoso em Portugal. *Revista de Psicologia International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 2, 501-508.
- Marques, A. F. R. A. (2018). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica) <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24101/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Filipa%20Marques.pdf>
- Martins, S. T. L. (2020). Efeitos das intervenções com música na agitação em idosos com demência? Revisão integrativa da literatura.
- Melo, G. A. A., Rodrigues, A. B., Firmeza, M. A., Grangeiro, A. S. M., Oliveira, P. P., & Caetano, J. Á. (2017). Musical intervention on anxiety and vital parameters of chronic renal patients: a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, e2978.
- Mendes, A. C. L. (2018). *O bem-estar subjetivo e o desempenho percebido dos trabalhadores* (Dissertação de Mestrado Universidade Lusíada) http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/3851/1/mgrhao_ana_mendes_dissertacao.pdf
- Ministério da saúde. (2018). Retrato da Saúde (2024, 14 de maio) https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAÚDE_2018_compressed.pdf
- Miranda, L. C.; Banhato, E. F. C. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora. v. 2, n. 1, p. 69-80, jun. 2008.
- Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152.
- Nazareth, J. M. (1988). O envelhecimento demográfico. *Psicologia*, 6(2), 135-147. <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/794/516>
- Nepali, M.J; Bengali M.C.S; Francês V. M. G; Mandarin W.Y. (2020) A importância do bem-estar na Saúde <https://casadobrasilidelisboa.pt/wp->

<content/uploads/2020/06/A-import%C3%A2ncia-do-bem-estar-na-sa%C3%BAdo-Portugu%C3%AAs.pdf>

Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 8(1), 99-108. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n1/v8n1a09.pdf>.

Oliveira, C. C; Gomes, A. breve história da musicoterapia, suas contextualizações e práticas. Atas do XII Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciência e Educação (SPCE), Portugal, p. 754-64, set. 2014.

Oliveira, C. S. (2020). *A arte de cuidar* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto) <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32899>

Organização Mundial da Saúde (1946) (2024, 15 maio) https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAdo%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial Saúde. (2002). *Active Ageing – A Policy Framework* (2024, 13 de maio) <https://www.who.int/>

Ostrom, T. M. (1969). The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. *Journal of Experimental Psychology*, 5, 12-30.

Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme

Patrick D, Erickson P: *Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press; 1993.

Pereira, D. S. A. (2017). *Práticas de promoção de saúde, bem-estar no trabalho, intenção de turnover e desempenho organizacional* (Dissertação de Mestrado, Instituto

Universitário de Lisboa) https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/15363/1/daniela_antunes_pereira_diss_mestrado.pdf

Pinto, A. (1990). Metodologia da Investigação Psicológica. Porto: Ed. Jornal de Psicologia.

Pordata (2023, 18 fevereiro) [https://www.pordata.pt/europa/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+\(percentagem\)-1865-2019](https://www.pordata.pt/europa/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios+(percentagem)-1865-2019)

Portal do envelhecimento (2023, 1 dezembro) <https://portaldoenvelhecimento.com.br/8-bilhoes-de-habitantes-e-11-bilhao-de-idosos-no-mundo/>

Pscheidt, T. S., & Pereira, P. A. (2021). A música como prática integrativa complementar em idosos institucionalizados. *Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar*, 10, 16-28.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). Quinta etapa: a observação. In Quivy, R. & Campenhoudt, L. (Eds), Manual de investigação em ciências sociais (155-208). Lisboa: Gradiva

Ribeiro, H. C. D. P. (2011). Qualidade de Vida do idoso institucionalizado: realidade vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve (Dissertação de Mestrado, Escola Superior da Educação). <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2071/1/QV%20do%20Idoso%20Institucionalizado.pdf>

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde.

Ribeiro, J. L. P. 2009. A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. In: J. P. Cruz, S. N. Jesus & C. Nunes (Coords.), Bem-estar e qualidade de vida: 31-49. Alcochete: Textiverso.

Ribeiro, M. L. (2019). “Boas Práticas” nos cuidados formais a pessoas idosas: a perspectiva dos profissionais e das pessoas idosas (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas) <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/19283/1/TESE%20Maria.pdf>

- Ribeiro, Oscar; PAÚL, Constança (2011), “Envelhecimento Ativo”, in Oscar Ribeiro e Constança Paúl (Coord.), Manual de Envelhecimento Ativo, Lisboa, LIDEL, pp. 1-12.
- Rodrigues Pires, A. F. (2022). *O impacto da música nas pessoas idosas* (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Vale do Tejo) <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/40226/1/Ana%20Pires.pdf>
- Ros, S. C. (2022). *O efeito da arte e do desporto na dinâmica afetiva e comportamental de crianças e jovens com medida de acolhimento* (Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona) https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/12968/1/VF_ROS_SIMONE_M_RVSAAIS_2022_1DE1.pdf
- Rosa, M.J.V (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.
- SAMP (2023, 14 dezembro) <https://samp.pt/samp-contigo/aqui-contigo/>
- Santos, S. R., Costa Santos, I. B., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-764.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 585-593.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 17, 29-41.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004
- Silva, G. J., Fonseca, M. S., Rodrigues, A. B., Oliveira, P. P., Brasil, D. R. M., & Moreira, M. M. C. (2014). Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4),

630-636. Recuperado em 15 janeiro, 2020, de: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670420>.

Silva, G. S. C. (2019). *Humanização dos cuidados em pediatria: Atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria* (Dissertação Mestrado, Universidade de Évora) <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30392/1/Relat%c3%b3rio%20final.pdf>

Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista lusófona de educação*, (26), 175-189.

Souza, M.G.C. Musicoterapia e a clínica do envelhecimento. In Papaleo, M.N. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

Strauss, M., Heerden, S. M. V., & Joubert, G. (2016). Occupational therapy and the use of music tempo in the treatment of the mental health care user with psychosis. *South African Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 21-26. Recuperado em 02 fevereiro, 2020, de: <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2016/v46n1a6>.

Teixeira (2015). *Música 100: Idade Projeto de Música na Comunidade no Centro Social de Calendário*

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8, 246-252

Zanini, C. R. D. O. O efeito da musicoterapia na qualidade de vida e na pressão arterial do paciente hipertenso. 2009. Tese de Doutorado Programa de Pósgraduação em Ciências da Saúde., Universidade Federal de Goiás

Apêndice

Apêndice A

Questionário

A promoção do bem-estar e da saúde dos adultos mais velhos em contexto comunitário: avaliação de impacto do programa “Cante pela sua saúde”

Este inquérito foi promovido por um grupo de investigadores da Universidade Lusófona para monitorizar o impacto do programa "Cante pela sua Saúde", que foi coordenado pela cantora e psicóloga Anabela Pires, após alguns anos da sua realização.

Este inquérito, com carácter anónimo, dirige-se exclusivamente aos idosos que participaram no programa "Cante pela sua saúde".

A recolha da informação pessoal é realizada com a garantia de estrita confidencialidade, no cumprimento da legislação aplicável em matéria de proteção de dados.

Página 1

Consentimento informado

Descrição (opcional)

Consentimento Informado

A sua participação é muito importante para nós.

As respostas ao questionário são anónimas e os dados solicitados não permitem a identificação de quem responde. A recolha e armazenamento dos dados cumpre o Regulamento Geral de Proteção de Dados, e estes estarão acessíveis apenas à equipa de investigação (responsável pelo estudo). As respostas serão analisadas no conjunto de todos os participantes, e nunca de forma individual. Para responder a este questionário confirme que aceita as condições de participação

☐ Declaro que li e que aceito as condições da minha participação

Página 2

1. Bem-estar

Descrição (opcional)

1.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” **tem** **presentemente impacto** nas seguintes dimensões: *

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5 = MUITÍSSIMO impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria do ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria do ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

1.2. Pode dar algum exemplo do impacto, no seu **bem-estar actual**?

Página 3

2. Integração Social

Descrição (opcional)

2.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” tem **presentemente impacto** nas seguintes dimensões: *

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5 = MUITÍSSIMO impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria do ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria na ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.2. Pode dar algum exemplo do impacto nas suas **relações actuais**?

Página 4

3. Autoestima e Qualidade de vida

Descrição (opcional)

3.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” tem **presentemente impacto** nas seguintes dimensões:

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5= Multíssimo impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria na ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.2. Pode dar algum exemplo do impacto na sua **qualidade de vida**?

Texto de resposta longa

Página 5

4. Saúde Psicológica

Descrição (opcional)

4.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” tem **presentemente impacto** nas seguintes **dimensões da saúde mental**:

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5= Multíssimo impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria do...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria do...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria do...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.2. Pode dar algum exemplo do impacto na sua **saúde mental**?

Texto de resposta longa

Página 6

5. Função Cognitiva

Descrição (opcional)

5.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” tem **presentemente impacto** nas seguintes dimensões: *

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5 = Muitíssimo impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.2. Pode dar algum exemplo do impacto na sua **cognição**?

Texto de resposta longa

Página 7

6. Saúde Física

Descrição (opcional)

6.1. Em que medida é que ter participado no programa “Cante pela sua saúde” tem **presentemente impacto** nas seguintes dimensões da **saúde física**: *

Classifique numa escala de 0 - 5 em que “0 = nenhum impacto” e “5 = Muitíssimo impacto”.

	0	1	2	3	4	5
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria do ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria do ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melhoria da ...	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6.2. Pode dar algum exemplo do impacto na sua **saúde física**?

Texto de resposta longa

Página 8

7. Caracterização do inquirido

Descrição (opcional)

7.1. Qual é o seu género? *

1. Feminino

2. Masculino

3. Outra

7.2. Qual a sua idade? *

Texto de resposta curta

7.3. Qual é o seu estado civil? *

☐ solteiro/a

☐ Casado/a

☐ União de facto

☐ viúvo/a

☐ divorciado/a

7.4. Vive sozinho ou acompanhado? *

☐ sozinho

☐ acompanhado

7.5. Se vive acompanhado, vive com quem?

Texto de resposta curta

7.6. Qual a importância da música na sua vida? *

Classifique numa escala de 0 - 5 em que 0 - Nenhuma e 5 - Muita.

	0	1	2	3	4	5	
Nenhuma	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muita

Anexos

1- Integração social VS Autoestima e Qualidade de vida (com scores)

	Interação_Social	AE_Qualidade_Vida
Interação_Social	1,000	0,331
	.	0,154
AE_Qualidade_Vida	0,331	1,000
	0,154	.

2- Autoestima e qualidade de vida VS Saúde psicológica

	AE_Qualidade_vida	Saude_Psicologica
AE_Qualidade_Vida	1,000	0,336
	.	0,148
Saude_Psicologica	0,336	1,000
	0,148	.

	SM_Depressão	SM_Ansiedade	SM_Stress
QV_autoestima	0,173	0,160	0,308
	0,466	0,502	0,187
QV_saudefisica	0,131	0,109	0,051
	0,581	0,646	0,831
QV_saudemental	0,003	-0,017	0,119
	0,990	0,943	0,616
QV_qualidadevida	0,248	0,234	0,182
	0,291	0,321	0,442

3- Autoestima e qualidade de vida VS Saúde física

	AE_Qualidade vida	Saúde Física
AE_Qualidade_Vida	1,000	0,325
	.	0,162
	N- 20	N- 20
Saude_Fisica	0,325	1,000
	0,162	.
	N-20	N- 20

4- Correlação com as variáveis dependentes VS variável da Idade

	Bem estar	Int. social	Qualida de vida	Saúde psicológica	Função cognitiva	Saúde física	Import.música
Idade	0,187	-0,091	-0,098	0,009	0,308	0,087	-0,220
	0,431	0,703	0,680	0,971	0,187	0,714	0,351

	Hipótese nula	Sig.	Decisão
1	a distribuição do Bem Estar é a mesma entre categorias de idade_median	1,000	Manter a hipótese nula
2	A distribuição Interação social é a mesma entre categorias de idade_median	0,315	Manter a hipótese nula
3	A distribuição Qualidade de vida é a mesma entre categorias de idade_median	0,218	Manter a hipótese nula
4	A distribuição Saúde_Psicologica é a mesma entre categorias de idade_median	0,631	Manter a hipótese nula
5	A distribuição Função_cognitiva é a mesma entre categorias de idade_median	0,631	Manter a hipótese nula
6	A distribuição Saúde_fisica é a mesma entre categorias de idade_median	1,000	Manter a hipótese nula

5- Correlações com as variáveis dependentes VS variável vive acompanhado

	Hipótese nula	Sig.	Decisão
1	a distribuição do Bem Estar é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	0,656	Manter a hipótese nula
2	A distribuição Interação social é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	1,000	Manter a hipótese nula
3	A distribuição Qualidade de vida é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	0,710	Manter a hipótese nula
4	A distribuição Saúde_Psicologica é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	0,710	Manter a hipótese nula
5	A distribuição Função_cognitiva é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	1,000	Manter a hipótese nula
6	A distribuição Saúde_fisica é a mesma entre categorias de sozinho ou acompanhado	0,261	Manter a hipótese nula

	7.4. Vive sozinho ou acompanhado?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bem_Estar	Sozinho	9	4,5185	,83518	0,27839
	Acompanhado	11	4,0909	1,52090	0,45857
Interação_Soci al	Sozinho	9	4,1111	1,64148	0,54716
	Acompanhado	11	4,1515	1,18663	0,35778
AE_Qualidade_Vida	Sozinho	9	4,3889	,88487	0,29496
	Acompanhado	11	4,2273	1,14812	0,34617
Saude_Psicologi ca	Sozinho	9	3,2593	1,50718	0,50239
	Acompanhado	11	3,3939	1,89043	0,56999
Funcao_cognitiv a	Sozinho	9	4,0556	1,28560	0,42853
	Acompanhado	11	4,0909	1,42860	0,43074
Saude_Fisica	Sozinho	9	3,4444	,94189	0,31396
	Acompanhado	11	2,8409	1,41542	0,42676

6- Integração social VS Estado civil

	Teste estatística	Std. Error	Std. Teste estatística	Sig.	Ad. Sig
Divorciado-Casado	5,500	5,907	0,931	0,352	1,000
Divorciado-Viúvo	11,208	5,613	1,997	0,046	0,275
Divorciado-Solteiro	-14,000	6,604	-2,120	0,034	0,204
Casado-Viúvo	5,708	2,870	1,989	0,047	0,280
Casado-Solteiro	-8,500	4,512	-1,884	0,060	0,357
Viúvo-Solteiro	-2,792	4,119	-0,678	0,498	1,000

7- Função cognitiva VS Estado civil

	Teste estatística	Std. Error	Std. Teste estatística	Sig.	Ad. Sig
Divorciado-Solteiro	-1,000	6,604	-0,151	0,880	1,000
Divorciado-Casado	8,000	5,907	1,354	0,176	1,000
Divorciado-Viúvo	10,667	5,613	1,900	0,057	0,344
Solteiro-Casado	7,000	4,512	1,552	0,121	0,344
Solteiro-Viúvo	9,667	4,119	2,347	0,019	0,114
Casado-Viúvo	2,667	2,870	0,929	0,353	1,000