



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

**Perceções dos Seniores Quanto aos Benefícios de Participação num Programa de Canto
em Grupo**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Sara Venera de Matos

Orientadora: Professora Doutora Iolanda Costa Galinha

Número da candidata: 20140279

Junho de 2020

Lisboa

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Iolanda Galinha, pela oportunidade, pela disponibilidade, pela confiança, pela partilha de conhecimento e por toda a ajuda prestada ao longo destes meses.

Um especial agradecimento a todos os que participaram de forma voluntária nesta investigação.

A todos os professores que me acompanharam ao longo deste percurso, obrigada pelo crescimento.

Às minhas colegas de turma, por todos os momentos de partilha, sem vocês não teria sido igual.

Às minhas melhores amigas pelo apoio e motivação de todas as horas.

À minha família e em especial aos meus avós, pois sempre desejaram o melhor para mim.

Por último, e mais importante, aos meus pais, que sempre confiaram em mim e que sempre me forneceram as ferramentas necessárias ao meu crescimento pessoal, académico e profissional. Um obrigada do tamanho do meu amor por vocês.

Vários estudos têm reportado que o canto em grupo está associado a diversos benefícios para o bem-estar, para a qualidade de vida e para a saúde dos adultos mais velhos. Porém, existem poucos estudos com desenho experimental capazes de validar a causalidade desses benefícios. Assim, neste estudo de caráter experimental cruzado, com distribuição aleatória dos participantes por grupos de intervenção e de controlo (em lista de espera), recorreu-se a medidas quantitativas por questionário e a medidas qualitativas através de entrevistas semiestruturadas para testar os efeitos de um programa de canto em grupo, com a duração de quatro meses, 34 sessões de duas horas cada sessão, no Bem-Estar (Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Negativo), na Qualidade de Vida, no número de consultas assistidas e na alteração da medicação receitada em adultos mais velhos. Recolheu-se uma amostra de 149 seniores (16.7% homens e 83.3% de mulheres) com uma média de idades de 76.66 ($DP = 8.79$), com um rendimento mensal médio de 564.76 euros ($DP = 24.83$), utentes das Santas Casas da Misericórdia de Almada e de Lisboa, divididos em dois grupos, experimental ($n = 89$), e de controlo ($n = 60$). Os grupos revelaram homogeneidade em relação às variáveis do estudo no pré-teste. Relativamente aos resultados do estudo no Bem-Estar Subjetivo verificaram-se efeitos significativos da participação no grupo de canto no Afeto Positivo, não se tendo verificado efeitos nas restantes dimensões do Bem-Estar Subjetivo. Quanto à Qualidade de Vida, verificaram-se efeitos marginalmente significativos na perceção de saúde física, não se tendo verificado efeitos significativos nas restantes dimensões da Qualidade de Vida. Não se verificaram efeitos significativos da intervenção no número de consultas assistidas e na medicação receitada. A análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas revelou que o impacto do programa foi avaliado de forma muito positiva pela maioria dos participantes (98.6%). Os principais benefícios reportados pelos participantes foram o bem-estar (emocional e satisfação com a vida) (50%), os benefícios sociais (30.6%) e os benefícios para o desenvolvimento pessoal (12.2%), tendo sido as três categorias temáticas mais focadas pelos seniores. Os resultados sugerem que programas de canto em grupo com a duração de quatro meses podem promover resultados positivos no Afeto Positivo e na perceção de saúde física dos seniores, mas não em outras variáveis como do Bem-Estar e da Qualidade de Vida, o número de consultas assistidas e a toma de medicação. Programas com períodos de intervenção superiores poderão produzir resultados mais significativos em populações com idade avançada, sendo necessários mais estudos com desenho experimental para testar os seus efeitos.

Palavras-chave: Grupos de Canto; Adultos Mais Velhos; Percepção de Benefícios; Estudo Experimental Randomizado.

Abstract

Several studies have reported that group singing is associated with several benefits for the well-being, quality of life and health of older adults. However, there are few studies with an experimental design capable of validating the causality of these benefits. Thus, in this experimental cross-over study, with a random distribution of participants by intervention and control groups (on a waiting list), quantitative measures were used by questionnaire and qualitative measures through semi-structured interviews to test the effects of a group singing program, of four months, 34 sessions of two hours each on Well-Being (Life Satisfaction, Positive and Negative Affect), Quality of Life, the number of consultations attended and changes in medication prescribed for older adults. A sample of 149 seniors (16.7% men and 83.3% women) was collected with an average age of 76.66 ($SD = 8.79$), with an average monthly income of 564.76 euros ($SD = 24.83$), users of the Santa Casa da Misericórdia of Almada and Lisbon, divided into two experimental ($n = 89$), and control ($n = 60$) groups. The groups showed homogeneity concerning the study variables. Regarding the results of the study on Subjective Well-Being there were significant effects of participation in the singing group on Positive Affect. As for Quality of Life, there were marginally significant effects on the perception of physical health, with no significant effects on the other dimensions of quality of life. There were no significant effects of the intervention on the number of medical appointments attended and prescribed medication. The qualitative analysis of the semi-structured interviews revealed that the impact of the program was evaluated very positively by most of the participants (98.6%). The main benefits reported by the participants were well-being (emotional and life satisfaction) (50%), social benefits (30.6%), and benefits for personal development (12.2%), being the three thematic categories most focused by the participants. The results suggest that group singing programs of four months can promote positive results in Positive Affection and perception of seniors' physical health, but not in other variables such as Negative Affect, Life Satisfaction, Quality of Life, the number of medical appointments attended and prescribed medication. Singing group programs with longer intervention periods may produce more significant results in populations with advanced age, requiring further studies with experimental design to test their effects.

Keywords: Singing Groups; Elderly People; Perception of Benefits; Randomized Controlled Trial.

Índice

Agradecimentos	2
Abstract	5
Índice de Tabelas	9
Lista de Siglas e Abreviaturas	10
Introdução	11
Capítulo I	13
Enquadramento Teórico	13
1.1 Os Processos de Envelhecimento	14
1.2 Envelhecimento da População e Alterações Demográficas	16
1.2.1 Realidade Portuguesa do Envelhecimento na Atualidade	17
1.3 Envelhecimento Ativo e Saúde	18
1.4 Envelhecimento e Qualidade de Vida	19
1.5 Envelhecimento e Bem-estar Subjetivo	21
1.6 Estudos Empíricos sobre Benefícios de Cantar em Grupo	23
1.6.1 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto na Saúde	24
1.6.2 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto no Bem-estar Subjetivo	25
1.6.3 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto na Qualidade de Vida	29
Capítulo II	31
Metodologia	31
2.1 Delineamento do Estudo	32
2.1.1 Hipóteses de Investigação	33
2.2 Participantes	33
2.3 Procedimentos	36
2.4 Instrumentos	38
2.4.1 Entrevista Semiestruturada	38
2.4.2 Consultas e Medicação	38
2.4.3 SWLS - Satisfaction With Life Scale	39
2.4.4 PANAS – Positive and Negative Affect Schedule	39
2.4.5 WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Bref	40
2.5 Estratégia da Análise Estatística	41
Capítulo III	43
Resultados	43
3.1 Teste dos Efeitos da Intervenção no BES – Satisfação com a Vida; Afeto Positivo e Afeto Negativo	44

3.2	Teste de Efeitos da Intervenção na Qualidade de Vida	45
3.3	Comparação das Consultas e Medicação dos Participantes Antes e Após a Intervenção ..	46
3.3	Perceção dos Benefícios e Inconvenientes Face à Participação no Grupo de Canto	48
Capítulo IV		61
Discussão		61
Capítulo V		68
Conclusão		68
5.1	Conclusão	69
5.2	Contribuições, Limitações e Sugestões	69
Referências		71
Anexos		78
Anexo 1 – Consentimento Informado		78
Anexo 2 – Entrevista Semiestruturada		81
Anexo 3 – SWLS		82
Anexo 4 – PANAS		83
Anexo 5 - WHOQOL-BREF		83
Anexo 6 – Género: Tabulação Cruzada		85
Anexo 7 – Género: Testes Qui-Quadrado		85
Anexo 8 – Estado Civil: Tabulação Cruzada		86
Anexo 9 – Estado Civil: Testes Qui-Quadrado		86
Anexo 10 – Idade e Educação: Descritivas		87
Anexo 11 – Idade e Educação: ANOVA		87
Anexo 12 - Indicador Socioeconomico: ANOVA		87
Anexo 13 – Satisfação com a Vida, Afeto Positivo, Afeto Negativo, Qualidade de Vida Total, Qualidade de Vida Domínio Físico, Qualidade de Vida Domínio Psicológico, Nº de Consultas: ANOVA		88
Anexo 14 – Afeto Positivo: Gráfico de Análise		89
Anexo 15 – Afeto Positivo: Estatísticas Descritivas		89
Anexo 16 – Afeto Positivo: Testes de efeitos entre sujeitos		90
Anexo 17 – Afeto Positivo: Testes de contrastes dentre-sujeitos		90
Anexo 18 – Afeto Negativo: Gráfico de Análise		91
Anexo 19 – Afeto Negativo: Estatísticas Descritivas		91
Anexo 20 – Afeto Negativo: Testes de efeitos entre sujeitos		91
Anexo 21 – Afeto Negativo: Testes de contrastes dentre-sujeitos		92
Anexo 22 – Satisfação com a Vida: Gráfico de Análise		92

Anexo 23 – Satisfação com a Vida: Estísticas Descritivas	92
Anexo 24 – Satisfação com a Vida: Testes de efeitos entre sujeitos	93
Anexo 25 – Satisfação com a Vida: Testes de contrastes dentre-sujeitos	93
Anexo 26 – Qualidade de Vida Total: Gráfico de Análise	94
Anexo 27 – Qualidade de Vida Total: Estísticas Descritivas	94
Anexo 28 – Qualidade de Vida Total: Testes de efeitos entre sujeitos.....	94
Anexo 29 - Qualidade de Vida Total: Testes de contrastes dentre-sujeitos	95
Anexo 30 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Gráfico de Análise.....	95
Anexo 31 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Estísticas Descritivas	96
Anexo 32 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Testes de efeitos entre sujeitos	96
Anexo 33 - Qualidade de Vida Domínio Físico: Testes de contrastes dentre-sujeitos.....	96
Anexo 34 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Gráfico de Análise.....	97
Anexo 35 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Estísticas Descritivas.....	97
Anexo 36 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Testes de efeitos entre sujeitos	98
Anexo 37 – Qualida de Vida Domínio Psicológico: Testes de contrastes dentre-sujeitos	98
Anexo 38 – N° de Consultas: Gráfico de Análise	99
Anexo 39 – N° de Consultas: Estísticas Descritivas	99
Anexo 40 – N° de Consultas: Testes de efeitos entre sujeitos.....	99
Anexo 41 – N° de Consultas: Testes de contrastes dentre-sujeitos.....	100
Anexo 42 – Análise Qualitativa do N° de Consultas	100
Anexo 43 – Análise Qualitativa da Medicação.....	105

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas e Distribuição das Variáveis no Pré-Teste (T0).....	34
Tabela 2. Estatísticas Descritivas, Resultados de Efeitos de Interação do Programa de Canto Entre-Sujeitos T0 e T1	45
Tabela 3. Análise Qualitativa do N° de Consultas entre Pré-Teste e Pós-Teste.....	47
Tabela 4. Análise Qualitativa da Medicação entre Pré-Teste e Pós-Teste	47
Tabela 5. 1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto T0.....	50
Tabela 6. 2ª Questão: Inconvenientes do Programa de Canto T0	52
Tabela 7. 3ª Questão: Motivações para o Programa de Canto T0	54
Tabela 8. 1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto T1.....	56
Tabela 9. 2ª Questão: Inconvenientes do Programa de Canto T1	58
Tabela 10. 3ª Questão: Aspectos que Melhoraria no Programa de Canto T1	59

Lista de Siglas e Abreviaturas

INE – Instituto Nacional de Estatística

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Introdução

Na grande maioria das culturas o canto é uma parte integrante, oferecendo uma possibilidade de envolvimento. Deste modo, a participação ativa na música, tal como tocar instrumentos ou a participação em programas de canto, pode criar benefícios nos adultos mais velhos, pois o canto em grupo exige um envolvimento cognitivo e físico, para além de que socialmente tem uma enorme vantagem. Desta forma contribui para manter os seniores ativos e independentes, conferindo múltiplos benefícios ao seu Bem-estar (Johnson et al., 2015).

Segundo Clair e Memmontt (2008), o canto perspetivado como uma terapia tem impacto ao nível psicológico, podendo ser praticado para melhorar o humor, regular emoções e aliviar o stresse. A musicoterapia tem como fim abordar emoções, poderes cognitivos, pensamento e memórias, enriquecendo a existência pessoal, proporcionando liberdade, estabilidade, organização e foco (Sacks, 2008).

As investigações sobre o impacto dos grupos de canto no Bem-Estar Subjetivo são ainda muito limitadas, ainda que nas últimas décadas tenham sido realizados alguns estudos sobre o tema (Clift & Hancox, 2010; Skingley et al., 2011). Porém, é uma investigação relativamente recente e os estudos encontrados são na sua grande maioria qualitativos, exploratórios e com amostras pequenas (Clift & Hancox, 2010). A literatura científica defende a importância de realizar mais estudos experimentais para apurar os efeitos de grupos de canto em seniores. Por outro lado, Lucas e Diener (2015), consideram o Bem-Estar Subjetivo uma variável positiva de saúde mental e segundo a WHO (2014), as alterações demográficas mundiais atuais tornam urgente o estudo de formas de intervenção para a promoção da saúde mental sénior.

Após observação dos dados disponíveis na literatura científica, sentiu-se necessidade de uma investigação com uma metodologia mais robusta neste âmbito, incluindo um estudo experimental em contexto natural, com grupos experimental e de controlo randomizados. Deste modo, será possível identificar os efeitos causais da participação de seniores num programa de grupos de canto.

O esperado é que os participantes do grupo experimental demonstrem diferenças significativas num aumento do Bem-Estar, Qualidade de Vida e indicadores de saúde em comparação a um grupo de controlo.

Esta dissertação faz parte de um estudo de investigação e intervenção, projeto n.º 626: «Grupos de canto para seniores», no âmbito do Orçamento Participativo (OPP) 2017, cuja gestão foi atribuída à Direção Geral das Artes, a que se refere a Resolução do Conselho de Ministros n.º 195/2017 e o Despacho n.º 11409-C/2017, publicados, respetivamente, nos Diários da República, 2.ª série n.º 245, de 22 de dezembro de 2017 e n.º 248, de 28 de dezembro de 2017. A Direção Científica do Projeto foi atribuída à UAL (Doutora Iolanda Galinha do Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia – CIP e professora orientadora desta dissertação) e o ISCTE (Doutora Luísa Lima do Centro de Investigação em Intervenção Social - CIS-IUL). O Teatro Nacional de São Carlos é a Instituição onde se desenvolve a intervenção (sessões de canto e espetáculos), sendo a Dra. Anabela Pires a responsável pela direção artística do projeto e a Dra. Anabela Pires e o Dr. Sérgio Fontão os responsáveis pela produção musical e executiva da intervenção. A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia de Almada são os parceiros que apoiam a intervenção, tornam possível o acesso dos participantes ao programa de intervenção e apoiam a equipa científica na recolha dos dados aos participantes.

Os resultados aqui apresentados constituem uma análise preliminar dos dados que virão a ser integrados em artigos científicos a submeter para publicação.

É necessário olhar para o envelhecimento de modo a compreendermos intimamente os que estão a envelhecer, para que possamos desenvolver estratégias que melhor correspondam às suas necessidades e motivações.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

1.1 Os Processos de Envelhecimento

Dado o envelhecimento da população nas últimas décadas como um fenómeno atual, observado na maioria dos países (WHO, 2014), este tem-se tornado um frequente objeto de estudo. Neste subcapítulo, será definido o conceito de envelhecimento e apresentadas as suas características e processos na atualidade.

Alguns autores referem que o processo de envelhecimento está relacionado com um declínio social, a falta de grupos de referência e a diminuição de papéis sociais, o que irá originar conotações negativas (Rebelo, 2007).

Quando se fala em envelhecimento, o mais correto até será referirmo-nos no plural, pois existem vários tipos, desde o envelhecimento normal ao patológico passando pelo envelhecimento bem-sucedido e ativo (Medeiros, 2012).

Segundo Bernard (2008), no envelhecimento normal, o indivíduo experiêcia mudanças características e inevitáveis (como as alterações graduais biológicas, psicológicas e sociais próprias da idade) sem prejudicar as atividades diárias. Estamos perante o envelhecimento patológico quando presenciamos situações nas quais a/doença/doenças e alterações do processo são disfuncionais e descontinuas. Para Fontaine (2000), quando nos deparamos com uma baixa possibilidade de existirem doenças que gerem perda de autonomia e existe sim um bom nível funcional físico, cognitivo e uma boa conservação das relações sociais, bem como a existência de bem-estar subjetivo, estamos perante o envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Sequeira (2010), o conceito de envelhecimento tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos, tendo em conta as crenças, os conhecimentos, as atitudes, a cultura e as relações e conhecimentos sociais de cada época.

De entre as teorias explicativas do envelhecimento destacam-se algumas tais como: a ecológica, que defende o envelhecimento como interação dos genes e do ambiente envolvente; a gerodinâmica, cujo envelhecimento propõe um conjunto de mudanças relativas ao declínio funcional de um tecido ou órgão; e as teorias do desenvolvimento que explicam as alterações existentes ao longo da vida através de análises interdisciplinares, verificando uma grande inter-relação entre os fatores biológicos deste processo e o funcionamento cognitivo (Sequeira, 2010).

Para Schroots e Birren (1980), pode-se considerar que o envelhecimento detém três diferentes componentes: a) O processo de envelhecimento biológico resultante de uma crescente vulnerabilidade e de uma maior probabilidade de morrer, a que se domina de senescência, b) Um envelhecimento referente aos papéis sociais, adequado às expectativas da sociedade para este nível etário e c) O envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação da pessoa no campo de forças, pela tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Uma vez que o envelhecimento pertence ao percurso de vida natural do ser humano, tem-se uma tendência para considerar este estado como universal (Sequeira & Silva, 2002). Porém, o envelhecimento compreende um processo heterogêneo vivido de forma individual e única (Fernández-Ballesteros et al., 2007). Envelhecer é um fenómeno multidirecional, quer-se com isto dizer que não segue um padrão normativo, e é também multidimensional, ou seja, não ocorre ao mesmo ritmo, alterando-se consoante diferentes variáveis (Steverink et al. 2001). Segundo Fernández-Ballesteros et al. (2007), o indivíduo é, simultaneamente, bio-psico-cultural e, acima de tudo, tem um papel interveniente que vai construindo ao longo do seu percurso na interação com o mundo, através de um processo dinâmico. Assim, para ser possível compreender o processo de envelhecimento tem de se entender a sua individualidade e a sua diversidade (Vitola & Argimon, 2003).

De seguida serão explicadas as mudanças biológicas, psicológicas e sociais características do processo de envelhecimento.

Biologicamente, o envelhecimento é implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas (Moraes et al. 2010). Externamente, a pele fica mais fina, menos elástica e com menos oleosidade, começa a existir um declínio da visão, principalmente para objetos próximos, a audição vai diminuindo (Schneider & Irigaray, 2008), dá-se conta de uma diminuição da mobilidade das articulações (perda da força muscular e agilidade), alterações no sentido gustativo, lentificação dos reflexos, entre outras (Sequeira, 2010). Já a nível interno, revela-se uma diminuição da capacidade funcional que se verifica em várias alterações biológicas, como a diminuição da libido e da atividade sexual, falta de motivação em planear o futuro, novos medos como sobrecargas familiares, solidão e morte, e também uma tendência para a hipocondria, somatização e depressão. Estas alterações também influenciam a dimensão psicológica, pois

traduzem-se em mudanças de pensamento, atitudes, comportamentos, emoções e uma diminuição da autoestima (Oliveira, 2010).

Relativamente às funções cognitivas, confirmam-se principalmente alterações ao nível da memória de curto prazo e da atenção, uma menor capacidade de perceber simultaneamente vários estímulos e selecionar informação relevante (Bernard, 2008). Mas, segundo Sequeira (2010), não são apenas os fatores genéticos e patológicos que motivam o envelhecimento psicológico, também contribuem para o mesmo, fatores ambientais, o contexto sociocultural e a organização e vivência do projeto de vida.

Motta (2004), afirma que o envelhecimento social, é reflexo das inter-relações sociais e individuais. A cada idade a sociedade determina certas funções, adequando o indivíduo a certos papéis sociais que este deve desempenhar. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma de envelhecer (Cabral et al., 2013).

Com isto, podemos refletir que o envelhecimento detém um conceito extremamente amplo e que varia de cultura para cultura. Contudo, é sempre essencial olharmos para este processo como algo vivido de forma individual e pessoal, mas que em todos os casos necessita do apoio da sociedade.

1.2 Envelhecimento da População e Alterações Demográficas

O envelhecimento da população é atualmente considerado como um dos principais desafios a nível mundial, o que requer bastante atenção por parte das sociedades.

Segundo Rebelo (2007), a população com mais de 65 anos de idade aumentou notavelmente nas últimas décadas. A WHO (2002) estima que, entre 1970 e 2025, exista mundialmente um aumento superior a 223% ou cerca de 694 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

Uma vez que se espera que, em 2050, 2 biliões de pessoas com mais de 60 anos habitem em países desenvolvidos com uma esperança média de vida à nascença superior a 80 anos (Férrandez-Ballesteros, 2009), estes mesmos países explicam grande parte destes números (WHO, 2002).

Esta mudança demográfica sentida em todo o mundo, pede alterações nas sociedades. Confirmam-se alterações ao nível das perceções e suposições sobre as pessoas mais velhas

apenas pelo facto de se viver mais tempo (WHO, 2015a), assim como mudanças relativas aos seus papéis e responsabilidades sociais (Staudinger, 2015).

Desta forma, as alterações demográficas sentidas mundialmente na atualidade exigem que se estude urgentemente formas de intervenção para promover a saúde mental (WHO, 2014), a qualidade de vida e o bem-estar dos adultos mais velhos (Oliveira, 2010). Envelhecer ativamente, com qualidade e bem-estar é um dos maiores desafios tanto das sociedades modernas como da ciência (Fernandéz-Ballesteros, 2008).

Assim sendo, é necessário manter a participação da pessoa sénior na sociedade, bem como reconhecer a sua contribuição para que envelheça de forma saudável (Rocha et al., 2009).

1.2.1 Realidade Portuguesa do Envelhecimento na Atualidade

Portugal não é exceção e a sua população também se encontra bastante envelhecida. De seguida serão apresentados os dados do envelhecimento em Portugal.

No nosso país, em 2011, o Censos (INE) apontava que indivíduos com mais de 70 anos representavam 14% da população total, assinalando um aumento desde 2001 e acompanhando a realidade mundial. Este envelhecimento pode ser explicado pela diminuição da taxa de fecundidade, pela emigração e pelo aumento da esperança média de vida à nascença, sendo de 83.2 anos para as mulheres e 77.4 anos para os homens (Pordata, 2016). Estima-se que esta esperança média de vida continue a aumentar e que em 2060, seja de 89.88 anos para as mulheres e 84.21 anos para os homens (INE, 2014), provocando uma alteração no perfil demográfico da população portuguesa.

Portugal é o quinto país mais envelhecido da União Europeia. Para cada 141 seniores existem apenas 100 jovens (entre os 0 e os 15 anos), sendo que o número de jovens diminuiu cerca de 14% desde 1970 (Pordata, 2016). Dados do INE (2015), demonstram que o índice de dependência de seniores, que relaciona o número de seniores e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 anos aos 64 anos de idade), passou de 16 seniores por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970 para 31 seniores por cada 100 pessoas em idade ativa em 2014.

Segundo Barbosa et al. (2015), esta população é maioritariamente constituída por pessoas do sexo feminino pois estas têm tendência a viver mais anos do que as pessoas do sexo masculino. Ainda assim, as mulheres são mais propícias a sofrer problemas de saúde,

demonstrando mais limitações na sua mobilidade e no desenvolvimento de certas atividades diárias básicas, refletindo-se no bem-estar e na qualidade de vida.

Dados da Eurostat (2012) ditam a continuação do aumento da população envelhecida, demonstrando a necessidade de compreender e intervir junto da população sénior, de forma a promover um envelhecimento positivo.

1.3 Envelhecimento Ativo e Saúde

O envelhecimento ativo surge como paradigma de intervenção que pode contrariar as tendências nefastas das atuais transformações demográficas referidas anteriormente.

A WHO (2015a) define o envelhecimento ativo como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Bem como o processo de desenvolvimento e de manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar dos adultos mais velhos, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (WHO, 2015a).

De acordo com o conceito de envelhecimento ativo preconizado pela WHO, segundo Swift et al. (2017), destacam-se seis variáveis que a determinam ao longo do curso de vida e que são particularmente importantes na idade avançada: as condições económicas, saúde e serviços sociais, comportamento, características pessoais, situação social e o ambiente físico. Desta forma, o envelhecimento ativo não se prende apenas no exercício físico, mas também em todos os processos referidos anteriormente (Ribeiro & Paúl, 2011).

É essencial quebrar as inúmeras barreiras que impedem a participação dos adultos mais velhos na sociedade (United Nations Economic Commission for Europe, 2012), uma vez que este envelhecimento saudável se reflete bastante pelo suporte e oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade e para permitir que estas pessoas também vivenciem o que valorizam (WHO, 2015b).

Portugal regista várias iniciativas de promoção do envelhecimento ativo e saudável. Contudo, existe um longo caminho a ser percorrido para que existam resultados na saúde e na qualidade de vida dos seniores, garantindo a realização plena da sua dignidade (SNS, 2017).

Embora não exista uma solução única e definitiva, é imperativo para as sociedades de hoje em dia, apostarem em programas que promovam estilos de vida saudáveis, ativos e onde os seniores consigam alcançar uma maior Qualidade de Vida.

1.4 Envelhecimento e Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida é, claramente, o centro do envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013). De seguida serão apresentadas algumas das opiniões do conceito complexo de qualidade de vida.

Esta é definida pela WHO (1997), como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no seu contexto cultural e de valores, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Ainda segundo a WHO (2002), a Qualidade de Vida das pessoas mais velhas depende dos riscos e das oportunidades vivenciadas durante a sua vida, bem como da forma como as gerações seguintes os ajudam e apoiam quando necessário.

Campos e Neto (2008), consideram o conceito de qualidade de vida da WHO um pouco vago e referem um outro ligado à saúde, relatando-o como o valor atribuído à vida, influenciado pelas deteriorações funcionais, as suas percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento e a organização política e económica do sistema de saúde.

Bandura (1993), refere outro atributo importante para a Qualidade de Vida da pessoa sénior: as crenças de autoeficácia em relação às suas capacidades para organização e execução dos comportamentos que se prendem como necessários ao alcance de um determinado resultado. A crença de que as pessoas são capazes de controlar as suas ações para atingir determinado fim, aumenta a motivação e influencia o pensamento e o afeto, o que incita à ação (Bandura, 1993).

Já para Zaidi (2014), existem três componentes fundamentais neste conceito relativamente aos seniores, estas são o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração social. Claramente que cada uma destas componentes pode ser afetada durante o percurso de vida, por situações como a perda de emprego, a reforma, o divórcio, a viuvez, problemas de saúde, entre outras.

Para Cabral et al. (2013), esta heterogeneidade do conceito, resulta numa variedade de modelos de Qualidade de Vida, nos quais se destaca a dependência. Esta pode afetar os seniores ao nível social, comprometendo a sua participação, o controlo da sua vida e a sua

capacidade para a tomada de decisões, afetando não só o bem-estar físico e psicológico, mas também a qualidade de vida (Cabral et al., 2013).

Irigaray e Trentini (2009), no seu estudo verificaram que o conceito de Qualidade de Vida no envelhecimento incluiu critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciado pelos valores do indivíduo e da sociedade em que este inseria. Observaram ainda que os afetos positivos (ter alegria na vida, amor e amizade) foram as variáveis mais citadas e associadas como determinantes importantes da Qualidade de Vida dos adultos maduros. Referiram ainda “ter saúde” como o item reportado como mais importante para a melhoria da Qualidade de Vida.

Outro estudo na área da Qualidade de Vida revelado por Llobet et al. (2011) também indica que os seniores consideram importante diversos fatores: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), auto-estima, dignidade e privação económica.

Rabelo e Neri (2005) mencionam estudos que concluíram que as dimensões que determinam a Qualidade de Vida das pessoas seniores são as seguintes: a saúde (saúde percebida bem como a existência ou não de doenças ou deficiências), a capacidade funcional relacionada com a execução ou não de atividades realizadas diariamente, a perceção ou não de controlo sobre a sua própria vida, a autoestima e o anterior proveito da vida (dimensão psicológica), o contacto com os filhos e se estes estão bem (dimensão social), a existência de casa própria ou residência numa instituição (dimensão económica), o ser ou não vítima de violência (dimensão ambiental), a prática de atividade física (hábitos e estilos de vida e a espiritualidade).

No que diz respeito a estudos realizados com a população portuguesa sénior, Rodrigues et al. (2014), verificaram que uma boa autonomia e uma boa perceção do estado de saúde são determinantes na Qualidade de Vida. Os autores referem que os adultos mais velhos portugueses, tendem a considerar o seu estado de saúde como satisfatório e a subestimar o seu declínio. Marques et al. (2014), no seu estudo, revelaram que para os seniores envolvidos na investigação, usufruir de qualidade de vida significa ter saúde, paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter relações interpessoais, receber apoio (da família, amigos e vizinhos) e manter-se ocupado.

Verifica-se que o conceito de Qualidade de Vida é realmente algo complexo, pois é capaz de se relacionar com diversos fatores (WHO, 1997).

Tendo em conta as transformações negativas vividas durante o processo de envelhecimento, há que potencializar os vários fatores capazes de minimizar esse lado negativo e aumentar a Qualidade de Vida dos mais velhos.

1.5 Envelhecimento e Bem-estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo está no foco da preocupação com o bem-estar, pois este diz respeito ao bem-estar relacionado com as experiências de vida do indivíduo.

Sendo uma variável psicológica, o Bem-Estar Subjetivo relaciona-se com a forma como os indivíduos avaliam as suas vidas, quer cognitivamente como afetivamente (Lucas & Diener, 2015). A primeira prende-se com a avaliação que a pessoa faz da sua satisfação com a vida em geral e em domínios específicos (Galinha, 2008; Lucas & Diener, 2015), sendo a satisfação com a vida um processo de julgamento cognitivo que compara os seus critérios de satisfação com as suas próprias circunstâncias (Diener, 1984). A segunda, caracteriza-se pela preponderância e pela intensidade das emoções positivas sobre as emoções negativas, bem como pelo nível de felicidade do sujeito (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a, 2008).

A evolução deste conceito permitiu a adoção de um modelo biopsicossocial aplicado à saúde mental e à saúde em geral que mostra que a perspetiva biomédica é redutora por não apresentar uma abordagem integrada e holística na promoção da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005b; Satuf et al., 2018).

Pode-se afirmar que o Bem-Estar Subjetivo constitui um conceito complexo e simultaneamente difuso, o que por sua vez faz com que ainda decorram vários estudos de forma a contribuir para a consistência do mesmo. Contudo, é unânime entre a maioria dos autores que existe uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva. Assim, os sujeitos que manifestam Bem-Estar Subjetivo positivo experienciam mais emoções positivas do que emoções negativas e avaliam a sua vida como positiva (Galinha & Ribeiro, 2005b).

Diener e Suh (1997), desenvolveram investigações sobre o Bem-Estar Subjetivo com a população sénior, com o objetivo de verificar quais as variáveis que contribuem para o aumento do Bem-Estar Subjetivo nesta população. Em alguns desses estudos compararam esta população com adolescentes e chegaram a várias conclusões. Normalmente os adultos mais velhos avaliam de forma mais positiva a sua Qualidade de Vida em relação aos jovens adultos, talvez pelo facto das sociedades atuais não lhes permitirem valorizar o prazer e a

satisfação pessoal ou, por outro lado, pelo facto das pessoas mais velhas manifestarem uma maior resistência à frustração ou apenas por saberem direccionar os seus objetivos a alvos mais relevantes. Os seniores manifestam expectativas menos altas, tanto no que respeita à sua realização como ao prazer, devido ao ajustamento que estes fazem às suas metas, recursos e competências. Eventos subjetivos parecem produzir mais resultados no Bem-Estar Subjetivo e variáveis como o declínio da saúde, da pensão e da situação conjugal não diminuem o Bem-Estar Subjetivo. Nos adultos mais velhos, os Afetos Positivos tendem a diminuir devido à presença de doenças e incapacidades que restringem os momentos de prazer e situações propícias ao envolvimento social. Não se verifica aumento das emoções negativas quando se dá uma diminuição das experiências prazerosas. Não existe grande diferença nos índices de emoções positivas entre os mais jovens e os seniores, apesar de nos últimos existir uma diminuição de Afetos Positivos. Numa questão de género nos adultos de idade mais avançada, constatou-se que os homens apresentem níveis mais altos de satisfação global que as mulheres. Ainda, relativamente às diferenças de género nos seniores, Neri (2007), no que toca à Satisfação com a Vida, encontrou menos satisfação global nas mulheres. Isto pode ser explicado pelo facto de as mulheres serem mais suscetíveis a doenças, dores crónicas, risco de quedas, incapacidade funcional e depressão, para além de terem também mais responsabilidade no que respeita ao cuidado de outros seniores. Estes dados também se verificam mais altos em pessoas com mais de 85 anos, com menos saúde, pessoas institucionalizadas e pessoas viúvas (Neri, 2007). As pessoas casadas vivem mais tempo e apresentam melhor saúde física e psicológica (Burman & Margolin, 1992). Também no que diz respeito às relações sociais, quanto mais grupos de amigos e relações sólidas a pessoa tem melhor é o seu Bem-Estar Subjetivo (Diener & Seligman, 2004).

Contrariamente ao acima referido, outros estudos revelam diferentes variáveis para o Bem-Estar Subjetivo dos seniores, referindo que fatores demográficos não o influenciam (Guedea et al., 2006). Autores como Bernard (2008), refere que o que está associado a níveis mais altos de felicidade é a situação económica e Moreira-Almeida et al. (2006) e Argyle (2001) referem a religião (comprometimento com a fé).

A participação de adultos mais velhos num grupo de canto pode revelar-se uma mais valia para estes, uma vez que esta atividade poderá contribuir positivamente a vários níveis. Por exemplo, no que diz respeito ao domínio emocional, o canto origina prazer, divertimento e promove a descontração psicológica e física, para além de desenvolver a musicalidade, autoconsciência e autoconfiança (Potter & Sorrell, 2012).

O envelhecimento que atualmente precensiamos nas sociedades, demonstra-nos a importância de se conhecerem as questões que dizem respeito ao Bem-Estar Subjetivo dos seniores, pois uma longevidade sem Bem-Estar não é uma vitória, mas sim sinónimo de preocupação.

1.6 Estudos Empíricos sobre Benefícios de Cantar em Grupo

O canto em grupo é considerado atualmente uma atividade cultural universal, com potenciais benefícios para a saúde dos idosos, dado que esta pode ser uma experiência poderosa, possibilitando melhorar a Qualidade de Vida, o Bem-Estar e a saúde dos indivíduos (Clift et al., 2008a). Segundo Skingley et al. (2020), a capacidade da música como terapia já é conhecida desde a antiguidade, contudo, segundo Cooke et al. (2010), nos últimos 20 a 30 anos, deu-se um aumento de terapias ligadas ao canto.

Serão apresentados alguns dos estudos já realizados nesta área, contudo, estes são ainda escassos.

Relativamente ao funcionamento cognitivo, Bugos et al. (2007) e Johnson et al. (2015), em estudos experimentais, com 31 idosos da comunidade e sem experiência musical (entre os 60 e os 85 anos) e com alguns idosos de centros de dia (de no mínimo 60 anos), respetivamente, durante 9 meses, concluíram que o canto favorece funções executivas, atenção, aprendizagem verbal e a memória

Stewart & Lonsdale, em 2016, publicaram um estudo experimental, onde sugeriram que fazer parte de um grupo proporciona aos cantores de canto coral e aos jogadores de desportos coletivos uma sensação de Bem-Estar superior a atividades que sejam praticadas individualmente. Com 375 participantes de três áreas de atividade de lazer (cantores de grupo coral, praticantes de desportos coletivos e pessoas que cantam sozinhas). Os resultados indicaram que os cantores de grupo coral consideram o seu grupo de lazer psicologicamente mais significativo do que os participantes de desporto. Isso pode ser explicado pelo sentimento de fazer parte de um grupo que está a atuar em harmonia em vez de indivíduos que têm o seu próprio papel numa equipa desportiva.

São necessários mais estudos experimentais com grupo de controlo e medidas de follow-up para inferência causal e maior validade dos resultados (Apóstolo et al., 2016; Johnson et al., 2015; Skingley et al., 2011).

1.6.1 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto na Saúde

São muito poucos os estudos experimentais ou quasi-experimentais existentes na literatura, relacionados com a atividade de canto em grupo e a sua evidencia nos benefícios para a saúde.

Mas, por exemplo, Cohen et al. (2006, 2007), num estudo quasi-experimental, após participação num programa coral de 12 meses e 24 meses (respetivamente), o grupo experimental apresentou uma melhor saúde física, menos idas ao médico, utilização de menos medicação, menos situações de quedas, entre outros problemas de saúde, em comparação com o grupo de controlo

Batt-Rawden e Stedje (2018), realizaram um estudo longitudinal, qualitativo e exploratório, em que aplicaram entrevistas a funcionários ($n = 19$) de três lares de idosos onde têm implementado o programa “Singing Nursing Homes”. Esse programa tem o intuito de demonstrar a forma como um programa educacional de música poderá tornar-se parte integrante da prática de enfermagem e da qualidade dos cuidados prestados nos lares. Os autores revelaram que os funcionários dos lares, perceberam que o canto tem resultados positivos tanto nos idosos, como nos funcionários e nas famílias, melhorando o clima psicossocial do trabalho. Os resultados sugeriram uma redução dos acidentes com os idosos e uma redução na medicação. Os autores concluíram que o canto pode ser uma mais valia na saúde, no Bem-Estar e na Qualidade de Vida dos pacientes e funcionários de lares de idosos.

Clift e colegas (2008b) citam alguns estudos qualitativos de pequena escala, de canto em grupo de adultos mais velhos. Por exemplo, Bailey e Davidson, em 2005, no Canadá, entrevistaram membros de pequenos coros compostos por pessoas sem-abrigo e economicamente desfavorecidas e também Silver, em 2005, em Israel, estudou o impacto de cantar em grupo num estabelecimento prisional feminino. Nesses estudos, foi solicitado aos participantes que respondessem a uma série de questões acerca dos efeitos do canto, demonstrando que os participantes geralmente relatam uma ampla variedade de benefícios de aspectos sociais, psicológicos, benefícios espirituais e de saúde associados ao canto.

Skingley et al. (2020), na sua literatura, afirmam que hoje em dia, existem evidências científicas dos benefícios da música para indivíduos com certas condições de saúde, como é o caso da demência. Segundo os mesmos autores, para além do canto poder proporcionar melhorias na cognição, comportamento e Bem-Estar de indivíduos com demência, tem

também a capacidade de oferecer apoio aos prestadores de cuidados. Neste artigo, os autores exploram as evidências dos benefícios da música como uso no tratamento de pessoas com demência, mencionando alguns estudos que demonstram os benefícios do canto nesta área.

Alguns estudos indicaram ainda o impacto do canto em dados fisiológicos dos participantes, com implicações no bem-estar e saúde. Várias pesquisas testaram os níveis de imunoglobulina A na saliva retirada dos participantes antes e depois de cantarem, aumentando significativamente esses níveis após o canto, o que por sua vez melhora a atividade do sistema imunológico (Beck et al., 2000; Kreutz et al., 2004; Kuhn, 2002).

Sakano et al. (2014), numa investigação com 44 sujeitos (10 homens e 34 mulheres) com idades superiores a 60 anos, mediram o impacto do canto na saúde mental e na imunocompetência através de testes de função da deglutição, condição bucal, sangue e saliva, assim como através de questionários feitos antes e depois do canto. Os resultados revelaram que a quantidade de saliva aumentou e o nível de cortisol diminuiu.

Fancourt et al. (2016), realizaram um estudo com três diferentes populações afetadas pelo cancro: indivíduos com cancro ($n = 55$), cuidadores ($n = 72$) e cuidadores em luto ($n = 66$), os participantes eram excluídos caso estivessem grávidas ou se estivessem em tratamentos como quimioterapia, radioterapia ou imunossupressores orais. Os participantes assistiam regularmente a grupos de canto e o estudo experimental foi realizado antes e depois desta atividade, numa das sessões de canto de 70 minutos. Os autores perceberam cantar em grupo está associado a aumentos significativos nas citocinas, reduções nos níveis de cortisol, beta-endorfina e ocitocina.

Ainda que os estudos sejam escassos, é possível verificar-se melhorias em certos campos da saúde, relacionadas com a atividade de canto em grupo. Contudo, é necessário serem realizados mais estudos neste sentido.

1.6.2 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto no Bem-estar Subjetivo

Estudos anteriores têm mostrado a associação da atividade de canto em grupo ao Bem-Estar Subjetivo e tem sido reconhecida pela comunidade científica como um valor na promoção do mesmo nos adultos mais velhos (Clift & Hancox, 2006; Cohen et al., 2006; Davidson & Faulkner, 2010; Li & SouthCott, 2012; Skingley & Bungay, 2010; Yinger, 2014).

Pires et al., em 2017, realizaram um estudo experimental com idosos de centros de dia ($n = 26$), durante o programa de canto em grupo de um mês. Os autores concluíram que o Afeto Negativo diminuiu significativamente no grupo experimental em comparação ao grupo de controlo, porém, esse efeito não se manteve na medida de follow-up, oito semanas após a intervenção. Concluíram também que o Afeto Positivo do grupo experimental aumentou no pós-teste mas não foi significativamente diferente do grupo de controlo e que a Satisfação com a Vida diminuiu ligeiramente nos dois grupos, não se observando diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo. Numa análise qualitativa à percepção dos indivíduos sobre a sua participação no programa de canto em grupo, os participantes indicaram benefícios no apoio e interação social entre os seniores, na manifestação de emoções positivas e em novas aprendizagens.

Beck, et al. (2000), num estudo pré-pós naturalista, partilharam que 67% dos profissionais de canto coral do seu estudo concordaram ou concordaram fortemente que cantar contribuiu bastante para o seu Bem-Estar.

Bailey e Davidson, em 2003, apresentaram um estudo realizado com homens sem-abigo que participaram num grupo coral. Os autores através de uma análise fenomenológica interpretativa das entrevistas semi-estruturadas realizadas após a participação no grupo de canto, chegaram à conclusão de que esta atividade pode ter contribuído para resultados positivos na Satisfação com a Vida dos indivíduos.

Kreutz et al. (2004), num estudo experimental compararam 23 indivíduos entre os 29 e os 74 anos que participavam no grupo de canto com outros que apenas ouviam música coral. Apesar de ouvir música coral ter também aumentado o Afeto Positivo, os participantes que cantaram em grupo tiveram um maior aumento do Afeto Positivo e uma redução significativamente mais baixa do Afeto Negativo, em comparação ao grupo que apenas ouvia música coral.

Fancourt et al. (2016), no mesmo estudo anteriormente referido destes autores, perceberam cantar em grupo está associado a reduções significativas no Afeto Negativo e aumentos no Afeto Positivo.

Clift e Hancox, em 2010, aplicaram um questionário a 1124 indivíduos de grupos corais. Os autores concluíram que cantar em grupo está associado a um aumento do Afeto

Positivo, uma vez que os participantes deste grupo responderam que ao cantar em grupo sentiam-se mais felizes e melhorava o seu humor.

Bullack et al. (2018), num estudo experimental, investigaram o impacto do canto em grupo em indivíduos que participavam no grupo coral e em indivíduos que não o faziam, a nível psicológico e biológico. Realizaram duas experiências, a primeira com 54 participantes entre os 18 e os 85 anos e a segunda com 49 participantes com idades compreendidas também entre os 18 e os 85. Em ambas, pediu-se a metade do grupo para não cantar durante 30 minutos (experiência I) e 60 minutos (experiência II), enquanto a outra metade cantava. Os resultados revelaram que a atividade de canto em grupo teve influências positivas nas medidas do afeto. No entanto, os aumentos significativos na conexão social percebida para o canto foram encontrados apenas na experiência II.

Batt-Rawden e Stedje (2018), no estudo mencionado no subcapítulo anterior, perceberam ainda que o canto poderá ter benefícios na inquietação, sendo capaz de a reduzir, aumentar o Bem-Estar e também a alegria.

Bamford e Bowell (2018), defendem o potencial uso da música como terapia para pessoas com demência. Os autores lançaram um relatório com uma abordagem holística, orientado e informado pela Comissão de Demência e Música, onde demonstram que a música pode promover uma conexão social, restabelecer o senso de si próprios e proporcionar alegria a pessoas com ou sem demência.

Särkämö et al. (2014), afirmam que durante o envelhecimento, as atividades musicais podem ajudar na manutenção da saúde física e mental. Os autores quiseram testar a eficácia da intervenção musical em pessoas com demência, utilizando o canto e a música como parte dos seus cuidados diários. Os participantes (cuidadores de pessoas com demência) dividiram-se em três grupos randomizados, um de treino de canto durante 10 semanas ($n = 30$), outro de escuta musical de 10 semanas ($n = 29$) e um grupo de controlo de cuidados habituais ($n = 30$). Todos os indivíduos com demência foram submetidos a avaliações neuropsicológicas (testes cognitivos, escalas de humor e Qualidade de Vida) antes, após e seis meses após a intervenção. Também o bem-estar psicológico dos familiares foi avaliado com questionários. Os resultados demonstraram que comparando aos cuidados habituais, tanto o canto como a audição tiveram implicações positivas no humor, orientação e memória a longo prazo, ainda com menos impacto, mas também se verificaram melhorias na atenção, cognição e funções executivas. O grupo de escuta também revelou diferenças significativas na melhoria da

Qualidade de Vida e o canto revelou diferenças marginalmente significativas na memória de trabalho, de curto prazo e Bem-Estar do cuidador.

Clift e Hancox (2001) indicam que 71% dos cantores do coro de uma universidade concordou ou concordou fortemente em que cantar foi benéfico para o seu bem-estar mental. Os autores relatam dois estudos exploratórios acerca da percepção dos benefícios associados à participação ativa em grupos de canto. No primeiro estudo, 84 membros de um grupo coral de uma universidade, realizaram um breve questionário sobre os benefícios pessoais e de saúde da sua participação neste grupo. A grande maioria dos entrevistados relatou benefícios sociais (87%), emocionais (75%), e 58% concordaram que existem benefícios físicos e de espírito (49%). No segundo estudo, com 91 membros do grupo de canto coral, estes responderam a um questionário estruturado composto por 32 afirmações sobre o canto, refletindo as ideias expressas no primeiro estudo. Mais de 40% dos participantes concordaram fortemente que “cantar ajuda a melhorar meu humor”, “cantar é uma experiência emocionante para mim”, “cantar faz-me sentir muito mais feliz” e “cantar é bom para minha alma”. As mulheres eram significativamente mais propensas a exprimir benefícios para o Bem-Estar e para o relaxamento. As pessoas mais jovens apresentavam mais benefícios sociais. Os participantes religiosos relatavam maioritariamente benefícios espirituais.

Ainda no estudo de Sakano et al. (2014) referenciado no subcapítulo anterior, os resultados revelaram também que grande parte dos participantes se sentiram revigorados, confortáveis, prazerosos, alegres, aliviados e relaxados após o canto.

Mohammadi et al. (2011), realizaram um estudo experimental, com idosos residentes de um lar ($n = 19$). Estes participantes, durante 10 semanas tiveram sessões diárias onde ouviram música, cantaram e tocaram instrumentos, enquanto o grupo de controlo manteve apenas as suas atividades normais. Os autores referiram que a nível social, um grupo de canto é capaz de promover a empatia e a integração, uma vez que é um grupo de pessoas com o mesmo objetivo, diminuindo a solidão e a depressão em comparação ao grupo de controlo.

Cohen et al. (2006, 2007), nos mesmos estudos referidos anteriormente destes autores, o grupo experimental apresentou ainda em comparação ao grupo de controlo, menos solidão, uma moral mais alta e uma tendência ao aumento de atividade. No entanto, esses resultados devem ser considerados com cautela, devido a falhas metodológicas e analíticas (Clift et al., 2008a).

Houston et al. (1998), num estudo quasi-experimental, avaliaram o impacto de sessões de canto durante quatro semanas em 31 residentes de lares, através da aplicação de questionários de saúde, ansiedade e depressão antes e depois da intervenção. Os resultados deste estudo mostraram melhorias significativas nos níveis de ansiedade e depressão dos participantes, em relação ao grupo de comparação.

Coulton et al. (2015), num estudo experimental, com idosos saudáveis (n = 258), analisaram os efeitos de se participar num grupo de canto comunitário durante três e seis meses. Apuraram que a participação teve efeitos positivos a curto e a longo prazo na saúde mental, ansiedade e depressão.

Podemos verificar que existem alguns estudos que confirmam o impacto dos benefícios de cantar em grupo no Bem-Estar Subjetivo. Ainda assim, é um campo de estudo recente que requer muito mais investigação.

1.6.3 Estudos Empíricos de Canto em Grupo e o seu Impacto na Qualidade de Vida

Neste subcapítulo serão apresentados os estudos encontrados sobre o impacto de cantar em grupo na Qualidade de Vida dos indivíduos.

Hillman, em 2002, num estudo realizado por questionários online, a 361 pessoas com idades superiores a 60 anos e participantes de um grupo coral, os participantes relataram a perceção de uma melhoria significativa da Qualidade de Vida.

Para além dos resultados acima referidos, Coulton et al. (2015), também encontraram resultados positivos na Qualidade de Vida dos participantes no estudo.

Batt-Rawden e Stedje (2018), ainda no mesmo estudo, sugeriram que cantar tem impacto no sono dos indivíduos, sendo capaz de melhorar a sua qualidade e também de melhorar o seu conforto.

Outros estudos não experimentais, também encontraram associações entre canto em grupo e variáveis psicoemocionais. Por exemplo, num estudo longitudinal de um grupo de canto com 633 indivíduos, a qualidade de vida melhorou, mas era difícil reconhecer os efeitos diretos do canto no Bem-Estar. Dois estudos transversais de canto encontraram uma relação significativa entre os benefícios percebidos do canto e melhor Qualidade de Vida nas dimensões psicológica, relações sociais, domínio ambiental e melhor Qualidade de Vida em

termos da sua saúde física, em relação ao grupo de controlo - mesmo envolvidos noutros passatempos - os participantes do grupo experimental relataram uma Qualidade de Vida geral significativamente mais alta.

Encontraram-se apenas estes estudos, o que indica que investigações que verifiquem o impacto do canto na Qualidade de Vida, são ainda mais escassas em comparação com as variáveis anteriormente referidas. Contudo é possível verificar-se melhorias na Qualidade de Vida relacionadas com a atividade de canto em grupo.

Assim, com o presente estudo pretende-se contribuir para novos resultados de efeito causal controlado do canto em grupo para idosos, sobre benefícios psicoemocionais, como o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, Satisfação Global com a Vida e Qualidade de Vida. Permitindo também uma análise conjunta dos benefícios do domínio psicoemocional relacionados aos outros domínios sociais, cognitivos e biológicos.

Capítulo II

Metodologia

2.1 Delineamento do Estudo

Como ficou exposto na revisão de literatura acima, a procura pelo Bem-Estar, Qualidade de Vida e uma boa saúde é algo que faz parte das necessidades dos indivíduos no processo de envelhecimento e que tem vindo de forma crescente a ser promovido e procurado pelas sociedades. A música, quer seja na forma de tocar um instrumento, ou na forma cantada tem sido usada com esses objetivos e descrita como uma das formas de ter experiências positivas e como tal de atingir o Bem-Estar.

Como foi possível perceber, a literatura científica defende a importância de intervenções que promovam o funcionamento cognitivo, a atividade física, a participação social e o Bem-Estar dos adultos mais velhos, sendo que a atividade de canto em grupo pode promover estes vários fatores e a interação dinâmica entre eles pode contribuir para um envelhecimento bem-sucedido.

Relativamente ao canto têm sido reportados benefícios para o Bem-Estar, contudo, não são conhecidos ao certo os fatores responsáveis por estes benefícios uma vez que há poucos estudos experimentais sobre os efeitos dos programas de canto em grupo. Esta é uma investigação relativamente recente e os estudos encontrados são na sua grande maioria qualitativos, exploratórios e com amostras pequenas. Daí a necessidade de realizar mais estudos experimentais para apurar a causalidades destes benefícios.

Após ser percebida a escassez de estudos experimentais que identifiquem os benefícios do canto em grupo para o Bem-Estar de adultos mais velhos, implementou-se um programa de canto em grupo, durante quatro meses e estudaram-se os seus efeitos na saúde, Bem-Estar e funcionamento cognitivo dos participantes, através de um estudo experimental em contexto natural. Assim sendo, este estudo procura preencher uma lacuna da literatura científica, procurando identificar os efeitos causais da participação de seniores em grupos de canto, através de um estudo experimental cruzado com grupo de controlo (lista de espera) e grupo de intervenção distribuídos aleatoriamente, com recolha de dados pré-teste, pós-teste e follow up, utilizando medidas quantitativas por questionário e qualitativas por entrevistas semiestruturadas, numa abordagem holística ao bem-estar dos mais velhos. Esta dissertação insere-se num estudo mais amplo que está a ser desenvolvido por uma equipa coordenada pela orientadora desta dissertação, em vários domínios – Saúde, Bem-Estar e Funcionamento

Cognitivo. Nesta dissertação, vamos analisar alguns dados qualitativos e quantitativos parciais dos momentos pré-teste e pós-teste.

2.1.1 Hipóteses de Investigação

Tendo em conta os objetivos globais descritos no delineamento do estudo, definimos os seguintes objetivos específicos e hipóteses de estudo:

O1: Através de entrevistas semi-estruturadas temos como objetivo identificar a perceção dos participantes quanto aos benefícios, inconvenientes e principais motivações de vir a participar no programa de canto em grupo, bem como, a perceção dos benefícios, dos inconvenientes e as melhorias sugeridas para futuras edições do programa após ter participado no programa de canto.

H1: Esperam-se diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no Bem-estar Subjetivo (Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação com a Vida).

H2: Esperam-se diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, na Qualidade de Vida.

H3: Esperam-se diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e os pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número de consultas médicas assistidas.

H4: Esperam-se diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número e na posologia de medicamentos receitados.

2.2 Participantes

Os participantes foram adultos seniores, voluntários para o estudo, utentes dos vários serviços das Santas Casas da Misericórdia de Lisboa e de Almada (por exemplo, centros de dia, lares e apoio domiciliário). Foram convidados pelos funcionários das instituições a participarem em grupos de programas de pesquisa.

Os critérios de inclusão consistiam em apresentar uma idade igual ou superior a 60 anos, ser reformados, manifestar interesse em participar no programa de canto e aceitar participar no estudo. Os critérios de exclusão consistiam em não ter participado em programas de canto nos quatro meses antecedentes e não ter doenças diagnosticadas ou défices severos (auditivos, visuais ou de mobilidade) incapacitantes para a atividade de canto em grupo.

Dos participantes que corresponderam aos critérios de inclusão e exclusão, 149 realizaram a recolha de dados pré-teste, tendo sido distribuídos aleatoriamente dois grupos. Os coordenadores científicos do estudo definiram uma ordem numérica da lista de participantes e, utilizando o sistema de aleatorização automática do SPSS, extraíram dois grupos aproximadamente iguais.

Uma vez que na primeira semana de intervenção desistiram 12 indivíduos, foram repescados aleatoriamente, pelo mesmo software, mais 14 indivíduos do grupo de controlo para o grupo de intervenção ($n = 89$) e controlo ($n = 60$), tendo estes indivíduos alocados posteriormente perdido duas sessões cada.

A tabela 1 apresenta as características psicométricas dos participantes no grupo experimental e o grupo de controlo. No grupo experimental, 13.5% dos participantes são homens e 86.5% são mulheres, com uma média de idades de 76.76 ($DP = 8.93$), maioritariamente viúvos ou casados ou em situação de coabitação, com uma escolaridade média de 4.82 anos ($DP = 3.31$) e com indicador socioeconómico médio de 544.74 euros. No grupo de controlo, 21.7% são do sexo masculino e 78.3% do sexo feminino, têm uma média de idades de 76.51 ($DP = 8.66$), estão também maioritariamente em situação de viuvez ou casados ou em situação de coabitação, detêm uma escolaridade média de 4.75 anos ($DP = 8.66$) e um indicador socioeconómico médio de 624.30 euros. De forma a verificar a homogeneidade das características sociodemográficas entre os grupos experimental e de controlo do estudo, procedeu-se a uma comparação de médias entre os grupos, através da ANOVA (variáveis contínuas) e do Qui Quadrado (variáveis categoriais). Verificou-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos e que o pressuposto da homogeneidade entre o grupo experimental e o grupo de controlo foi garantido

Tabela 1

Estatísticas Descritivas e Distribuição das Variáveis no Pré-Teste (T0)

<u>Variáveis</u>	<u>Normalidade</u> <u>Assimetria/</u> <u>Curtose</u>	<u>Homogeneidade</u> <u>das Variâncias</u> <u>Teste Levene</u>	<u>GE ($n = 89$)</u>	<u>GC ($n = 60$)</u>	<u>Diferenças de</u> <u>médias no T0</u>
------------------	--	--	---------------------------------	---------------------------------	---

		<i>F(p)</i>	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>	(GE, GC) <i>F/χ²</i>
Gênero	-1.99/2.01				$\chi^2 = 1.72; p = .190$
Homens			12 (13.5%)	13 (21.7%)	
Mulheres			77 (86.5%)	47 (78.3%)	
Idade	.03/- .88	.01(.933)	76.76(8.935)	76.51(8.659)	$F(143) = .03; p = .869$
Estado Civil	-.05/- .82				$\chi^2 = 8.19; p = .146$
Solteiro			9 (10.8%)	8 (13.6%)	
Casado/Coabitação			28 (33.7%)	13 (22%)	
Divorciado			5 (6%)	10 (16.9%)	
Viúvo			40 (48.2%)	25 (42.4%)	
Escolaridade	1.16/1.71	.20(655)	4.82(3.31)	4.75(3.39)	$F(141) = .02; p = .894$
Indicador Socioeconômico ¹	1.15/1.71	.24(.622)	544.74(267.08)	572.94(297.64)	$F(140) = .35; p = .557$
Satisfação com a Vida	Pré-Teste: -.51/- .48 Pós-Teste: -.55/- .07	Pré-Teste: .60(.439) Pós-Teste: .17(.682)	Pré-Teste: 3.33(.80) Pós-Teste: 3.28(0.86)	Pré-Teste: 3.33(.91) Pós-Teste: 3.16(0.86)	$F(147) = .00; p = .998$
Afeto Positivo	Pré-Teste: -.17/- .55 Pós-Teste: -.11/- .45	Pré-Teste: 1.11(.294) Pós-Teste: 1.13(.289)	Pré-Teste: 2.91(.72) Pós-Teste: 2.99(0.72)	Pré-Teste: 2.90(.76) Pós-Teste: 2.74(0.80)	$F(147) = .01; p = .924$
Afeto Negativo	Pré-Teste: .76/- .30 Pós-Teste: .66/- .64	Pré-Teste: 1.57(.212) Pós-Teste: .04(.847)	Pré-Teste: 2.10(.81) Pós-Teste: 2.01(0.81)	Pré-Teste: 2.02(.76) Pós-Teste: 2.02(0.83)	$F(147) = .30; p = .584$
Qualidade de Vida Total	Pré-Teste: -.57/- .29 Pós-Teste: -.60/- .21	1.07(.303)	Pré-Teste: 3.58(.54) Pós-Teste: 3.48(0.55)	Pré-Teste: 3.54(.62) Pós-Teste: 3.44(0.59)	$F(142) = .17; p = .684$
Qualidade de Vida Percepção de Saúde Física	Pré-Teste: -.58/- .26 Pós-Teste: -	.75(.388)	Pré-Teste: 3.62(.73) Pós-Teste:	Pré-Teste: 3.75(.67) Pós-Teste:	$F(145) = 1.28; p = .259$

		.55/- .32		3.51(0.67)	3.51(0.72)	
Qualidade de Vida Percepção de Saúde Psicológica	Pré-Teste: - .85/- .25	2.73(.100)	Pré-Teste: 3.56(.64)	Pré-Teste: 3.41(.80)	$F(146) = 1.57; p = .213$	
	Pós-Teste: - .62/- .06		Pós-Teste: 3.47(0.65)	Pós-Teste: 3.40(0.70)		
Nº de Consultas ¹	Pré-Teste: 1.26/1.46	.05(.826)	Pré-Teste: 1.94(1.51)	Pré-Teste: 2.04(1.50)	$F(120) = .12; p = .730$	
	Pós-Teste: 1.58/2.86		Pós-Teste: 1.51(1.49)	Pós-Teste: 1.59(1.49)		

Nota: $N = 149$; ¹Eliminados valores extremos com 3 Quartis acima da média

2.3 Procedimentos

Este projeto seguiu os critérios internacionais éticos exigidos para estudos com participantes humanos vulneráveis, bem como para a proteção de dados pessoais e sensíveis. O mesmo foi aprovado por um Comité de Ética do Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa. O estudo garantiu ainda a ética na produção do conhecimento e na relação com a comunidade científica em geral.

O presente estudo começou com a assinatura de um protocolo, de forma a autorizar as atividades de intervenção e recolha de dados dos participantes. Depois, o programa de canto foi divulgado pela Santa Casa da Misericórdia de Almada e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, convidando os utentes a participar, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

De seguida, a equipa de intervenção e investigadores realizou uma sessão de esclarecimentos para os utentes das Santas Casas potencialmente interessados, sobre o programa de intervenção, sobre o estudo científico em que estava inserido e esclareceram todas dúvidas sobre o consentimento informado. Os participantes assinaram o consentimento informado, com todos os detalhes sobre os termos e condições de participação no programa de canto e no estudo (anexo 1).

Após a assinatura do consentimento informado, seguiu-se a recolha de dados pré-teste (sendo que a recolha de dados ocorreu durante duas semanas, 10 dias úteis, com 10 a 15 participantes por dia) e a distribuição aleatória dos participantes em Grupo Experimental e de Controlo. Na semana seguinte à recolha de dados pré-teste, começou o Programa de Canto em Grupo, onde o grupo experimental participou no programa de grupo de canto que incluiu várias componentes:

Componente de Exercícios Físicos para Relaxamento e Aquecimento Vocal - 15 minutos de exercícios de relaxamento (adaptados à idade e mobilidade física dos participantes) e de aquecimento vocal, de forma a promover a consciência corporal, uma postura corporal saudável e a compreensão da respiração correcta durante o canto;

Componente da Técnica Vocal - em que os participantes aprenderam as técnicas de produção vocal correctas e saudáveis, utilizando técnicas de respiração e habilidades de escuta;

Componente de Ensaio do Reportório - que envolveu a memorização e a interpretação de músicas e letras utilizando diferentes estratégias, e é de salientar que o reportório musical foi proposto pela equipa de intervenção, pelos participantes e no final seleccionado por todo o grupo;

Componente Social - em que durante o intervalo e no final de cada sessão, os participantes trocavam ideias, emoções e conviviam;

Criação e apresentação de uma performance final para o público em geral, com convite às famílias e a outros seniores das instituições, onde vestidos e pentados a rigor, puderam partilhar o que aprenderam durante os quatro meses de sessões de canto. No final do programa, uma avaliação do programa e da equipa de intervenção foi realizada pelos participantes.

O programa teve a duração de quatro meses, 34 sessões, duas sessões por semana. O grupo de controlo, por sua vez, durante o mesmo período manteve as atividades lúdicas e sociais habituais. Após o período de quatro meses, tornou-se à avaliação pós-teste (que ocorreu durante duas semanas, 10 dias úteis, com 10 a 15 participantes por dia). A recolha de dados do pré-teste decorreu de 1 a 15 de fevereiro de 2019, o programa de intervenção decorreu de março a junho de 2019 e a recolha de dados do pós-teste decorreu de 1 a 12 de julho de 2019.

Os dados pessoais, psicológicos e de saúde dos participantes foram armazenados separadamente, em arquivos protegidos por senhas de modo a garantir a confidencialidade dos dados. Durante o processo, foi apenas utilizado o código de participante. Todas as informações que pudessem identificar os participantes (por exemplo, nome, endereço, contatos) receberam um número de código e foram gravadas num arquivo separado. Num outro arquivo colocou-se o número do participante associado ao código de informações

peessoas. A possibilidade de identificar o participante permaneceu, mas de forma protegida e apenas os investigadores responsáveis têm acesso. Caso o participante quisesse modificar alguma informação era possível fazê-lo entrando em contacto com os coordenadores científicos do estudo. Os participantes autorizaram que os dados fossem arquivados e mantidos em sigilo por pelo menos dez anos após a publicação dos resultados.

2.4 Instrumentos

Os instrumentos seleccionados estão validados para a população do estudo e foram utilizadas versões curtas das medidas sempre que possível, com boas propriedades psicométricas.

2.4.1 Entrevista Semiestruturada

O estudo incluiu entrevistas semiestruturadas baseadas no estudo anterior de Pires et al. (2017) (anexo 2), que pretenderam apurar as motivações, benefícios e inconvenientes percebidos pelos seniores face à participação no programa de canto em grupo. No pré-teste, a entrevista recaia sobre percepção dos benefícios/vantagens e dos inconvenientes/desvantagens de ir participar no grupo de canto, bem como das principais motivações que o levaram a aceitar participar no programa. No pós-teste questionaram-se os indivíduos face à percepção dos benefícios/vantagens, dos inconvenientes/desvantagens e ainda as melhorias sugeridas para futuras edições do programa de canto.

2.4.2 Consultas e Medicação

Os dados sobre o número e a especialidade das consultas médicas assistidas pelos participantes, bem como alterações à medicação receitada aos participantes nos quatro meses anteriores ao início e nos quatro meses de duração do programa de canto de ambos os grupos, foram registados pelas Santas Casas da Misericórdia de Almada e de Lisboa e foram fornecidos à equipa de investigação após obtida a autorização através do consentimento informado assinado pelos participantes.

2.4.3 SWLS - Satisfaction With Life Scale

De forma a ser avaliada a componente cognitiva do Bem-Estar Subjetivo, foi utilizada a Satisfaction With Life Scale (SWLS, de Diener et al., 1985) (anexo 3). Validada para a população portuguesa inicialmente por Neto e colaboradores (1990) e mais tarde por Simões (1992). Relativamente à validade discriminante deste instrumento, estudos realizados demonstram que embora a Satisfação com a Vida e o Bem-Estar Subjetivo estejam relacionados, são independentes, existindo desta forma resultados que demonstram a validade discriminante da escala (Eid & Diener, 2004; Lucas et al., 1996; Pavot & Diener, 1993). A Satisfaction With Life Scale tem sido utilizada em diferentes línguas, demonstrando as suas capacidades de aplicação em diferentes culturas, mantendo os seus níveis de fidelidade e validade (Schimmack et al., 2002). Neste caso optou-se pela validação de Simões (1992), onde as opções de resposta foram reduzidas a cinco, permitindo ao sujeito responder sobre a satisfação com a sua vida em geral de acordo com os seus critérios (por exemplo, “A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejaria que fosse”), numa escala de resposta de: 1 = discordo muito, 2 = discordo um pouco, 3 = não concordo, nem discordo, 4 = concordo um pouco e 5 = concordo muito. Os possíveis resultados variam entre um mínimo de 5 valores e um máximo de 25, sendo que quanto mais elevado for o valor maior será a satisfação com a vida. Os resultados da validação portuguesa indicaram uma consistência interna de $\alpha = .78$ (Neto et al., 1990). No presente estudo, a consistência interna desta escala, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .84 com 5 itens e 149 casos e, no momento 2, foi de .87 com 5 itens e 124 casos.

2.4.4 PANAS – Positive and Negative Affect Schedule

Foi utilizada a PANAS (Watson et al., 1988) (anexo 4), com uma validação realizada com várias e numerosas amostras, obtendo-se dados relativos a sete diferentes instruções temporais (Watson et al., 1988). Foi validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro (2005a), de modo a avaliar a componente afetiva do Bem-Estar Subjetivo. É constituída por 1 escala com 20 itens, medindo a frequência das emoções positivas e das emoções negativas (por exemplo, “Em que medida sentiu cada uma das seguintes emoções durante os últimos dias”: entusiasmo, perturbado, etc), numa escala de cinco pontos, de 1 = nada ou muito ligeiro a 5 = extremamente. A adaptação da PANAS para a língua portuguesa oferece propriedades semelhantes às da escala original e pode ser aplicada como uma escala breve de avaliação do

afeto positivo e negativo. A PANAS apresenta uma boa consistência interna, com valores que se situam entre .86 e .90 para a subescala Positive Affect e valores .84 e .87 na subescala Negative Affect (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a). Na escala original, a consistência do teste-reteste atinge níveis significativos em qualquer um dos quadros temporais considerados (Watson et al., 1988). No presente estudo, a consistência interna da escala Afeto Positivo, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .79 com 10 itens e 149 casos e, no momento 2, foi de .83 com 10 itens e 122 casos. A consistência interna da escala Afeto Negativo, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .85 com 10 itens e 149 casos e, no momento 2, foi de .88 com 10 itens e 123 casos.

2.4.5 WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Bref

Foi aplicada a avaliação da Qualidade de Vida da organização mundial de saúde (WHOQOL Group, 1994), adaptada para a população portuguesa por Serra et al. (2006) (anexo 5), com o propósito de avaliar a qualidade de vida de cada sujeito em diferentes áreas, mas de forma geral. É composto por 26 questões, duas pelas mais gerais relativas à percepção geral da qualidade de vida e à percepção geral de saúde (questões 1 e 2) e as restantes dizem respeito a domínios físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (questões 20, 21 e 22) e ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). Neste estudo serão medidos apenas os domínios de saúde física, saúde psicológica e relações sociais. Pretende medir uma resposta positiva ou negativa a uma afirmação assinalada numa escala likert composta por cinco níveis de resposta (1 a 5), sendo que 1 corresponde a “nada satisfeito” e 5 corresponde a “muito satisfeito”. Os valores de consistência interna da adaptação portuguesa foram todos pelo menos aceitáveis, variando o alfa de cronbach entre .64 e .94 (Serra et al., 2006). Porém no instrumento original estes valores variaram entre .66 e .80 (WHOQOL Group, 1998). No presente estudo, a consistência interna desta escala, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .87 com 18 itens e 144 casos e, no momento 2, foi de .88 com 18 itens e 123 casos. A consistência interna no domínio físico, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .77 com 7 itens e 147 casos e, no momento 2, foi de .78 com 7 itens e 124 casos. A consistência interna no domínio psicológico, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi de .80 com 6 itens e 148 casos e, no momento 2, foi de .74 com 6 itens e 124 casos. A consistência interna no domínio social, medida pelo alfa de Cronbach, no momento 1, foi .56 com 3 itens e 146 casos e, no momento 2, foi de .32 com 3 itens e 121 casos. A consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, foi satisfatória para todas as dimensões da escala, exceto para o domínio social.

Após realizarmos uma análise de correlação inter-item, verificámos que excluindo o item “satisfação sexual”, a consistência interna da escala melhorava para .67 no pré-teste e para .52 no pós-teste. Uma vez que o domínio social da escala não apresenta boa consistência interna, não foi analisado neste estudo.

2.5 Estratégia da Análise Estatística

Em primeiro lugar, verificámos os dados e analisámos a percentagem e a aleatoriedade dos valores omissos para todas as variáveis no pré-teste (T0). A percentagem de valores omissos foi inferior a 5% e o teste Little’s (MCAR) indica que os dados estão em falta aleatoriamente $\chi^2(58) = 55.37, p = .574$. Quanto aos valores extremos, identificámos valores extremos (três quartis acima da média) nas variáveis indicador socioeconómico e número de consultas médicas assistidas nos últimos quatro meses, que foram excluídos da análise.

As hipóteses foram testadas através do Modelo Linear Geral (ANOVA) para medidas repetidas com interação. As suposições de homogeneidade de variâncias (através do teste Levene) e de normalidade da distribuição da variável (através da curtose e homocedasticidade, apesar de se aplicar o teorema do limite central), foram asseguradas (Tabela 1).

Neste estudo, para a substituição de valores omissos no Pós-Teste (T1) de recolha dos dados, que se situou entre 12.1% e 18.8% foi utilizada uma abordagem *intention-to-treat (ITT)*, *last observation carried forward*, que consiste em substituir os valores omissos no pós-teste pelos valores medidos no pré-teste. Esta é uma das práticas mais comuns e das mais aconselhadas para a substituição de valores omissos em estudos experimentais (Gupta, 2011; McCoy, 2017). O tratamento estatístico foi realizado através do software IBM SPSS Statistics®, versão 26

No que diz respeito à informação qualitativa, o estudo incluiu entrevistas semiestruturadas sobre os benefícios e inconvenientes percebidos da participação no programa, sobre as suas motivações para integrar o programa e sobre as melhorias sugeridas para futuros programas de canto em grupo. Foram também questionados acerca das atividades em que participaram durante a intervenção. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas pelos investigadores após a aplicação de todos os outros questionários e testes estruturados. As mesmas foram gravadas e transcritas, de seguida procedeu-se a uma análise através de uma condensação do conteúdo das respostas a unidades mínimas de significado.

Posteriormente realizou-se uma codificação temática e contabilizou-se a frequência de cada categoria, em resposta aos objetivos da entrevista, em processo de auditoria com a professora orientadora desta dissertação.

Capítulo III

Resultados

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados quantitativos relativos ao autorrelato de medidas estruturadas de Bem-Estar Subjetivo, Qualidade de Vida, frequência de consultas assistidas e medicação receitada antes e depois da participação no programa de canto. Serão ainda apresentados os resultados qualitativos de entrevistas semi-estruturadas, sobre a percepção dos participantes sobre os benefícios (vantagens) e inconvenientes (desvantagens) de participarem no estudo. Os resultados apresentados pretendem dar resposta aos objetivos e hipóteses previamente definidos no presente estudo.

3.1 Teste dos Efeitos da Intervenção no BES – Satisfação com a Vida; Afeto Positivo e Afeto Negativo

No sentido de testar a primeira hipótese do estudo, que refere que se esperam diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no Bem-estar Subjetivo (Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação com a Vida), realizámos uma análise através do Modelo Linear Geral (ANOVA) para medidas repetidas com interação. Os resultados indicam que existiram diferenças significativas no Afeto Positivo, tendo este diminuído no grupo de controlo [de 2.90 ($DP = 0.76$) para 2.74 ($DP = 0.80$)] e aumentado no grupo experimental de modo significativo [de 2.91 ($DP = 0.72$) para 2.99 ($DP = 0.72$)], embora com uma dimensão de efeito reduzida. Apesar de o Afeto Negativo ter diminuído no grupo experimental [de 2.10 ($DP = 0.81$) para 2.01 ($DP = 0.81$)] e de se ter mantido no grupo de controlo [2.02 ($DP = 0.76$ no pré-teste e 0.83 no pós-teste)], a diferença entre os grupos não foi significativa para se poder apurar a causalidade do programa de canto. A Satisfação com a Vida diminuiu nos dois grupos entre o pré-teste e o pós-teste, e ainda que a diminuição no grupo de controlo [de 3.33 ($DP = 0.91$) para 3.16 ($DP = 0.86$)] tenha sido superior, a diferença não foi significativa (Tabela 2, Gráfico dos resultados anexos 14, 18 e 22).

Assim, a hipótese 1 confirma-se parcialmente, uma vez que os resultados revelaram diferenças significativas apenas na medida do Afeto Positivo. Os restantes resultados evoluem no sentido esperado, porém não foram significativos. Quatro meses de intervenção de canto em grupo mostraram os efeitos significativos esperados apenas no Afeto Positivo.

3.2 Teste de Efeitos da Intervenção na Qualidade de Vida

Relativamente à Hipótese 2, em que esperávamos diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo. No que respeita ao domínio físico da escala, encontraram-se diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos. Apesar de a satisfação com a saúde física ter diminuído nos dois grupos, a diminuição no grupo experimental foi mais baixa, de 3.62 ($DP = 0.73$) para 3.51 ($DP = 0.67$) em comparação com o grupo de controlo [de 3.75 ($DP = 0.67$) para 3.51 ($DP = 0.72$)]. No domínio psicológico não se verificaram os efeitos esperados, tendo também diminuído em ambos os grupos. A queda foi mais acentuada no grupo experimental [de 3.56 ($DP = 0.64$) para 3.47 ($DP = 0.65$)] do que no grupo de controlo [de 3.41 ($DP = 0.8$) para 3.40 ($DP = 0.7$)], porém, a diferença não foi significativa. Em relação à Qualidade de Vida global, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo após o programa de canto. Esta variável diminuiu em ambos os grupos de forma semelhante de 3.58 ($DP = 0.54$) para 3.48 ($DP = 0.55$) no grupo experimental e de 3.54 ($DP = 0.62$) para 3.44 ($DP = 0.59$) no grupo de controlo, não sendo a diferença significativa (Tabela 2, Gráfico dos resultados anexos 26, 30 e 34).

Assim, podemos dizer que a Hipótese 2 se confirmou apenas parcialmente, uma vez que no domínio físico se observaram diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo. A participação no programa de canto em grupo, durante quatro meses, mostrou efeitos positivos apenas na dimensão Qualidade de Vida relacionada com a saúde.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas, Resultados de Efeitos de Interação do Programa de Canto Entre-Sujeitos T0 e T1

<u>Variáveis</u>	<u>Condição</u>	<u>Pré-Teste</u> <u>(T0)</u>	<u>Pós-Teste</u> <u>(T1)</u>	<u>Modelo Linear Geral</u> <u>Entre-Sujeitos (interação)</u>	
	Experimental Controlo	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F(p)</i>	<i>η²</i>
Afeto Positivo	GE (<i>n</i> =89)	2.91(0.72)	2.99(0.72)	6.56(.011)	.043
	GC (<i>n</i> =60)	2.90(0.76)	2.74(0.8)		
Afeto Negativo	GE (<i>n</i> =89)	2.10(0.81)	2.01(0.81)	.66(.419)	.004
	GC (<i>n</i> =60)	2.02(0.76)	2.02(0.83)		
Satisfação com a Vida	GE (<i>n</i> =89)	3.33(0.8)	3.28(0.86)	.94(.335)	.006
	GC (<i>n</i> =60)	3.33(0.91)	3.16(0.86)		
Qualidade	GE (<i>n</i> =86)	3.58(0.54)	3.48(0.55)	.00(.980)	.000

de Vida Total	GC (n=58)	3.54(0.62)	3.44(0.59)		
Qualidade de Vida Saúde Física	GE (n=88)	3,62(0.73)	3.51(0.67)	3.68(.057)	.025
	GC (n=59)	3.75(0.67)	3.51(0.72)		
Qualidade de Vida Saúde Psicológica	GE (n=89)	3.56(0.64)	3.47(0.65)	1.07(.303)	.007
	GC (n=59)	3.41(0.8)	3.40(0.7)		
Nº Consultas Assistidas ¹	GE (n=72)	1.94(1.51)	1.51(1.49)	.00(.952)	.000
	GC (n=49)	2.04(1.50)	1.59(1.48)		

Nota: N = 124, substituição de missing cases (Intention to Treat, Last observation carried forward); ¹Eliminados valores extremos 3 interquartis acima da média.

3.3 Comparação das Consultas e Medicação dos Participantes Antes e Após a Intervenção

De acordo com os dados recolhidos, nos momentos pré-teste e pós-teste, queríamos perceber a diferença do número de consultas médicas a que o indivíduo recorreu, bem como se existiu ou não alteração da medicação de cada participante, entre os dois momentos. Assim, a terceira hipótese do estudo, em que se esperavam diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e os pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número de consultas médicas assistidas, é rejeitada.

A análise qualitativa repartiu-se em dois grupos: grupo de controlo com 0 sessões de canto assistidas ($n = 59$ nas consultas e $n = 61$ na medicação), e o grupo experimental em que os participantes assistiram a sessões de canto ($n = 68$ na medicação e $n = 70$ na medicação).

A maioria dos participantes do grupo experimental, diminuiu o número de consultas a que assistiram entre um momento e outro (48.5), porém, os participantes do grupo de controlo também diminuíram a sua frequência a consultas (39%). Em ambos os grupos, a percentagem de participantes que aumentou o número de consultas assistidas foi a mais baixa (Tabela 3, anexo 42).

Os resultados quantitativos desta análise revelaram uma descida no número de consultas tanto no grupo experimental [de 1.94 ($DP = 1.51$) para 1.51 ($DP = 1.49$)] como no grupo de controlo [de 2.04 ($DP = 1.50$) para 1.59 ($DP = 1.48$)], não sendo esta descida significativamente diferente entre os dois grupos (Tabela 2, Gráfico dos resultados anexo 38).

Tabela 3

Análise Qualitativa do N° de Consultas entre Pré-Teste e Pós-Teste

Consultas GC	N/%
Manteve o nº de Consultas	20/33.9%
Diminuiu o nº de Consultas	23/39%
Aumentou o nº de Consultas	16/27.1%
Consultas GE	N/%
Manteve o nº de Consultas	20/29.4%
Diminuiu o nº de Consultas	33/48.5%
Aumentou o nº de Consultas	15/22.1%

No que se refere à medicação receitada, colocámos a hipótese de que haveria diferenças significativas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, na diferença do número de medicamentos e da posologia receitadas, entre o pré-teste e o pós-teste do programa de canto em grupo.

Em qualquer um dos grupos, a grande maioria dos participantes manteve a medicação que tomava antes da intervenção do programa de canto em grupo. Porém, verificou-se que entre o grupo experimental e o grupo de controlo, o grupo experimental foi o que teve mais participantes a aumentarem a medicação (8.6%) e menos participantes a diminuírem-na (4.3%) por comparação ao grupo de controlo (Tabela 4, anexo 43).

Tabela 4

Análise Qualitativa da Medicação entre Pré-Teste e Pós-Teste

Medicação GC	N/%
Manteve a Medicação	50/81.9%
Diminuiu a Medicação	6/9.8%
Aumentou a Medicação	5/9%
Medicação GE	N/%
Manteve a Medicação	61/87.1%
Diminuiu a Medicação	3/4.3%
Aumentou a Medicação	6/8.6%

Começámos por fazer uma comparação medicamento a medicamento e registámos as diferenças observadas, no aumento ou diminuição de medicamentos e da posologia de cada medicamento, em cada participante entre o pré-teste e o pós-teste.

O resultado da diferença produzida revelou uma distribuição da variável com um valor curtose muito elevado, tanto para a diferença da medicação (13.92), quanto para diferença na posologia (44.16). Embora tenhamos uma dimensão de amostra superior a 30, optámos por usar um teste não paramétrico para comparar o grupo experimental e o grupo de controlo em relação às diferenças entre o pré-teste e o pós-teste. O teste Man-Whitney para amostras independentes revelou que não existiram diferenças significativas entre o grupo experimental ($Mdn = 0$) e o grupo de controlo ($Mdn = 0$), quanto às alterações no número de medicamentos receitados cuja mediana foi zero em ambos os grupos, $U = 208$, $p < .05$ e na posologia receitada cuja mediana foi zero em ambos os grupos $U = 400$, $p < .05$ entre o pré teste e o pós-teste.

Desta forma, rejeita-se a hipótese 4, pois esperavam-se diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número e na posologia de medicamentos tomados. Os resultados não mostraram efeitos do programa de canto na redução de medicação ou da posologia da medicação, antes e depois da intervenção, entre o grupo experimental e o grupo de controlo.

Em síntese, a análise dos resultados quantitativos, confirmou parcialmente a hipótese 1, em que se verificaram efeitos estatisticamente significativos entre o grupo experimental e o grupo de controlo no Afeto Positivo, mas não nas restantes variáveis do Bem-Estar Subjetivo, e a hipótese 2, também parcialmente, em que se verificaram efeitos marginalmente significativos no domínio físico da Qualidade de Vida, mas não no domínio psicológico nem na Qualidade de Vida total. Nas restantes hipóteses do estudo não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos após o programa de canto em grupo.

3.3 Perceção dos Benefícios e Inconvenientes Face à Participação no Grupo de Canto

Definimos como objetivo do estudo identificar a perceção dos participantes quanto aos benefícios, inconvenientes e principais motivações de vir a participar no programa de canto em grupo, bem como, a perceção dos benefícios, dos inconvenientes e as melhorias sugeridas para futuras edições do programa após ter participado no programa de canto.

Através dos dados recolhidos nas entrevistas semiestruturadas, no pré-teste (T0), acedemos a informação qualitativa sobre a perceção dos participantes quanto aos benefícios e inconvenientes de ir participar no grupo de canto, bem como das principais motivações que o

levaram a participar no mesmo grupo. Após intervenção também recolhemos informação sobre a perceção dos participantes acerca dos benefícios e dos inconvenientes de participado no programa de canto e das melhorias sugeridas para futuras edições do programa.

De seguida são apresentados os resultados da análise de conteúdo através da condensação, categorização e análise temática da transcrição integral das entrevistas, organizados pelos momentos (pré-teste e pós-teste).¹

I) Benefícios Esperados por Participar no Grupo de Canto – Pré-Teste (T0)

No momento T0 do estudo, na recolha de dados do pré-teste, a maioria dos inquiridos, (28.4% do total de respostas), referiu como principais benefícios, os benefícios para o Bem-Estar Emocional e Satisfação com a Vida, por exemplo, distração, passar o tempo, ocupação e estar entretido (40%), Felicidade/Alegria (22.2%), Diversão (10%). Os benefícios Sociais (27.1%) com uma percentagem de respostas muito aproximada ao tema anterior, foram os segundos benefícios mais referidos pelos participantes, por exemplo, convívio/companhia (60.5%), sair de casa (18.6%), novas relações/contactos (12.8%). Os Interesses Artísticos foram os terceiros benefícios mais focados pelos participantes, com uma frequência de 46 respostas (14.5%), como por exemplo, gostar de cantar (67.4%) e gostar de música (15.2%). Com menos respostas seguiram-se os benefícios de Desenvolvimento Pessoal (12%) com maior referência às aprendizagens/experiências (92.1%) e os benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (11.7%) com mais ênfase nas melhorias saúde (35.1%) e na atividade física (29.7%). Importante ainda referir que existiram 15 respostas (4.7% do total de respostas) em que os participantes não referiram benefícios (ver Tabela 5 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 44).

Assim, com o objetivo de identificar a perceção dos participantes quanto aos benefícios de vir a participar num programa de canto, identificámos como principal benefício referido pelos participantes antes da sua participação no programa de canto em grupo, o convívio, seguindo-se a distração e logo de seguida a aprendizagem de coisas novas. Gostar de cantar e sentirem felicidade/alegria também foram aspetos bastante referidos pelos seniores.

Tabela 5

1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto T0

¹ A transcrição integral das entrevistas será disponibilizada pelos autores após pedido por e-mail.

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Benefícios para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (90 respostas/28.4%)	1. Distração (23)/ Passar o Tempo (3)/ Ocupação (7)/ Estar entretido (3)	36/40%	“As vantagens é a distração que faz muita falta...” (10.MVFC.SAD.L) “Para ter mais tempo ocupado...” (36.IMFE.CD.L)
	2. Felicidade/Alegria	20/22.2%	“Estar mais alegre...” (35.RNAVD.CD.L)
	3. Diversão	9/10%	“... para me divertir...” (63.MHN.CD.L)
	4. Sentir-se Bem/ Melhor	7/7.8%	“...sentir-me melhor comigo própria.” (7.MPCP.SAD.L)
Benefícios Sociais (86 respostas/27.1%)	1. Convívio (49)/ Companhia (6)	52/60.5%	“...conviver mais e estar com as pessoas...” (35.RNAVD.CD.L) “...faço companhia às outras pessoas, como as outras pessoas me fazem companhia a mim.” (2.PAVS.PIAII.AL)
	2. Sair de Casa	16/18.6%	“...sair de casa para não ficar o dia todo em casa. É esse o meu principal percepção é realmente sair de casa...” (1MFPA.PIAII.AL)
	3. Novas Relações/ Contactos	11/12.8%	“...pelo menos que conheça mais pessoas e conviva com mais gente...” (55.RCRN.CD.L) “... por estar em contato.” (30MIMMF.CIAI.AL)
Interesses Artísticos	1. Gostar de Cantar	31/67.4%	“Fui criada no campo e sempre andava a trabalhar e a cantar, eu gosto muito de

(46 respostas/14.5%)			cantar.” (17.MCCP.L)
	2. Gostar de Música	7/15.2%	“Gosto muito de música...” (13.EA.SAD.L)
Benefícios Desenvolvimento Pessoal (38 respostas/12%)	1. Aprendizagens (28) / Experiências (7)	35/92.1%	“...isto há sempre uma experiência, uma pessoa nunca entrei nisto, vou experimentar também que quero ver como é...” (4FFR.PIAII.AL) “... acho que me vai trazer coisas maravilhosas é sempre uma aprendizagem...” (21.MEBBF.CD.L)
Benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (37 respostas/11.7%)	1. Melhorias Saúde	13/35.1%	“Uma mais valia a nível de saúde que poderia potenciar a saúde” (58AMJPCS.EXCOLA.AL)
	2. Atividade Física	11/29.7%	“Olhe é uma tentativa de não ficar parada...” (21IMR.CIAI.AL)
Não Referiu Benefícios (15 respostas/4.7%)	1. Sem Benefícios	15/100%	“Eu espero não ter muitas (...) gostaria imenso mas acho que não tenho grande aproveitamento...” (2.AMSAR.CD.L)
Benefícios para a Funcionalidade Cognitiva (5 respostas/1.6%)	1. Melhorias de Memória/Exercitar Capacidades	3/60%	“... é bom para a memória, temos que decorar as canções.” (23.NRH.CD.L)

II) Identificar Inconvenientes Esperados ao Participar no Grupo de Canto – Pré-Teste (T0)

No momento T0 do estudo, e relativamente aos inconvenientes esperados por via a participar no programa de canto em grupo, a maioria dos participantes referiu não esperar ter inconvenientes (60.4% do total de respostas), face à sua participação no programa de canto. Já com muito menos respostas que o tema anterior, foram referidas algumas limitações do dia-a-dia com 13% do total de respostas, por exemplo, indisponibilidade de tempo/outros

compromissos (65%) e dificuldade de deslocação/transporte (25%). Em terceiro estão os receios que tiveram quase tantas respostas como o tema anterior (10.4%), com uma grande quantidade de respostas na categoria incapacidade de realização/adaptação (87.5%). Os inconvenientes de saúde e funcionalidade física tiveram uma percentagem de 7.1, mais especificamente com interromper por problemas de saúde. 6.5% dos participantes não souberam mencionar inconvenientes (ver Tabela 6 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 45).

Analisando o objetivo de identificar a percepção dos participantes quanto aos possíveis inconvenientes da sua participação no programa, percebemos que na sua maioria não referiram inconvenientes. Sendo que os que referiram, eram inconvenientes como a sua incapacidade de realização/adaptação e a sua indisponibilidade de tempo, dando a entender que realmente queriam muito participar no programa mas que sentiam alguns receios.

Tabela 6

2ª Questão: Inconvenientes do Programa de Canto T0

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Referiu Inconvenientes (93 respostas/60.4%)	1. Sem Desvantagens/ Inconvenientes	93/100%	“Acho que não tenho desvantagens nenhuma nem inconvenientes.” (1.LP.CD.L) “Não tem desvantagem nenhum...” (47.MJO.LGLR.AL)
Limitações do Dia-a-Dia (20 respostas/13%)	1. Indisponibilidade de Tempo/ Outros Compromissos	13/65%	“... para mim à segunda feira é um bocadinho apertado, segunda feira é quando eu tenho a piscina...” (46.ASC.CST.AL)
	2. Dificuldade de Deslocação/ Transporte	5/25%	“...venho de mais longe tenho de apanhar os transportes todos os dias, os dias que vier para cá.” (65OCDLM.EXCOLA.AL)
Receios (16 respostas/10.4%)	1. Incapacidade de Realização/Adaptação o	14/87.5%	“Eu cantar com outra pessoa sei mas agora estar a olhar para o papel e ler assim a cantiga sozinha não sei.” (37MESM.SAD.AL)

Inconvenientes de Saúde e Funcionalidade Física (11 respostas/7.1%)	1. Interromper por Problemas de Saúde	11/100%	“Só se algum dia precisar de ir ao hospital...” (57.MJC.CDL.) “... às vezes posso estar com uma dor nas costas e naquele dia falta...” (50.MTLF.SAD.L)
Não Sabe (10 respostas/6.5%)	1. Não Sabe	10/100%	“Vamos lá a ver, não sei, só experimentando.” (45.MJSM.CST.AL)
Inconvenientes de Funcionalidade Cognitiva (4 respostas/2.6%)	1. Memória	4/100%	“...só tenho pena é que as vezes não decoro muito as coisas...” (64.MCS.CD.L)

III) Identificar as Motivações para Participar no Grupo de Canto – Pré-Teste (T0)

Ainda no momento T0 do estudo, as principais motivações referidas pelos participantes para ingressar no programa de canto foram as motivações as Sociais (41.9% do total de respostas), como o convívio e companhia (33.9%), por incentivo de outrem (28.4%), sair de casa (12.8%), novas relações (11.9%). As motivações para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) foram as segundas mais nomeadas (17.3%), por exemplo, Distração/ocupação/estar entretido/a (53.3%), alegria (13.3%). Com apenas menos 3 respostas que a anterior vem Desenvolver Interesses Artísticos (16.1%), por exemplo, gostar de cantar (64.3%). As motivações para o Desenvolvimento Pessoal foram as quartas mais referidas (13.5%) com grande ênfase nas aprendizagens/experiências (80%) (ver Tabela 7 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 46).

Em síntese, das motivações referidas pelos participantes para a sua participação no programa de canto, identificaram-se como mais referidas o convívio, o incentivo de outrem, a aprendizagem e o gostar de cantar. Compreendemos que o convívio está sempre no topo das respostas dos participantes, assim como a aprendizagem, gostar de cantar e a distração.

Tabela 7

3ª Questão: Motivações para o Programa de Canto T0

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Motivações Sociais (109 respostas/41.9%)	1. Convívio (36)/ Companhia (3)	37/33.9%	“É para conviver, porque eu não tenho ninguém...” (8FCS.PIAII.AL)
	2. Incentivo de Outrem	31/28.4%	“...as colegas a me incentivarem e a dizerem vai lá então isso vais lá cantar...” (15MJGRR.PIAII.AL)
	3. Sair de Casa	14/12.8%	“Como já disse, sair de casa...” (1MFPA.PIAII.AL)
	4. Novas Relações	13/11.9%	“...a gente vai fazer outra coisa, vai conhecer outras pessoas...” (10.MFCC.PIAII.AL)
Motivações para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (45 respostas/17.3%)	1. Distração (14)/ Ocupação (8)/ Estar entretido/a (2)	24/53.3%	“...gosto de me distrair.” (10.MVFC.SAD.L) “...preciso muito de ocupação de qualquer coisa...” (62MACCL.EXCOLA.AL)
	2. Alegria	6/13.3%	“...assim que perguntaram quem é que queria ir eu senti logo Alegria...” (43.LPS.CST.AL)
Desenvolver Interesses Artísticos (42 respostas/16.1%)	1. Gostar de Cantar	27/64.3%	“Ai muitas que eu gosto de cantar...” (5.MDTS.PIAII.AL)
	2. Gostar de Música	9/21.4%	“...gosto de música...” (13.EA.SAD.L)
Motivações de Desenvolvimento Pessoal (35 respostas/13.5%)	1. Aprendizagens (21)/ Experiências (7)	28/80%	“É uma coisa diferente, é diferente e eu gosto de experimentar também.” (17.MCCP.L) “Um bocadinho mais de cultura também.” (48.INAAM.CD.L)

Motivações de Saúde e Funcionalidade Física (22 respostas/8.5%)	1. Atividade Física	16/72.7%	“... tornar-me mais ativa e essas coisas assim.” (87EMR.ARPILF.AL)
Não Sabe (5 respostas/1.9%)	1. Não Sabe	3/60%	“Estou pronta a participar se eu for capaz eu fico se não for saio.” (50.CR.LGLR.AL)
	2. Não Referiu	2/40%	“Não compreendo de que programa se trata.” (40.BKDF.CD.L)

I) Identificar os Benefícios Percebidos de ter Participado no Grupo de Canto – Pós-Teste (T1)

No momento T1, os benefícios mais mencionados pelos participantes, após o programa de canto em grupo foram as vantagens para o Bem-estar Emocional e Satisfação com a Vida com 98 respostas (50% do total de respostas), por exemplo, ter gostado (26.5%), sentir-se bem/melhor (17.3%), alegria/felicidade/ficar contente (16.3%). Em segundo lugar, seguem-se os benefícios Sociais (30.6%) principalmente de convívio (48.3%) e novas relações (31.7%). Em terceiro, mas já com menos respostas encontram-se os benefícios de Desenvolvimento Pessoal (12.2%), por exemplo, aprendizagens/experiências (62.5%), enriquecimento pessoal e criatividade (25%). Não com tantas respostas, mas importante referir, são os benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (4.1%), por exemplo, atividade física (50%) e melhorias físicas (50%) e os benefícios de Funcionalidade Cognitiva (2.6%), por exemplo, melhorias de memória (60%) e desenvolvimento cognitivo (40%) (ver Tabela 8 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 47).

Analisando a perceção dos benefícios após a participação no programa de canto em grupo, verificámos que os mais referidos foram o convívio, ter gostado, as novas relações e sentir-se bem/melhor. Em comparação com as suas respostas do momento pré-teste, variaram ligeiramente, mantiveram o convívio como o mais referido entre os benefícios, e referiram mais benefícios associados às interações (novas relações) e à forma como sentiram o programa e como se sentem após a intervenção.

Tabela 8

1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto T1

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Benefícios para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (98 respostas/50%)	1. Ter Gostado	26/26.5%	“Foi uma das atividades que eu mais gostei, que me preencheu mais.” (26.MGR.CD.L) “Gostei muito. Repetia outra vez” (11.CCVR.PIAII.AL)
	2. Sentir-se Bem (129)/ Sentir-se Melhor (5)	17/17.3%	“Eu acho que foi muito bom para mim (...) sim acho que fiquei melhor” (62.MACCL.EXCOLA.AL)
	3. Alegria (12)/ Felicidade (3)/ Ficar Contente (1)	16/16.3%	“Senti uma alegria muito grande...” (15.MJGRR.PIAII.AL)
	4. Distração (8)/ Passar o Tempo (3)/ Ocupação (2)/ Estar Entretido/a (1)	12/12.2%	“Aquele bocadinho que a gente tinha esquecia-se dos problemas todos...” (18.JBSS.CD.L) “Senti uma distração uma maneira de passar o tempo...” (02.AMSAR.CD.L)
	5. Orgulho	8/8.2%	“... foi uma oportunidade muito boa (...) senti-me tão orgulhosa.” (86.CAHB.ARPILF.AL)
Benefícios Sociais (60 respostas/30.6%)	1. Convívio	29/48.3%	“O convívio com os amigos e outros participantes...” (03.MISVRA.PIAII.AL.)
	2. Novas relações	19/31.7%	“...conhecemos outras pessoas, tivemos contactos com as pessoas da Santa Casa, de outras instituições...” (83.EA.ARPILF.AL)

	3. Participação em Projetos/Atividade	5/8.3%	“...para lá de estarmos inseridas aqui, fomo-nos inserir noutros projetos...” (83.EA.ARPILF.AL)
Benefícios de Desenvolvimento Pessoal (24 respostas/12.2%)	1. Aprendizagens (14)/ Experiências (1)	15/62.5%	“Aprendia a cantar (...) E acho que nunca saí fora do ritmo, nem do tom...” (01. MFPA.PIAII.AL)
	2. Enriquecimento Pessoal e Criatividade	6/25%	“Enriquecimento meu (...) a nível pessoal enriqueci...” (38.MHPL.SAD.L) “...no aspeto criativo foi bastante bom. Foi criativo, foi bom pronto.” (80.GIB.ARPILF.AL)
Benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (8 Respostas/4.1%)	1. Atividade Física	4/50%	“É bom porque nos faz mexer, põe-nos a andar também é bom.” (07.MCLL.PIAII.AL)
	2. Melhorias Físicas	4/50%	“Aprendi a falar melhor, como tive o AVC fiquei com a língua presa, melhorei a voz...” (38.OV.LGLR.AL)

II) Identificar os Inconvenientes de ter Participado no Grupo de Canto – Pós-Teste (T1)

No momento T1 de recolha de dados, a maioria dos participantes não referiu ter sentido inconvenientes (72% do total de respostas). Poucos (14.7%), mencionaram inconvenientes acerca do programa de canto, os que referiram problemas focaram problemas de transporte (27.3%), comer/ir à pressa (18.2%), ser um compromisso (18.2%). Seguem-se as Limitações dos Participantes com uma percentagem de respostas muito próxima ao tema anterior (13.3%), por exemplo, saúde e funcionalidade física (30%), incómodo com alguns participantes (30%), horário (20%) e não saber cantar (10%) (ver Tabela 9 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 48).

Em síntese, quanto à perceção dos inconvenientes do pós-teste, a grande maioria não referiu nenhum inconveniente, sendo que foram mencionados alguns, maioritariamente relacionados com as suas limitações (como a saúde e funcionalidade física e o incómodo com alguns participantes) e com problemas de transporte. Assim, na sua maioria, os

inconvenientes referidos estavam principalmente associados às suas limitações ou ao incómodo com outros participantes e não a limitações do programa em si.

Tabela 9

1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto T1

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Referiu Inconvenientes (54 respostas/72%)	1. Sem Desvantagens/ Inconvenientes	54/100%	“Não, acho que correu tudo muito bem. Foi tudo muito bem organizado.” (26.MGR.CD.L.)
Inconvenientes do Programa de Canto (11 respostas/14.7%)	1. Problemas de Transporte	3/27.3%	“Era o tempo de espera (...) Ajuntavam-se todos os que iam apanhar a carrinha e depois olhe enterravam os vivos desenterravam os mortos.” (01.MFPA.PIAII.AL) “...fora das horas se não tiver quem me traga não posso ir...” (02.AMSAR.CD.L)
	2. Comer/Ir à pressa	2/18.2%	“...andávamos sempre à pressa...” (65.OO.CD.L)
Limitações dos Participantes (10 respostas/13.3%)	1. Saúde e Funcionalidade Física	3/30%	“...só me custava mais era o andar, era sair do elevador...” (15.GR.CD.L)
	2. Incómodo com Alguns Participantes	3/30%	“A gente tinha dificuldades em concentrar-se porque elas estavam sempre a falar...” (77.LMMG.ARPILF.AL.)

III) Identificar os Aspetos que Melhoraria no Grupo de Canto – Pós-Teste (T1)

Finalmente, no momento T1 do estudo, quanto aos aspetos a melhorar no programa de canto a maioria dos participantes referiu que não mudaria nada no programa de canto (62% do total de respostas). 16.9% referiram melhorias no programa, por exemplo, horário (16.7%), meio de transporte (16.7%), reportório de músicas (16.7%). 12.7% não sabem identificar

melhorias. As melhorias de/com outros participantes são as quartas (5.6%), por exemplo, atenção (25%), falarem uns dos outros (25%), discórdias (25%) e não cantarem (25%) (ver Tabela 10 com alguns exemplos, Tabela completa anexo 49).

Quanto a identificar aspetos que melhorariam no programa de canto, grande parte dos participantes não mudaria nada e alguns não sabem. Quanto aos participantes que referiram melhorias, estas foram maioritariamente direccionadas ao horário, à falta de meio de transporte, ao repertório de músicas e ainda fizeram referência às pautas que acabaram por ser alteradas durante o programa.

Tabela 10

3ª Questão: Aspetos que Melhoraria no Programa de Canto T1

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Mudaria Nada (44 respostas/62%)	1. Nada	44/100%	"Olha querida, eu acho que está tudo muito bem." (12.MAMC.SAD.L.)
Melhorias no Programa (12 respostas/16.9%)	1. Horário	2/16.7%	"O horário. Mas foi uma altura boa que nós fomos porque não foi inverno." (65.OO.CD.L.)
	2. Meio de Transportes	2/16.7%	"Olha o que havíamos de ter era uma camioneta para irmos todos. Isso era importante." (39.MLMF.CD.L.)
	3. Reportório de Músicas	2/16.7%	"Ai não poderia melhorar quanto muito o conteúdo das canções, o reportório." (25.RJLSS.CD.L.)
	4. Pautas	2/16.7%	"Eu acho que estava tudo muito bem, só melhorava as pautas que nos deram. Eu disse à Anabela e depois melhoraram no final." (07.MCLL.PIAII.AL)
Não Sabe (10 respostas/14.1%)	1. Não Sabe	9/90%	"Não sei, não pensei nisso. Não estou a ver." (18.ABS.CIAI.AL) "Não sei, sou muito leiga." (31.ISE.CD.L.)

	2. Não Especificou	1/10%	“Gostava de ver assim uma melhoriazinha, mas este programa foi espetacular foi muito bom mas se continuassem assim não era mau.” (13.ASVP.PIAII.AL)
Melhorias de/com Outros Participantes (4 respostas/5.6%)	1. Atenção	1/25%	“...tentar alertar as pessoas para ter mais um bocadinho de atenção, elas conversavam muito, têm de se focar” (77.LMMG.ARPILF.AL.)

Capítulo IV

Discussão

Neste capítulo será apresentada uma discussão dos resultados obtidos e analisados anteriormente.

No que se refere ao impacto de programas de canto no Bem-Estar Subjetivo, na Qualidade de Vida e na saúde dos mais velhos, de acordo com a literatura científica, esta atividade tem o poder de interferir de forma positiva em todas dimensões referidas. Os grupos de canto proporcionam um aumento das emoções positivas (por exemplo, alegria, diversão, satisfação e envolvimento social) e uma diminuição das emoções negativas (por exemplo, uma redução do stresse e de sintomas negativos), contribuindo assim para resultados positivos na dimensão do Bem-Estar Subjetivo relacionados ao canto em grupo. Segundo alguns estudos, estes grupos também têm a capacidade de gerar melhorias físicas e espirituais, proporcionando bons resultados para uma melhor Qualidade de Vida e Saúde dos seniores.

Contudo, são necessários mais estudos de forma a comprovar o efeito causal de programas de canto em grupos no Bem-Estar Subjetivo, na Qualidade de Vida e na Saúde dos adultos mais velhos.

Assim, tendo em conta a quantidade de literatura científica que associa os grupos de canto a um aumento do Bem-Estar Subjetivo, colocou-se a primeira hipótese do estudo, de que se esperam diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, de 34 sessões, durante quatro meses, no Bem-estar Subjetivo dos participantes, medido através das variáveis de Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo.

Verificou-se que a participação no programa de canto em grupo, produziu efeitos na dimensão emocional do Bem-Estar Subjetivo. Cantar em grupo levou a um aumento significativo do Afeto Positivo no grupo experimental em comparação com o grupo de controlo, que apresentou uma diminuição do Afeto Positivo. Estes resultados vêm ao encontro de estudos realizados anteriormente (Bamford & Howell, 2018; Batt-Rawden & Stedje, 2018; Beack et al., 2000; Bullack et al., 2018; Clift & Hancox, 2001; Clift & Hancox, 2010; Cohen et al., 2006/07; Fancourt et al. 2016; Kreutz et al., 2004; Sakano et al. 2014; Särkämö et al. 2014; Skingley et al. 2020; Stewart & Lonsdale, 2016) reforçando a hipótese de que os grupos de canto influenciam positivamente os estados de humor, aumentando o Afeto Positivo dos participantes. Assim sendo, os grupos de canto, mesmo de curta duração, parecem ser uma mais valia no processo de envelhecimento uma vez que melhoram as emoções positivas dos seniores.

Relativamente ao Afeto Negativo, apesar de se observar uma diminuição no grupo experimental, e uma estabilidade no grupo de controlo, as diferenças não foram significativas. Ao contrário do esperado, não se consegue garantir a causalidade do programa de canto em grupo na diminuição do Afeto Negativo. Assim, este resultado não vai ao encontro da revisão bibliográfica, que defende que cantar em grupo diminui as emoções negativas (Batt-Rawden & Stedje, 2018; Bullack et al., 2018; Coulton et al., 2015; Fancourt et al., 2016; Houston et al., 1998; Kreutz et al., 2004; Mohammadi et al., 2011; Pires et al., 2017). Contudo, muitos destes estudos tiveram intervenções mais longas, o que sugere que intervenções deste tipo têm a capacidade de proporcionar mais resultados positivos. Ainda que com uma intervenção de quatro meses, já seja notória uma descida do Afeto Negativo, possivelmente com um programa de canto em grupo mais longo, essas diferenças entre grupo experimental e grupo de controlo já fossem significativamente diferentes.

Relativamente à Satisfação com a Vida, os resultados mostram que esta diminuiu nos dois grupos, antes e depois da intervenção, contudo essa diminuição foi menos acentuada no grupo experimental. A diferença entre os dois grupos não foi o suficiente para ser significativa. Os resultados não confirmam a hipótese e não vão ao encontro dos resultados apresentados por Bailey e Davidson (2003) que revelaram que cantar em grupo aumenta a Satisfação com a Vida. Contudo, os resultados vão ao encontro dos resultados reportados por Pires et al. (2017) que também não encontraram diferenças significativas na Satisfação com a Vida, entre o grupo experimental e o grupo de controlo, após um programa de canto em grupo, com a duração de um mês. Assim, não foi possível confirmar os efeitos significativos de um programa de canto em grupo, com a duração de quatro meses, no aumento da Satisfação com a Vida.

No que diz respeito aos resultados quantitativos do Bem-Estar Subjetivo, o Afeto Positivo, apresentou diferenças significativas no grupo experimental em comparação ao grupo de controlo após o programa de canto em grupo, apoiando a hipótese do estudo e os resultados encontrados pela revisão bibliográfica.

Este resultado foi convergente com a análise qualitativa das entrevistas, onde se pode observar que grande parte dos participantes (50%) referiu benefícios emocionais e para o Bem-Estar associados ao programa, onde referiram emoções positivas como alegria, diversão e bem-estar. Nas outras dimensões do Bem-Estar os resultados quantitativos não revelam efeitos significativos nas dimensões do Afeto Negativo e da Satisfação com a Vida.

Alguns estudos anteriormente realizados sugeriram melhorias na Qualidade de Vida Global significativamente mais alta nos indivíduos que participaram em programas de canto em grupo. Relativamente ao impacto de um programa de canto em grupo na Qualidade de Vida, colocou-se a hipótese de que haveria diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e o pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, na Qualidade de Vida.

Os resultados apresentados revelaram diferenças marginalmente significativas na dimensão da Qualidade de Vida relacionada com a saúde física esperadas entre o grupo experimental e o grupo de controlo, confirmando parcialmente a hipótese. Porém, relativamente à Qualidade de Vida relacionada com a saúde psicológica e à Qualidade de Vida global não se verificaram efeitos significativos do programa de canto. Assim, os resultados não confirmam totalmente a hipótese nem vão de encontro aos estudos encontrados na revisão de literatura, que indicam um aumento na Qualidade de Vida dos indivíduos após participarem em programas de canto em grupo (Batt-Rawden & Stedje, 2018; Coulton et al., 2015; Hillman, 2002). Contudo, os estudos que apresentaram melhorias na Qualidade de Vida dos indivíduos, são estudos mais longos e apenas dois deles foram analisados em estudos experimentais, demonstrando mais uma vez a necessidade da realização de mais estudos deste tipo e em programas de maior duração. Ainda assim, a atividade de cantar em grupo, mesmo de curta duração em quatro meses, pode ser uma mais valia para os adultos mais velhos, uma vez que pode ter um impacto na sua perceção de saúde física e promover um envelhecimento mais ativo

A terceira hipótese do estudo foi colocada na sequência de outros estudos que sugeriram que participar em programas de cantos em grupo pode diminuir a procura de cuidados de saúde, uma vez que as pessoas se sentem melhor, estão mais bem-dispostas e estão mais ocupadas. Assim, colocou-se esta hipótese que diz que se esperam diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e os pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número de consultas médicas assistidas.

Os resultados não confirmaram a hipótese e mostraram que não houve diferenças significativas entre o pré-teste e o pós-teste na redução do número de consultas entre o grupo experimental e o grupo de controlo. Percebemos que muitas das consultas são de rotina e consistem no acompanhamento de condições de saúde. Grande parte dos participantes deste

estudo têm idade avançada e muitas condições de saúde diagnosticadas. As condições de saúde e o respetivo acompanhamento médico foram a maior causa das faltas justificadas às sessões de canto e de desistência do programa de canto.

A quarta hipótese, colocou-se no sentido de demonstrar a existência de uma redução da medicação, o que era sugerido em outros estudos relacionados com programas de canto em grupo. Isto uma vez que a atividade de canto em grupo está relacionada com melhoras de saúde (Batt-Rawden & Stedje, 2018; Clift & Hancox, 2001; Clift et al., 2008b; Cohen et al., 2006/07; Coulton et al., 2015). Desta forma, colocou-se a quarta hipótese, que refere que se esperam diferenças significativas no grupo experimental e entre o grupo experimental e o grupo de controlo, entre o pré-teste e os pós-teste de um programa de intervenção de canto em grupo, no número e na posologia de medicamentos receitados.

Porém, não se verificaram diferenças entre o grupo experimental e o grupo de controlo em relação à alteração do número de medicamentos e à posologia da medicação receitada. Também no caso da medicação receitada, alguns medicamentos nesta população são medicamentos para condições de saúde crónicas que se mantém há vários anos. Uma intervenção de canto em grupo de quatro meses não revelou ter impacto na medicação receitada, até porque as visitas ao médico que pressupõem a prescrição de nova medicação podem não ter ocorrido nesse período de tempo.

Assim, os resultados acerca do número de consultas e da medicação, não vão de encontro aos estudos realizados por Cohen et al. (2006, 2007) onde referem que o programa de canto em grupo diminuiu o número de consultas dos participantes, assim como a sua medicação entre o pré-teste e o pós-teste. Contudo, esses estudos tiveram uma intervenção em canto com uma duração mais longa de 12 e 24 meses respetivamente. Assim, para programas de canto em grupo mais curtos e com uma população de idade avançada, com agravamento progressivo das condições de saúde física, os benefícios ao nível da medicação prescrita não serão significativos. Os resultados também não vão ao encontro do estudo realizado por e Batt-Rawden e Stedje (2018) que sugere que um grupo de canto tem influência na redução da medicação, mais uma vez, este estudo teve uma duração mais longa que o apresentado.

Por fim, os resultados da análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas. Colocou-se o objetivo de através de entrevistas semi-estruturadas identificar a perceção dos participantes quanto aos benefícios, inconvenientes e principais motivações de vir a participar no programa de canto em grupo, bem como, a perceção dos benefícios, dos inconvenientes e

as melhorias sugeridas para futuras edições do programa após ter participado no programa de canto. Colocámos este objetivo com o intuito de entender a perceção dos participantes, pois nem sempre os resultados estatísticos dos instrumentos aplicados vão de encontro aos sentimentos referidos pelos seniores, como foi percebido no estudo de Pires et al. (2017).

Relativamente ao primeiro objetivo: identificar os benefícios percebidos da participação no programa de canto, entendemos que a maioria dos participantes referiu imensos benefícios pessoais. Os benefícios mais referidos pelos seniores foram os benefícios para o Bem-estar Emocional e os benefícios Sociais, entre eles (por ordem de referência): o convívio, o facto de terem gostado, as novas relações, sentirem-se bem/melhor, sentirem alegria/felicidade e ainda as aprendizagens/experiências que se inserem nos benefícios de Desenvolvimento Pessoal. Estas respostas vão de encontro ao que alguns autores defendem relativamente aos benefícios sociais desta atividade, referindo que esta é uma mais valia na promoção e na interação social (Bailey & Davidson, 2005; Bamford & Bawell, 2018; Bullack et al. 2018; Clift & Hancox 2001; Mohammadi et al. 2011; Pires et al. 2017; Silver, 2005). Também vão de encontro ao já referido por outros autores relativamente à sua capacidade de produzir emoções positivas e de promover a estimulação cognitiva (Bamford & Bowell, 2018; Batt-Rawden & Stedje, 2018; Bugos, 2007; Clift & Hancox, 2001; Clift & Hancox 2010; Johnson et al., 2005; Pires et al., 2017; Sakano et al., 2014; Särkämö et al. 2014; Skingley et al. 2020; Stewart & Lonsdale, 2016). As respostas dadas acerca dos benefícios da participação num grupo de canto em grupo, vão muito ao encontro das respostas dadas pelos participantes nas entrevistas semiestruturadas do estudo de Pires et al. (2017), onde também referiram como principais benefícios percebidos, o ter gostado de participar, o envolvimento social, sentiram-se mais alegres, divertidos e satisfeitos.

No segundo objetivo: identificar os inconvenientes perspetivados após a sua participação no programa de canto, a maioria dos participantes referiu não ter encontrado inconvenientes no programa (72%), tal como ocorreu no estudo de Pires et al. (2017). Ainda assim, alguns participantes (28%) referiram inconvenientes pessoais ou do programa como: problemas de transporte, saúde/funcionalidade física e o incómodo com outros participantes. Estas respostas não vão de encontro aos estudos anteriormente referidos que referem os programas de canto como promotores de melhorias físicas (Clift & Hancox, 2001; Cohen et al. 2006/07) e de socialização (Bailey & Davidson, 2005; Bamford & Bowell, 2018; Bullack et al. 2018; Clift & Hancox 2001; Mohammadi et al. 2011; Silver, 2005; Pires et al. 2017).

No último objetivo, o de referirem aspetos a melhorar no programa, a grande maioria dos seniores não referiu aspetos a melhorar, o que vai também ao encontro do estudo de Pires et al. (2017). Contudo, alguns referiram melhorias como o horário dos ensaios, a falta de meio de transporte e também algumas queixas referentes a outros participantes. Podemos pressupor que alguns destes inconvenientes referidos possam ter afetado os resultados quantitativos do Bem-Estar Subjetivo e da Qualidade de Vida.

É possível estabelecer alguma relação entre os resultados quantitativos e os resultados qualitativos. No que toca ao aumento do Afeto Positivo, estes resultados demonstraram-se significativos entre o grupo experimental e o grupo de controlo, e vão de encontro ao referido pelos participantes nas entrevistas semiestruturadas, uma vez que muitos (38.78%) demonstraram um aumento das emoções positivas nas suas respostas (por exemplo, ter gostado, sentir-se bem/melhor, alegria/felicidade, orgulho, carinho e esperança). Também no domínio físico na Qualidade de Vida existiram diferenças marginalmente significativas entre os dois grupos e alguns participantes referiram-no nas respostas às entrevistas semiestruturadas. Porém, apenas 4.1% dos participantes referiram benefícios físicos associados à sua participação no grupo de canto.

Capítulo V

Conclusão

5.1 Conclusão

Como conclusão deste estudo, observou-se que participar num programa de canto em grupo, com a duração de 4 meses, teve impacto numa das dimensões emocionais do Bem-Estar Subjetivo, no Afeto Positivo, que aumentou significativamente no grupo experimental comparando ao grupo de controlo. Já na outra dimensão emocional do Bem-Estar Subjetivo, o Afeto Negativo, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, assim como na dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo, a Satisfação com a Vida.

Na Qualidade de Vida dos seniores verificou-se um efeito marginalmente significativo da participação no Programa de Canto na Percepção de Saúde Física, porém, não se verificaram diferenças significativas nas outras dimensões da Qualidade de Vida entre o grupo experimental e o grupo de controlo após o programa de canto em grupo. Também não se verificaram efeitos significativos da participação no programa de canto no número de consultas assistidas e na medicação receitada entre os dois momentos.

Através da análise qualitativa das entrevistas semi-estruturadas sobre a perspetiva dos seniores face a sua participação neste programa de canto, poderemos associar alguns mecanismos aos resultados positivos do seu Bem-Estar Subjetivo. Tais como: a expressão de emoções positivas (por exemplo, alegria, felicidade, terem gostado, sentirem-se bem/melhor e a diversão), a interação social com todos os envolventes do programa, e as novas experiências e aprendizagens.

Com os resultados obtidos, percebemos que cantar em grupo pode ser uma mais valia para a população senior, contudo quatro meses pode não ser o tempo suficiente para que algumas variáveis se demonstrem estatisticamente significativas. Observamos que houve uma tendência de melhorias, e por isso é possível que com um programa mais longo essas melhorias se tornem significativas em mais variáveis.

Assim, os resultados deste estudo apontam na direção esperada, porém é necessário que se realizem mais estudos experimentais com programas de canto mais longos para se avaliar.

5.2 Contribuições, Limitações e Sugestões

Pode-se afirmar como uma limitação deste estudo, o facto de grande parte dos participantes serem do sexo feminino (83.3%). Outra limitação, está ligada ao facto de alguns

participantes sentirem alguma dificuldade na compreensão de certas perguntas do protocolo. De salientar que a população deste estudo é muito idosa, com uma baixa escolaridade e que se envolve muito pouco em atividades estruturadas de longa duração. Foi convidada para um programa, mas não teve a iniciativa de o procurar. Assim, é uma população muito sedentária e é um tipo de população que não é habitualmente estudada em investigações sobre programas de canto.

É também importante avaliar os impactos de longo prazo que a participação num programa de canto em grupo pode causar aos adultos mais velhos, utilizando medidas de follow-up. Assim seria uma mais valia esses dados ficarem também expostos nesta dissertação, contudo tal não foi possível por uma questão de prazos.

Os estudos atuais têm várias limitações, mas fornecem uma base útil para futuras pesquisas em larga escala de estudos qualitativos mais sofisticados e investigações experimentais sobre o impacto do canto no funcionamento biopsicossocial.

Referências

- Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Rodrigues, M., Castro, I., & Cardoso, D. (2016). The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 59-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.006>
- Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. (2ª ed.). Methuen.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bailey, B. & Davidson, J. (2003). Amateur group singing as a therapeutic instrument. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1), 18-32. <https://doi.org/10.1080/08098130309478070>
- Bamford, S. & Howell, S. (2018). 'What Would Life be – Without a Song or a Dance, What are We?' A Report from the Commission on Dementia and Music. The International Longevity Centre.
- Barbosa, K., Fernandes, M., Oliveira, F., Tibúrcio, A., Alves, A. & Ramos, C. (2015). Vulnerabilidade Física entre idosos: Diferenças por sexo. *Cultura de los cuidados*, 19(42), 90-100. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09>
- Batt-Rawden, K. & Stedje, K. (2018). Singing as a health-promoting activity in elderly care: a qualitative, longitudinal study in Norway. *Journal of Research in Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1744987120917430>
- Beck, R., Cesario, T., Yousefi, A. & Enamoto, H. (2000). Choral singing, performance perception, and immune system changes in salivary immunoglobulin A and cortisol. *Music Perception*, 18(1), 87-106. <https://doi.org/10.2307/40285902>
- Bernad Antonio, A. (2008). *El bienestar psicológico de las personas mayores: Programa de aprendizaje para la tercera edad*. Hergué Editorial.
- Bullack, A., Gaas, C., Nater, U. & Keutz, G. (2018). Psychobiological Effects of Choral Singing on Affective State, Social Connectedness, and Stress: Influences of Singing Activity and Time Course. *Front Behav Neurosci*, 12, 223. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00223>
- Bugos, A., Perlstein, W., McCrae, C., Brophy, T., & Bedenbaugh, P. (2007). Individualized Piano Instruction enhances executive functioning and working memory in older adults. *Aging & Mental Health*, 11(4), 464-471. <https://doi.org/10.1080/13607860601086504>
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). Analysis of the association between marital relationships and health problems: an interactional perspective. *Psychological Bulletin*, 112(1), 39-63. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.39>
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

- Campos, M. & Neto Rodrigues, J. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32(2), 232-240.
- Clair, A. & Memmott, J. (2008). *Therapeutic uses of music with older adults*. (2^aed.). American Music Therapy Association.
- Clift, S. & Hancox, G. (2001) The perceived benefits of singing: findings from preliminar surveys of a university college choral society, *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121(4), 248-256. <https://doi.org/10.1177/146642400112100409>
- Clift, S., & Hancox, G. (2006). *Music and wellbeing: In integrating spirituality in health and social care: Perspectives and practical approaches*. Radcliffe Publishing.
- Clift, S., & Hancox, G. (2010). The significance of choral singing for sustaining psychological wellbeing: Findings from a survey of choristers in England, Australia and Germany. *Music Performance Research: Royal Northern College of Music*, 3(1), 79-96.
- Clift, S., Hancox, G., Morrison, I., Hess, B., Stewart, D. & Kreutz, G. (2008a). *Choral Singing, Wellbeing and Health: Summary of Findings from a Cross-national Survey*. Sidney De Haan.
- Clift, S., Hancox, G., Staricoff, R., & Whitmore, C. (2008b). *Singing and health: Summary of a systematic mapping and review of non-clinical research*. Sidney De Haan.
- Cohen, G., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726-734. <https://doi.org/10.1093/geront/46.6.726>
- Cohen G., Perlstein S, Chapline J, Kelly J, Firth K., Simmens, S. (2007). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health and social functioning of older adults – 2-year results. *Journal of Aging, Humanities and the Arts*. 1, 5-22. <https://doi.org/10.1080/19325610701410791>
- Cooke, M., Moyle, W., Shum, D., Harrison, S. & Murfield, J. (2010) A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging & Mental Health*. 14(8), 905-916. <https://doi.org/10.1080/13607861003713190>
- Coulton S., Clift S., Skingley A. & Rodriguez, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 207(3), 250–55. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129908>
- Davidson, J., & Faulkner, R. (2010). Meeting in music: The role of singing to harmonise carer and cared for. *Arts & Health*, 2, 164-170. <https://doi.org/10.1080/17533010903488608>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 49, 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

- Diener, E., & Suh, M. (1997). Subjective well-being and age an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Eid, M. & Diener, E. (2004). Global judgments of subjective well-being: Situational variability and log-term stability. *Social indicators Research*. 65, 245-277.
- Fancourt, D., Williamon, A., Carvalho, L., Steptoe, A., Dow, R. & Lewis, I. (2016). Singing modulates mood, stress, cortisol, cytokine and neuropeptide activity in cancer patients and carers. *Ecancer*, 10, 631. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2016.631>
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Cassinello Zamarrón, M., Nicolás Díez, J., Espinosa Juan, M., Montero, P., Bravo Lopez, M. & Hernández-Torres, A. (2007). *Estudio Longitudinal sobre Envejecimiento Activo*. Research report. Universidad Autónoma de Madrid.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: Factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Quarteto editora.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005a). I Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I - Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 23, 209-218.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE BEM-ESTAR SUBJECTIVO. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203–214.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). The structure and stability of subjective well-being: A structure equation modelling analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 3, 293-314. <https://doi.org/10.1007/s11482-009-9063-0>
- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noriegad, J., Seabrae, M. & Guedea, R. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722006000200017>
- Gupta, S. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res*, 2(3), 109–112. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.83221>
- Hillman, S. (2002), Participatory singing for older people: a perception of benefit, *Health Education*, 102(4), 163–171. <https://doi.org/10.1108/09654280210434237>
- Houston, D., McKee, K., Carroll, L., & Marsh, H. (1998). Using humor to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. *Aging & Mental Health*, 2, 328-332. <https://doi.org/10.1080/13607869856588>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.

- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2014). Projeções de população residente 2012-2060. INE.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestbou=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). Envelhecimento da População Residente em Portugal e na União Europeia. INE.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestbou=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Irigaray, T. & Trentini, C. (2009). Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 297-304.
- Johnson, J., Nápoles, A., Stewart, A., Max, W., Santoyo-Olsson, J., Freyre, R., Allison, T. & Gregorich, S. (2015). Study protocol for a cluster randomized trial of the Community of Voices choir intervention to promote the health and well-being of diverse older adults. *BMC Public Health*, 15, 1049-1061. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2395-9>
- Kreutz, G., Bongard, S., Rohrmann, S., Grebe, D., Bastian, H. & Hodapp, V. (2004) Effects of choir singing or listening on secretory immunoglobulin A, cortisol and emotional state. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 623-635. <https://doi.org/10.1007/s10865-004-0006-9>
- Kuhn, D. (2002) The effects of active and passive participation in musical activity on the immune system as measured by salivary immunoglobulin A (SigA). *Journal of Music Therapy*, 39(1), 30-39. <https://doi.org/10.1093/jmt/39.1.30>
- Li, S., & SouthCott, J. (2012). A place for singing: Active music engagement by older Chinese Australians. *International Journal of Community Music*, 5, 59-78. https://doi.org/10.1386/ijcm.5.1.59_1
- Loblet, M., Ávila, N., Farràs, J. & Canut, M. (2011). Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467-475. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300004>
- Lucas, R., & Diener, E. (2015). Personality and subjective well-being: Current issues and controversies. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, M. L. Cooper, & R. J. Larsen (Eds.), *APA Handbook of Personality and Social Psychology: Volume 4. Personality processes and individual differences* (pp. 577-599). American Psychological Association.
- Lucas, R., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.71.3.616>
- Marques Gonçalves, E., Sánchez Serdio, C., & Vicario Palacios, B. (2014). Perception of the quality of life of a group of older people. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 73-81. <https://doi.org/10.12707/RIII1314>.
- McCoy, E. (2017). Understanding the Intention-to-treat Principle in Randomized Controlled Trials. *West J Emerg Med*, 18(6), 1075–1078. <https://doi.org/10.5811/westjem.2017.8.35985>

- Medeiros, T. (Ed.) (2012). *Repensar as pessoas idosas no século XXI*. Direção Regional da Ciência.
- Mohammadi, A., Tanaze, S., & Moradi, F. (2011). An evaluation of the effect of group music therapy on stress, anxiety and depression levels in nursing home residents. *Canadian Journal of Music Therapy*, 17, 55-68.
- Moraes, E., Moraes, F. & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Med Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Moreira-Almeida, A., Neto Lotufo, F. & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000300018>
- Motta, L. (2004). Processo de envelhecimento. In: A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar* (pp. 115-124). (2ªed). Interciência.
- Neri, A. (2007). *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar*. Editora Alínea.
- Neto Monteiro, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.), *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). ESEL/APPORT.
- Oliveira, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.). LivPsic.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pires A., Galinha I. & Herédia A. (2017). Estudo Experimental sobre o Impacto dos Grupos de Canto no Bem-estar Subjetivo dos Seniores. *Psychology, Community & Health*. 6, 186-200. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.159>
- Pordata (2016). Retrato de Portugal na Europa. INE. <http://www.pordata.pt/Europa/Retratos/2015/Retrato+de+Portugal+na+Europa-50>.
- Potter, J., & Sorrell, N. (2012). *A history of singing*. Cambridge University Press.
- Rabelo, D., & Neri, A. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 403-412.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, 543-557.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo*. Lidel.
- Rocha, I., Braga, L., Tavares, L., Andrade, F., Filha, M., Dias, M., & Silva, A. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 687-94. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500006>
- Rodrigues, V., Mota-Pinto, A., Sousa, B., Botelho, A., Alves, C., & Oliveira, C. (2014). The aging profile of the portuguese population: A Principal component analysis. *Journal of Community Health*, 39(4), 747-752. <https://doi.org/10.1007/s10900-014-9821-2>
- Sacks, O. (2008) *Musicophilia*. Picador.

- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Numminen, A., Kurki, M., Johnson, J. & Rantane, P. (2014). Cognitive, Emotional, and Social Benefits of Regular Musical Activities in Early Dementia: Randomized Controlled Study. *Gerontologist*, 24(4), 634-650. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt100>
- Sakano, K., Ryo, K., Tamaki, Y., Nakayama, R., Hasaka, A., Takahashi, A., . . . Saito, I. (2014). Possible benefits of singing to the mental and physical condition of the elderly. *BioPsychoSocial Medicine*, 8(1), Article 11. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-8-11>
- Satuf, C., Monteiro, S., Pereira, H., Esgalhado, G., Afonso, R., Loureiro, M. (2018). The protective effect of job satisfaction in health, happiness, well-being and self-esteem. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 24(2), 181–189. <https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1216365>
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V. & Ahadi, S. (2002). Culture, personality and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 582-893.
- Schneider, R. & Irigatay, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). *A psychological point of view toward human aging and adaptability*. Paper presented at the 9th International Conference of Social Gerontology, Quebec, Canada.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505-516. <https://doi.org/10.14417/ap.336>
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psicologia Clínica*, 27 (1), 31-40.
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL 2017-2025*. Portugal.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 3, 503-515.
- Skingley, A., & Bungay, H. (2010). The Silver Song Club project: Singing to promote the health of older people. *British Journal of Community Nursing*, 15, 135-140. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2010.15.3.46902>
- Skingley, A., McCue, J. & Vella-Burrows, T. (2020). Using music interventions in the care of people with dementia. *Nursing Standard*. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11560>
- Skingley, A., Clift, S., Coulton, S., & Rodriguez, J. (2011). The effectiveness and cost-effectiveness of a participative community singing programme as a health promotion initiative for older people: Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 11(142). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-142>

- Staudinger, U. (2015). Images of aging: outside and inside perspectives. In M. Diehl & W. Hans-Werner (Eds.), *Subjective Aging: New Developments and Future Directions* (pp. 187-210). Springer Publishing Company.
- Steverink N., Westerhof G., Bode C., Dittmann-Kohli F. (2001) The personal experience of aging, individual resources, and subjective wellbeing. *The Journals of Gerontology* 56, 364-373. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.P364>
- Stewart, N., & Lonsdale, A. (2016). It's better together: The psychological benefits of singing in a choir. *Psychology of Music*, 44, 1240-1254. <https://doi.org/10.1177/0305735615624976>
- Swift, H., Abrams, D., Lamont, R., & Drury, L. (2017). The risks of ageism model: How ageism and negative attitudes toward age can be a barrier to active aging. *Social Issues and Policy Review*, 11(1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>
- United Nations Economic Commission for Europe. (2012). Active ageing. *UNECE Policy Brief on Ageing*, (13). UNECE. <https://www.unece.org/population/ageing/policybriefs.html>
- Vitola, J., & Argimon, I. (2003). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In N. Terra & B. Dorenelles (Eds.), *Envelhecimento bem-sucedido* (pp.97-102). (2ªed). EDIPUCRS.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- WHOQOL Group. (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- World Health Organization (1997). *Measuring quality of life*. WHO. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- World Health Organization. (2014). *Global health and ageing*. WHO. http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
- World Health Organization. (2015a). *World report on ageing and health* (Vol. 1). WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=D97FC68B70C88EDFB3EB19B22816C3C1?sequence=1
- World Health Organization (2015b). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.
- Yinger, O. (2014). Adapting choral singing experiences for older adults: The implications of sensory, perceptual, and cognitive changes. *International Journal of Music Education*, 32(2), 203-212. <https://doi.org/10.1177/0255761413508064>
- Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review*. UNDP. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado

Código do Participante_____

Acordo de Consentimento Informado Investigação e Intervenção em Grupos de Canto

Convidamo-lo a participar num estudo sobre grupos de canto a desenvolver em parceria entre a Direção Geral das Artes, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a Santa Casa de Misericórdia de Almada, a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP), o ISCTE (Centro de Investigação e Intervenção Social - CIS-IUL) e o Teatro Nacional de São Carlos.

Objetivos Gerais do estudo - Compreender o impacto dos grupos de canto no bem-estar, na saúde e na função cognitiva dos indivíduos mais velhos.

O que fará no estudo - Será convidado a participar num programa de grupo de canto, com a duração de quatro meses, com duas sessões de duas horas por semana. O programa poderá decorrer entre os meses de fevereiro a julho de 2019 ou de setembro de 2019 a janeiro de 2020. A sua participação em um ou outro grupo será sorteada. O objetivo do programa de canto será a preparação de um espetáculo com duas apresentações ao público. O local de ensaios do programa ocorrerá num espaço cultural próximo do centro de dia e o transporte para o local será assegurado pela Santa Casa da Misericórdia.

Recolha de dados - Durante o programa participará ainda em 3 momentos de avaliação da saúde física e psicológica, com a duração de cerca de uma hora e meia e que consistirá em: (a) aceitar a recolha de amostras sanguíneas por um técnico credenciado para posterior análise laboratorial dos biomarcadores de saúde geral (glicémia, colesterol, velocidade de sedimentação, proteína C reativa); (b) aceitar a medição da tensão arterial, frequência cardíaca, peso e altura; (c) aceitar a monitorização da atividade geral do organismo, através de um dispositivo eletrónico com um tamanho semelhante ao de um relógio, colocado num cinto à volta da cintura, durante um período máximo de duas semanas consecutivas; (d) aceitar participar em exercícios físicos para a medição do equilíbrio, da função respiratória e da capacidade aeróbica, (e) aceitar responder a questionários sobre satisfação com a vida, emoções, saúde física e mental e função cognitiva; (f) responder a entrevistas sobre a motivação e benefícios da participação no grupo de canto; e (g) aceitar a gravação áudio das entrevistas. A sua aceitação será afirmada através da sua assinatura a este consentimento informado.

Durante o programa serão recolhidos imagens e som da sua participação nos grupos de canto e nos espetáculos para a realização de um vídeo documental sobre este programa.

Não se antecipam riscos para o participante além dos esperados na vida quotidiana, nem gratificação direta para participar no estudo. Poderá haver benefícios para a saúde, bem-estar e função cognitiva.

Registo dos dados: Pedimos autorização para recolher e arquivar dados pessoais como o seu nome e contactos pessoais, dados sensíveis como o seu estado de saúde e amostras sanguíneas para análise laboratorial. Para evitar recolha de informações repetidas, pedimos que autorize a disponibilização de dados recolhidos pela Santa Casa da Misericórdia relativos à sua situação sociodemográfica e de saúde (e.g., medicação e utilização de serviços de saúde). Vamos pedir para gravar a sua voz durante as entrevistas para efeitos de posterior transcrição.

Vamos ainda pedir a sua autorização expressa e livre para gravar a sua imagem e som durante a participação no programa de canto e nos espetáculos para o efeito de criação de um documentário e sua futura divulgação nos meios de comunicação social.

Arquivo e divulgação dos dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos em papel serão arquivados em separado dos dados de identificação dos participantes. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos, livros, um documentário e a edição de vídeos promocionais do programa para divulgação pública, nos vários meios de comunicação, junto do público em geral e da comunidade científica e artística.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: Os seus dados pessoais não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. O seu nome e contactos pessoais serão codificados (atribuição de um código) e arquivados em separado dos outros dados recolhidos, de modo a não poderem ser ligados às suas respostas (questionários e entrevistas) e às análises clínicas. Os seus dados serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas três elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os técnicos que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos embora anonimizados. Pedimos,

porém, a sua autorização para divulgar as imagens e som da sua participação no programa de canto e nos espetáculos, sem fins comerciais, para divulgação para a comunidade em geral em todos os meios de comunicação.

Participação voluntária: A sua participação é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto. Antes de decidir aceitar participar no estudo e no programa de canto deverá certificar-se de que tem a motivação e a disponibilidade para participar no projeto, ao longo de um ano, entre setembro de 2018 e dezembro de 2019, evitando retirar o lugar a outro participante interessado.

No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela coordenação do projeto e da investigação:

Coordenador do Projeto: Marcelo Gouveia, Direção-Geral das Artes, Campo Grande, 83 - 1º, 1700-088 Lisboa, e-mail: mgouveia@dgartes.pt;

Coordenador da Investigação: Iolanda Costa Galinha - Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Sta. Marta, 56, 1169-023, e-mail: igalinha@autonoma.pt

Responsável pelo Tratamento de Dados: CEU Cooperativa de Ensino Universitário, Rua de Sta. Marta, 56, 1169-023, NIF: 501641238, e-mail: investigacao.privacidade@autonoma.pt

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados: Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta, ou contactar-nos através dos e-mails: mfreitas@autonoma.pt; igalinha@autonoma.pt. O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do consentimento informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

Nome completo em maiúsculas:

12. Em relação ao seu estado de saúde, tem alguma doença diagnosticada? Se sim, qual?

13. Tem alguma incapacidade física ou sensorial diagnosticada? Se sim, qual?

14. Quais foram os serviços de saúde (e.g., consultas médicas e hospitalares) que utilizou nos últimos 4 meses? E com que frequência?

Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____
Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____
Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____
Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____
Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____
Serviço de Saúde:	_____	Nº de Consultas:	_____

Agora vamos fazer três perguntas sobre a sua motivação em participar no programa de canto e, como combinado, vamos pedir-lhe autorização para gravar as suas respostas. Pode ser?

16. Que benefícios ou vantagens pessoais espera ter por participar no programa de canto?

17. Que inconvenientes ou desvantagens pessoais espera ter por participar no programa de canto?

18. Quais foram as principais motivações que o levaram a aceitar participar no programa de canto?

Anexo 3 – SWLS

A seguir vou ler-lhe 5 frases com as quais pode concordar ou discordar. Deve responder com as seguintes opções de resposta:

1 Discordo fortemente	2 Discordo	3 Não concordo, nem discordo	4 Concordo	5 Concordo Fortemente
-----------------------	------------	------------------------------	------------	-----------------------

1	1	Não mudaria nada na minha vida atual.	1 DF	2 D	3 NC,ND	4 C	5 CF
2	2	Estou satisfeito/a com a minha vida atual.	1 DF	2 D	3	4 C	5 CF

					NC,ND		
3	3	A minha vida atual é ideal para mim.	1 DF	2 D	3 NC,ND	4 C	5 CF
4	4	As condições atuais da minha vida são excelentes.	1 DF	2 D	3 NC,ND	4 C	5 CF
5	5	Tenho as coisas importantes que quero neste momento.	1 DF	2 D	3 NC,ND	4 C	5 CF

Anexo 4 – PANAS

A seguir vou ler palavras que descrevem sentimentos e emoções. Por favor, diga-me que medida sentiu cada um dos sentimentos e emoções, durante os últimos 4 meses:

1 Nada ou muito ligeiramente	2 Um Pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
------------------------------	------------	-----------------	------------	----------------

6	1. Interessado/a	1	2	3	4	5
7	2. Perturbado/a	1	2	3	4	5
8	3. Excitado/a	1	2	3	4	5
	4. Atormentado/a	1	2	3	4	5
	5. Agradavelmente Surpreendido/a	1	2	3	4	5
	6. Culpado/a	1	2	3	4	5
	7. Assustado/a	1	2	3	4	5
	8. Caloroso/a	1	2	3	4	5
	9. Repulsa	1	2	3	4	5
	10. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
	11. Orgulhoso/a	1	2	3	4	5
	12. Irritado/a	1	2	3	4	5
	13. Encantado/a	1	2	3	4	5
	14. Remorsos	1	2	3	4	5
	15. Inspirado/a	1	2	3	4	5
	16. Nervoso/a	1	2	3	4	5
	17. Determinado/a	1	2	3	4	5
	18. Trémulo/a	1	2	3	4	5
	19. Ativo/a	1	2	3	4	5
26	20. Amedrontado/a	1	2	3	4	5

Anexo 5 - WHOQOL-BREF

Em relação às próximas perguntas que lhe vou fazer deve responder como sente cada uma, durante os últimos 4 meses, usando as opções de resposta que lhe vou lendo:

27	1 Como avaliaria a sua qualidade de vida?	Muito má 1	Má 2	Nem boa Nem má 3	Boa 4	Muito boa 5
	2 Em que medida está satisfeito com a sua saúde?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	3 Em que medida sente que as suas dores (físicas) o/a impedem	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5

	de fazer o que precisa de fazer?					
	4 Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	5 Até que ponto gosta da vida?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	6 Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	7 Até que ponto se consegue concentrar?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	10 Tem energia suficiente para a sua vida diária?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	11 Em que medida aceita a sua aparência física?	Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
	15 Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio/a)?	Muito má 1	Má 2	Nem boa Nem má 3	Boa 4	Muito boa 5
	16 Até que ponto está satisfeito/a com o seu sono?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	17 Até que ponto está satisfeito/a com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	18 Até que ponto está satisfeito(a) com sua capacidade de realizar trabalhos?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	19 Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	20 Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	21 Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual?	Muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	Nem satisfeito Nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	Muito Satisfeito 5
	22 Até que ponto está	Muito	Insatisfeito	Nem	Satisfeito	Muito

	satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	insatisfeito 1	2	satisfeito Nem insatisfeito 3	4	Satisfeito 5
	26 Com que frequência tem sentimentos negativos tais como, tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	Nunca 1	Algumas vezes 2	Frequentemente 3	Muito Frequentemente 4	Sempre 5

Anexo 6 – Género: Tabulação Cruzada

Tabulação cruzada IGender * Condiition

			Condiition		
			Experimental		
			group	Control group	Total
IGender	Masculino	Contagem	12	13	25
		% em IGender	48,0%	52,0%	100,0%
		% em Condiition	13,5%	21,7%	16,8%
	Feminino	Contagem	77	47	124
		% em IGender	62,1%	37,9%	100,0%
		% em Condiition	86,5%	78,3%	83,2%
Total	Contagem	89	60	149	
	% em IGender	59,7%	40,3%	100,0%	
	% em Condiition	100,0%	100,0%	100,0%	

Anexo 7 – Género: Testes Qui-Quadrado

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,719 ^a	1	,190		
Correção de continuidade ^b	1,183	1	,277		
Razão de verossimilhança	1,690	1	,194		
Teste Exato de Fisher				,263	,139
Associação Linear por Linear	1,707	1	,191		
Nº de Casos Válidos	149				

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 10,07.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo 8 – Estado Civil: Tabulação Cruzada

Tabulação cruzada IMaritalStatus * Condiition

			Condiition		
			Experimental		
			group	Control group	Total
IMaritalStatus	Single	Contagem	9	8	17
		% em IMaritalStatus	52,9%	47,1%	100,0%
		% em Condiition	10,8%	13,6%	12,0%
	Married	Contagem	28	13	41
		% em IMaritalStatus	68,3%	31,7%	100,0%
		% em Condiition	33,7%	22,0%	28,9%
	Divorced	Contagem	5	10	15
		% em IMaritalStatus	33,3%	66,7%	100,0%
		% em Condiition	6,0%	16,9%	10,6%
	Widower	Contagem	40	25	65
		% em IMaritalStatus	61,5%	38,5%	100,0%
		% em Condiition	48,2%	42,4%	45,8%
	Coabitation	Contagem	0	1	1
		% em IMaritalStatus	0,0%	100,0%	100,0%
		% em Condiition	0,0%	1,7%	0,7%
	Separeted	Contagem	1	2	3
		% em IMaritalStatus	33,3%	66,7%	100,0%
		% em Condiition	1,2%	3,4%	2,1%
Total		Contagem	83	59	142
		% em IMaritalStatus	58,5%	41,5%	100,0%
		% em Condiition	100,0%	100,0%	100,0%

Anexo 9 – Estado Civil: Testes Qui-Quadrado

Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	8,186 ^a	5	,146
Razão de verossimilhança	8,518	5	,130
Associação Linear por Linear	,256	1	,613
Nº de Casos Válidos	142		

a. 4 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,42.

Anexo 10 – Idade e Educação: Descritivas

		Descritivas							
		N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínim o	Máxim o
						Limite inferior	Limite superior		
IEducation	Experimental group	84	4,82	3,315	,362	4,10	5,54	0	16
	Control group	59	4,75	3,392	,442	3,86	5,63	0	16
	Total	143	4,79	3,335	,279	4,24	5,34	0	16
IAge	Experimental group	86	76,76	8,935	,963	74,84	78,67	61	94
	Control group	59	76,51	8,659	1,127	74,25	78,77	61	95
	Total	145	76,66	8,794	,730	75,21	78,10	61	95

Anexo 11 – Idade e Educação: ANOVA

ANOVA

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
IEducation	Entre Grupos	,198	1	,198	,018	,894
	Nos grupos	1579,508	141	11,202		
	Total	1579,706	142			
IAge	Entre Grupos	2,141	1	2,141	,027	,869
	Nos grupos	11134,618	143	77,864		
	Total	11136,759	144			

Anexo 12 - Indicador Socioeconomico: ANOVA

ANOVA

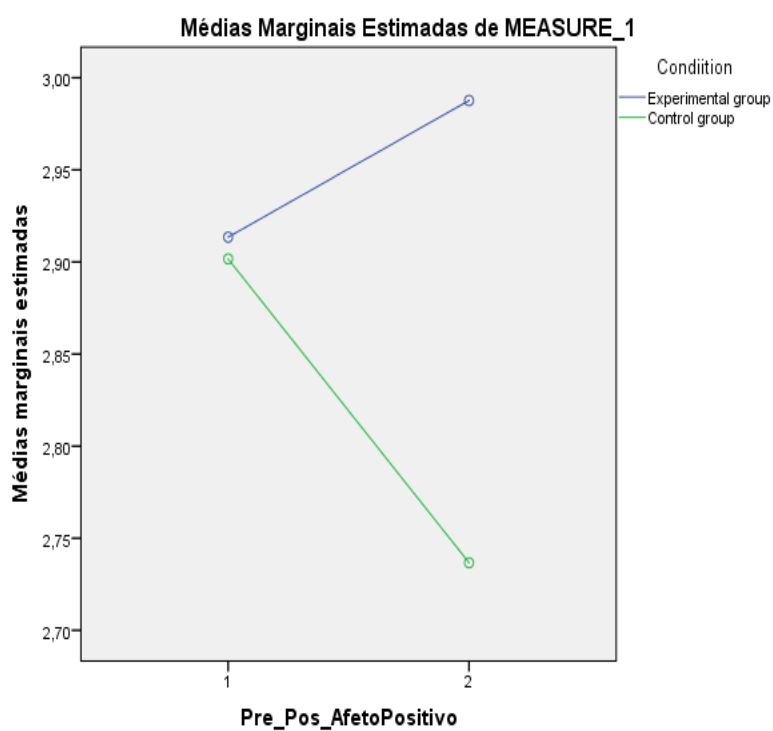
ISocioEconomicIndicatorWithoutOutlier

	Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Entre Grupos	27128,873	1	27128,873	,347	,557
Nos grupos	10952759,970	140	78234,000		
Total	10979888,840	141			

Anexo 13 – Satisfação com a Vida, Afeto Positivo, Afeto Negativo, Qualidade de Vida Total, Qualidade de Vida Domínio Físico, Qualidade de Vida Domínio Psicológico, N° de Consultas: ANOVA

		ANOVA				
		Soma dos		Quadrado		
		Quadrados	gl	Médio	F	Sig.
ISWLSTotal	Entre Grupos	,000	1	,000	,000	,998
	Nos grupos	104,634	147	,712		
	Total	104,634	148			
IpanasPAtotal	Entre Grupos	,005	1	,005	,009	,924
	Nos grupos	79,734	147	,542		
	Total	79,739	148			
IpanasNAtotal	Entre Grupos	,190	1	,190	,301	,584
	Nos grupos	92,672	147	,630		
	Total	92,862	148			
IQVBreffTotal	Entre Grupos	,055	1	,055	,166	,684
	Nos grupos	47,015	142	,331		
	Total	47,070	143			
IQVBreffDomFísico	Entre Grupos	,647	1	,647	1,284	,259
	Nos grupos	73,059	145	,504		
	Total	73,705	146			
IQVBreffDomPsicológico	Entre Grupos	,792	1	,792	1,566	,213
	Nos grupos	73,819	146	,506		
	Total	74,610	147			
ConsultasPreSemOutliers	Entre Grupos	,268	1	,268	,119	,730
	Nos grupos	269,699	120	2,247		
	Total	269,967	121			

Anexo 14 – Afeto Positivo: Gráfico de Análise



Anexo 15 – Afeto Positivo: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
IpanasPAtotal	Experimental group	2,9135	,71956	89
	Control group	2,9017	,76102	60
	Total	2,9087	,73401	149
IIpanasPAtotalITT	Experimental group	2,9876	,72485	89
	Control group	2,7367	,80401	60
	Total	2,8866	,76509	149

Anexo 16 – Afeto Positivo: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	2386,139	1	2386,139	2484,930	,000	,944	2484,930	1,000
Condiition	1,237	1	1,237	1,289	,258	,009	1,289	,204
Erro	141,156	147	,960					

a. Calculado usando alfa = ,05

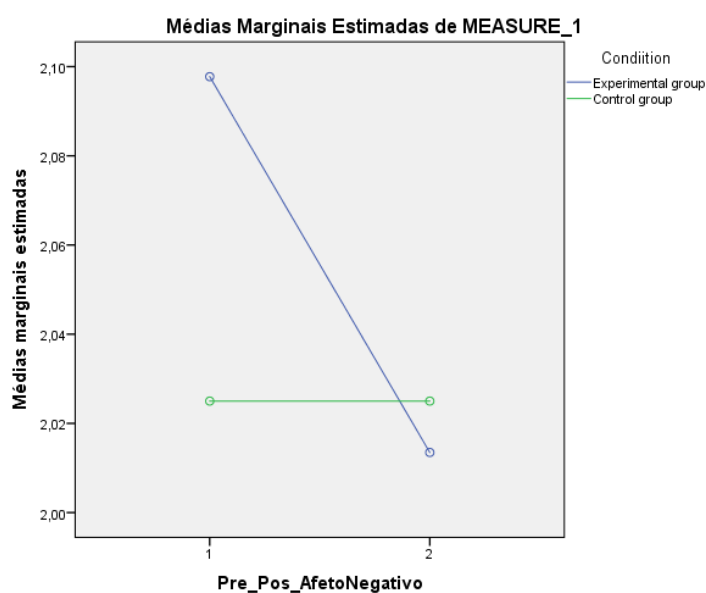
Anexo 17 – Afeto Positivo: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_Pos_AfetoPositivo	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Pre_Pos_Afeto Positivo	Linear	,148	1	,148	,947	,332	,006	,947	,162
Pre_Pos_Afeto Positivo *	Linear	1,025	1	1,025	6,564	,011	,043	6,564	,721
Condiition									
Erro(Pre_Pos_AfetoPositivo)	Linear	22,954	147	,156					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 18 – Afeto Negativo: Gráfico de Análise



Anexo 19 – Afeto Negativo: Estísticas Descritivas

	Condition	Média	Erro Desvio	N
IpanasNAtotal	Experimental group	2,0978	,81505	89
	Control group	2,0250	,76149	60
	Total	2,0685	,79211	149
IpanasNAtotalITT	Experimental group	2,0135	,80935	89
	Control group	2,0250	,83476	60
	Total	2,0181	,81689	149

Anexo 20 – Afeto Negativo: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	1193,540	1	1193,540	1076,915	,000	,880	1076,915	1,000
Condiitio n	,067	1	,067	,061	,806	,000	,061	,057
Erro	162,919	147	1,108					

a. Calculado usando alfa = ,05

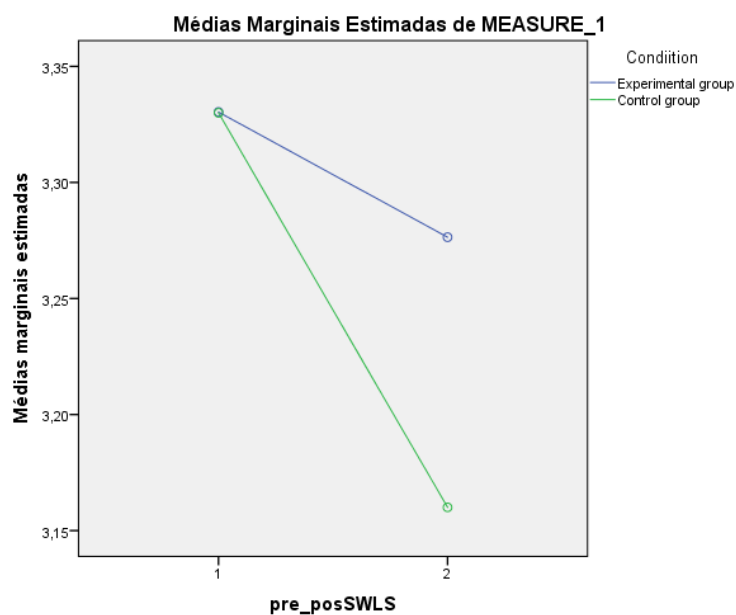
Anexo 21 – Afeto Negativo: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_Pos_ AfetoNegativo	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observa do ^a
Pre_Pos_Afeto Negativo	Linear	,127	1	,127	,656	,419	,004	,656	,127
Pre_Pos_Afeto Negativo * Condiition	Linear	,127	1	,127	,656	,419	,004	,656	,127
Erro(Pre_Pos_ AfetoNegativo)	Linear	28,509	14 7	,194					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 22 – Satisfação com a Vida: Gráfico de Análise



Anexo 23 – Satisfação com a Vida: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
ISWLSTotal	Experimental group	3,3303	,79892	89
	Control group	3,3300	,90634	60
	Total	3,3302	,84083	149

IISWLSTotalITT	Experimental group	3,2764	,85891	89
	Control group	3,1600	,86420	60
	Total	3,2295	,86004	149

Anexo 24 – Satisfação com a Vida: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	3073,629	1	3073,629	2571,343	,000	,946	2571,343	1,000
Condiition	,244	1	,244	,204	,652	,001	,204	,073
Erro	175,715	147	1,195					

a. Calculado usando alfa = ,05

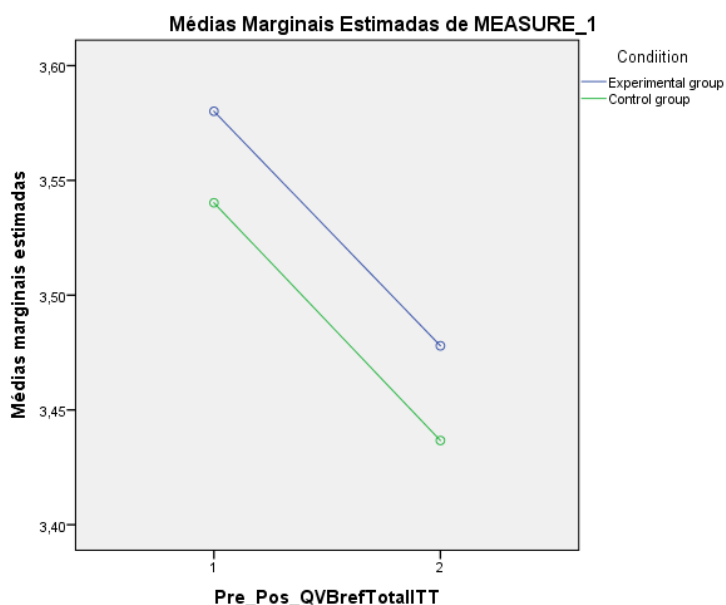
Anexo 25 – Satisfação com a Vida: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	pre_pos SWLS	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observa do ^a
pre_posSWLS	Linear	,899	1	,899	3,485	,064	,023	3,485	,458
pre_posSWLS *	Linear	,241	1	,241	,936	,335	,006	,936	,161
Condiition									
Erro(pre_posSWLS)	Linear	37,904	147	,258					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 26 – Qualidade de Vida Total: Gráfico de Análise



Anexo 27 – Qualidade de Vida Total: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
IQVBreffTotal	Experimental group	3,5801	,54337	86
	Control group	3,5402	,62011	58
	Total	3,5640	,57372	144
IIQVBreffTotalITT	Experimental group	3,4779	,54619	86
	Control group	3,4367	,58830	58
	Total	3,4613	,56187	144

Anexo 28 – Qualidade de Vida Total: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados		Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
	Quadrados	gl						
Intercepto	3411,588	1	3411,588	5723,349	,000	,976	5723,349	1,000
Condiition	,114	1	,114	,191	,663	,001	,191	,072
Erro	84,644	142	,596					

a. Calculado usando alfa = ,05

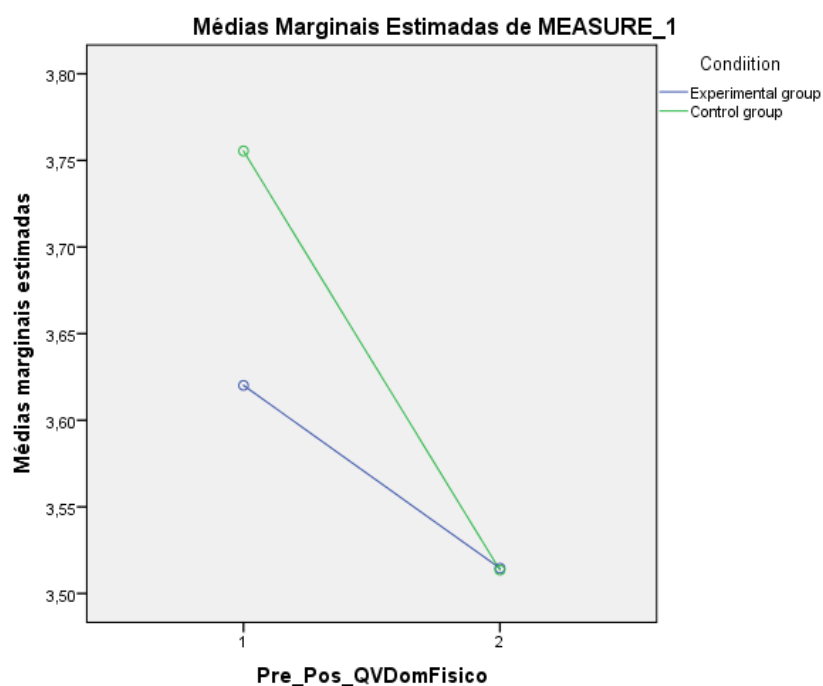
Anexo 29 - Qualidade de Vida Total: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_Pos_Q VBrefTotalIT T	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Pre_Pos_Q VBrefTotalIT T	Linear	,733	1	,733	13,956	,000	,089	13,956	,960
Pre_Pos_Q VBrefTotalIT T *	Linear	3,329E-5	1	3,329E-5	,001	,980	,000	,001	,050
Condiition									
Erro(Pre_Pos_Q VBrefTotalIT)	Linear	7,456	142	,053					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 30 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Gráfico de Análise



Anexo 31 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
IQVBreffDomFísico	Experimental group	3,6201	,73321	88
	Control group	3,7554	,67323	59
	Total	3,6744	,71051	147
IIQVBreffDomFísicoITT	Experimental group	3,5146	,67505	88
	Control group	3,5135	,72271	59
	Total	3,5141	,69212	147

Anexo 32 – Qualidade de Vida Domínio Físico: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	3663,806	1	3663,806	4084,620	,000	,966	4084,620	1,000
Condiition	,318	1	,318	,355	,552	,002	,355	,091
Erro	130,062	145	,897					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 33 - Qualidade de Vida Domínio Físico: Testes de contrastes dentre-sujeitos

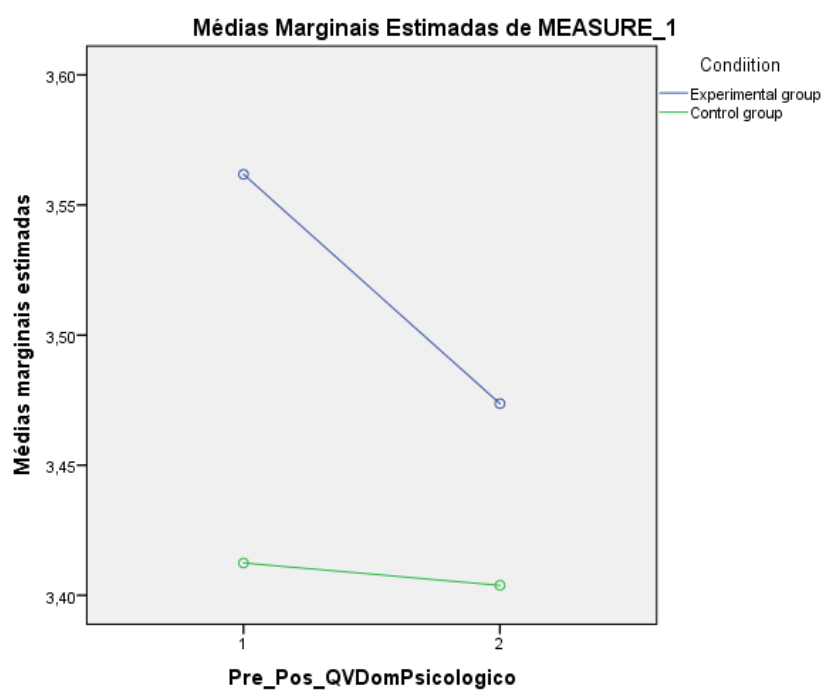
Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_Pos_QVDomFísico	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Pre_Pos_QVDomFísico	Linear	2,133	1	2,133	23,904	,000	,142	23,904	,998
Pre_Pos_QVDomFísico *	Linear	,328	1	,328	3,681	,057	,025	3,681	,479
Condiition									

Erro(Pre_ Linear	12,936	145	,089					
Pos_QVD								
omFisico)								

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 34 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Gráfico de Análise



Anexo 35 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
IQVBreffDomPsicologico	Experimental group	3,5618	,64422	89
	Control group	3,4124	,80191	59
	Total	3,5023	,71243	148
IIQVBreffDomPsicologicoITT	Experimental group	3,4737	,65210	89
	Control group	3,4038	,70108	59
	Total	3,4458	,67057	148

Anexo 36 – Qualidade de Vida Domínio Psicológico: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	3403,760	1	3403,760	3993,857	,000	,965	3993,857	1,000
Condiition	,852	1	,852	1,000	,319	,007	1,000	,168
Erro	124,428	146	,852					

a. Calculado usando alfa = ,05

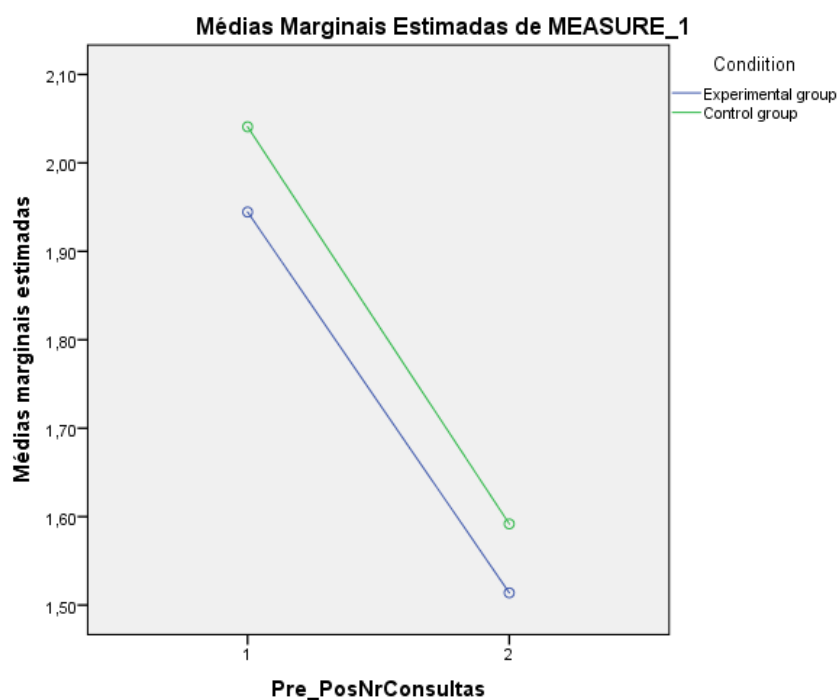
Anexo 37 – Qualida de Vida Domínio Psicológico: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_Pos_QV DomPsicologico	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Pre_Pos_QV DomPsicologico	Linear	,166	1	,166	1,581	,211	,011	1,581	,239
Pre_Pos_QV DomPsicologico *	Linear	,112	1	,112	1,070	,303	,007	1,070	,177
Condiition									
Erro(Pre_Pos_QV DomPsicologico)	Linear	15,319	146	,105					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 38 – Nº de Consultas: Gráfico de Análise



Anexo 39 – Nº de Consultas: Estísticas Descritivas

	Condiition	Média	Erro Desvio	N
ConsultasPreSemOutliers	Experimental group	1,9444	1,50949	72
	Control group	2,0408	1,49943	49
	Total	1,9835	1,49991	121
ConsultasPosSemOutliers	Experimental group	1,5139	1,49170	72
	Control group	1,5918	1,48490	49
	Total	1,5455	1,48324	121

Anexo 40 – Nº de Consultas: Testes de efeitos entre sujeitos

Medida: MEASURE_1

Variável transformada: Média

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Intercepto	733,038	1	733,038	234,726	,000	,664	234,726	1,000
Condiition	,443	1	,443	,142	,707	,001	,142	,066
Erro	371,631	119	3,123					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 41 – N° de Consultas: Testes de contrastes dentre-sujeitos

Medida: MEASURE_1

Origem	Pre_PosNrConsultas	Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.	Eta parcial quadrado	Noncent. Parâmetro	Poder observado ^a
Pre_PosNrConsultas	Linear	11,278	1	11,278	8,290	,005	,065	8,290	,815
Pre_PosNrConsultas *	Linear	,005	1	,005	,004	,952	,000	,004	,050
Condiition									
Erro(Pre_PosNrConsultas)	Linear	161,888	119	1,360					

a. Calculado usando alfa = ,05

Anexo 42 – Análise Qualitativa do N° de Consultas

Código Participante	N° Consultas Pré-Teste	N° Consultas Pós-Teste	Diferenças
14.JRL.CD.L controle	2	5	3 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
29.JVP.CD.L controle	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
30.JFP.CD.L controle	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
31.ISECPL completer	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
32.GCF.CD.L completer	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
33.ECFAV.CP.L controle	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
34.APSP.CD.L controle	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
35.RNAVD.CD.L controle	2	3	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
36.IMFE.CD.L started & drop out	4	4	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste, porém deixou de haver um internamento
02.AMSAR.CD.L started & drop out	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
03.ABRM.CDL completer	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste

04.MFPL.CD.L controlo	2	3	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
39.MLMF.CD.L controlo	7	5	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
40.BKDF.CD.L controlo	0	0	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
41.LSPC.CD.L controlo	2	4	2 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
57.MJC.CDL controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
58.MVA.CDL completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
59.MHG.CD.L completers	1	6	5 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
62.MOC.CD.L controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
63.MHN.CD.L completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
65.OO.CD.L completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
26.MGR.CD.L started & drop out	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
15.GR.CD.L completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
16.MSGRS.CD.L completer	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
17.MCCP.L completer	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
18.JBSS.CD.L completer	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
19.0ARR.CD.L controlo	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
21.MEBBF.CD.L controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
22.DRB.CD.L controlo	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
23.NRH.CD.L completer	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
52.FCC.CD.L completer	4	2	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
53.MHAC.CD.L completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
54.FMS.CD.L controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
55.RCRN.CD.L	2	2	Não houve diferença de número de consultas do

completer			pré-teste para o pós-teste
78.DIMFS.CD.L completer	24	6	14 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
79.EPMA.CD.L completer	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
66.IST.CD.L controlo	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
67.MFFSM.CD.L controlo	12	12	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
68.APV.CD.L controlo	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
72.ACCM.CD.L controlo	3	4	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
73.AJTP.CD.L completer	2	4	2 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
74.VCCR.CD.L controlo	14	2	8 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
44.MFJMO.CD.L controlo	0	3	3 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
45.VGQ.CD.L started & drop out	4	5	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
47.FCS.CD.L completer	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
48.INAAM.CD.L controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
56.EAMR.CD.L completers	7	2	5 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
50.MTLF.SAD.L completer	2	3	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
38.MHPL.CD.L completer	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
28.ADF.SAD.L controlo	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
81.MFRD.SAD.L started & drop out	8	9	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
75.TJOMPC.SAD.L controlo	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
80.JMC.SAD.L started & drop out	6	5	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
07.MPCP.SAD.L controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
08MJSB.SAD.L controlo	4	1	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
09.CRL.SAD.L controlo	4	3	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
10.MVFC.SAD.L started & drop out	5	7	2 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
11.JMFB.SAD.L controlo	5	7	2 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste
12.MAMC.SAD.L completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
13. EA.SAD.L started & drop out	2	10	8 consultas a mais do pré-teste para o pós-teste

51.MRVA.CD.L controlo	2	5	3 consultas a mais do pré- teste para o pós-teste
1MFPA.PIAII.AL completer	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
2.PAVS.PIAII.AL controlo	5	0	5 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
3.MISVRA.PIAII.AL completer	2	3	1 consulta a mais do pré- teste para o pós-teste
4FFR.PIAII.AL controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
6.ADM.PIAII.AL completer	3	1	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
7.MCLLL.PIAII.AL completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
8FCS.PIAII.AL controlo	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
9.MSBR.PIAII.AL controlo	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
10. MFCC.PIAII.AL controlo	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
11CCVR.PIAII.AL completer	4	1	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
13.ASVP.PIAII.AL completer	3	1	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
14.MAPP.PIAII.AL controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
15MJGRR.PIAII.AL completer	2	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
16.MMGA.PIAII.AL started & drop out	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
17.ANC.CIAI.AL completer	2	1	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
18.ABS.CIAI.AL. completer	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
19.CML.CIAI.AL controlo	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
20.ICH.P.CIAI.AL completer	5	0	5 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
21IMR.CIAI.AL controlo	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
22.IJE.CIAI.AL started & drop out	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
23IF.CIAI.AL started & drop out	0	0	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
24.JEGL.CIAI.AL controlo	1	2	1 consulta a mais do pré- teste para o pós-teste
25.MBSM.CIAI.AL controlo	0	3	3 consultas a mais do pré- teste para o pós-teste
27.MEGN.CIAI.AL started & drop out	1	0	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
28MEPGR.CIAI.AL controlo	4	3	1 consulta a menos do pré- teste para o pós-teste
30MIMMF.CIAI.AL			2 consultas a menos do

controle	2	0	pré-teste para o pós-teste
31. MLMF.CIAI.AL completer	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
32.SJCR.CIAI.AL controle	3	0	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
33.VM.CIAI.AL started & drop out	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
34VCBM.CIAI.AL controle	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
37MESM.SAD.AL started & drop out	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
41HCGA.CST.AL completer	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
42. MLVSA.CST.AL (U controle	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
43. LPS.CST.AL completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
44MDRL.CST.AL completer	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
45MJSM.CST.AL controle	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
46.ASC.CST.AL controle	3	0	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
47.HJO.LGLR.AL (H O controle	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
50.CR.LGLR.AL completer	6	2	4 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
52JMSG.LGLR.AL started & drop out	5	2	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
53MLFF.CSL.AL completer	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
55CRC.CSL.AL completer	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
58AMJPCS.EXCOLA.AL controle	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
60IMTVS.EXCOLA.AL completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
61AJMS.EXCOLA.AL completer	3	1	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
62MACCL.EXCOLA.AL completer	1	2	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
65OCDLM.EXCOLA.AL started & drop out	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
68.MHC.PIAlI.AL. controle	4	1	3 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
69.HJC.CIAI.AL controle	2	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
73. AMOPNM. AL started & drop out	3	2	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
74.MPPTO.EXCOLA.AL controle	2	0	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
75ASPALM.AL			4 consultas a menos do

controle	5	1	pré-teste para o pós-teste
76VMNAG.ARPILF.AL completer	3	1	2 consultas a menos do pré-teste para o pós-teste
77.LMMG.ARPILF.AL completer	0	2	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
78.JFBS.ARPILF.AL controle	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
80GJB.ARPILF.AL completer	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
81.MGJM.ARPILF.AL completer	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
82GAF.ARPILF.AL controle	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
84.MMCCA.ARPILF.AL controle	1	1	Não houve diferença de número de consultas do pré-teste para o pós-teste
85.IR.ARPILF.AL controle	2	1	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
86.CAHB.ARPILF.AL completer	1	0	1 consulta a menos do pré-teste para o pós-teste
79SS.ARPILF.AL completer	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
83.EA.ARPILF.AL. completer	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
35.MCIM.CIAI.AL controle	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste
87ERM.ARPILF.AL completer	0	1	1 consulta a mais do pré-teste para o pós-teste

Anexo 43 – Análise Qualitativa da Medicação

Código Participante	Medicação Pré-Teste	Medicação Pós-Teste	Diferenças
14.JRL.CD.L controle	- Glucosamina 1500mg (1 cart./dia) - omeprazol 20 mg(1 jejum) - eucreas (1cp 2x/dia) 2100mg - gliclasida 30mg(1cp 2x/dia) - insuman (42un+40un) - Tomalyt 150mg(1cp/dia) - beta-histina 24mg(2cp/dia) - calcitab D1500mg +400mg(1cp/dia) - vigantol gotas (4/dia) = 0,5mg - Evix 60mg (sos - 2X/dia) 10 Total = 5778,5 + 120 SOS + 82 UN	- Glucosamina 1500mg (1 cart./dia) - omeprazol 20 mg(1 jejum) - eucreas (1cp 2x/dia) 2100mg - gliclasida 30mg(1cp 2x/dia) - insuman (42un+40un) - Tomalyt 150mg(1cp/dia) - beta-histina 24mg(2cp/dia) - calcitab D1500mg +400mg(1cp/dia) - vigantol gotas (4/dia) = 0,5mg - Evix 60mg (sos - 2X/dia) 10 Total = 5778,5 mg + 120 SOS + 82 UN	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

29.JVP.CD.L controle	- Amiodipina 5mg- 1 comp. Ao pequeno almoço - 1 comp. Furosemida 40mg-1 comp pequeno almoço - 1 Tansulosina 0,4mg - AAS 150 mg- 1 comp após almoço - escitalopran 10- 1 comp. Ao pequeno almoço - Quetiapina 25- 1 comp ao jantar. 6 Total = 230,4	- Amiodipina 5mg- 1 comp. Ao pequeno almoço - 1 comp. Furosemida 40mg- 1 comp pequeno almoço - 1 Tansulosina 0,4mg - AAS 150 mg- 1 comp após almoço - escitalopran 10- 1 comp. Ao pequeno almoço - Quetiapina 25- 1 comp ao jantar. 6 Total = 230,4 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
30.JFP.CD.L controle	- Deltius 25000 UI/2.5 - Fludex Lp 1,5 mg - 1 comp - Coveram 10/5mg - Zarator 10 mg - Benuron 1 mg - zaditen colirio unidose 0,25mg 6 Total =27,75 + 25000 UI	- Deltius 25000 UI/2.5 - Fludex Lp 1,5 mg - 1 comp - Coveram 10/5mg - Zarator 10 mg - Benuron 1 mg - zaditen colirio unidose 0,25mg 6 Total =27,75 mg + 25000 UI	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
31.ISE.CD.L completer	- Amlodipina 5mg - Eurirox 50microgramas - Aspirina 100mg - Pursenide 20mg - Lexotan 1,5mg - Lasix 40mg 6 Total = 166,5 + 50 MICROGRAMAS	- Amlodipina 5mg - Eurirox 50microgramas - Aspirina 100mg - Pursenide 20mg - Lexotan 1,5mg - Lasix 40mg 6 Total = 166,5 mg + 50 MICROGRAMAS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
32.GCF.CD.L completer	- Zilpen75/650mg - Pregabalina ratiopharm 25mg - Carvedilol Coronat 25mg - Sintrom 4mg - Sinvastatina GP 20mg - Candesartan +Hidroclorotiazida ratiopharm 16mg+12,5mg 6 Total = 827,5	- Zilpen75/650mg - Pregabalina ratiopharm 25mg - Carvedilol Coronat 25mg - Sintrom 4mg - Sinvastatina GP 20mg - Candesartan +Hidroclorotiazida ratiopharm 16mg+12,5mg 6 Total = 827,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
33.ECFAV.CD.L controle	- Serataide Diskus 50/250 - Enalapril 20mg (1 comp) - Daflon 500mg (1 comp) - Singulair 10 mg - Ventilan 5mg 5 Total = 835	- Serataide Diskus 50/250 - Enalapril 20mg (1 comp) - Daflon 500mg (1 comp) - Singulair 10 mg - Ventilan 5mg 5 Total = 835 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
34.APSP.L controle	- Zolpidem Aurovitos 10mg - Palexia retard 50mg - Bem-u-ron 1g	- Zolpidem Aurovitos 10mg - Palexia retard 50mg - Bem-u-ron 1g	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	3 Total = 60mg + 1g	3 Total = 60mg + 1g	
35.RNAVD.CD.L controle	- Gincoben (40 mg) - Concor IC 2,5mg - Voltaren Emulgelex 23,2 - Sermion 30mg - Donepezilo 5mg - Escitalopram 10mg - Losartan 50mg - Venoparil - Sinvastatina 20mg - Omeprazol 20mg - Lorenin 1mg - Serataide DisKus 12 Total = 201,7	- Gincoben (40 mg) - Concor IC 2,5mg - Voltaren Emulgelex 23,2 - Sermion 30mg - Donepezilo 5mg - Escitalopram 10mg - Losartan 50mg - Venoparil - Sinvastatina 20mg - Omeprazol 20mg - Lorenin 1mg 11	Um medicamento a menos Deixou de tomar Serataide Diskus
36.IMFE.CD.L started & drop out	- Enalapril ratiopharm 20mg - Gliclazida Sandoz 30mg - Moflonide breezhaler 200microgramas - Formoterol Generis 12ug - Bretaris Genuair 322 microgramas 5 Total = 50mg + 534 MICRIGRAMAS + 12ug	- Enalapril ratiopharm 20mg - Gliclazida Sandoz 30mg - Moflonide breezhaler 200microgramas - Formoterol Generis 12ug - Bretaris Genuair 322 microgramas 5 Total = 50mg + 534 MICRIGRAMAS + 12ug	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
71.EVR.CD.L completer	- Copnavel (1 comp. Em jejum) - Sinvastatina (1 comp.à noite) - Anifilor (1 comp. À noite), Aspirina (em SOS) 4	- Copnavel (1 comp. Em jejum) - Sinvastatina (1 comp.à noite) - Anifilor (1 comp. À noite) - Aspirina (em SOS) 4	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
02.AMSAR.CD.L started & drop out	- Ácido acetilsalicílico 150 mg - Alprazolam 1mg - Beta-histina 24mg - Losartan 100mg - Omeprazol 20mg - Paracetamol 1000mg 6 Total = 1295MG	- Ácido acetilsalicílico 150 mg - Alprazolam 1mg - Beta-histina 24mg - Losartan 100mg - Omeprazol 20mg - Paracetamol 1000mg 6 Total = 1295 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
03ABRM.CDL completer	- Metformina 500mg - Gabapentina 400mg - Herbesser 60mg - Victan 2mg em SOS - Beta-histina 24mg - Paroxefina 20m - Triticom 150m - Metanor (SOS) - Dafalgan 1mg - Daflon 500mg - Atarax 25mg (SOS)	- Metformina 500mg - Gabapentina 400mg - Herbesser 60mg - Victan 2mg em SOS - Beta-histina 24mg - Paroxefina 20m - Triticom 150m - Metanor (SOS) - Dafalgan 1mg - Daflon 500mg - Atarax 25mg (SOS)	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	11 Total = 1655 + 27 SOS	11 Total = 1655 mg + 27 SOS	
04.MFPL.CD.L controle	- Triflusal Alter 300mg -1 manhã - Tramadol + Paracetamol Mylan 37,5 mg+325mg -2x dia - Formoterol Farmoz 12ug - Pregabalina Teva 75mg - 2x dia - Metformina Ratiopharm, 1000mg - 2x dia - Losartan + Hidroclorotiazida Tecnigen 50mg+12,5mg – jejum - OmeprazolTecnigen, 20mg - 1 jejum - Diazepan - 1 noite 8 Total = 3182,5 + 12ug	- Triflusal Alter 300mg -1 manhã - Tramadol + Paracetamol Mylan 37,5 mg+325mg -2x dia - Formoterol Farmoz 12ug - Pregabalina Teva 75mg -2x dia - Metformina Ratiopharm, 1000mg - 2x dia - Losartan + Hidroclorotiazida Tecnigen 50mg+12,5mg – jejum - OmeprazolTecnigen, 20mg - 1 jejum 7 Total = 3182,5 + 12ug	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
39.MLMF.CD.L controle	- lorazepam 1 mg - paracetamol 1g - rivaroxabano 20 mg - quetiapina 25 mg - amlodipina 10 mg - candesartan 16 mg - crestor 20mg 7 Total = 92mg + 1 grama	- lorazepam 1 mg - paracetamol 1g - rivaroxabano 20 mg - quetiapina 25 mg - amlodipina 10 mg - candesartan 16 mg - crestor 20mg 7 Total = 92mg + 1 grama	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
40.BKDF.CD.L controle	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
41.LSPC.CD.L controle	- duloxetina 30mg - 1 cp/dia - pravastatina 40mg - 1cp/dia - paracetamol 1 gr (sos) - enalapril 20gr 2 x dia -janumet 50mg/1.000mg 2x/dia - aspirina 100mg 1x/dia - rabeprazol 20 mg 1x/dia - siccafluid 2,5mg colirio 4x/dia - genteal 10 gr 2x/dia - monoprost 50 microgramas 2x/dia - cosopt 2x/dia 50mg - adalat cr 60mg 1cp/dia - catapresan 0,15mg 1cp/dia - glucocard mx - magnesona 1500mg 1x/dia - concor 2,5 mg - accu-check safe Tpro 200 lancetas – variável	- duloxetina 30mg - 1 cp/dia - pravastatina 40mg - 1cp/dia - paracetamol 1 gr (sos) - enalapril 20gr 2 x dia -janumet 50mg/1.000mg 2x/dia - aspirina 100mg 1x/dia - rabeprazol 20 mg 1x/dia - siccafluid 2,5mg colirio 4x/dia - genteal 10 gr 2x/dia - monoprost 50 microgramas 2x/dia - cosopt 2x/dia 50mg - adalat cr 60mg 1cp/dia - catapresan 0,15mg 1cp/dia - glucocard mx - magnesona 1500mg 1x/dia - concor 2,5 mg - accu-check safe Tpro 200 lancetas – variável - lasix 40 mg -diclofenac +misoprostol 50+200 mg 2x/dia	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	- lasix 40 mg -diclofenac +misoprostol 50+200 mg 2x/dia 19 Total = 4512,65 mg + 100 MICROGRAMAS + 1 grama SOS	19 Total = 4512,65 mg + 100 MICROGRAMAS + 1 grama SOS	
57.MJC.CDL controle	- Omeprazol 20mg (1 jejum) - Vitol-duo (vitaminas /não tem dosagem) (2 x d) - triflusal 300mg (2 x d) - Betaserc 24 mg (2 x d) - Clorocil8mg/ml (2 gotas todos os dias) - Betnovate creme 1mg 6 Total = 677	- Omeprazol 20mg (1 jejum) - Vitol-duo (vitaminas /não tem dosagem) (2 x d) - triflusal 300mg (2 x d) - Betaserc 24 mg (2 x d) - Clorocil8mg/ml (2 gotas todos os dias) - Betnovate creme 1mg 6 Total = 677 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
58.MVA.CDL. completer	- Betaserc 24mg - Brufen 600mg - Calcitab D 1500/400mg - Carvedilol coronat 6,25mg - Centrum mulher (não tem dosagem) - Dulcolax 5mg - Fludex LP 1,5MG - Frisolona forte 10mg/ml colírio - Icandra 850/50mg - Iopidine 0,5% colírio - Kainever 2mg - Molinar 22400 UI - Olsar Plus 12,5/20mg - omeprazol omezolan 20mg - transact Lat 40mg - Voltaren emulgelex 23,2mg/g gel - xanax 1mg 17 Total = 3565,95 + 22400 UI	- Betaserc 24mg - Brufen 600mg - Calcitab D 1500/400mg - Carvedilol coronat 6,25mg - Centrum mulher (não tem dosagem) - Dulcolax 5mg - Fludex LP 1,5MG - Frisolona forte 10mg/ml colírio - Icandra 850/50mg - Iopidine 0,5% colírio - Kainever 2mg - Molinar 22400 UI - Olsar Plus 12,5/20mg - omeprazol omezolan 20mg - transact Lat 40mg - Voltaren emulgelex 23,2mg/g gel - xanax 1mg 17 Total = 3565,95 mg + 22400 UI	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
59.MHG.CD.L completer	- Sinvastatina 20mg (1x dia) - Olmesartan 20mg (1xdia) - Diazepam 5mg(1xdia) - Omeprazol 20mg (1xdia) - Paracetamol 1000mg(1xdia) - Paroxetina 20mg (1xdia) - Molinar 22.400 U.I - Ginkgo Biloba 40mg(1xdia) - Arthrotec75/02mg (1xdia) - Beta-histina 24mg(1xdia) 10	- Sinvastatina 20mg (1x dia) - Olmesartan 20mg (1xdia) - Diazepam 5mg(1xdia) - Omeprazol 20mg (1xdia) - Paracetamol 1000mg(1xdia) - Paroxetina 20mg (1xdia) - Molinar 22.400 U.I - Ginkgo Biloba 40mg(1xdia) - Arthrotec75/02mg (1xdia) - Beta-histina 24mg(1xdia) 10	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	Total = 1226 + 22.400 U.I	Total = 1226 mg + 22.400 U.I	
62.MOC.CD.L controle	- Letrozol 2,5mg (1x dia) 1 Total = 2,5 + Injectável 1 vez por mês no IPO	- Letrozol 2,5mg (1x dia) 1 Total = 2,5 mg + Injectável 1 vez por mês no IPO	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
63.MHN.CD.L completer	- Loperamida 2mg (em sos) - Kreon 150mg - 1 por dia - librax 5mg (2 xdia) - esomeprazol 20mg(1 x dia) - Alprazolam Mylan 0,5mg 5 Total = 180,5 + 2 SOS	- Loperamida 2mg (em sos) - Kreon 150mg - 1 por dia - librax 5mg (2 xdia) - esomeprazol 20mg(1 x dia) - Alprazolam Mylan 0,5mg 5 Total = 180,5 mg + 2 SOS	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
65.OO.CD.L completer	- Eutirox 25 (1 x dia) - Tromalyt 150 mg (1 dia) - Thyrox 0,025 mg (1 x dia) - Sinvastatina Teva 20 mg (1 X dia) - Enalapril –Lercanidipina 20mg+10mg(1 x dia) - Omeprazol Teva 20 mg (1 x dia) - Amiloride 5 mg + hidroclorotiazida 50 mg (1 x dia) - atenolol 50 mg (1 por dia) 8 Total = 350,025	- Eutirox 25 (1 x dia) - Tromalyt 150 mg (1 dia) - Thyrox 0,025 mg (1 x dia) - Sinvastatina Teva 20 mg (1 X dia) - Enalapril –Lercanidipina 20mg+10mg(1 x dia) - Omeprazol Teva 20 mg (1 x dia) - Amiloride 5 mg + hidroclorotiazida 50 mg (1 x dia) - atenolol 50 mg (1 por dia) 8 Total = 350,025 mg	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
26.MGR.CD.L started & drop out	0	0	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
15.GR.CD.L completer	- Bonviva(150mg Mensal) - bendalina (colirio 2x dia = 1000mg) - daflon(500mg) - exxiv(60 mg) - glucosamina (1500mg) - Binosto (70 mg 1 semanal) - Castilium (7,5 mg) - anafranil (10mg) - metformina (850mg) - Indapamida 2,5mg 10 Total = 150 mensal + 3930 + 70 semanal	- Bonviva(150mg Mensal) - bendalina (colirio 2x dia = 1000mg) - daflon(500mg) - exxiv(60 mg) - glucosamina (1500mg) - Binosto (70 mg 1 semanal) - Castilium (7,5 mg) - anafranil (10mg) - metformina (850mg) - Indapamida 2,5mg 10 Total = 150 mg mensal + 3930 mg dário + 70 mg semanal	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
16.MSGRS.CD.L completer	0	0	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
17.MCCP.L completer	- Zolnor(10+2,5 mg) - Sinvastatina (20 mg) - Aspirina (100mg) - Folicil (5mg) - hygraton (50mg)	- Zolnor(10+2,5 mg) - Sinvastatina (20 mg) - Aspirina (100mg) - Folicil (5mg) - hygraton (50mg)	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste

	5 Total = 187,5	5 Total = 187,5 mg	
18.JBSS.CD.L completer	Risidon(1 mg), Januvir(100mg) 2 Total = 100mg + 1g	Risidon(1 mg), Januvir(100mg) 2 Total = 100mg + 1g	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
19.0ARR.CD.L controle	Pantoprazol (20 mg), Domperidona (10 mg), Valsartan (320mg) 3 Total = 350	- Pantoprazol (20 mg) - Domperidona (10 mg) - Valsartan (320mg) 3 Total = 350	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
21.MEBBF.CD.L controle	Levotiroxina (25mg) 1 Total = 25	Levotiroxina (25mg) 1 Total = 25 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
22.DRB.CD.L controle	- omeprazol (20mg) - Risedronato (35mg) - naproxeno (500mg) - exxiv (60 mg) - metformina (850mg) - supralip (145 mg) - tiocolquicosido (4 mg) - Sertralina (50mg), - Zaldiar (efervescente) 37,5/325 - lorení (1mg) - Buscopan composto 10 + 500 11 Total = 2537,5	- omeprazol (20mg) - Risedronato (35mg) - naproxeno (500mg) - exxiv (60 mg) - metformina (850mg) - supralip (145 mg) - tiocolquicosido (4 mg) - Sertralina (50mg), - Zaldiar (efervescente) 37,5/325 - lorení (1mg) - Buscopan composto 10 + 500 11 Total = 2537,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
23.NRH.CD.L completer	- Pantoprazol(20 mg) - Coveran (10/10 mg) - Gliclazina (30mg x 2) - Sertalina(50mg) - Fluoxetina(20 mg) - Janumet (50/100mg X 2) - Iromalyt(150mg) -Metformina (1000mg) - Sinvastatina(20 mg) 9 Total = 1640	- Pantoprazol(20 mg) - Coveran (10/10 mg) - Gliclazina (30mg x 2) - Sertalina(50mg) - Fluoxetina(20 mg) - Janumet (50/100mg X 2) - Iromalyt(150mg) -Metformina (1000mg) - Sinvastatina(20 mg) 9 Total = 1640 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
52.FCC.CD.L completer	- Metformina (850mg/1,5) - Dutasterina (0,5 mg/1) - Omeprazol (20mg/1) - Ceterizina (10mg/1) - Verapamilo (80mg/2) - Lercadipilina (10mg/1) - Sinvastatina (40mg/1) 7 Total = 1090,5	- Metformina (850mg/1,5) - Dutasterina (0,5 mg/1) - Omeprazol (20mg/1) - Ceterizina (10mg/1) - Verapamilo (80mg/2) - Lercadipilina (10mg/1) - Sinvastatina (40mg/1) 7 Total = 1090,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
53.MHAC.CD.L completer	- Clorotalidona (25mg/1), - Sinvastatina 20mg/1) 2 Total = 45	- Clorotalidona (25mg/1), - Sinvastatina 20mg/1) 2 Total = 45 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

54.FMS.CD.L controle	- Losortan 100+12,5 HTC - Pravastatina 20mg 2 Total = 132,5	- Losortan 100+12,5 HTC - Pravastatina 20mg 2 Total = 132,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
55.RCRN.CD.L completer	- Losartan (50mg/1) - Ácido acetilsalicílico (150mg/1) - Sertralina (50mg/1) 3 Total = 250	- Losartan (50mg/1) - Ácido acetilsalicílico (150mg/1) - Sertralina (50mg/1) 3 Total = 250	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
78.DIMFS.CD.L completer	- Metformina 500mg (1 PA) - Amlodipina 5 mg (1JA) - Pentoxifilina 400 mg (1PA/1JA) - Irbesartan 150mg (1PA) - Omeprazol 20mg (1JE) - Mitrazapina 15 mg (1NO) - Sertalina 100mg(1PA) - Sinvastatina 20 mg 8 Total = 1610	- Metformina 500mg (1 PA) - Amlodipina 5 mg (1JA) - Pentoxifilina 400 mg (1PA/1JA) - Irbesartan 150mg (1PA) - Omeprazol 20mg (1JE) - Mitrazapina 15 mg (1NO) - Sertalina 100mg(1PA) - Sinvastatina 20 mg - Paracetamol (100mg) 9 Total = 1710 mg	Passou a tomar: Paracetamol (100mg) Diferença de mais 100mg por dia
79.EPMA.CD.L completer	Coveram (5mg/1 PA) 1 Total = 5	Coveram (5mg/1 PA) 1 Total = 5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
66.IST.CD.L controle	Tromalite 150 mg(1 almoço) - conversyl 10mg(1jantar) - Fludix, 1,5mg(1 pa) - Amlodipina, 5mg(1pa) - sivistatina, 20 mg (1pa) 5 Total = 186,5	Tromalite 150 mg(1 almoço) - conversyl 10mg(1jantar) - Fludix, 1,5mg(1 pa) - Amlodipina, 5mg(1pa) - sivistatina, 20 mg (1pa) 5 Total = 186,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
67.MFFSM.CD.L controle	- flexidor gel 150mg (2 a 4 x/dia) - magnesio rapid 1250mg (1 almoço) - cartisil,1,500mg (1x ao jantar) - flunarizina, 10mg (1x/dia) -tramadol + dexcetoprofeno 75mg + 25mg (1 comp. 12 em 12h) 5 Total = 3260	- flexidor gel 150mg (2 a 4 x/dia) - magnesio rapid 1250mg (1 almoço) - cartisil,1,500mg (1x ao jantar) - flunarizina, 10mg (1x/dia) -tramadol + dexcetoprofeno 75mg + 25mg (1 comp. 12 em 12h) 5 Total = 3260 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
68.APV.CDL. controle	- clopidogrel 75mg -perindopril 8mg - indapamid 2,5mg - amlodipina 5mg - bisoprolol 5mg 5 Total = 95,5mg	- clopidogrel 75mg -perindopril 8mg - indapamid 2,5mg - amlodipina 5mg - bisoprolol 5mg 5 Total = 95,5mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
	- Lisinopril +	- Lisinopril +	

70. IMC.CD.L controle	Hidroclorotiazida 10mg+12,5mg (1 de manhã) - sinvastatina 10mg (1noite) - tromalyt (150mg) 3 Total = 182,5	Hidroclorotiazida 10mg+12,5mg (1 de manhã) - sinvastatina 10mg (1noite) - tromalyt (150mg) + corticóides e antibiotico (temporário) 3 Total = 182,5 mg	Aumento a medicação. Começou a tomar mais dois medicamentos
72.ACCM.CD.L controle	- quetiapina 500mg 1xdia - Aripiprazol 10 mg1x - Lorazepam 1 mg 1x - propranolol 40 mg 3x dia - mirtazapina 15 mg 1x 5 Total = 646	- quetiapina (300 mg)x1 - aripiprazol (10 mg)x2 - propranolol (40 mg) x2 - mirtozapina (15 mg)x1 - rivotric (2mg)x1/4x3 xs dia 5 Total = 423 mg	Deixou de tomar Lorazepam - quetiapina diminuiu para 300 mg dia - aripiprazol 10 mg passou a x2 dia - propranolol passou a 40 mg 2x dia - começou a tomar Rivotric 2mg 4x3 xs dia Diferença de menos 223mg dia
73.AJTP.CD.L completer	- bisoprol 1xdia2,5 mg - amiodaron 1xdia 200 mg; 2 Total = 202,5	- bisoprol 1xdia2,5 mg - amiodaron 1xdia 200 mg; - furosemida (40 mg)x1/2 3 Total = 282,5 mg	Começou a tomar Furosemida 40mg 1/2x por dia Diferença de mais 80mg dia
74.VCCR.CD.L controle	Pantoprazol (40mg); enalapril+lercanidipina (20 mg+10 mg)x1; nebivolol+hidroclorotiazida (5mg+12,5 mg) x1; sinvastatina (10mg)x 1/2 Total = 87,5 mg	- Pantoprazol 40mg - enalapril+lercanidipina (20 mg+10 mg)x1 - nebivolol+hidroclorotiazida (5mg+12,5 mg) x1 - sinvastatina (10mg)x1/2 Total = 87,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
44.MFJMO.CD.L controle	Amitriptilina 25mg, Atorvastatina 20 mg bisoprolol 5mg lexotan 3mg enalapril 20mg gabapentina 1200 mg insulina tragenta 5mg Furosemida 40mg TromalYt 150mg Ezetimiba 10mg Escitalopran 10mg Ferrograd 325+35mg Acarbose 100mg Omeprazol 20mg 15 Total = 1968 mg	- ADT (25mg) - Atorvastatina (10 mg) - Bisoprolol (5mg) - Lexotan (3 mg) - Enalapril (20mg) - Gabapentina (400 mg) - Lantus (100U/ml) - Trajenta (5 mg) - Nolotil (575 mg) - Omeprazol (20 mg) - Ferrograd Fólico (325 + 0,35 mg) - Tromalyt)150 mg) 12 Total = 1538,35 mg + 100ml	Deixou de tomar: Amitriptilina 25mg, insulina, Furosemida 40mg, Ezetimiba 10mg, Escitalopran 10mg, Acarbose 100mg e Omeprazol 20mg Reduziu: Atorvastatina para 10mg dia, Gabapentina para 400mg dia e Ferrograd para 325+0,35mg Começou a tomar: ADT 25mg, Lantus 100U/ml, Nolotil

			575mg Diferença de menos 430 mg e mais 100ml
45.VGQ.CD.L started & drop out	- Ácido acetilsalicílico (100 mg) - Atorvastatina (40 mg) - Fluticasona (250u/dose) - Ultibro (85/45 ud id) - Salbutamol (SOS) - Aminofilina (225) - Diazepam (10 mg) - Esomeprazol (20 mg) - Beta-histina (16 mg) 9 Total = 411 + 250u + 85/45 ud id	- Ácido acetilsalicílico (100 mg) - Atorvastatina (40 mg) - Fluticasona (250u/dose) - Ultibro (85/45 ud id) - Salbutamol (SOS) - Aminofilina (225) - Diazepam (10 mg) - Esomeprazol (20 mg) - Beta-histina (16 mg) 9 Total = 411 + 250u + 85/45 ud id	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
47.FCS.CD.L completer	- Losartan 100 Mylan 100mg - Furosemida 40mg - aspirina 100mg 3 Total = 240mg	- Losartan 100 Mylan 100mg - Furosemida 40mg - aspirina 100mg - konpensan 370mg 4 Total = 610mg	Começou a tomar Konpensan 370mg Diferença de mais 370mg
48.INAAM.CD.L controlo	Donepezilo 10mg Amlodipina 10mg Enalapril 5mg Quetiapina(alter sr) 300mg Quetiapina(alter)100mg Valproato semisodico 500mg Propranolol (Inderal)10mg 7 Total = 935mg	Donepezilo 10mg Amlodipina 10mg Enalapril 5mg Quetiapina(alter sr) 300mg Quetiapina(alter)100mg Valproato semisodico 500mg Propranolol (Inderal)10mg 7 Total = 935mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
56.EAMR.CD.L completer	- carvedlol 6,25mg/manhã e noite -losartan + hidroclorotiazida 100mg+25mg (manhã) - tromalyt,calioral, Sinvastatina 20 mg/noite - Amolodipina 5mg/1 à noite - TromolYte 150mg/manhã 5 Total = 312,5	- carvedlol 6,25mg/manhã e noite -losartan + hidroclorotiazida 100mg+25mg (manhã) - tromalyt,calioral, Sinvastatina 20 mg/noite - Amolodipina 5mg/1 à noite - TromolYte 150mg/manhã 5 Total = 312,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
50.MTLF.SAD.L completer	- Sinvastatina 20mg(1 x dia) - Trazodona 150mg(1 x dia) - Glucosamina 1500mg(1 x dia) - Lansoprazol 30mg(1 x dia) - Levotiroxina 50mg(1 x dia)	- Sinvastatina 20mg(1 x dia) - Trazodona 150mg(1 x dia) - Glucosamina 1500mg(1 x dia) - Lansoprazol 30mg(1 x dia) - Levotiroxina 50mg(1 x dia) - Metformina 700mg(2 x dia) - Accu-Chek 2 tiras por dia(1 x dia) - Amlodipina 5 mg/80mg(1 x	Começou a tomar Naprosyn 500mg 1x dia e adalgur 500mg + 2mg (1 x dia)

	- Metformina 700mg(2 x dia) - Accu-Chek 2 tiras por dia(1 x dia) - Amlodipina 5 mg/80mg(1 x dia) - Cetazolam 15mg (1 x dia). 9 Total = 3250	dia) - Cetazolam 15mg (1 x dia) - Naprosyn 500mg (1x dia) - adalgur 500mg + 2mg (1 x dia) 11 Total = 4252 mg	Diferença de mais 1002mg por dia
38.MHPL.CD.L completer	- 1 PA Diamicon 30 mg - 1 PA atacand 16 mg - 1 PA indapamina 1,5mg - 1 deitar lorenin 2,5mg - 1 PA e 1 Jantar metformina 1000 mg - 1 Jantar sinvatatina 20mg - 1/2 PA e 1/2 jantar nderal 40 mg - 1/2 A bisoprolol 10 mg 8 Total = 1120	- 1 PA Diamicon 30 mg - 1 PA atacand 16 mg - 1 PA indapamina 1,5mg - 1 deitar lorenin 2,5mg - 1 PA e 1 Jantar metformina 1000 mg - 1 Jantar sinvatatina 20mg - 1/2 PA e 1/2 jantar nderal 40 mg - 1/2 A bisoprolol 10 mg 8 Total = 1120 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
28.ADF.SAD.L controlo	- Candesartan 16 mg 1 comp. Manhã - Clopidogrel 75mg 1 comp. Noite - Fluoxetina 20mg 1 comp. Manhã - Metformina 500mg 1/2 comp. Manhã - Inderal 40 mg 1/2 comp. Manhã - Sinvastatina 20 mg 1 comp. Noite - Ditropan 5mg 1 comp. manhã e 1 comp. noite. 7 Total = 681	- Candesartan 16 mg 1 comp. Manhã - Clopidogrel 75mg 1 comp. Noite - Fluoxetina 20mg 1 comp. Manhã - Metformina 250mg - Inderal 20 mg - Sinvastatina 20 mg 1 comp. Noite - Ditropan 5mg 1 comp. manhã e 1 comp. noite. 7 Total = 411 mg	Reduziu: - Metformina para 250mg e Inderal para 20 mg Diferença de menos 270mg por dia
49.FFM.SAD.L completer	Crestor 10mg Duscapal 200mg Lorenin 2,5mg Pantaprazol 10mg 5 Total=222,5	- Crestor 10mg - Duspatal 200mg - Lorenin 2,5mg - Pantaprazol 10mg 5 Total = 222,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
05.GCRD.SAD.L controlo	- Zulpiden 10 mg - Omeprazol 20 mg - Pravastantina 20 mg - Rivaroxabano Xarelto 15 mg - Bramozepam 1.5 mg - Amiodipina 5 mg - Voltarene Omogel 7 Total = 71,5 mg	- Zulpiden 10 mg - Omeprazol 20 mg - Pravastantina 20 mg - Rivaroxabano Xarelto 15 mg - Bramozepam 1.5 mg - Amiodipina 5 mg - Voltarene Omogel 7 Total = 71,5 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

06. MJD.SAD.L controle	Bromalex 3 mg - Zolpidene 10 mg - Beneron 1000 mg - Ventilan 200 unidades - Omerozol 20 mg 5 Total = 1233 mg	- Bromalex 3 mg - Zolpidene 10 mg - Beneron 1000 mg - Ventilan 200 unidades - Omerozol 20 mg 5 Total = 1233 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
81.MFRD.SAD.L started & drop out	Perindopril 5mg - Lepicortinolo 5mg - Venex 900mg - Metamizol 5mg - Glucosamina 1000mg - Carvedilol – 15mg - Indapamida 1,5mg - Ulcermin 1,5mg 8 Total = 1933mg	- Perindopril 5mg - Lepicortinolo 5mg - Venex 900mg - Metamizol 5mg - Glucosamina 1000mg - Carvedilol – 15mg - Indapamida 1,5mg 7 Total = 1931,5 mg	Deixou de tomar Ulcermin 1,5mg Diferença de menos 1,5mg por dia
75.TJOMPC.SAD.L controle	Só tem o total de mg, não tem a medicação descrita (porém bate certo com o total do pós-teste) 3527,764mg	Jejum: Omeprazol / ácido alendronico 70 mg (só à 4ª feira)Depois PA: Enalapril + Hidroclorotiazida 20 mg+12,5 mg/ Pramipexol 0,088mg/ Benuron 1000mg Depois de Almoço: Rytmonorm 300mg/ Pramipexol 0,088mg/ Clopidogrel 75 mg/ Benuron 1000mg Depois do Jantar: Sinvastatina 20 mg/ Pramipexol 0,088mg Ao Deitar: Triticum 100 mg/ Benuronb 1000 mg/Largatil / Aprazolan 11 Total = 3527,764 mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
80.JMC.SAD.L started & drop out	- 1 cp Ibersartan 300 - HTZ 12,5 - 1 cp Sertralina 100 - 1 Cp AAS 100 - 1 Cp Pregabalina 75 - Cp Travex 100 - Jantar 1 Cp Pregabalina 75 - 1 Cp Travex 100 - 1 Cp Sinvatatina 20 Manhã e noite - Brisovent Diskus 250 - Formoterol 12; - SOS - Bunil 25 12 Total = 1406,5 + 25 SOS	- 1 cp Ibersartan 300 - HTZ 12,5 - 1 cp Sertralina 100 - 1 Cp AAS 100 - 1 Cp Pregabalina 75 - Cp Travex 100 - Jantar 1 Cp Pregabalina 75 - 1 Cp Travex 100 - 1 Cp Sinvatatina 20 Manhã e noite - Brisovent Diskus 250 - Formoterol 12; - SOS - Bunil 25 12 Total = 1406,5 mg + 25 mg SOS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
	- Lexotan 1,5mg (1/2 comp. Peq-almoço) - Librax 0,5mg+2,5mg (1 comp. Peq-almoço)	- Lexotan 1,5mg (1/2 comp. Peq-almoço) - Librax 0,5mg+2,5mg (1 comp. Peq-almoço)	

07.MPCP.SAD.L controle	- Co-Diovan 0,80mg/12,5mg (1/2 comp. peq-almoço) 3 Total = 17,8	- Co-Diovan 0,80mg/12,5mg (1/2 comp. peq-almoço) 3 Total = 17,8 mg	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
08.MJSB.SAD.L controle	- lopranazol 30mg (1 comp. manhã) - cumpedogrel 75 mg (1 comp. peq. almoço) - Olsar 20 mg (1 comp. manhã) - Xanax 0,5mg (1 comp. noite) - Serosax 20 mg (1 comp. peq. almoço) - Livazol 2 mg(1 comp. almoço) - magnesio (1 comp. almoço) 7 Total = 147,5	- Lopranazol 30mg - cumpedogrel 75mg (anticoagulante) - Olsar20 mg (colesterol) - Xanax 0,5 - Stilnox 10mg 5 Total = 135,5 mg	Deixou de tomar: Serosax 20mg, Livazol 2mg e magnésio Começou a tomar Stilnox 10mg Diferença de menos 12mg por dia
09.CRL.SAD.L controle	- Nitradisk 10 - cinasterida improve 5mg - tromalyt 150mg - lanoxin 0, 125mg - enalapril 20mg+12,5 mg 5 Total = 322,5	- Nitradisk 10 - cinasterida improve 5mg - tromalyt 150mg - lanoxin 0, 125mg - enalapril 20mg+12,5 mg - Sinasterida- 5mg 6 Total = 327,5 mg	Começou a tomar Sinasterida 5mg Diferença de mais 5mg por dia
10.MVFC.SAD.L started & drop out	-Betaserc 16 mg; -Herbesser 90 mg; -Mononitrato de issossorbido 60 mg Mylan; -Lorenin 2,5 mg; -Prevastatina 20 mg Alter; -Tromalyt 150 mg 6 338,5mg	-Betaserc 16 mg; -Herbesser 90 mg; -Mononitrato de issossorbido 60 mg Mylan; -Lorenin 2,5 mg; -Prevastatina 20 mg Alter; -Tromalyt 150 mg 6 338,5mg	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
11.JMFB.SAD.L controle	-Amlodipina 5 mg Bluepharma; -Atrovent PA; -Bisopropol 5 mg Ratiopharm; -Esomeprazol 20 mg Ratiopharm; -Eacreas 850/50 mg; -Formoterol 12 mg Generis; -Metformina 1000mg Ratiopharm; -Miflonide Breezhaler 400 mg; -Sivastatina 20 mg Bluepharma; -Lexotan 1,5 mg; Lorazepam 2,5 mg	-Amlodipina 5 mg Bluepharma; -Atrovent PA; -Bisopropol 5 mg Ratiopharm; -Esomeprazol 20 mg Ratiopharm; -Eacreas 850/50 mg; -Formoterol 12 mg Generis; -Metformina 1000mg Ratiopharm; -Miflonide Breezhaler 400 mg; -Sivastatina 20 mg Bluepharma; -Lexotan 1,5 mg; Lorazepam 2,5 mg Labesfal	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste

	Labesfal	11 2366mg	
12.MAMC.SAD.L completer	0	- Adalgur 500mg + 2 mg - mementina 10mg 2 Total = 512mg	Começou a tomar: Adalgur 500mg + 2 mg e mementina 10mg Diferença de mais 512mg por dia
13. EA.SAD.L started & drop out	- Omopraz+I68ol 8 mg - Indopamida 1,5 - Tromalit 150 mg (1 almoço e 1 jantar) - Tramadol 100mg - Amiodarona200 mg - Alprazol 0,25 mg - Sinvastatina 10 mg (noite) - Simbicort 160+4,5+4,5 microgramas 8 Total = 519,75 + 169 microgramas	- Omopraz+I68ol 8 mg - Indopamida 1,5 - Tromalit 150 mg (1 almoço e 1 jantar) - Tramadol 100mg - Amiodarona200 mg - Alprazol 0,25 mg - Sinvastatina 10 mg (noite) - Simbicort 160+4,5+4,5 microgramas 8 Total = 519,75 + 169 microgramas	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
51.MRVA.CD.L controle	0	- 2 carvedilal (6,25mg) - 1 Letrozol 2,5 mg - 1 Sevastantina (20mg) - 1 Egostar 10mg (1x mensal) 4 Total = 35mg + 10mg mensal	Começou a tomar: 2 carvedilal 6,25mg, 1 Letrozol 2,5 mg, 1 Sevastantina (20mg), 1 Egostar 10mg (1x mensal) Diferença de mais 35mg por dia e mais 10mg por mês
1MFPA.PIAII.AL completer	Sinvastatina (20mg) Gabapentina (300mg) Esomeprazol (20mg) Calcium-Sandoz (600mg + 400 UI) 4 940mg + 400 UI	Sinvastatina (20mg) Gabapentina (300mg) Esomeprazol (20mg) Calcium-Sandoz (600mg + 400 UI) 4 940mg + 400 UI	Não houve diferença de medicação do pré- teste para o pós-teste
2.PAVS.PIAII.AL controle	Irbersrtan (150mg) Omeprazol green (20mg) 2 170mg	Irbersrtan (150mg) Omeprazol green (20mg) 2 170mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
3.MISVRA.PIAII.A L completer	Sinvastatina (60mg) Meterformina (2550mg) Diamicro (30mg) Trendal (800mg) Bosentano (250mg) Nifedipina (60mg) 6 3750mg	Meterformina (850mg 3xdia); Diamicro (30mg 1x dia); Trental (400mg 2xdia); Bosentano(125mg 2x dia); Nifedipina (30mg 2x dia) 5 3690mg	Deixou de tomar Sinvastatina (60mg) Diferença de menos 60mg por dia
	Pentoxitilina generis	Pentoxitilina generis(400mg	

4FFR.PIAIL.AL controle	(800mg) Sinvastatina (20mg) Nifedipina generis (60mg) Xarelto (20mg) Furosemida zentiva (40mg) Eucreas (100mg/1700mg) Candesartan+hidroclorotiazida alter (16mg+12,5mg) Omaprazol (20mg) 8 2788,5mg	2xdia) Sinvastatina(20mg-1xdia) Xarelto (20mg-1xdia) Furosemida zentiva (40mg-1xdia) Eucreas (50mg/850mg 2xdia) Omaprazol (20mg 1x dia) 6 2700mg	Deixou de tomar: Nifedipina generis (60mg) e Candesartan+hidroclorotiazida alter (16mg+12,5mg) Diferença de menos 88,5mg por dia
6.ADM.PIAIL.AL completer	Acido Acetisalisilico (100mg) Clopidogral krival (75mg) Pantoprazol (40mg) Telmisartan (40mg) Carvediol (6,25mg) Sivastatina (20mg) 6 281,25mg	Acido acetisalisilico(100mg 1x dia); Clopidogral krival(75mg 1x dia);Pantoprazol (40mg 1x dia); Telmisartan (20mg 1 x dia); Carvediol (6,25mg 1/2-1x dia), sivastatina (20mg 1xdia) 6 261,25mg	- Telmisartan diminuiu de 40mg para 20mg dia Diferença de menos 20mg por dia
7.MCLLL.PIAIL.AL completer	Olamzepina (2,5mg) Omaprazol (20mg) 2 22,5mg	Olamzepina (2,5mg) Omaprazol (20mg) 2 22,5mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
8FCS.PIAIL.AL controle	Bisoprolol (2,5mg) Carbonato Cálcio + Colecalciferol (1500mg+400 UI) Sinvastatina (20mg) Vaccinium myrtillus (300mg) Valsartan (160mg) Hidroclorotiazida (25mg) Acido acetisalisilico (100mg) 7 2107,5mg + 400 UI	Bisoprolol (2,5mg) Carbonato Cálcio + Colecalciferol (1500mg+400 UI) Sinvastatina (20mg) Vaccinium myrtillus (300mg) Valsartan (160mg) Hidroclorotiazida (25mg) Acido acetisalisilico (100mg) 7 2107,5 mg + 400 UI	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
9.MSBR.PIAIL.AL controle	Atravastatina (10mg) 1 10mg	Atravastatina (10mg) 1 10mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
10. MFCC.PIAIL.AL controle	Peridopril (8mg) 1 8mg	Peridopril (8mg) 1 8mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
11CCVR.PIAIL.AL completer	Letor (1mg) Peritor Plus (20mg) 2 21mg	Letor (1mg) Peritor Plus (20mg) 2 21mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
	Telmisartan (40mg) Lercanidipina (10 mg) Sivastatina (20mg)	Telmisartan (40mg) Lercanidipina (10 mg) Sivastatina (20mg)	

13.ASVP.PIAIALAL completer	Rivaroxabano (20mg) Telmisartan (80mg) Hidroclorotiazida (25mg) Nebivolol (5mg) 7 200mg	Rivaroxabano (20mg) Telmisartan (80mg) Hidroclorotiazida (25mg) Nebivolol (5mg) 7 200mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
14.MAPP.PIAIALAL controle	Atorvastatina (10mg) Amlodipina (5mg) Tramadol (37,5mg) Paracetamol (325mg SOS) 4 52,5mg + 325 SOS	Atorvastatina (10mg) Amlodipina (5mg) Tramadol (37,5mg) Paracetamol (325mg SOS) 4 52,5mg + 325 SOS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
15.MJGRR.PIAIALA L completer	Sinvastatina (20mg) Losartan (100mg) 2 120mg	Sinvastatina (20mg) Losartan (100mg) 2 120mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
16.MMGA.PIAIALA L started & drop out	Irbersrtan (300mg) hidroclorofiazida (12,5mg) Nebivolol (5mg) Nifedipina (30mg) 4 347,5mg	Irbersrtan (300mg) hidroclorofiazida (12,5mg) Nebivolol (5mg) Nifedipina (30mg) 4 347,5mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
17.ANC.CIALAL completer	Bisoprol (5mg) 1 5mg	Bisoprol (5mg) 1 5mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
18.ABS.CIALAL. completer	Memantina (20mg) Lisinopril (10mg) Clopidogrel (75mg) 3 105mg	Memantina (20mg) Lisinopril (10mg) Clopidogrel (75mg) 3 105mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
19.CML.CIALAL controle	Simvastatina(20mg) Izaditene (20mg) 2 40mg	Simvastatina(20mg) Izaditene (20mg) 2 40mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
20.ICHP.CIALAL completer	Twynsta (80mg/5mg) Carvedilol (6,25mg) Flindix (5mg) Esomepeazol (400mg) Beta-histina (16mg) 5 512,25mg	Twynsta (80mg/5mg) Carvedilol (6,25mg) Flindix (5mg) Esomepeazol (400mg) Beta-histina (16mg) 5 512,25mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
21IMR.CIALAL controle	Pantoprazol (20mg) Levotiroxina (0,1mg) Furosemida (40mg) Folicil (5mg) Amlodipina (10 mg) Carbonato Cálcio (150mg) Colecalciferol (400mg) Donepezilo (10mg) Quetiapina SR (150mg)	Pantoprazol (20mg) Levotiroxina (0,1mg) Furosemida (40mg) Folicil (5mg) Amlodipina (10 mg) Carbonato Cálcio (150mg) Colecalciferol (400mg) Donepezilo (10mg) Quetiapina SR (150mg)	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	Trazodona (100mg) Atorvastatina (20mg) 11 905,1mg	Trazodona (100mg) Atorvastatina (20mg) 11 905,1mg	
22.IJE.CIAI.AL started & drop out	Turox (90mg) Lansoprazol (30mg) Deflazacorte (6mg) 3 126mg	Turox (90mg) Lansoprazol (30mg) Deflazacorte (6mg) 3 126mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
23IF.CIAI.AL started & drop out	Enlontril (300mg) Quetiapina (50mg) Ibesartan (150mg) Donepezilo (5mg) Rosuvastatina 5 505	Enlontril (300mg) Quetiapina (50mg) Ibesartan (150mg) Donepezilo (5mg) Rosuvastatina 5 505	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
24.JEGL.CIAI.AL controle	Diclofenac (50mg) Omeprazol (50mg) Paracetamos (1000mg) Ramipril Hidroclorotiazida (5mg) 5 1105mg	Diclofenac (50mg) Omeprazol (50mg) Paracetamos (1000mg) Ramipril Hidroclorotiazida (5mg) 5 1105mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
25.MBSM.CIAI.AL controle	0	Bisoprolol (5mg) Sertralina (50mg) Tansulosina (0,4mg) Flouxetina nodepe 20mg 4 75,4 mg	Começou a tomar 4 medicamentos Diferença de mais 75,4mg
27.MEGN.CIAI.AL started & drop out	Ssivastatina (200mg) Omwprazol (20mg) Calcio (640mg) Voltaren SOS (75mg) Amodipina + Pelmisartan (85mg) 5 954mg + 75 SOS	Ssivastatina (200mg) Omwprazol (20mg) Calcio (640mg) Voltaren SOS (75mg) Amodipina + Pelmisartan (85mg) 5 954mg + 75 SOS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
28MEPGR.CIAI.AL controle	Levotiroxina (88mg) Clorotalidona (25mg) Duloxetina (60mg) Cosopt (25mg/ml) Losartan/HCTZ (62,5mg) Galatamina (16mg) Lercadinipina (20mg) Magnésio (300mg) Alopurinol (300mg) AAS (100mg) Clopidogrel (75mg) Atorvastatina (20mg) Xalatam 005% (1gota) 13 1091,5mg + 1 GOTA	Levotiroxina (88mg) Clorotalidona (25mg) Duloxetina (60mg) Cosopt (25mg/ml) Losartan/HCTZ (62,5mg) Galatamina (16mg) Lercadinipina (20mg) Magnésio (300mg) Alopurinol (300mg) AAS (100mg) Clopidogrel (75mg) Atorvastatina (20mg) Xalatam 005% (1gota) 13 1091,5mg + 3 GOTAS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
	Sertralina (100mg) Inderal (20mg)	Sertralina (100mg) Inderal (20mg)	

30MIMMF.CIAI.A L controle	Donepezilo (10mg) Amlodipina (5mg) Triticum (100g) Mementina (10mg) 6 245mg	Donepezilo (10mg) Amlodipina (5mg) Triticum (100g) Mementina (10mg) 6 245mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
31. MLMMF.CIAI.AL completer	Lasix (40mg) Escitalopram (10mg) Sinemet (25/100mg 3xdia) Janumet (50/100mg 2xdia) Vigantol (6 gotas) Zofenil (30mg) Memantina (10mg) Sinvastatina (20mg) 8 785 + 6 GOTAS	Lasix (40mg) Escitalopram (10mg) Sinemet (25/100mg 3xdia) Janumet (50/100mg 2xdia) Vigantol (6 gotas) Zofenil (30mg) Memantina (10mg) Sinvastatina (20mg) 8 785 + 6 GOTAS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
32.SJCR.CIAI.AL controle	Atorvastatina (10mg) Monoket (50mg) Bisoprolol (2,5mg) Nifedipina (30mg) Tromalit (120mg) 5 212,5	Atorvastatina (10mg) Monoket (50mg) Bisoprolol (2,5mg) Nifedipina (30mg) Tromalit (120mg) 5 212,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
33.VM.CIAI.AL started & drop out	Omeprazol (20mg) Ramipril (2,5mg) Espironolactona (25mg) Nitradisc (10mg) Zarator (10mg) Clopidogre (75mg) Urorec (8mg) 7 150,5	Omeprazol (20mg) Ramipril (2,5mg) Espironolactona (25mg) Nitradisc (10mg) Zarator (10mg) Clopidogre (75mg) Urorec (8mg) 7 150,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
34VCBM.CIAI.AL controle	Beta-histina (24mg) Brinzolamida/Timolol (Azarga)(10mg/5mg colírio 1gota/dia) Nitroglicerina (Epinitril 5) (5mg) Esomeprazol (20mg) Tramadol/Paracetamol (362,5mg) Ácido Acetilsalisílico (100mg) Atorves (40mg) (Carvedilol 25mg) 8 591,5	Beta-histina (24mg) Brinzolamida/Timolol (Azarga)(10mg/5mg colírio 1gota/dia) Nitroglicerina (Epinitril 5) (5mg) Esomeprazol (20mg) Tramadol/Paracetamol (362,5mg) Ácido Acetilsalisílico (100mg) Atorves (40mg) (Carvedilol 25mg) 8 591,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
37MESM.SAD.AL started & drop out	Hidrocloreto + Amilorida(50mg+5mg) Lisinopril (20mg) Lasix (40 mg) Atorvastatina 10 mg) 4 125	Hidrocloreto + Amilorida(50mg+5mg) Lisinopril (20mg) Lasix (40 mg) Atorvastatina 10 mg) 4 125	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

41HCGA.CST.AL completer	Pantoprasol (20mg) Lasix (40mg) Risidon (2000mg) Venex (80mg) Sivanstantina (20mg) Xanax (0,25mg) Glucosamida (60mg) 7 2220,25	Pantoprasol (20mg) Lasix (40mg) Risidon (2000mg) Venex (80mg) Sivanstantina (20mg) Xanax (0,25mg) Glucosamida (60mg) 7 2220,25	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
42. MLVSA.CST.AL (U Maria Libânia Vaz Serra Anjos controle	Sinvastantina (20mg) Omeprazol (10mg) Sertralina (50mg) Tromalyt (150mg) Eutirox (100microgramas) Daflon 1000mg) Magnesium-B 9 (1x dia) Nolotil (575mg SOS) 8 1230mg + 100 microgramas + 575 SOS	Sinvastantina (20mg) Omeprazol (10mg) Sertralina (50mg) Tromalyt (150mg) Eutirox (100microgramas) Daflon 1000mg) Magnesium-B 9 (1x dia) Nolotil (575mg SOS) 8 1230 mg+ 100 microgramas + 575 SOS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
43. LPS.CST.AL completer	Carbonatio Cálcio (1500 mg) Lorazepan (2,5mg) Pantoprazol (20mg) Carvedilol (6,25mg) 4 1528,75	Carbonatio Cálcio (1500 mg) Lorazepan (2,5mg) Pantoprazol (20mg) Carvedilol (6,25mg) 4 1528,75	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
44MDRL.CST.AL completer	Omeprazol (20mg) Eucreas (900mg) Moduretic (55mg) Aprovel (150mg) Nebulet (5mg) Eliquis (2,5mg) Visacor (10mg) Zilorix (10 mg) Fentanil (2,5mg) Absorvit (0mg) 10 1155	Omeprazol (20mg) Eucreas (900mg) Moduretic (55mg) Aprovel (150mg) Nebulet (5mg) Eliquis (2,5mg) Visacor (10mg) Zilorix (10 mg) Fentanil (2,5mg) Absorvit (0mg) 10 1155	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
45MJSM.CST.AL controle	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
46.ASC.CST.AL controle	Omeprazol (20mg) Triticum (150mg) Tromlyt (150mg) Bisoprolol (5mg) Atorvastatina Farnoz (20mg) Filotempo (225mg) Breezhaler (44 microgramas) Revinty (92/22 microgramas) Candesartan + Hidroclorotiazida (32 mg + 25mg)	Omeprazol (20mg) Triticum (150mg) Tromlyt (150mg) Bisoprolol (5mg) Atorvastatina Farnoz (20mg) Filotempo (225mg) Breezhaler (44 microgramas) Revinty (92/22 microgramas) Candesartan + Hidroclorotiazida (32 mg + 25mg)	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	9 627 + 158 microgramas	9 627 + 158 microgramas	
47.HJO.LGLR.AL (H O controle)	Furosemida (40 mg) Clopidogrel (75mg) Pantoprazol (20 mg) Lorazepam (1mg) Ramipril (5mg) Mononitrato Isossorbido (60mg) Beta Histina (48mg) Tragenta (5mg) Januvia (100mg) Insulina(36 6 10) Cloreto de Tróspio (20mg) Simbicort (160mg mais 4,5mg 2xdia) Atrorvastatina (10mg) Senofibrato (267mg) Folicil (5mg) 15 820,5 + 36 6 10 INSULINA	Furosemida (40 mg) Clopidogrel (75mg) Pantoprazol (20 mg) Lorazepam (1mg) Ramipril (5mg) Mononitrato Isossorbido (60mg) Beta Histina (48mg) Tragenta (5mg) Januvia (100mg) Insulina(36 6 10) Cloreto de Tróspio (20mg) Simbicort (160mg mais 4,5mg 2xdia) Atrorvastatina (10mg) Senofibrato (267mg) Folicil (5mg) 15 820,5 + 36 6 10 INSULINA	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
50.CR.LGLR.AL completer	Pankreoflat (250mg) Zolpidem (10 mg) Pursenide (20mg SOS) Protisol (25mg) Enicil (0,05mg) Permadoze (1mg 1x semana) Vigantol (0,5mg/ml- 10 gotas) 7 285,55 + 20 SOS + 1 MG POR SEMANA	Pankreoflat (250mg) Zolpidem (10 mg) Pursenide (20mg SOS) Protisol (25mg) Enicil (0,05mg) Permadoze (1mg 1x semana) Vigantol (0,5mg/ml- 10 gotas) 7 285,55 + 20 SOS + 1 MG POR SEMANA	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
52JMSG.LGLR.AL started & drop out	Akineton Lp (4mg) Seroquel SR (600mg) Topiramato (200mg) Risperdal Consta (37,5mg de 15 em 15 dias) Triticum (150mg) Esomeprazol (40mg) Escitalopram (10mg) 7 1004 + 37,5 DE 15 EM 15 DIAS	Akineton Lp (4mg) Seroquel SR (600mg) Topiramato (200mg) Risperdal Consta (37,5mg de 15 em 15 dias) Triticum (150mg) Esomeprazol (40mg) Escitalopram (10mg) 7 1004 + 37,5 DE 15 EM 15 DIAS	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
53MLFF.CSL.AL completer	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
55CRC.CSL.AL completer	Tenormin (50mg) Mirtazipina (30mg) Lasix (40mg) Betahistina (32mg) Primidona(250mg) Esomeprazol (20mg) 6	Tenormin (50mg) Mirtazipina (30mg) Lasix (40mg) Betahistina (32mg) Primidona(250mg) Esomeprazol (20mg) 6	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

	422	422	
58AMJPCS.EXCO LA.AL controle	Levotiroxina (0,1mg) 1 0,1	Levotiroxina (0,1mg) 1 0,1	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
60IMTVS.EXCOLA .AL completer	Omeprazol (20mg) Bizoprol (5mg) 2 25	Omeprazol (20mg) Bizoprol (5mg) 2 25	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
61AJMS.EXCOLA. AL completer	Velmetia (50mg\1000mg) Letter (0,1mg) Coveram (10mg) 3 1060,1	Velmetia (50mg\1000mg) Letter (0,1mg) Coveram (10mg) 3 1060,1	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
62MACCL.EXCOL A.AL completer	Sedoxil (1,0mg) Metofirmina(1000mg) Veniaxinamyan (150mg) 3 1151	Sedoxil (1,0mg) Metofirmina(1000mg) Veniaxinamyan (150mg) 3 1151	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
65OCDLM.EXCOL A.AL started & drop out	Lisinopril (20mg) Talexia Retard (100mg) Betaserc (48mg) Venlafaxina (75mg) Rozor(10mg) 5 253	Lisinopril (20mg) Talexia Retard (100mg) Betaserc (48mg) Venlafaxina (75mg) Rozor(10mg) 5 253	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
68.MHC.PIAI.AL. controle	Flouxetina (20mg) Edarclor (52,50mg) Atorvastatina (20mg) Metformina Milan (500mg) 4 592,5	Flouxetina (20mg) Edarclor (52,50mg) Atorvastatina (20mg) Metformina Milan (500mg) 4 592,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
69.HJC.CIAI.AL controle	Flexiban (10mg) 1 10	Flexiban (10mg) 1 10	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
73. AMOPNM. AL started & drop out	Concor (5mg) Atorvastatina Atorvan (10mg) Lercarnidipina (10mg) 3 25	Concor (5mg) Atorvastatina Atorvan (10mg) Lercarnidipina (10mg) 3 25	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
74.MPPTO.EXCOL A.AL controle	Concor (5mg) Lercarnidipina (10mg) 2 15	Concor (5mg 1xdia); Atorvastatina atorvan (10mg 1x dia); Lercarnidipina (10mg 1x dia) 3 25	Começou a tomar Atorvastatina atorvan 10mg Diferença de mais

			10mg por dia
75ASPALM.AL controle	Cinorizina (75mg) Alprazolam (0,5mg) lorazepam (2,5mg) Ibersartan (300mg) Bisoprolol (5mg) Januvia (50mg) Biloban (80mg) Beta-histina (24mg) Lasix (40mg) 9 577	Cinorizina (75mg) Alprazolam (0,5mg) lorazepam (2,5mg) Ibersartan (300mg) Bisoprolol (5mg) Januvia (50mg) Biloban (80mg) Beta-histina (24mg) Lasix (40mg) 9 577	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
76VMNAG.ARPIL F.AL completer	Eutirox (50mg) Valsarlan (92,50mg) Rabepouzol (10mg) Ziloric (300mg) Finasterida (5mg) Urorec (8mg) 6 465,5	Eutirox (50mg) Valsarlan (92,50mg) Rabepouzol (10mg) Ziloric (300mg) Finasterida (5mg) Urorec (8mg) 6 465,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
77.LMMG.ARPILF. AL completer	Escitalopram Ciclum (20mg) Atorvastatina Farmoz (20mg) Alprazolam Pazolam (0,5mg) 3 40,5	kainer 5mg atrovastatina 20mg altrasolan 0,5mg escitalopram 20mg 4 45,5mg	Começou a tomar kainer 5mg Diferença de mais 5mg por dia
78.JFBS.ARPILF.A L controle	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
80GJB.ARPILF.AL completer	Vrorec (4mg) Zarator (40mg) Zanikor (10mg) Mentoformina (500mg) 4 554	Vrorec (4mg) Zarator (40mg) Zanikor (10mg) Mentoformina (500mg) 4 554	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
81.MGJM.ARPILF. AL completer	Esomeprazol Ratiopharm (40mg) Exforge (5mg) 2 45	Esomeprazol Ratiopharm (40mg) Exforge (5mg) 2 45	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
82GAF.ARPILF.AL controle	lepicortimolo (5mg) Omeprozol (10mg) Ciclum (35mg) Co-torez (80mg) Meosvastatina (10mg) 5 140	lepicortimolo (5mg) Omeprozol (10mg) Ciclum (35mg) Co-torez (80mg) Meosvastatina (10mg) 5 140	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
83.MERA.ARPILF. AL	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste

completer			para o pós-teste
84.MMCCA.ARPIL F.AL controle	pantoprasol20mg co-diovan 25mg 2 45mg	pantoprasol20mg co-diovan 25mg 2 45mg	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
85.IR.ARPILF.AL controle	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
86.CAHB.ARPILF.AL completer	Fosavanse (70mg) Zanacor (10mg) Visacor (10mg) Ideos (50mg) Fisiogen (800mg de 2 em 2 meses) Teveten (600mg) Venosmil (200mg) 7 940 + 800 2 EM 2 MESES	Fosavanse (70mg) Zanacor (10mg) Visacor (10mg) Ideos (50mg) Fisiogen (800mg de 2 em 2 meses) Teveten (600mg) Venosmil (200mg) 7 940 + 800 2 EM 2 MESES	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
87ERM.ARPILF.AL completer	0	0	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
79SS.ARPILF.AL completer	perindopril+indapamida farmoz 4mg+ 1,25mg 2 5,25	perindopril+indapamida farmoz 4mg+ 1,25mg 2 5,25	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste
35.MCIM.CIAL.AL controle	- cloratcloridrato de amitriptilina10 mg 1x - Irbesartan 300mg 1x - Indapamida 1,5mg 1x - Fluvastatina 80mg 1x - sertralina 25mg 1x - Diazepam 5mg 2x - metformina 500mg 1x - alopurinol150 mg 8 976,5	- cloratcloridrato de amitriptilina10 mg 1x - Irbesartan 300mg 1x - Indapamida 1,5mg 1x - Fluvastatina 80mg 1x - sertralina 25mg 1x - Diazepam 5mg 2x - metformina 500mg 1x - alopurinol150 mg 8 976,5	Não houve diferença de medicação do pré-teste para o pós-teste

Anexo 44 - 1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto Pré-Teste

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Benefícios para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (90 respostas/28,4%)	5. Distração(23)/ Passar o Tempo(3)/ Ocupação(7)/ Estar entretido (3)	36/40%	“As vantagens é a distração que faz muita falta...” (10.MVFC.SAD.L) “Para ter mais tempo ocupado...” (36.IMFE.CD.L) “...é mais um tempo para passar.” (79SS.ARPILF.AL) “...estar entretida um bocado o que já é bom.” (34.APSP.CD.L)

	6. Felicidade/Alegria	20/22,2%	“Estar mais alegre...” (35.RNAVD.CD.L) “Benefícios, é que eu gosto muito de cantar, e, fico muito alegre..” (35.MCIM.CIAI.AL)
	7. Diversão	9/10%	“...benéfico traz sempre que a gente diverte-se...” (61AJMS.EXCOLA.AL) “... para me divertir...” (63.MHN.CD.L)
	8. Sentir-se Bem/Melhor	7/7,8%	“...cantar é uma ajuda muito preciosa para a parte psicológica.” (50.MTLF.SAD.L) “...sentir-me melhor comigo própria.” (7.MPCP.SAD.L) “Acho que para mim é bom, ajuda a levantar a moral...” (3ABRM.CDL)
	9. Menos Stresse/Descontração	5/5,5%	“Estar menos stressada...” (8MJSB.SAD.L) “... estou a participar porque penso que talvez me ajude a descontrair...” (60IMTVS.EXCOLA.AL) “Bons, porque desanuvia...” (12.MAMC.SAD.L)
	10. Entusiasmo/Motivação	5/5,5%	“...estou entusiasmada...” (39.MLMF.CD.L) “...sentir mais vontade das coisas.” (18.JBSS.CD.L)
	11. Ser Útil	5/5,5%	“ Eu gosto de ser útil” (85.IR.ARPILF.AL) “Ajudar as empregadas, se não der para o canto, gostaria imenso, ajudar...” (25.MBSM.CIAI.AL)
	12. Ser Agradável	1/1,1%	“Espero que seja bom, agradável.” (6.ADM.PIAII.AL)
	13. Liberdade	1/1,1%	“Preciso de ter liberdade...” (43.LPS.CST.AL)
	14. Ter Transporte	1/1,1%	“... irem me buscar e trazerem.” (37MESM.SAD.AL)
Benefícios Sociais (86 respostas/27,1%)	4. Convívio (49)/ Companhia(6)	52/60,5%	“... gosto do convívio, o principal é o convívio...” (5.MDTS.PIAII.AL) “...conviver mais e estar com as pessoas...” (35.RNAVD.CD.L) “...faço companhia às outras pessoas, como as outras pessoas me fazem companhia a mim.” (2.PAVS.PIAII.AL)
	5. Sair de Casa	16/18,6%	“...sair de casa para não ficar o dia todo em casa. É esse o meu principal perceção é realmente sair de casa...” (1MFPA.PIAII.AL)

	6. Novas Relações/ Contactos 7. Participação em Projetos/Atividade 8. Reencontros	11/12,8% 6/6,9% 1/1,2%	"... para sair pelo menos sai-se duas vezes ali..." (78.DIMFS.CD.L) "...pelo menos que conheça mais pessoas e conviva com mais gente..." (55.RCRN.CD.L) "... por estar em contato." (30MIMMF.CIAI.AL) "...participar, tenho o tempo todo." (47.FCS.CD.L) "É o prazer de participar..." (82GAF.ARPILF.AL) "...nos revermos (...) agora de vez em quando nos voltamos a encontrar." (59MLOJC.EXCOLA.AL)
Interesses Artísticos (46 respostas/14,5%)	3. Gostar de Cantar 4. Gostar de Música 5. Gostar de Dançar 6. Declamar a sua Poesia 7. Gostar de Teatro 8. Entreter-se com os Instrumentos	31/67,4% 7/15,2% 4/8,7% 2/4,3% 1/2,2% 1/2,2%	"Fui criada no campo e sempre andava a trabalhar e a cantar, eu gosto muito de cantar." (17.MCCP.L) "...gostava de ter e ficar a cantar bem..." (14.JRL.CD.L) "Eu fui fadista profissional e então já tive muitas profissões mas pronto gosto..." (44.MFJMO.CD.L) "Gosto muito de música..." (13.EA.SAD.L) "Eu gosto muito de ouvir cantar bem..." (55CRC.CSL.AL) "...porque gosto de cantar gosto de dançar." (75ASPALM.AL) "Sempre gostei, era cantar e dançar, quando era mais nova..." (79.EPMA.CD.L) "Poder partilhar a poesia que escrevo com os outros..." (43.MAM.CD.L) "Gosto de participar nestas coisas(...) gosto de teatro..." (12.MCSCC.PIAII.AL) "E os instrumentos, uma pessoa pode-se entreter muito bem sozinho." (60.MPS.CD.L)
Benefícios Desenvolvimento Pessoal (38 respostas/12%)	2. Aprendizagens(28)/ Experiências(7) 3. Enriquecimento Pessoal	35/92,1% 2/5,3%	"...isto há sempre uma experiência, uma pessoa nunca entrei nisto, vou experimentar também que quero ver como é..." (4FFR.PIAII.AL) "Espero que tenha vantagens, aprender a cantar..." (81.MGJM.ARPILF.AL) "... acho que me vai trazer coisas maravilhosas é sempre uma aprendizagem..." (21.MEBBF.CD.L) "...mais capacidade..." (23.NRH.CD.L)

	4. Fazer o Melhor que Pode	1/2,6%	“Espero fazer o melhor possível, que eu possa...” (4.MFPL.CD.L)
Benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (37 respostas/11,7%)	3. Melhorias Saúde	13/35,1%	“Uma mais valia a nível de saúde que poderia potenciar a saúde” (58AMJPCS.EXCOLA.AL) “...é bom para o corpo, é bom para a saúde...” (67.MFFSM.CD.L)
	4. Atividade Física	11/29,7%	“Olhe é uma tentativa de não ficar parada...” (21IMR.CIAI.AL) “Espero que nos dê mais atividade...” (16.MSGRS.CD.L)
	5. Melhorias Físicas	6/16,2%	“...respiro melhor porque isto puxa pelos nossos pulmões e espero bons benefícios.” (12.MAMC.SAD.L) “Se calhar exercitar outras capacidades, como movimento...” (13.ASVP.PIAI.AL)
	6. Benefícios Vocais e para os Sentidos	6/16,2%	“Pode me vir a melhorar muito as cordas vocais porque já estou quase sem voz...” (52.FCC.CD.L) “...Espero ter (...) os sentidos alerta...” (12.MCSCC.PIAI.AL) “...fazer um treino que me facilite mais a verbalizar melhor as palavras sem esforço...” (52.FCC.CD.L)
	7. Conhecer a Sua Voz	1/2,7%	“...vamos lá ver o que é eu posso, da minha voz, se tenho voz...” (15MJGRR.PIAI.AL)
Não Referiu Benefícios (15 respostas/4,7%)	2. Sem Benefícios	15/100%	“...não tem, não pode ter nenhuns porque eu não sei cantar.” (33.VM.CIAI.AL) “Eu espero não ter muitas (...) gostaria imenso mas acho que não tenho grande aproveitamento...” (2.AMSAR.CD.L)
Benefícios para a Funcionalidade Cognitiva (5 respostas/1,6%)	2. Melhorias de Memória/Exercitar Capacidades	3/60%	“... é bom para a memória, temos que decorar as canções.” (23.NRH.CD.L) “...fazer bem ao cérebro...” (54.FMS.CD.L)
	3. Conhecer o Intelecto	2/40%	“...vou saber em que estado esta o meu intelecto em relação a minha idade...” (38.MHPL.CD.L) “...testar as capacidades também...” (19.OARR.CD.L)

Anexo 45 - 2ª Questão: Inconvenientes do Programa de Canto Pré-Teste

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Referiu	2. Sem Desvantagens/	93/100%	“Acho que não tenho desvantagens

Inconvenientes (93 respostas/60,4%)	Inconvenientes		nenhumas nem inconvenientes.” (1.LP.CD.L) “Não tem desvantagem nenhum...” (47.MJO.LGLR.AL)
Limitações do Dia- a-Dia (20 respostas/13%)	3. Indisponibilidade de Tempo/Outros Compromissos	13/65%	"Não sei os dias, só porque depois tenho de ir lá para o ginásio e não sei os dias que é..." (13. EA.SAD.L) "...se for muito tempo como hoje, não vou..." (80.JMC.SAD.L) "... para mim à segunda feira é um bocadinho apertado, segunda feira é quando eu tenho a piscina..." (46.ASC.CST.AL)
	4. Dificuldade de Deslocação/ Transporte	5/25%	"...tem de dar transporte porque eu não posso andar nos transportes públicos..." (2.AMSAR.CD.L) "...venho de mais longe tenho de apanhar os transportes todos os dias, os dias que vier para cá." (65OCDLM.EXCOLA.AL)
	5. Não Especificado	2/10%	"...outra coisa qualquer que pudesse interromper..." (4FFR.PIAII.AL)
Receios (16 respostas/10,4%)	2. Incapacidade de Realização/Adaptação	14/87,5%	"Eu cantar com outra pessoa sei mas agora estar a olhar para o papel e ler assim a cantiga sozinha não sei." (37MESM.SAD.AL) "...mesmo que eu não me adapte, porque pode acontecer..." (73. AMOPNM. AL)
	3. Não Gostar/Desistir	2/12,5%	"Depois de estar lá não sei pode ser que haja qualquer coisa que eu não goste..." (1MFPA.PIAII.AL) "Depois de estar lá não sei pode ser (...) que desista..." (1MFPA.PIAII.AL)
Inconvenientes de Saúde e Funcionalidade Física (11 respostas/7,1%)	2. Interromper por Problemas de Saúde	11/100%	"Só se algum dia precisar de ir ao hospital..." (57.MJC.CDL.) "... às vezes posso estar com uma dor nas costas e naquele dia falta..." (50.MTLF.SAD.L)
Não Sabe (10 respostas/6,5%)	2. Não Sabe	10/100%	"Vamos lá a ver, não sei, só experimentando." (45MJS.M.CST.AL)
Inconvenientes de Funcionalidade Cognitiva (4 respostas/2,6%)	2. Memória	4/100%	"...só tenho pena é que as vezes não decore muito as coisas..." (64.MCS.CD.L) "Receio que não conseguir fazer as coisas porque não tenho a memória." (14.JRL.CD.L)

Anexo 46 – 3ª Questão: Motivações para o Programa de Canto Pré-Teste

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Motivações Sociais	5. Convívio(36)/	37/33,9%	"É para conviver, porque eu não tenho

(109 respostas/41,9%)	Companhia(3)		ninguém...” (8FCS.PIAII.AL) “... já estou a falar consigo, pronto é isso, o convívio.” (29.JVP.CD.L) “... Pela companhia...” (1MFPA.PIAII.AL) “...as colegas a me incentivarem e a dizerem vai lá então isso vais lá cantar...” (15MJGRR.PIAII.AL) “Fazer a vontade ao monitor.” (45.VGQ.CD.L) “...sempre saímos de casa, fechadas ali sozinha...” (65.OO.CD.L) “Como já disse, sair de casa...” (1MFPA.PIAII.AL) “... conhecer mais pessoas.” (19.0ARR.CD.L) “...a gente vai fazer outra coisa, vai conhecer outras pessoas...” (10. MFCC.PIAII.AL) “...gosto muito, gosto muito daquele ambiente.” (35.MCIM.CIAI.AL) “... gostar aqui das doutoras, já aqui ando há muitos anos...” (5.MDTS.PIAII.AL) “...participar com todos...” (64.MCS.CD.L) “...eu gosto de contribuir com tudo...” (38OV.LGLR.AL) “...eu gosto muito de fazer parcerias e projetos.” (76VMNAG.ARPILF.AL) “...para que a gente possa conversar...” (2.PAVS.PIAII.AL)
Motivações para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (45 respostas/17,3%)	3. Distração(14)/ Ocupação(8)/ Estar entretido/a(2) 4. Alegria 5. Gostar(4)/ Satisfação (6)	24/53,3% 6/13,3% 6/13,3%	“...gosto de me distrair.” (10.MVFC.SAD.L) “Para me distrair.” (24.JEGL.CIAI.AL) “Estar entretida.” (34.APSP.CD.L) “...preciso muito de ocupação de qualquer coisa...” (62MACCL.EXCOLA.AL) “...assim que perguntaram quem é que queria ir eu senti logo Alegria...” (43. LPS.CST.AL) “Eu não sei se é isto, olhe sinto-me por amor à alegria (...) Costuma-se dizer “tristeza não paga dívidas.” (64.MCS.CD.L) “Porque eu gosto, porque aquilo é assim nós temos amor à camisola...” (74.MPPTO.EXCOLA.AL) “...acho que também gostava de me sentir um bocadinho mais satisfeita...” (18.JBSS.CD.L)

	6. Diversão	2/4,4%	“Gosto de paródia...” (23.NRH.CD.L)
	7. Sentir-se Vivo/ Rejuvenescer	2/4,4%	“Porque quero-me sentir viva, não jovem, mas viva.” (12.MCSCC.PIAI.AL) “...quando a pessoa esta mais embrenhada na musica parece que rejuvenesce...” (69.HJC.CIAI.AL)
	8. Sentir-se Útil/ Partilhar	2/4,4%	“Ajudar, ser útil para alguma coisa...” (25.MBSM.CIAI.AL) “...passar aos outros a minha boa vontade.” (18.JBSS.CD.L)
	9. Motivação	1/2,2%	“...outra motivação na vida.” (2.AMSAR.CD.L)
	10. Não ter a Mente Aberta	1/2,2%	“... pelo não ter a mente aberta.” (3.MISVRA.PIAI.AL)
	11. Evasão Espiritual	1/2,2%	“Por uma maneira de invasão ao espírito.” (17.ANC.CIAI.AL)
Desenvolver Interesses Artísticos (42 respostas/16,1%)	3. Gostar de Cantar	27/64,3%	“Ai muitas que eu gosto de cantar...” (5.MDTS.PIAI.AL) “Como acabou o coro daqui e depois houve esta oportunidade foi por isso.” (42.MLVSA.CST.AL) “Tenho boa voz. Eu em Fátima dava sucesso, já cantava no coro.” (58.MVA.CDL.)
	4. Gostar de Música	9/21,4%	“...gosto de música...” (13.EA.SAD.L) “...o gostar do canto...” (74.VCCR.CD.L) “... gosto de ouvir cantar, gosto de canto coral.” (25.RJLSS.CD.L)
	5. Gostar de Dançar	3/7,1%	“Porque eu sempre gostei de cantar e de dançar...” (75.ASPALM.AL)
	6. Declamar a sua Poesia	2/4,8%	“O que me motivou primeiro foi a minha poesia...” (32.GCF.CD.L)
	7. Cantar Sem Pagar	1/2,4%	“...quando me disseram que íamos cantar e tereteteu e não se pagava...” (46.ASC.CST.AL)
Motivações de Desenvolvimento Pessoal (35 respostas/13,5%)	2. Aprendizagens(21)/ Experiências(7)	28/80%	“É uma coisa diferente, é diferente e eu gosto de experimentar também.” (17.MCCP.L) “...vir conhecer outras coisas novas...” (62.MOC.CD.L) “Um bocadinho mais de cultura também.” (48.INAAM.CD.L)
	3. Curiosidade	2/5,7%	“...pareceu-me um tema interessante e fiquei curiosa” (85.IR.ARPILF.AL)
	4. Ser	2/5,7%	“Acho que deve ser interessante

	Interessante/Diferente		participar num grupo de coro, é diferente.” (51.MRVA.CD.L) “Eu acho que a gente deve (..) inovar...” (77.LMMG.ARPILF.AL)
	5. Conhecer as suas Capacidades	2/5,7%	“...quero ver o que é que eu canto.” (5.MDTS.PIAIL.AL) “... ver se aprendo alguma coisa, quais são as minhas capacidades...” (65OCDLM.EXCOLA.AL)
	6. Ter professor	1/2,9%	“...oportunidade que vou ter tendo uma professor para ensinar ou uma professora .” (21.MEBBF.CD.L)
Motivações de Saúde e Funcionalidade Física (22 respostas/8,5%)	2. Atividade Física	16/72,7%	“... tornar-me mais ativa e essas coisas assim.” (87EMR.ARPILF.AL) “...depois de cantar fica com mais atividade...” (3ABRM.CDL)
	3. Melhorias de Saúde	4/18,2%	“Porque eu acho que o canto (...) faz bem...” (18.JBSS.CD.L)
	4. Saber os Resultados de Saúde	2/9,1%	“...primeiro disseram-me que tinha aqui estes exames todos e eu calculei que podia ser útil e bom...” (12.MAMC.SAD.L)
Não Sabe (5 respostas/1,9%)	3. Não Sabe	3/60%	“Não compreendo de que programa se trata.” (40.BKDF.CD.L)
	4. Não Referiu	2/40%	“Estou pronta a participar se eu for capaz eu fico se não for saio.” (50.CR.LGLR.AL)
Motivações de Funcionalidade Cognitiva (2 Respostas/0,8%)	1. Raciocinar Mais	1/50%	“...para raciocinar muito mais daquilo que eu raciocino.” (16.MSGRS.CD.L)
	2. Fazer Bem ao Cérebro	1/50%	“...penso que vir estudar a letra da música ia fazer bem ao meu cérebro.” (54.FMS.CD.L)

Anexo 47 – 1ª Questão: Benefícios do Programa de Canto Pós-Teste

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Benefícios para o Bem-Estar (Emocional e Satisfação com a Vida) (90 respostas/28,4%)	15. Distração(23)/ Passar o Tempo(3)/ Ocupação(7)/ Estar entretido (3)	36/40%	“As vantagens é a distração que faz muita falta...” (10.MVFC.SAD.L) “Para ter mais tempo ocupado...” (36.IMFE.CD.L) “...é mais um tempo para passar.” (79SS.ARPILF.AL) “...estar entretida um bocado o que já é bom.” (34.APSP.CD.L)
	16. Felicidade/Alegria	20/22,2%	“Estar mais alegre...”

			(35.RNAVD.CD.L) “Benefícios, é que eu gosto muito de cantar, e, fico muito alegre..” (35.MCIM.CIAI.AL)
	17. Diversão	9/10%	“...benéfico traz sempre que a gente diverte-se...” (61AJMS.EXCOLA.AL) “... para me divertir...” (63.MHN.CD.L)
	18. Sentir-se Bem/ Melhor	7/7,8%	“...cantar é uma ajuda muito preciosa para a parte psicológica.” (50.MTLF.SAD.L) “...sentir-me melhor comigo própria.” (7.MPCP.SAD.L) “Acho que para mim é bom, ajuda a levantar a moral...” (3ABRM.CDL)
	19. Menos Stresse/ Descontração	5/5,5%	“Estar menos stressada...” (8MJSB.SAD.L) “... estou a participar porque penso que talvez me ajude a descontrair...” (60IMTVS.EXCOLA.AL) “Bons, porque desanuvia...” (12.MAMC.SAD.L)
	20. Entusiasmo/ Motivação	5/5,5%	“...estou entusiasmada...” (39.MLMF.CD.L) “...sentir mais vontade das coisas.” (18.JBSS.CD.L)
	21. Ser Útil	5/5,5%	“ Eu gosto de ser útil” (85.IR.ARPILF.AL) “Ajudar as empregadas, se não der para o canto, gostaria imenso, ajudar...” (25.MBSM.CIAI.AL)
	22. Ser Agradável	1/1,1%	“Espero que seja bom, agradável.” (6.ADM.PIAII.AL)
	23. Liberdade	1/1,1%	“Preciso de ter liberdade...” (43.LPS.CST.AL)
	24. Ter Transporte	1/1,1%	“... irem me buscar e trazerem.” (37MESM.SAD.AL)
Benefícios Sociais (86 respostas/27,1%)	9. Convívio (49)/ Companhia(6)	52/60,5%	“... gosto do convívio, o principal é o convívio...” (5.MDTS.PIAII.AL) “...conviver mais e estar com as pessoas...” (35.RNAVD.CD.L) “...faço companhia às outras pessoas, como as outras pessoas me fazem companhia a mim.” (2.PAVS.PIAII.AL)
	10. Sair de Casa	16/18,6%	“...sair de casa para não ficar o dia todo em casa. É esse o meu principal perceção é realmente sair de casa...” (1MFPA.PIAII.AL) “... para sair pelo menos sai-se duas vezes ali...” (78.DIMFS.CD.L)

	11. Novas Relações/ Contactos	11/12,8%	“...pelo menos que conheça mais pessoas e conviva com mais gente...” (55.RCRN.CD.L) “... por estar em contato.” (30MIMMF.CIAI.AL)
	12. Participação em Projetos/Atividade	6/6,9%	“...participar, tenho o tempo todo.” (47.FCS.CD.L) “É o prazer de participar...” (82GAF.ARPILF.AL)
	13. Reencontros	1/1,2%	“...nos revermos (...) agora de vez em quando nos voltamos a encontrar.” (59MLOJC.EXCOLA.AL)
Interesses Artísticos (46 respostas/14,5%)	9. Gostar de Cantar	31/67,4%	“Fui criada no campo e sempre andava a trabalhar e a cantar, eu gosto muito de cantar.” (17.MCCP.L) “...gostava de ter e ficar a cantar bem...” (14.JRL.CD.L) “Eu fui fadista profissional e então já tive muitas profissões mas pronto gosto...” (44.MFJMO.CD.L)
	10. Gostar de Música	7/15,2%	“Gosto muito de música...” (13. EA.SAD.L) “Eu gosto muito de ouvir cantar bem...” (55CRC.CSL.AL)
	11. Gostar de Dançar	4/8,7%	“...porque gosto de cantar gosto de dançar.” (75ASPALM.AL) “Sempre gostei, era cantar e dançar, quando era mais nova...” (79.EPMA.CD.L)
	12. Declamar a sua Poesia	2/4,3%	“Poder partilhar a poesia que escrevo com os outros...” (43.MAM.CD.L)
	13. Gostar de Teatro	1/2,2%	“Gosto de participar nestas coisas(...)” gosto de teatro...” (12.MCSCC.PIAII.AL)
	14. Entreter-se com os Instrumentos	1/2,2%	“E os instrumentos, uma pessoa pode-se entreter muito bem sozinho.” (60.MPS.CD.L)
Benefícios Desenvolvimento Pessoal (38 respostas/12%)	5. Aprendizagens(28)/ Experiências(7)	35/92,1%	“...isto há sempre uma experiência, uma pessoa nunca entrei nisto, vou experimentar também que quero ver como é...” (4FFR.PIAII.AL) “Espero que tenha vantagens, aprender a cantar...” (81.MGJM.ARPILF.AL) “... acho que me vai trazer coisas maravilhosas é sempre uma aprendizagem...” (21.MEBBF.CD.L)
	6. Enriquecimento Pessoal	2/5,3%	“...mais capacidade...” (23.NRH.CD.L)
	7. Fazer o Melhor que	1/2,6%	“Espero fazer o melhor possível, que eu

	Pode		possa...” (4.MFPL.CD.L)
Benefícios de Saúde e Funcionalidade Física (37 respostas/11,7%)	8. Melhorias Saúde	13/35,1%	“Uma mais valia a nível de saúde que poderia potenciar a saúde” (58AMJPCS.EXCOLA.AL) “...é bom para o corpo, é bom para a saúde...” (67.MFFSM.CD.L)
	9. Atividade Física	11/29,7%	“Olhe é uma tentativa de não ficar parada...” (21IMR.CIAI.AL) “Espero que nos dê mais atividade...” (16.MSGRS.CD.L)
	10. Melhorias Físicas	6/16,2%	“...respiro melhor porque isto puxa pelos nossos pulmões e espero bons benefícios.” (12.MAMC.SAD.L) “Se calhar exercitar outras capacidades, como movimento...” (13.ASVP.PIAIL.AL)
	11. Benefícios Vocais e para os Sentidos	6/16,2%	“Pode me vir a melhorar muito as cordas vocais porque já estou quase sem voz...” (52.FCC.CD.L) “...Espero ter (...) os sentidos alerta...” (12.MCSCC.PIAIL.AL) “...fazer um treino que me facilite mais a verbalizar melhor as palavras sem esforço...” (52.FCC.CD.L)
	12. Conhecer a Sua Voz	1/2,7%	“...vamos lá ver o que é eu posso, da minha voz, se tenho voz...” (15MJGRR.PIAIL.AL)
Não Referiu Benefícios (15 respostas/4,7%)	3. Sem Benefícios	15/100%	“...não tem, não pode ter nenhuns porque eu não sei cantar.” (33.VM.CIAI.AL) “Eu espero não ter muitas (...) gostaria imenso mas acho que não tenho grande aproveitamento...” (2.AMSAR.CD.L)
Benefícios para a Funcionalidade Cognitiva (5 respostas/1,6%)	4. Melhorias de Memória/Exercitar Capacidades	3/60%	“... é bom para a memória, temos que decorar as canções.” (23.NRH.CD.L) “...fazer bem ao cérebro...” (54.FMS.CD.L)
	5. Conhecer o Intelecto	2/40%	“...vou saber em que estado esta o meu intelecto em relação a minha idade...” (38.MHPL.CD.L) “...testar as capacidades também...” (19.OARR.CD.L)

Anexo 48 – 2ª Questão: Inconvenientes do Programa de Canto Pós-Teste

Temas	Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Referiu Inconvenientes (54)	2. Sem Desvantagens/ Inconvenientes	54/100%	“Não, acho que correu tudo muito bem. Foi tudo muito bem organizado.” (26.MGR.CD.L.)

respostas/72%)			“Inconivente não, só vejo é vantagens.” (06.ADM.PIAII.AL)
Inconvenientes do Programa de Canto (11 respostas/14,7%)	3. Problemas de Transporte	3/27,3%	“Era o tempo de espera (...) Ajuntavam-se todos os que iam apanhar a carrinha e depois olhe enterravam os vivos desenterravam os mortos.” (01. MFPA.PIAII.AL) “...fora das horas se não tiver quem me traga não posso ir...” (02.AMSAR.CD.L)
	4. Comer/Ir à pressa	2/18,2%	“...andávamos sempre à pressa...” (65.OO.CD.L)
	5. Ser um Compromisso	2/18,2%	“...só aquela coisa de termos durante a semana aquele dia e aquela hora...” (80.JMC.SAD.L)
	6. Não Gostar do Programa	1/9,1%	“...não gostava daquilo, eu não sou cantor...” (33.VM.CIAI.AL)
	7. Não Gostar das Canções	1/9,1%	“...não senti as canções eram as mesmas eram da tia Anita desta daquela.” (37.MESM.SAD.AL)
	8. Rampa de Acesso	1/9,1%	“Foi o sítio, a rampa.” (23.IF.CIAI.AL)
	9. Alimentação (não darem lanche e água)	1/9,1%	“... nem lanche davam, nem uma garrafa de água.” (32.GCF.CD.L)
Limitações dos Participantes (10 respostas/13,3%)	3. Saúde e Funcionalidade Física	3/30%	“...só me custava mais era o andar, era sair do elevador...” (15.GR.CD.L)
	4. Incómodo com Alguns Participantes	3/30%	“A gente tinha dificuldades em concentrar-se porque elas estavam sempre a falar...” (77.LMMG.ARPILF.AL.)
	5. Horário	2/20%	“...aquela hora da sesta mesmo...” (41.HCGA.CST.AL)
	6. Não Saber Cantar	1/10%	“... eu não conseguia satisfazer as pessoas para me ouvirem. Não sou cantor. Só canta quem sabe cantar e eu para fazer figura de parvo também não ia lá.” (33.VM.CIAI.AL)
	7. Condições de Climatização	1/10%	“...tivemos ali uns dias de muito calor...” (41.HCGA.CST.AL)

Anexo 49 – 3ª Questão: Aspetos que Melhoraria no Programa de Canto Pós-Teste

Temas		Subtemas/Categorias	Nº/% de Respostas	Citações
Não Mudaria Nada	2.	3. Nada	44/100%	"Olha querida, eu acho que

(45 respostas/62%)				está tudo muito bem.” (12.MAMC.SAD.L.) “Eu acho que estava tudo bem, gostei de tudo.” (62.MACCL.EXCOLA.AL)
Melhorias no Programa (12 respostas/16,9%)	5.	6. Horário 7. Meio de Transportes 8. Reportório de Músicas 9. Pautas 10. Passear Mais 11. O Programa Continuar 12. Cantarem no Centro	2/16,7% 2/16,7% 2/16,7% 2/16,7% 1/8,3% 1/8,3%	“O horário. Mas foi uma altura boa que nós fomos porque não foi inverno.” (65.OO.CD.L) “Olha o que havíamos de ter era uma camioneta para irmos todos. Isso era importante.” (39.MLMF.CD.L.) “Ai não poderia melhorar quanto muito o conteúdo das canções, o reportório.” (25.RJLSS.CD.L) “Eu acho que estava tudo muito bem, só melhorava as pautas que nos deram. Eu disse à Anabela e depois melhoraram no final.” (07.MCLL.PIAIL.AL) “Não sei, passear mais vezes.” (52.JMSG.LGLR.AL) “O programa acho que podia continuar, que eu acho que fez-se tanta coisa...” (60.IMTVS.EXCOLA.AL) “...havia de haver por exemplo lá cantarem uma vez por semana lá no centro...” (58.MVA.CD.L)
Não Sabe (10 respostas/14,1%)	3.	4. Não Sabe 5. Não Especificou	9/90% 1/10%	“Não sei, não pensei nisso. Não estou a ver.” (18.ABS.CIAI.AL) “Não sei, sou muito leiga.” (31.ISE.CD.L.) “Gostava de ver assim uma melhoriuzinha, mas este programa foi espetacular foi muito bom mas se continuassem assim não era mau.” (13.ASVP.PIAIL.AL)
Melhorias de/com Outros Participantes (4 respostas/5,6%)	2.	3. Atenção 4. Falarem uns dos	1/25% 1/25%	“...tentar alertar as pessoas para ter mais um bocadinho de atenção, elas conversavam muito, têm de se focar” (77.LMMG.ARPILF.AL.)

		Outros		“Falar desta, daquela, do outro. Outros contam a vida toda e isso é uma coisa que já não tem melhora.” (01.MFPA.PIAl.AL) “...as pessoas concordarem com as coisas talvez.” (66.IST.CD.L) “...há umas que não cantam nada, e realmente há pessoas onde eu estou sentada, há uma senhora que ela nem quase que fala que pergunto-me o que e que ela via lá fazer, ela cantar não canta falar não fala, há lá umas quantas.” (23.IF.CIAI.AL)
		5. Discórdias	1/25%	
		6. Não Cantarem	1/25%	
Não Gostou (1 resposta/1,4%)	1.	2. Não Gostou	1/100%	“Sou eu que não gosto de aquilo, para as outras pessoas que gostam que sigam.” (33.VM.CIAI.AL)