



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO, DESEMPENHO COGNITIVO E QUALIDADE DE VIDA:

Um Estudo sobre Programas Públicos de Intervenção Comunitária

Antónia Sofia Torres Alves



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Antónia Sofia Torres Alves

Envelhecimento, desempenho cognitivo e qualidade de vida:

Um Estudo sobre Programas Públicos de Intervenção Comunitária

Curso de Mestrado

Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Alice Bastos

Professor Doutor José Miguel Veiga

maio, 2019

Antónia Sofia Torres Alves

Envelhecimento, desempenho cognitivo e
qualidade de vida:
Um Estudo sobre Programas Públicos de Intervenção Comunitária

A presente dissertação foi realizada no âmbito do projeto AgeNortC – Envelhecimento,
Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade
(SAICT-POL/23712/2016; POCI-01-0145-FEDER-023712)

FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

Cofinanciado por:

COMPETE
2020

PORTUGAL
2020



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

AGRADECIMENTOS

Chega agora ao fim uma longa viagem, onde surgiram vários desafios, alegrias e tristezas. Um percurso com altos e baixos, mas que foi realizado com muito esforço, sendo para mim uma prova de superação. Este caminho só foi possível realizar por ter a meu lado uma série de pessoas, às quais eu agradeço, porque sem elas certamente tudo isto teria sido muito mais árduo.

À Professora Doutora Alice Bastos, um agradecimento especial, pela orientação no trabalho, por toda a motivação, apoio, dedicação, exigência e sobretudo, por nunca desistir de mim e nunca me deixar desistir. Obrigado pelas palavras de incentivo que me fizeram continuar e ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos.

Ao Professor Doutor José Miguel Veiga, coorientador deste trabalho, agradeço por toda a disponibilidade e ajuda no tratamento estatístico de dados e respetiva análise. E pela preocupação demonstrada ao longo do trabalho.

À Dra. Joana Monteiro, pela atenção, amabilidade e disponibilidade demonstrados desde o início do projeto. Agradeço a sua prestabilidade, ajuda, os seus conselhos e palavras de ânimo.

Às minhas colegas de Mestrado e amigas, Andreia e Rita, que me acompanharam desde a Licenciatura em Educação Social Gerontológica, pela partilha de ideias e projetos. Pelo apoio prestado nos momentos mais difíceis e de indecisão e por todas as experiências partilhadas ao longo destes anos.

Ao Roberto, meu companheiro, amigo, confidente, agradeço pelo amor, carinho, partilha, compreensão e paciência. Por todas as palavras de apoio, pela constante motivação. Pela força e coragem que me transmite. Agradeço pela escuta das minhas inseguranças e incertezas, por ter sempre uma palavra de alento, pelo otimismo que transmite e por tentar sempre me fazer sorrir.

Aos meus Pais e irmãos, pilares fundamentais da minha vida, agradeço-vos por viverem intensamente todas as minhas conquistas, pelo apoio e carinho e por serem o meu porto de abrigo.

A vós, dedico esta dissertação.

RESUMO

Contexto e objetivo: O envelhecimento é um fenômeno que tem vindo a crescer à escala global. Em termos teóricos assiste-se a uma grande diversidade, muito embora se observe algum consenso relativamente ao envelhecimento como processo ao longo da vida (Bengtson, V. L., & Settersten, 2016; Settersten & Godlewski, 2016). O funcionamento cognitivo ao longo da vida adulta apresenta um conjunto de alterações passíveis de observação no comportamento das mecânicas e pragmáticas da inteligência. Estas mudanças envolvem a interação Biologia-Cultura, sendo que Baltes (1997) estabelece três pressupostos fundamentais: (1) os benefícios da seleção evolutiva diminuem com a idade; (2) a necessidade de cultura aumenta com a idade; e (3) a eficácia da cultura para compensar as perdas biológicas diminui com a idade. E daí a necessidade de otimização seletiva com compensação (SOC). Sendo o sistema cognitivo processo e resultado da Cultura, com o envelhecimento a probabilidade de compensação das perdas vai diminuindo. Por seu turno, a OMS (1994) define a qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Neste contexto os Programas Públicos de Intervenção Comunitária (PIC) levados a cabo pelas Autarquias, pode ser uma das formas de contribuir para melhorar o desempenho cognitivo e a qualidade de vida em pessoas mais velhas. Face ao exposto, estabeleceu-se objetivos deste estudo: (a) caracterizar os participantes dos PIC e (b) comparar o desempenho cognitivo e a qualidade de vida dos participantes PIC com participantes que não frequentam este tipo de Programas.

Método: Este estudo de natureza quantitativa inclui 52 adultos que frequentam PIC, emparelhados em termos de género e grupo etário com o mesmo número de adultos que não participa neste tipo de Programas ($n = 52$; grupo de comparação). A recolha de dados foi efetuada através de: (1) Questionário de Participação Social elaborado para o efeito (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018); (2) versão portuguesa do MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) e (3) versão portuguesa da escala de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998), para além de um questionário sociodemográfico.

Resultados: Em termos globais, os participantes ($n=104$) apresentam uma média de idade de 73 anos ($M=72,6$ $dp=5,9$), predominantemente mulheres (80,8%), maioritariamente casados (61,5%) e com escolaridade reduzida (escolaridade até 6 anos - 89,5%). Em termos de desempenho cognitivo, considerando a escolaridade e grupo de pertença, observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($\chi^2 (5) = 11,15$; $p<0,05$). A análise do teste Post Hoc LSD confirmou a tendência para valores mais altos do MMSE com o aumento da escolaridade. Igualmente, analisando os resultados do MMSE segundo a idade e o grupo de pertença, verifica-se que existe uma tendência para a pontuação do MMSE diminuir em idades mais avançadas. Quanto à qualidade de vida em função de grupo de pertença, constatou-se uma diferença estatisticamente significativa, na qualidade de vida geral ($t (102) = 2,366$; $p=0,020$), sendo que, ao contrário do esperado, o grupo de comparação apresentou pontuações superiores ao grupo PIC. A análise das diferenças de género e grupo de pertença nos vários domínios da qualidade de vida evidenciou a existência de diferenças significativas no domínio psicológico ($\chi^2 (3) = 8,912$, $p= 0,030$). O teste Post Hoc LSD para comparações múltiplas, em relação a este domínio demonstrou que no grupo de comparação os homens pontuam mais alto do que as mulheres ($p=0,015$).

Conclusão: Os resultados deste estudo sugerem que há uma tendência para o desempenho cognitivo diminuir com a idade, sendo que os valores mais altos estão associados a maior escolaridade. Quanto à qualidade de vida, observa-se que o grupo de comparação pontua mais alto do que o grupo PIC, sendo que em termos de género os homens pontuam mais alto que as mulheres. Em termos de investigação futura, é necessário prosseguir estudos neste domínio, de modo a esclarecer o potencial dos Programas Públicos de Intervenção Comunitária para promover a qualidade de vida e bem-estar das populações.

Palavras-chave: Desempenho Cognitivo; Qualidade de Vida; Avaliação de Programas e Projetos; Envelhecimento Bem-Sucedido; Gerontologia Social.

ABSTRACT

Context and aims: Aging is a globally growing phenomenon. Theoretically, there is a great diversity, although there is some consensus regarding aging as a process throughout life (Bengtson & Settersten, 2016; Settersten & Godlewski, 2016). Cognitive function throughout adult life exhibits a set of alterations reflected in the mechanics and pragmatics of intelligence. These alterations involve Biology-Culture interaction, Baltes (1997) establishes three fundamental principles: (1) evolutionary selection benefits decrease with age; (2) the need for culture increases with age; (3) the efficacy of culture to compensate biological losses decreases with age. Hence, the need for selective optimization with compensation (SOC). Given that the cognitive system is a process and outcome of Culture, with aging, the probability of loss compensation decreases. In turn, WHO (1994) defines quality of life as an individual's perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. In this context, Community Intervention Programmes (CIP) implemented by municipalities may be one of the ways to promote cognitive function and quality of life in the elderly. In view of above, this study aims to: (a) characterize the participants of the CIP and (b) compare the cognitive performance and quality of life of CIP participants with participants that don't attend this type of programs.

Methods: This quantitative study involves 52 adults attending CIP (CIP group) paired, in terms of gender and age, with the same number of adults that do not participate in this type of Programmes (n=52; comparison group). Data were collected through a Social Participation Questionnaire (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), the Portuguese MMSE version (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) and the portuguese version of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998), beyond a sociodemographic questionnaire.

Results: Globally, participants (n=104) exhibited a mean age of 73 years (M=72,6 dp=5,9), predominantly women (80,8%), married (61,5%) and with reduced educational level – up to 6 years of education (89,5%). Regarding cognitive performance, taking educational level and study group into account, there are statistically significant differences between groups ($\chi^2 (5) = 11,15; p < 0,05$). LSD Post Hoc test analysis confirmed a tendency to higher MMSE values with higher educational level. An analysis of MMSE scores according to age and study group reveals a tendency to lower MMSE scores in older ages. In what concerns quality of life according to study group, there is a statistically significant difference regarding global quality of life ($t (102) = 2,366; p = 0,020$). Contrary to expected, the comparison group displayed higher scores than the CIP group. An analysis regarding gender and study group differences in the several quality of life domains showed significant differences in the psychological domain ($\chi^2 (3) = 8,912, p = 0,030$). The LSD Post Hoc test revealed that, regarding the psychological domain, in the comparison group, men displayed higher scores than women ($p = 0,015$).

Conclusion: Results suggest a tendency to worse cognitive performance in older ages, with better scores associated with higher educational level. In what concerns quality of life, the comparison group displays better scores than the CIP group and men have better results than women do. In terms of further research, is needed to continuum to study this subject in order to clarify the potential of Public Community Intervention Programs to promote the quality of life and well-being of populations.

Keywords: Cognitive Performance; Quality of Life; Programmes and Projects Evaluation; Successful Aging; Social Gerontology.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA	9
1. O envelhecimento à luz da Gerontologia Social	11
1.1. A revolução da longevidade e o envelhecimento ativo	14
1.2. Principais modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido.....	19
2. Funcionamento Cognitivo e Qualidade de Vida	25
2.1. Funcionamento cognitivo em função de características sociodemográficas ..	25
2.2. Qualidade de vida e envelhecimento	35
3. Os Programas de Intervenção Comunitária como medida de Política.....	43
3.1. Atividade física e envelhecimento ativo e bem-sucedido.....	45
CAPÍTULO II - MÉTODO	49
1. Plano de investigação e participantes.....	51
2. Instrumentos de recolha de dados	52
3. Procedimentos de recolha de dados.....	55
4. Estratégias de análise de dados	55
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
1. Descrição dos participantes e Programas de Intervenção Comunitária (PIC).....	59
1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	59
1.2. Caracterização do grupo PIC	61
1.3. Atividades para além dos PIC	64
2. Análise do desempenho cognitivo e qualidade de vida em função das características sociodemográficas	67
2.1. O desempenho cognitivo face à intervenção.....	68
2.2. Qualidade de vida geral e facetas específicas	71
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	99
ANEXO 1- TABELAS DE RESULTADOS ADICIONAIS	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	60
Tabela 2. Descrição dos Programas (PIC)	61
Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIC	62
Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIC	62
Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIC	63
Tabela 6. Assiduidade nos PIC	63
Tabela 7. Participação em outras atividades	64
Tabela 8. Tipologia de atividades	64
Tabela 9. Novas atividades realizadas no último ano	65
Tabela 10. Participação em atividades atualmente	65
Tabela 11. Percepção de participação em atividades face pessoas da mesma idade ..	65
Tabela 12. Atividades realizadas no último ano	66
Tabela 13. Grau de entusiasmo face a planos futuros e sua concretização	67
Tabela 14. Descrição do desempenho cognitivo.....	68
Tabela 15. Descrição do desempenho cognitivo segundo idade e grupo	69
Tabela 16. Descrição do desempenho cognitivo segundo escolaridade e grupo	70
Tabela 17. Descrição do déficit cognitivo no MMSE segundo grupo de pertença	71
Tabela 18. Análise da qualidade de vida em função da participação social	71
Tabela 19. Diferenças na qualidade de vida em função do tempo de participação ...	72
Tabela 20. Diferenças na qualidade de vida segundo grupo e idade	73
Tabela 21. Diferenças na qualidade de vida segundo grupo e género	74
Tabela 22. Análise desempenho cognitivo e qualidade de vida segundo entusiasmo..	75
Tabela 23. Correlações entre qualidade de vida e desempenho cognitivo em função do grupo de pertença, desempenho cognitivo e idade	76

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSM – American College of Sports Medicine

EA- Envelhecimento Ativo

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

ILC- Centro Internacional de Longevidade Brasil

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPAQ – Questionário Internacional de Atividades Físicas

MCI – Mild Cognitive Impairment

MMSE- Mini Mental Station Examination

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIC – Programas e Projetos de Intervenção Comunitária

QdV – Qualidade de Vida

SF-36 – Short Form Health Survey

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

INTRODUÇÃO

Em termos conceptuais o envelhecimento segundo Fernández-Ballesteros (2009) é um longo processo que ocorre desde o nascimento até à morte. Para Paúl (2005) o envelhecimento pode ser definido como um processo complexo, gradual, universal e irreversível, com progressiva perda funcional do organismo (biológica e social) ao qual cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico. De acordo com Fontaine (2000) os efeitos do envelhecimento não são homogêneos, ou seja, as pessoas idosas são muito diferentes. Também Fechine e Trompieri (2015) vão de encontro a Fontaine, defendendo que o envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradual para uns e mais rápido para outros. Vários fatores podem influenciar o processo de envelhecimento (i.e. estilo de vida, condições socioeconómicas, doenças crónicas), sendo este assunto retomado mais adiante.

Nazareth (2009) face ao contexto demográfico da sociedade atual, marcada por profundas transformações estruturais, reforça a ideia de que o envelhecimento é um desafio para a Humanidade, nomeadamente ao nível da saúde, social e político. A longevidade da vida humana representa um ganho coletivo, contudo, pode também ser vista como uma ameaça, quer para os que envelhecem, quer para a sociedade em geral, tendo em conta as representações sociais acerca da velhice e das pessoas idosas.

De acordo com Rosa (2012, 2019) o envelhecimento da população é um fenómeno que ocorre tanto a nível individual, como a nível coletivo (demográfico e societal). Na linha de outros autores, a autora refere que Portugal está mais envelhecido do que no passado, sendo o país com a tendência mais acentuada de envelhecimento na Europa (Dias & Rodrigues, 2012). Assim, em Portugal no ano 2000, observou-se pela primeira vez que o grupo de idosos (65 e mais anos) continha mais pessoas do que o grupo dos jovens (0-14 anos), também o grupo dos velhos-muito-velhos, categoria correspondente à “quarta idade” (80+ anos) tem vindo a aumentar. Por seu turno, Bandeira e colaboradores (2014) concordando como autores supracitados, também fazem referência à evolução da população portuguesa refletida na progressiva alteração da sua composição e estruturação em termos demograficos. Verificando-se um contínuo envelhecimento da população, assistindo-se à inversão da pirâmide etária, refletindo a transformação das características da população portuguesa, que de jovem se torna envelhecida. À escala mundial, Portugal tornou-se um dos países mais envelhecidos, apresentando um índice de envelhecimento de 153, ou seja, por cada 100 jovens existem 153 idosos (PORDATA, 2017).

De um modo geral assiste-se ao envelhecimento à escala global, ao aumento da esperança de vida e da esperança de vida saudável. Porém, o aumento da

esperança de vida saudável ainda ocorre de um modo lento, sendo que muitas pessoas poderão viver muitos anos da velhice sem saúde (ILC - Brasil, 2015).

Em relação ao envelhecimento, Fecine e Trompieri (2015) defendem que na sociedade existem duas visões: (1) a visão negativa, ligada à diminuição geral das capacidades da vida diária, como um período de crescente vulnerabilidade e uma maior dependência no seio familiar; e (2) a uma visão positiva, considerando a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Para estes autores, cada uma destas visões corresponde a uma verdade parcial, contudo não corresponde à verdade total. Rosa (2012) e Fernández-Ballesteros (2008) afirmam o mesmo, a visão positiva de envelhecimento, como sendo um processo natural ao longo da vida e que acarreta um aumento de virtudes humanas com o passar da idade. E a visão negativa, processo visto como uma “doença natural”, o declínio físico e mental como consequência, assim como o interesse dos investigadores pelo estudo dos aspetos que explicam o declínio, e o “desconforto” da sociedade em falar acerca do envelhecimento. Assim sendo, é fundamental alterar esta visão enraizada na sociedade e fazer ver às pessoas que, apesar de o envelhecimento não poder ser evitado, pode ser atenuado. Face ao exposto, na presente dissertação defenderemos uma visão positiva do envelhecimento como processo transformativo ao longo da vida.

Face ao aumento do número de pessoas idosas e às múltiplas trajetórias deste processo, segundo Fernández-Ballesteros e colaboradores (2005), surge um novo paradigma na Gerontologia associado aos aspetos positivos da velhice, com o objetivo de identificar fatores e condições que permitam otimizar o processo de envelhecimento e identificar acções, de modo a melhorar ou enriquecer o processo envelhecimento.

Além disso, as orientações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002, p.12) para o desenvolvimento de políticas publicas, através do envelhecimento ativo, defende “(...) o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança”. É de considerar ainda, a defesa do envelhecimento bem-sucedido, que tem sido abordado a partir de perspetivas muito diversas, nomeadamente, a perspetiva biomédica, psicológica e sociológica, entre outras. Por exemplo, o modelo de Rowe e Khan (1998) de envelhecimento bem-sucedido é operacionalizado em três grupos de fatores: (1) baixo risco de doença e incapacidade ligada à doença; (2) elevado funcionamento físico e cognitivo; (3) envolvimento com a vida. Mais importante do que o envelhecimento biológico e as perdas a este associado, é importante compreender de que modo podemos combater essas perdas associadas ao envelhecimento. Igualmente numa visão positiva, é de destacar o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC; a estratégia adaptativa para alcançar o envelhecimento bem-sucedido) de P. Baltes e M. Baltes (1990) a qual tem por base a

variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual. Esta visão positiva do envelhecimento, surge também numa perspetiva sociológica com o modelo da Proatividade Preventiva Corretiva de Eva Kahana e colaboradores (Kahana & Kahana, 1996; Kahana et al., 2005).

Partindo da noção de envelhecimento ativo e de envelhecimento bem-sucedido, o papel do desempenho cognitivo e da qualidade de vida nas pessoas mais velhas, parece ser um assunto pertinente a investigar. Segundo Baltes, Lindenbergl e Staudinger (2006) o desenvolvimento e o envelhecimento são encarados como um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, regulado simultaneamente por ganhos e perdas. Ou seja, o desenvolvimento compreende uma serie de mudanças adaptativas ao longo da vida. Estas mudanças envolvem a interação Biologia-Cultura, sendo que Baltes (1997) defende três pressupostos fundamentais relativamente à incompletude da arquitetura humana: (1) os benefícios da seleção evolutiva diminuem com a idade; (2) a necessidade de cultura aumenta com a idade; e (3) a eficácia da cultura para compensar as perdas biológicas diminui com a idade. Sendo o sistema cognitivo processo e resultado da cultura, com o envelhecimento a probabilidade de compensação das perdas vai diminuindo. Esta interação Biologia-Cultura, leva P. Baltes e M. Baltes (1990) a desenvolverem uma nova visão do envelhecimento em geral e do funcionamento do sistema cognitivo em particular, baseado nas mecânicas e pragmáticas da mente. O desempenho cognitivo sofre alterações à medida que as trajetórias de vida avançam. Se, por um lado, as capacidades ligadas às mecânicas da inteligência decrescem, por outro as pragmáticas da inteligência mantêm-se estáveis e em condições ótimas podem aumentar. Outro assunto que tem sido investigado é o défice associado à idade, o “Mild cognitive impairment” (MCI; Apostolo et al., 2016). Este conceito, de acordo com Petersen e colaboradores (2009), engloba um défice no funcionamento cognitivo que é maior do que o esperado para a idade e o nível de escolaridade do indivíduo e que vai além das mudanças normais observadas com o processo de envelhecimento. Associado ao MCI, há uma série de fatores de risco e de proteção, sendo que muitos são potencialmente modificáveis (i.e., sensíveis à intervenção). Para além da grande heterogeneidade do fenómeno, a reserva cognitiva entre os idosos contribui para acentuar as diferenças individuais, sendo um fator de proteção parcial (Bastin, Bahri, Fellgiebel, Eustache, Landeau & Salmon, 2012). Os fatores de risco podem ser alvo de intervenções não farmacológicas (como é o caso dos Programas e Projetos que se desenvolvem no âmbito das Políticas Públicas), sendo que no presente estudo iremos destacar a participação/envolvimento social e a atividade física.

Segundo Araújo, Ribeiro e Paúl (2016) os conceitos de envelhecimento saudável e ativo enfatizam sobretudo a importância da saúde e da atividade. O primeiro é entendido como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional, incluindo a promoção de comportamentos saudáveis e a redução dos fatores de risco prejudiciais à saúde. O segundo, o conceito de envelhecimento ativo, baseia-se no processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com vista à promoção de uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1995, p. 28) a qualidade de vida é definida como “a percepção que o indivíduo tem da posição da vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este é um contexto amplo e complexo que abrange o conceito de saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações pessoais, crenças pessoais e relações com as características do ambiente. De acordo com Oliveira, Barbosa, Lima, Guerra, Neves e Avelar (2017) identificar os diferentes aspetos na qualidade de vida permite definir uma estratégia adequada, que auxilie as pessoas idosas a se adaptar às perdas físicas, sociais e emocionais que ocorrem na velhice. Esses dados são importantes para promover ações de envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Em termos de investigação empírica, de acordo com Ribeiro e Paúl (2011) dos diversos estudos que têm sido realizados nos últimos anos para tentar descobrir o que contribui para um envelhecimento com qualidade e bem-sucedido, observa-se uma tendência que aponta a prática de atividade física como um dos fatores centrais. A mudança no comportamento é peculiar de cada indivíduo, e barreiras na adoção de um estilo de vida mais saudável são enfrentadas e devem ser resolvidas de maneira individual. Nesta linha, Ribeiro, Cavalli, Cavalli, Pogorzelski, Prestes e Ricardo (2012) defendem, que as pessoas idosas devem receber incentivos para a mudança de comportamentos, pois através dessa mudança obterão ferramentas que lhes permitirá alcançar uma melhor qualidade de vida.

Relacionando a atividade física e outras atividades com o desempenho cognitivo e qualidade de vida, são vários os estudos que referem que a prática de atividade física tem um efeito benéfico no desempenho cognitivo (Coelho, Vital, Costa, Stella, & Santos-Galduroz, 2012; Vargas, Lara & Mello-Carpes, 2014; Ramos & Chagas, 2015) e na qualidade de vida (Ferreira, Ferreira, Toledo & Oliveira, 2017; Duarte, Ferreira, Badaró & Oliveira, 2017), sendo que existe uma diferença clara nestes domínio entre pessoas ativas (que praticam atividade física e outro tipo de atividades socio-recreativas) versus pessoas inativas. Sendo a atividade física

apontada por vários autores (e.g., Matsudo, Matsudo & Neto, 2001; Vaillant, 2003; Dantas & Oliveira, 2003) como um fator essencial para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e para a melhoria da qualidade de vida, torna-se relevante analisar as consequências da prática da atividade física no processo de envelhecimento.

Tendo em conta as variáveis em estudo, sobre este assunto, Beckert, Irigaray e Trentin (2012) defendem que atualmente, há poucos estudos que direcionem a atenção para a relação existente entre qualidade de vida e funções cognitivas em idosos. Para Ribeiro e Yassuda (2007) a capacidade cognitiva é um dos determinantes da qualidade de vida na velhice, pois perdas nas funções cognitivas podem resultar em prejuízos no funcionamento físico, social e emocional de idosos. Assim sendo, partindo do pressuposto de que o bom funcionamento cognitivo é responsável, entre outros aspetos, pela adequação do comportamento, resolução de situações de vida diária, e de quando prejudicado, poderá alterar a qualidade de vida, Beckert e colaboradores (2012) desenvolveram um estudo com objetivo de investigar a relação entre qualidade de vida, cognição em pessoas mais velhas. Os autores encontraram correlações entre os domínios de qualidade de vida avaliados e o funcionamento cognitivo e concluíram que quanto melhor a percepção de qualidade de vida geral, melhor o funcionamento cognitivo global MMSE.

Face ao exposto, propomos-mos no presente estudo analisar o desempenho cognitivo e qualidade de vida em pessoas idosas que participam em Programas Públicos de Intervenção Comunitária (PIC), onde está incluída a atividade física. Dito de outro modo, em termos de objetivo geral, pretende-se com este estudo analisar as diferenças no desempenho cognitivo e a qualidade de vida em pessoas mais velhas em função da participação em Programas Públicos de Intervenção Comunitária (PIC). Como objetivos específicos estabeleceu-se: (a) caracterizar os participantes dos Programas Públicos de Intervenção Comunitária (PIC) e (b) comparar o desempenho cognitivo e a qualidade de vida dos participantes PIC com participantes que não frequentam este tipo de Programas, sendo que este grupo de comparação será emparelhado em termos de género e grupo etário.

Dada a relevância dos achados acerca do tema e relativamente ao impacto que a prática de atividade física pode ter sobre o desempenho cognitivo e qualidade de vida de idosos, importa prosseguir com a investigação no domínio e analisar as relações entre a atividade física versus atividades recreativas e sociais, sendo precisamente o objetivo do estudo em questão.

Face às mudanças observadas na estrutura social e demográfica da população portuguesa, ao aumento da longevidade, mas também ao aumento das doenças

crónicas nas pessoas mais velhas, é importante compreender de que modo é possível viver uma vida com mais anos, e fundamentalmente com melhor qualidade de vida. Apesar do declínio inerente ao processo de envelhecimento, é possível que os indivíduos adiem essas consequências, pelo menos por algum período de tempo. É precisamente este o foco do presente estudo, tentar compreender o que pode contribuir para uma melhor qualidade de vida e de certo modo, o que pode contribuir para o atrasar de algumas perdas associadas ao envelhecimento, nomeadamente, o desempenho cognitivo.

Efetuada a conceptualização e justificação dos motivos que conduziram à realização deste estudo, a presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos: O capítulo I (Revisão da Literatura) apresenta uma abordagem acerca fenómeno do envelhecimento, o desempenho cognitivo e a qualidade de vida e por fim, os Programas de Intervenção Autárquica. O capítulo II (Método) dedicado ao planeamento do estudo empírico, apresenta a metodologia utilizada, nomeadamente, plano de investigação e participantes, os instrumentos e procedimentos utilizados na recolha de informação, bem como as estratégias usadas na análise da informação recolhida. O capítulo III (Resultados) apresenta os resultados obtidos em função dos objetivos estabelecidos. Por fim, a discussão de resultados e uma breve conclusão.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

1. O envelhecimento à luz da Gerontologia Social

A Gerontologia, segundo Fernández-Ballesteros (2009), surgiu ao longo do século XX num contexto em que se antevia a mudança demográfica das sociedades. O seu objeto de estudo é o processo de envelhecimento, a velhice e o velho em si, sendo claramente interventiva pois pretende melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas – daí a relevância das Políticas Públicas para a melhoria da qualidade de vida das populações. Para Neri (2008), a Gerontologia interessa-se pelo estudo das características dos mais velhos, bem como pelas experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos, abrangendo também aspetos do envelhecimento normal e patológico. Na mesma linha Paúl (2012) defende que a Gerontologia é uma nova área científica, com uma visão integrada do envelhecimento, que agrega os contributos de várias áreas científicas, tais como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia.

Assim sendo, apresenta como característica a multidisciplinaridade que atua como condição para alcançar o objeto de estudo pretendido, ou seja, estuda o envelhecimento através de um conjunto de saberes independentes (Biologia, Sociologia e Psicologia) procurando compreender a velhice, o velho e todo o seu processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Embora a multidisciplinaridade seja importante para a Gerontologia, esta necessita de um componente interativo que possibilite a interação entre as diversas áreas do envelhecimento (interdisciplinaridade), com vista ao avanço do conhecimento científico. Possui também um carácter interprofissional, que se refere à interação entre diferentes profissionais para solucionarem um problema complexo, mais precisamente problemas associados ao envelhecimento. A Gerontologia Social trata também de melhorar as condições de vida das pessoas em vários contextos (institucionais e comunitários) contribuindo para o desenho e planificação de Políticas e serviços adaptados às características individuais e geracionais das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2009).

De acordo com o autor supracitado a Gerontologia Social é uma especialização da Gerontologia que, para além de estudar os determinantes biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, dedica-se de especial forma ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais sobre o processo de envelhecimento. Estuda as consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento. Relativamente ao gerontólogo social, Tibbits (1960, como citado em Fernández-Ballesteros, 2009) considera que este deve possuir conhecimentos biopsicossociais da velhice e do envelhecimento, ampliando os

conhecimentos sociais de modo a saber aplica-los em âmbitos mais alargados como a Política, Educação, Ciências Ambientais e o Direito. Este profissional tem um papel importante na compreensão global do idoso. Neste sentido, de acordo com Bengston, Rice e Johnson (1999, como citado em Paúl & Fonseca, 2005) o gerontólogo social procura explicar: (1) os problemas funcionais dos idosos e as dificuldades em levar uma vida independente; (2) o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo, ou seja, como é que os indivíduos se desenvolvem e envelhecem (aspetos biológicos, psicológicos e sociais); e (3) a idade enquanto padrão de comportamento social.

Outro conceito associado ao envelhecimento é a Geriatria, de acordo com Veríssimo (2014) o conceito foi introduzido por Nasher que a designou como a especialidade médica que se ocupa das doenças dos idosos. Embora várias pessoas confundam estes conceitos (Gerontologia e Geriatria), estes distinguem-se consideravelmente, principalmente no que diz respeito aos objetivos. De acordo com a mesma fonte, a Geriatria é o ramo da ciência médica que estuda as doenças da idade avançada e o seu tratamento defendendo que as pessoas idosas devem ser tratadas por especialistas (os geriatras), tal como as crianças são tratadas por pediatras. Para Fernández-Ballesteros (2009), a Geriatria tem como objeto de estudo as doenças que ocorrem no envelhecimento (apresentando especial interesse pelos processos de envelhecimento básico), já a Gerontologia tem como objeto de estudo a compreensão da velhice, do velho e de todo o seu processo de envelhecimento.

Outro aspeto importante na análise do envelhecimento é a sua dimensão social. No entender de Bastos, Faria, Amorim e de Carvalho (2013) uma forma de avançar na investigação e prática gerontológica é teorizar o Social, tal como teorizamos a Saúde ou a Educação. Tratando-se de uma ciência recente, a Gerontologia é rica em dados e pobre em teorias (Birren & Bengston, 1988, como citado em Paúl & Ribeiro, 2012) e esta questão é fundamental para o desenvolvimento da Gerontologia como ciência, sendo que os principais desafios são: desenvolvimento teórico da Gerontologia, de modo a organizar e dar sentido à multiplicidade dos dados empíricos e fundamentar a intervenção e a mudança social.

Segundo Alley, Putney, Rice e Bengtson (2010) as teorias em Gerontologia servem para explicar e sistematizar os fenómenos que observamos, bem como levantar hipóteses ou fundamentar intervenções. Assim sendo, a teoria serve pelo menos três propósitos na investigação sobre o envelhecimento: (1) orientar questões e hipóteses de investigação; (2) ajudar a explicar os resultados da investigação; e (3) comunicar intervenções de modo a resolver problemas relacionados ao envelhecimento.

Um estudo desenvolvido por Alley , Putney, Rice e Bengtson (2010) em que o objetivo era determinar a frequência com que a teoria era utilizada na investigação publicada em Gerontologia Social, obteve resultados de que o uso da teoria tem aumentado consideravelmente e a maioria das teorias utilizadas são as teorias de Ciências Sociais ou Comportamentais, sendo a perspectiva do curso de vida (“*life-course*”) e a teoria desenvolvimental do curso de vida (“*life-span*”) os quadros teóricos mais referidos na Gerontologia Social. Tal situação, deve-se ao facto de a Sociologia e a Psicologia serem um dos marcos teóricos mais importantes no estudo do envelhecimento. A este respeito, Bengtson, Gans, Outney e Silverstein (2009), destacam o vasto contributo por parte da Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (“*Life-span Development Psychology*”) de Paul Baltes (1987) e da Teoria do Curso de Vida (“*Life Course Theory*”) de Glen Elder (1974, 1999). Apesar de estas duas teorias serem provenientes de áreas distintas, ambas as perspetivas partilham a ideia central de que o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo de toda a vida. Acerca do estudo de Alley e colaboradores, Paúl (2012) refere que apesar de uma grande parte da investigação nesta área ser atórica, o uso da teoria tem vindo a aumentar, havendo uma tendência para o uso de teorias multidisciplinares e transdisciplinares. Ou seja, a Gerontologia utiliza teorias de variadas áreas (i.e. Biologia e a Sociologia) para construir um pensamento organizador de modo a estudar um fenómeno complexo (envelhecimento), existindo mais do que a simples colaboração entre disciplinas. As teorias mais utilizadas (perspetiva do curso de vida; teorias do desenvolvimento do curso de vida; teoria dos papéis, teoria das trocas e teorias ecológicas) refletem a natureza multidisciplinar da gerontologia social, incluindo perspetivas da Psicologia, Sociologia e Economia. Muitas das teorias utilizadas não são teorias do envelhecimento, mas sim teorias de outras disciplinas aplicadas aos problemas da Gerontologia Social.

Face ao crescente número e variedade de teorias utilizadas na Gerontologia Social alguns autores, propõem uma teoria integrada ou integrativa da Gerontologia Social, como é o caso de Bass (2009). De acordo com Bastos, Faria, Amorim e Carvalho (2013) para se avançar no conhecimento, Bass defende que é necessário dispor de instrumentos conceptuais e metodológicos que facilitem uma aproximação entre investigadores. Para além disso, o autor defende que para se pensar a questão do envelhecimento na Gerontologia Social, se utilize uma nova representação gráfica (uma torre). No entender de Bass, uma teoria integrada da Gerontologia Social, combina a macroperspetiva (que avalia o contexto social, económico, ambiental, cultural e político) que influencia o comportamento humano e a saúde, com uma

microperspetiva e perspetivas ao nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões.

Para Bass (2009), os contextos nos quais o envelhecimento ocorre alteram-se ao longo do tempo e são influenciados por acontecimentos históricos, estrutura social e são distintos em diferentes países e regiões. Considerando o envelhecimento como um processo que ocorre ao longo de toda a vida, o acumular de vantagens e desvantagens ao longo do curso de vida (teoria “*life course*”) deve ser considerado na compreensão da experiência individual deste processo. Com o passar do tempo as experiências acumulam-se e influenciam as capacidades, acesso a recursos, escolhas e ações. Ainda de acordo com o mesmo autor, a teoria integrada da Gerontologia Social não é estática, ou seja, movimenta-se e altera-se com o passar do tempo. Esta torre (representação gráfica de grande complexidade) tem a particularidade de agregar uma grande multiplicidade de perspetivas, podendo o investigador/avaliador/interventor focar-se num dos aspetos da torre (o indivíduo, ou então a estrutura social, ou ainda as circunstâncias económicas, ou as políticas governamentais ou o ambiente), apenas tem que enunciar a partir de que lugar está a avaliar/intervir/investigar. Sendo este um bom ponto de partida para a interdisciplinaridade.

Em suma, é relevante consciencializar os profissionais desta área acerca da importância da utilização e da necessidade de criação de novas correntes teóricas adequadas à atualidade, com vista à aplicação das mesmas para a justificação da intervenção do gerontólogo social no processo de envelhecimento (i.e. envelhecimento bem-sucedido). Assim sendo, como refere Bastos, Faria, Gonçalves e Loureiro (2015) a prática gerontológica deve assumir uma visão holística, exigindo uma avaliação dos problemas das pessoas mais velhas tendo em consideração múltiplas dimensões. Assim sendo, não basta acumular evidências empíricas sobre o envelhecimento e o idoso em si, é necessário compreender e analisar o envelhecimento de uma forma integrada (Paúl, 2012).

1.1. A revolução da longevidade e o envelhecimento ativo

De acordo com Rosa (2012) o conceito de envelhecimento pode ser abordado em termos de envelhecimento coletivo (demográfico e societal) e envelhecimento individual. A autora defende que a população em Portugal está mais envelhecida do que no passado, mas esta realidade não se verifica apenas em Portugal. Entre os mais envelhecidos encontram-se as regiões mais desenvolvidas, nomeadamente a

Europa e em especial Portugal. Em Portugal no ano 2000, pela primeira, observou-se que o grupo de idosos continha mais pessoas do que o grupo dos jovens, também o grupo de idosos mais velhos “quarta idade” tem vindo a aumentar.

Os dados disponibilizados pelo INE (2012) relativos ao último Censo, corroboram as ideias da autora supracitada. Assim, através da pirâmide etária verificou-se a diminuição da população mais jovem, que constitui a base da pirâmide e o aumento da população mais idosa (topo da pirâmide). Especificamente, na região norte, entre 2001 e 2011 verificou-se um aumento de 3,1% da população idosa e uma diminuição da população jovem (0-14 anos) em 2,4 %. Destaca-se o aumento da população com 70 e mais anos, que em 2001 era de 9,4% da população e passou a 12,3% da população em 2011. Quanto ao índice de envelhecimento, tem-se verificado ao longo dos anos um aumento considerável. Em 2001, a nível nacional o índice era de 102 e em 2011 passou a ser de 128, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Segundo a PORDATA (2017) atualmente estes dados são ainda mais preocupantes, o índice de envelhecimento em Portugal é de 153 e na região norte 150.

Ao analisar o envelhecimento demográfico importa abordar o índice de longevidade. Este relaciona a população com 75 ou mais anos, com o total da população com 65 ou mais anos. Na região norte o índice de longevidade aumentou 6,4 valores percentuais, atingindo em 2011 o valor de 46,8. As mulheres foram as que apresentaram um índice de longevidade superior. A evolução verificada na região é coincidente com o panorama nacional. Em Portugal o indicador cresceu de 41,4 em 2001 para 47,9 em 2011. A região Minho Lima apresenta um índice de longevidade de 49,7, valor está acima da média nacional e regional (INE, 2012). Deste modo, o índice de longevidade tem vindo a aumentar ao longo dos anos consideravelmente.

Rosa (2012) refere duas causas do processo de envelhecimento populacional: a redução da mortalidade e a redução da fecundidade. Quanto à redução da mortalidade, hoje em dia vivemos em média mais tempo do que no passado, e para além do aumento da longevidade humana, são cada vez mais as pessoas que conseguem atingir idades avançadas, levando ao reforço do número de idosos. Esta situação deve-se aos progressos médicos, científicos e sociais. No que diz respeito à fecundidade verificou-se a sua diminuição, sendo explicada por vários fatores, nomeadamente, o retardar do projeto de maternidade, uma maior instrução da população e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho. A alteração dos comportamentos demográficos (mortalidade e fecundidade) geraram uma mudança no perfil da sociedade, sendo que a população apresenta uma tendência para continuar a envelhecer.

De acordo com a autora suprarreferida, falar de envelhecimento provoca nos outros uma reação de desconforto, ou seja, é associado a problemas e despesas de saúde, a solidão e a isolamento familiar. Segundo a autora um dos problemas que contribui para uma visão negativa de envelhecimento é o modo como a sociedade lida com a “idade”. Em termos de idade observa-se que os mais velhos têm menos valor do que os mais jovens (crianças/jovens e ativos), esta situação é estranha se nós pensarmos que as pessoas com a idade adquirem conhecimento.

O futuro da sociedade, no que diz respeito ao envelhecimento demográfico depende da forma como pensamos a sociedade e integramos os indivíduos na mesma, independentemente do sexo, idade ou nacionalidade. Assim sendo, segundo Rosa (2012) o problema da sociedade portuguesa não é o envelhecimento da população, mas sim o facto de não conseguirmos pensar de forma diferente perante esta nova realidade, a sociedade não é capaz de adequar as suas estruturas sociais e mentais a este processo, intitulado de “revolução grisalha” (p.81, I. 20). O problema da sociedade é o facto de “estarmos presos a modelos disfuncionais que herdamos” (p. 81, II. 29-30), existindo barreiras de idade e de nacionalidade que não favorecem o sucesso da sociedade.

Também a OMS (2015) faz referência às várias e complexas mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento, mas numa visão mais individual, nomeadamente, a nível biológico, psicológico e social. A nível biológico verifica-se com o tempo uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Ao nível psicológico e social, com o envelhecimento ocorrem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Face a estas adversidades, os adultos mais velhos tendem a seleccionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, tentando compensar as perdas de algumas capacidades, através de um modo diferente de realizar tarefas. Estas mudanças surgem não só como forma de combater as perdas, mas também devido ao próprio desenvolvimento psicológico na idade avançada (Baltes, 2005).

Face ao envelhecimento populacional e ao aumento da longevidade, são múltiplos os desafios que se colocam aos indivíduos e às comunidades, aos quais os investigadores sociais e políticos tentam dar resposta. Nesta linha de pensamento, de modo a fazer frente aos desafios associados ao envelhecimento individual e populacional, nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (1994) apresenta a definição de “envelhecimento saudável” e em 2002, partindo desta definição, apresenta uma abordagem mais geral designada de “envelhecimento ativo”, com

orientações para o desenvolvimento de Políticas e Programas Públicos. Sobre o assunto, Fernández-Ballesteros, Cassinello, Bravo, Martinez, Nicolas, Lopez e Moral (2011), referem que o envelhecimento ativo é notoriamente um objetivo político, e cada vez mais abandona-se a ideia negativa do processo de envelhecimento e começa-se a encarar o mesmo de uma forma positiva.

De acordo com a WHO (2002), este modelo conceptual procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” e reconhecer que os fatores que influenciam o modo como envelhecemos vão muito além dos cuidados de saúde, estendendo-se aos aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento.

Assim sendo, a WHO (2002, p.12) define EA como o “*processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança*”, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Ou seja, para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas nestas três áreas (saúde, participação e segurança).

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não ser apenas fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas reformadas e que apresentam alguma doença ou incapacidade podem continuar a contribuir ativamente na sociedade.

Mais tarde, a OMS reformulou o conceito de envelhecimento ativo, acrescentando mais um pilar a “*aprendizagem ao longo da vida*”. Definindo o envelhecimento ativo com “o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (ILC-Brasil, 2015, p.44).

De acordo com o modelo, os fatores chave do envelhecimento ativo são quatro: (1) autonomia, a capacidade de gerir e tomar decisões pessoais sobre a vida quotidiana; (2) independência, a capacidade para realizar as atividades da vida diária; (3) a qualidade de vida, que representa uma perceção individual acerca da própria vida inserida no contexto cultural em que se vive e de acordo com os próprios objetivos, expectativas e preocupações; e (4) expectativa de vida saudável (tempo de vida que se espera viver sem necessitar de cuidados especiais). É um conceito amplo que reúne de forma integrada e complexa a saúde física da pessoa, o estado psicológico e a sua interação com o contexto/ambiente em que vive.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) o modelo de EA está enquadrado numa perspetiva de curso de vida, ou seja, não é a partir dos 65 anos, ou da idade que define a entrada na reforma, que começamos a envelhecer. O processo começa desde muito cedo e ocorre ao longo do ciclo de vida. Deste modo, ao longo da vida as diferenças interindividuais acentuam-se, tornando-nos cada vez mais heterogéneos. Deste modo, o modelo de EA depende de vários fatores designados “determinantes”, os quais são de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e promoção da própria saúde), económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança segura), sociais (apoio social, educação, prevenção de violência) e relacionados com os serviços sociais e de saúde de que os indivíduos beneficiam. Deste modo, o EA requer ações ao nível dos três pilares básicos: saúde, segurança e participação social. Os pilares nos quais assenta o EA demonstram a dimensão complexa deste conceito, remetendo para cada um de nós a responsabilidade de os operacionalizar nos nossos contextos comunitários.

Para além destes determinantes, ainda existem mais dois que são considerados transversais, ou seja, a cultura e o género são fatores determinantes transversais que permitem compreender todo o processo de envelhecimento ativo.

A cultura, que abrange todas as pessoas e populações, molda a nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo. A cultura é vista como um conjunto de recursos disponíveis, num dado momento histórico-espacial, aos indivíduos de uma comunidade. Para Ribeiro e Paúl (2011) a cultura inerente a toda a vida do indivíduo influencia a forma como se encara o idoso e todo o processo de envelhecimento, uma vez que viver em meio rural ou urbano, no norte ou no sul, na Europa ou em outro continente não é a mesma coisa, pois as suas experiências e recursos são diferentes. De acordo com Baltes (1997) com o aumento da idade, há um aumento da necessidade de cultura, pois o balanço entre ganhos e perdas torna-se menos positivo com a idade, sendo necessário a compensação pela cultura, face à diminuição dos recursos biológicos da pessoa. Esta perspetiva de Baltes, será abordada mais à frente.

O género é uma “lente” através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres. De acordo com Ribeiro e Paúl (2011) envelhecer sendo homem ou mulher é diferente. Para além das diferenças genéticas, observam-se também diferenças comportamentais que tem influência na esperança de vida e morbilidade entre homens e mulheres. Assim, os homens vivem menos tempo, mas no geral têm maior poder

económico e estatuto social. Por outro lado, as mulheres vivem mais anos (por isso se descreve o envelhecimento como um fenómeno feminizado).

Em suma, segundo o modelo da OMS (2005), para se conseguir um envelhecimento ativo é necessário implementar Políticas desde cedo e em várias faixas etárias para atingir esse objetivo. Existe um conjunto de determinantes que se mantêm ao longo da vida e é atuando sobre eles que se consegue preparar o futuro. Para Ribeiro e Paúl (2011) é importante consciencializar as pessoas para o seu potencial bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Ao mesmo tempo que se providencia proteção, segurança e cuidados adequados as pessoas.

De acordo com Fernández-Ballesteros e colaboradores (2011), o conceito de envelhecimento ativo pode ser sinónimo de envelhecimento bem-sucedido, saudável, ótimo, produtivo ou positivo. De um modo geral os critérios mais utilizados para identificar uma forma positiva de envelhecer são, as condições de saúde, elevado funcionamento físico, alto funcionamento cognitivo, afeto positivo e participação social. Apesar dos vários termos em usos, para o autor todos eles tem algo em comum, ou seja, todos se centram na procura de fatores e condições que ajudem a identificar o potencial do envelhecimento e a identificar as várias formas de intervenção no envelhecimento, com vista à otimização do processo. Devido ao fato de ser um conceito multidimensional muitas vezes existe a confusão entre preditores e critérios de sucesso. Os autores defendem que é importante adotar uma definição empiricamente consensual, de modo a poder fazer comparações da população em geral com as pessoas que envelhecem bem e identificar os preditores relevantes. Tudo isso é essencial para levar a cabo mais investigações sobre a temática e transferir os conhecimentos obtidos para o contexto real das comunidades, isto é, para a promoção do envelhecimento bem-sucedido.

1.2. Principais modelos teóricos de envelhecimento bem-sucedido

O conceito de envelhecimento bem-sucedido tem sido abordado a partir de perspetivas muito diversas, nomeadamente, a perspetiva biomédica, psicológica e sociológica, entre outras. De acordo com Lima, Silva e Galhardoni (2008) o termo envelhecimento bem-sucedido é um dos termos mais difundido na literatura em Gerontologia Social.

No que diz respeito à perspetiva biomédica, Rowe e Kahn (1997, 1998, 2015) apresentaram a distinção entre dois grupos de pessoas mais velhas: (1) idosos sem

doença - “usual aging” (não patológicos, mas de alto risco) e (2) idosos bem-sucedidos - “successful aging” (baixo risco e alta função). Por outras palavras, a distinção entre envelhecimento normativo e bem-sucedido. O objetivo era investigar os determinantes do envelhecimento bem-sucedido e identificar intervenções adequadas para idosos com envelhecimento normativo. Através do modelo conceptual, Rowe e Kahn sugerem três critérios básicos para que haja envelhecimento bem-sucedido: (1) baixo risco de doença e incapacidade ligada à doença (estilo de vida saudável); (2) elevado funcionamento físico e cognitivo; e (3) *envolvimento* (“engagement”) com a vida.

De acordo com os autores, EBS é mais do que a ausência de doença, as combinações dos dois componentes (ausência de doença e alto funcionamento físico e cognitivo) com o envolvimento com a vida representam o conceito. Para os autores, EBS pressupõe atividade, ou seja, o envolvimento com a vida pode significar várias coisas, Rowe e Kahn salientam a manutenção das relações interpessoais e a atividade produtiva. A relação interpessoal envolve o contatos com os outros, trocas de informações, apoio socioemocional e instrumental. A atividade produtiva diz respeito a realizar algo produtivo/útil na sociedade, quer seja remunerado ou não (i.e. cuidar de um membro da família, voluntariado). Face ao envolvimento com a vida, mais precisamente, as relações sociais, os autores concluíram que : (a) o isolamento (falta de laços sociais) é um fator de risco para a saúde; (b) o apoio social (emocional e instrumental) pode ter efeitos positivos relevantes para a saúde; (c) nenhuma forma de suporte por si só é suficiente, a eficácia depende da adequação do apoio às exigências da situação e da pessoa. Há uma espécie de ordem hierárquica entre estes três componentes de EBS, a ausência de doença e incapacidade torna mais fácil o funcionamento físico e mental elevado, e por conseguinte, o bom funcionamento físico e mental torna possível (mas não garante) o envolvimento com a vida, potenciando a realização das atividades sociais. Kahn (2002) refere que o modelo pressupõe a existência de défices cognitivos e fisiológicos (geneticamente determinados), contudo considera que algumas condições podem ser modificáveis, nomeadamente, a função física através da atividade física e suporte social.

De acordo com Teixeira e Neri (2008), Katz e Calasanti (2015) este modelo foi alvo de algumas críticas por parte de vários investigadores das quais se destacam: (1) é um modelo que trata como secundárias as dimensões socioculturais e coletivas, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao âmbito particular e individual, não levando em consideração a influência das oportunidades sociais e culturais no EBS (Britton et al., 2008; Kahn, 2002; Riley, 1998); (2) poucos idosos se enquadram neste modelo pois apenas uma pequena parte da população apresenta as características referidas pelos autores (Lupien & Wan, 2004; Strawbridge et al., 1996);

(3) a ausência de doença não é tudo, pois se tivermos em consideração a opinião dos idosos, muitos deles consideraram-se bem-sucedidos mesmo tendo uma doença crónica, ou seja, o componente do bem-estar subjetivo é essencial para que uma definição de envelhecimento bem-sucedido seja válida (Kahana et al., 2005; Strawbridge et al., 2002); (4) o modelo não explica nem o processo de EBS, nem como se atinge essa meta através dos três critérios de EBS (Kahana et al., 2005).

Outra perspetiva de envelhecimento bem-sucedido é a perspetiva psicológica de P. Baltes e M. Baltes (1990). Dois conceitos que tiveram um grande impacto sobre a forma destes autores pensarem o envelhecimento bem-sucedido foram a variabilidade interindividual e a plasticidade intraindividual, visto que os autores consideram o envelhecimento como estando sujeito a múltiplas influências. A procura de indicadores de envelhecimento bem-sucedido é uma tarefa complexa, sendo um passo importante para identificar uma definição abrangente de envelhecimento bem-sucedido. Partindo de uma abordagem multicriterial, P. Baltes e M. Baltes analisaram os critérios em uso na literatura: duração da vida (longevidade), saúde física, saúde mental, eficácia cognitiva, competência e produtividade social, controlo pessoal e satisfação com vida. Contudo, devido ao facto de não existir consenso sobre a sua relação e importância no processo de envelhecimento, os autores avançam com uma nova abordagem. A abordagem baseia-se na premissa de que o envelhecimento bem-sucedido pode ser alcançado através de uma estratégia inteligente de adaptação explicada pelo modelo de seleção, otimização e compensação (modelo SOC). A *seleção* consiste na restrição de domínios do funcionamento, devido a perdas associadas ao envelhecimento. O indivíduo deve selecionar e ajustar os domínios prioritários e envolver-se de modo a atingir os objetivos e metas estabelecidos (i.e., um cantor com mais idade, que apresenta falhas na voz e alguns esquecimentos, escolhe menos músicas para executar numa atuação - seleção). A *otimização* é o processo de potenciar os meios selecionados para o percurso, envolvendo o uso de recursos internos e externos para que o resultado seja eficiente, ou seja, as pessoas envolvem-se em comportamentos de modo a aumentar as suas reservas físicas e mentais, maximizar as suas escolhas de vida (i.e. praticar as músicas selecionadas com mais frequência – otimização). A *compensação* caracteriza-se pela aquisição de novos meios e aprendizagens para compensar o declínio que coloca em risco a funcionalidade ou o objetivo. Resulta da redução ou perda de capacidades comportamentais, os elementos da compensação englobam aspetos da mente e cultura/tecnologia (i.e. utilizar um coro para o acompanhar na atuação, de modo a que a falha de voz não seja tão perceptível - compensação).

Para uma visão abrangente de envelhecimento bem-sucedido devem ser tidos em conta indicadores objetivos (físicos, psicológicos e social) e subjetivos (qualidade de vida, sentido de vida), reconhecendo as variações culturais e individuais dentro de um contexto cultural.

Baltes e Baltes (1990) defendem que EBS deve ser contextualizado tendo em consideração sete proposições sobre o envelhecimento humano: (1) existem grandes diferenças entre envelhecimento normal, ótimo e patológico; (2) existe muita heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento; (3) existe uma reserva latente; (4) há limites na capacidade de reserva associados à idade; (5) o conhecimento baseado nas pragmáticas e na tecnologia podem compensar o declínio associado à idade nas mecânicas cognitivas; (6) com o envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo; e (7) o “*self*” matem-se resiliente na velhice. Com base nestas proposições os autores fazem uma série de recomendações que devem ser levadas a cabo com vista à otimização do envelhecimento bem-sucedido: (1) adquirir um estilo de vida saudável, de modo a reduzir a probabilidade de doença; (2) evitar soluções simplistas; (3) aumentar/fortalecer as capacidades de reserva física, mentais e sociais dos indivíduos; (4) criação de estratégias adaptativas de forma a compensar as perdas e os limites de reserva, possibilitando um equilíbrio entre os ganhos e perdas; (5) utilização de estratégias que facilitem ajustes à realidade, ou seja, adquirir estratégias com vista à mudança e alcance de metas e objetivos.

Com o envelhecimento o objetivo é encontrar uma forma eficaz de lidar com as perdas associadas à idade, recorrendo a estratégias psicológicas que permitam gerir os recursos (internos e externos) de modo a envelhecer bem (i.e. envelhecimento bem-sucedido). Para os autores deste modelo, os idosos que conseguem usar mecanismos de compensação e regulação das perdas associadas ao envelhecimento são aqueles que alcançam a velhice bem-sucedida e atingem níveis satisfatórios de independência.

Apesar do modelo SOC incluir componentes em falta no modelo de Rowe e Kahn (1997, 1998), foi também alvo de algumas críticas, nomeadamente: (1) as variáveis biológicas não foram incluídas no modelo o que limita a aplicação do mesmo, pois a resiliência varia também em função da saúde física e cognitiva (Lupien & Wan, 2004); (2) os indivíduos de quarta idade enfrentam o desafio da vulnerabilidade física, cognitiva e socioeconómica que se acentua na idade avançada. Ou seja, existem limites na capacidade de reserva e a cultura assume um papel fundamental no combate das perdas. Contudo, com o avançar da idade, existe alteração na razão entre ganhos e perdas, sendo que a cultura não é suficiente para fazer frente às perdas inerentes ao processo de envelhecimento (Baltes & Smith, 2003). Algo que se

destaca no modelo SOC comparativamente ao modelo de Rowe e Kahn, é que este trata o envelhecimento bem-sucedido como um processo de adaptação contínua.

Teixeira e Neri (2008) discutem o significado do conceito de EBS e concluem que o modelo de Rowe e Kahn e o modelo de Baltes e colaboradores podem ser complementares, sendo que o primeiro enfatiza a possibilidade de os indivíduos manterem e melhorarem a capacidade física e mental, enquanto o segundo realça a importância da satisfação com a vida, a participação social e os recursos psicológicos. O envelhecimento bem-sucedido implica um conjunto de fatores e não apenas um único, sendo que a longevidade e a ausência de doenças e incapacidades não devem ser os únicos componentes para avaliar o envelhecimento bem-sucedido.

Da análise crítica ao modelo de Rowe e Kahn, bem como o de Baltes e colaboradores, E. Kahana e B. Kahana (1996), avançam com um novo modelo teórico apresentando o modelo da “Proatividade Preventiva e Corretiva”. Estes autores referem como condições explícitas de EBS: (1) o contexto histórico; (2) eventos stressantes antigos e recentes; (3) recursos internos ou disposições para envelhecer bem; (4) recursos externos; (5) adaptação proactiva; (6) resultados que podem derivar da qualidade de vida do indivíduo e que têm a ver com o seu estado afetivo, sentido de vida e a manutenção das atividades e relações que se considera valiosas, assim o envelhecimento bem-sucedido é influenciado pelo contexto temporal e espacial e eventos stressantes antigos e recentes (doenças ou perdas).

Neste modelo, os idosos são agentes ativos que se envolvem em atividades preventivas (realizar planos para o futuro, promoção da saúde e ajudar os outros) e corretivas (apoio formal ou informal, substituição de papéis sociais, modificações ambientais). Através das quais pretendem aumentar a sua qualidade de vida através da utilização de recursos internos (otimismo, altruísmo, autoestima, “*coping*” e satisfação com a vida) e recursos externos (financeiros, sociais e recursos emergentes como o acesso à saúde, à tecnologia e a serviços sociais) face a situações de stress (perdas sociais e doença crónica). Como resultados (“*outcomes*”) de qualidade de vida surgem estados afetivos, significado de vida e a manutenção de atividades e relações importantes. Os “*outcomes*” da qualidade de vida vão de encontro ao referido por Rowe e Kahn, quando estes apontam o envolvimento com a vida como critério de EBS. Este é um modelo que dá ênfase ao impacto que os fatores sociais têm sobre as oportunidades de vida e escolhas dos idosos. A disponibilidade de recursos sociais e de saúde influenciam a forma de envelhecer bem, mas segundo o modelo também é possível fazer frente às adversidades da vida, através de um conjunto de adaptações proactivas, que podem ajudar na manutenção de qualidade de vida e no envelhecimento bem-sucedido, mesmo quando as doenças crónicas estão presentes.

Estas adaptações proativas sugeridas por Kahana e Kahana (1996) como um processo do envelhecimento bem-sucedido vão de encontro às teorias e modelos anteriormente analisados (Rowe & Kahn, 1998; Baltes & Baltes, 1990). A adaptação preventiva de promover a saúde é também valorizada por Rowe e Kahn, através do critério de ausência de doença e incapacidade, através do qual os autores referem a atividade física como um fator potencialmente modificável, tal como Baltes refere a estratégia de adotar um estilo de vida saudável, de modo a reduzir o risco de doença. Outra adaptação preventiva é ajudar os outros, sendo destacada no modelo de Rowe e Kahn (1997,1998) através do envolvimento com a vida, que surge das relações sociais e das atividades produtivas, sendo um dos “*outcomes*” referidos por Kahana e colaboradores. Também Baltes realça a participação social no modelo SOC partilhando da ideia de que EBS concretiza-se através de um processo adaptativo ao longo da vida. As adaptações emergentes, através do uso de tecnologia e o autoaperfeiçoamento, fazem lembrar Baltes e Baltes (1990) quando se referem ao uso da cultura (tecnologia) para compensar as perdas/declínios decorrentes do processo de envelhecimento. Assim como, o repensar das prioridades face a essas perdas, e a capacidade de mesmo assim ser capaz de atingir as metas e objetivos a que se propõe.

Em síntese, envelhecer bem envolve múltiplos fatores, incluindo individuais, psicológicos, biológicos e sociais. Assim sendo, pode concluir-se que os três modelos aqui apresentados podem ser complementares, pois para envelhecer bem é necessário atuar sobre um conjunto de fatores e é algo que deve ser preparado ao longo do ciclo de vida. O modelo de Kahana e Kahana (1996) por considerarem a pessoa idosa o centro do modelo (apesar dos constrangimentos biológicos e sociais), por fazerem referência aos eventos de vida stressantes (doença crónica), à oportunidade de acesso a recursos internos e externos, e ainda por considerarem uma série de adaptações proativas fundamentais para qualidade de vida da pessoa, dos quais destacamos a participação social e a promoção da saúde parece ser o modelo conceptual mais indicado para sustentar o presente estudo empírico.

Com o aumento crescente da população idosa, explorar os preditores do envelhecimento bem-sucedido, tem sido uma preocupação de vários investigadores como já foi observado nesta secção. O elevado desempenho físico e cognitivo, a promoção da saúde (estilo de vida saudável através da atividade física) e o envolvimento/participação social foram considerados alguns dos fatores essenciais para garantir como resultado o envelhecimento bem-sucedido e, por conseguinte, a qualidade de vida nas pessoas mais velhas (Rowe & Kahn, 1998; Baltes & Baltes, 1990; Kahana & Kahana, 1996).

2. Funcionamento Cognitivo e Qualidade de Vida

De acordo Beckert, Irigaray e Trentin (2012), atualmente há poucos estudos que direcionem a atenção para a relação existente entre qualidade de vida e funções cognitivas em idosos.

Face à pertinência destes dois conceitos “desempenho cognitivo” e “qualidade de vida” para o presente estudo, de seguida será apresentada uma descrição dos mesmos e alguns estudos acerca da temática.

2.1. Funcionamento cognitivo em função de características sociodemográficas

De acordo com Souza, Bernardes, Machado, Favoretto, Carleto, Santo e Belaunde (2018) o estudo do desenvolvimento/funcionamento cognitivo na velhice tem sido um tema bastante explorado nos últimos anos face ao crescente aumento da população idosa. O funcionamento cognitivo é considerado um importante sinal de envelhecimento, sendo que este envolve fatores como a memória, concentração e atenção, habilidades intelectuais, orientação espaço-temporal, podendo influenciar a qualidade de vida. Segundo Souza, Falcão, Leal e Marino (2007) os estudos nesta área discutem principalmente dois aspetos: (1) o primeiro diz respeito às perdas no envelhecimento de carácter biológico, sendo inevitável que com o passar dos anos, as células, órgãos e sistemas do corpo humano comecem a apresentar défices, existindo perdas que afetam o seu bom funcionamento; (2) o segundo refere-se à cultura, em que algumas teorias psicológicas realçam um sistema de compensações face a eventuais perdas. A cultura é apontada como sendo um fator benéfico para atingir o envelhecimento bem-sucedido. Manter elevado funcionamento cognitivo é uma das condições de EBS como referido anteriormente a propósito do modelo de Rowe e Kahn (1998).

Bastos, Faria e Moreira (2012) consideram que a evidência científica sobre o desenvolvimento cognitivo ao longo do ciclo de vida fundamenta-se na teoria do ciclo de vida. Para Baltes, Lindenberg e Staudinger (2006) o desenvolvimento é visto como um processo que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, regulado simultaneamente por ganhos e perdas. Neste sentido, o desenvolvimento compreende uma serie de mudanças adaptativas ao longo da vida. Estas mudanças envolvem a interação Biologia-Cultura, sendo que são considerados três pressupostos fundamentais (Baltes, 1997): (1) os benefícios da seleção evolutiva diminuem com a idade; (2) a

necessidade de cultura aumenta com a idade; e (3) a eficácia da cultura para compensar as perdas biológicas diminui com a idade. A cultura é assumida como todos os recursos psicológicos, sociais, materiais e simbólicos (baseados no conhecimento, capacidades cognitivas, disposições motivacionais, estratégias sociais, estruturas físicas, economia e tecnologia) que foram transmitidos de geração em geração e através das quais o ser humano se desenvolveu.

Esta ideia da dupla interação Biologia-Cultura leva Baltes a uma nova visão do funcionamento do sistema cognitivo. Baltes e os seus colaboradores (1993;1999) propuseram o modelo de componente dual do funcionamento intelectual (“*dual-component model of intellectual functioning*”) assente nas mecânicas cognitivas e pragmáticas cognitivas. Baseando-se numa metáfora computacional, Baltes propõe que as mecânicas cognitivas são como o “*hardware*” da inteligência. Estas referem-se à arquitetura neurofisiológica da mente, que é resultado da evolução da espécie. Ao falar das mecânicas cognitivas referimo-nos às habilidades cognitivas de orientação espacial, retenção ou memória imediata, atenção e cálculo e evocação. As pragmáticas cognitivas, diriam respeito ao “*software*” da mente, ao conteúdo e sua funcionalidade em contextos culturais reais. As pragmáticas cognitivas, relacionam-se com o tipo de conhecimento e de informação provenientes da cultura. Ou seja, todos os conhecimentos a respeito do mundo e das ações humanas, que são adquiridos pelo processo de socialização do indivíduo. Incluem-se aqui a linguagem (nomear objetos, compreensão oral, leitura e escrita), qualificações educacionais, habilidades profissionais, conhecimento do “*self*” e habilidades para lidar com situações da vida quotidiana.

Relativamente ao desenvolvimento da cognição ao longo da vida adulta, Baltes e colaboradores (1999) referem que os défices biológicos decorrentes do envelhecimento afetam consideravelmente as mecânicas cognitivas e o funcionamento dos processos básicos de memória (memória imediata - retenção e evocação), ou seja, existe uma propensão para estas capacidades diminuírem ao longo da idade. As pragmáticas cognitivas, influenciadas sobretudo por fatores culturais e ambientais, aumentam principalmente durante a vida adulta e mantêm-se mais ao menos estáveis ao longo dos anos.

Se em termos teóricos o trabalho de Baltes e colaboradores é uma referência internacional de relevo, do ponto de vista da investigação sobre o desenvolvimento intelectual é de salientar o trabalho liderado por Schaie (1996, 2005) nos EUA. O estudo longitudinal de Seattle, iniciou-se em 1956 e incluiu a utilização de testes psicométricos desenvolvidos por Schaie (1996), descrevendo como as habilidades mentais primárias mudam ao longo da vida adulta. O desenvolvimento intelectual na

vida adulta conta com várias décadas de estudo o que permite com alguma segurança observar as mudanças no sistema cognitivo.

No entender de Schaie (2005), através do uso de testes psicométricos da cognição podemos analisar dois tipos de fatores: as habilidades mentais primárias e as habilidades mentais secundárias. As habilidades mentais primárias estudadas no estudo de Seattle foram: (1) capacidade numérica, que diz respeito ao raciocínio matemático; (2) compreensão verbal, capacidade de entender ideias expressas em palavras. É o vocabulário, obtido através da leitura e/ou escuta; (3) raciocínio indutivo, capacidade de reconhecer e entender novos conceitos ou relações, envolve a solução de problemas lógicos, prever e planejar; (4) orientação espacial, ou seja, orientação em relação aos objetos espaciais e perceber as relações entre objetos no espaço. Mais tarde foram incluídas mais duas: (5) velocidade perceptiva, capacidade de encontrar figuras, fazer comparações, e realizar tarefas simples que envolvem a percepção visual com velocidade e precisão; e 6) memória verbal, capacidade que envolve a memorização e recordação de linguagem. Ou seja, há aqui um conjunto de capacidades que no entender de Baltes e colaboradores (2006) são mais afetadas pela Biologia e outras pela Cultura.

Schaie (2005) verificou que o déficit observado com mais fiabilidade ao longo de 7 anos ocorre na velocidade perceptiva e na capacidade numérica aos 60 anos, para raciocínio indutivo, orientação espacial e memória verbal aos 67 anos; e para a compreensão/habilidade verbal (i.e. linguagem) apenas aos 81 anos. De acordo com a mesma fonte, a análise dos dados recolhidos no estudo de Seattle mostra que as pessoas tendem a melhorar as habilidades primárias até ao final dos 30 ou início dos 40 anos. As pontuações tendem a estabilizar até as pessoas chegarem aos 50 e 60 anos. Mas no final dos 60 anos, as pessoas tendem a mostrar défices consistentes em cada teste. Embora algumas pessoas comecem a apresentar défices na meia idade, essa redução nas capacidades tende a ser pequena até meados dos 70 anos (i.e. terceira idade). Relativamente ao déficit nas capacidades mentais, o autor observou que embora aos 60 anos quase todos os participantes apresentassem déficit em pelo menos uma habilidade, poucas pessoas mostravam déficit em quatro ou cinco capacidades (Schaie,1996). Mesmo aos 88 anos, apenas um número restrito de pessoas tinha declinado de maneira significativa em todas as capacidades avaliadas. Correlacionando estes dados com a proposta teórica de Baltes (*"dual-component model of intellectual functioning"*), verifica-se que as mecânicas (raciocínio indutivo, memória verbal, orientação espacial e velocidade perceptiva) apresentam um padrão tipicamente de déficit na idade adulta, acentuando-se ainda mais na idade avançada. Contudo as pragmáticas (i.e. significado verbal) tendem a se manter estáveis ou a

aumentar até aos 60 e 70 anos e apresentam défice apenas em idades muito avançadas.

Relativamente a capacidades mentais secundárias, Schaie (2005) refere que apesar de estarem identificadas seis, a maioria da investigação foca-se apenas em duas: (1) a inteligência fluída e (2) a inteligência cristalizada. Estas incluem muitas das habilidades básicas que associamos à inteligência, tais como, compreensão verbal, raciocínio, integração e formação de conceitos. Este é outro modo de analisar as mecânicas versus as pragmáticas, atribuindo-lhe a nomenclatura de inteligência fluída versus inteligência cristalizada. Os primeiros estudos transversais sobre a relação entre a idade e a inteligência mostravam uma deteriorização depois dos 20 ou 30 anos. Contudo, os estudos longitudinais vieram mostrar que os estudos transversais apresentavam interpretações erradas. Muitos indivíduos normalmente mostram pouca ou nenhuma descida nas pontuações de inteligência cristalizada com a idade, e alguns até aumentavam, no caso de indivíduos com profissões intelectuais. Assim sendo, a inteligência fluída (pensamento abstrato/mecânicas da mente) aumenta até 20, 30 ou até 40 anos e, a partir de então, um padrão de declínio começa, o que claramente se torna mais agudo na velhice. Por outro lado, a inteligência cristalizada (conhecimento adquirido/ pragmáticas da mente) não permanece apenas estável ao longo do ciclo de vida, pode aumentar com a velhice, e o seu declínio pode começar quando a pessoa é muito velha. Neste sentido, os estudos transversais não estavam a mostrar mudanças com a idade, mas sim diferenças de coorte ou geracionais nas pontuações de inteligência cristalizada. As capacidades da maioria das pessoas permanecem estáveis ao longo da vida adulta e velhice, e algumas pessoas mais velhas podem inclusive aumentar e melhorar o seu rendimento (nas pragmáticas da mente). Assim sendo, a inteligência fluída/mecânicas da mente declina durante toda a vida adulta, resultado de mudanças cerebrais devido ao acumular dos efeitos de doenças, lesões, envelhecimento, ou falta de prática. Enquanto a inteligência cristalizada/ pragmáticas da mente melhora, indicando que as pessoas continuam a aprender e a adquirir conhecimento ao longo de toda a vida. Em síntese, e de acordo com Schaie e Willis (2003), para alguns autores as diferenças individuais podem ser explicadas pelas experiências compensatórias dos que envelhecem bem (i.e. envelhecimento bem-sucedido), enquanto outros enfatizam a manutenção física e psicológica acima da média de alguns indivíduos. Dito de outro modo, se a investigação longitudinal aponta para comunalidades no funcionamento cognitivo observa-se também grande variabilidade na inteligência adulta.

Face à grande heterogeneidade no que diz respeito ao desempenho cognitivo dos idosos, a reserva cognitiva é um dos fatores que contribui para acentuar as

diferenças interindividuais, sendo uma proteção parcial contra os efeitos do envelhecimento (Bastin, et al., 2012). Ainda sobre as diferenças no desempenho cognitivo, como vamos ver de seguida, a investigação tem revelado que os fatores sociodemográficos, nomeadamente, a idade e a escolaridade, assim como a questão do género têm alguma influência. De acordo com Matos, Mourão e Coelho (2016), na literatura é consensual que a educação desempenha um papel fundamental no funcionamento cognitivo, exercendo grande influência.

Souza, Falcão, Leal e Marino (2007) realizam um estudo com o objetivo de avaliar o processo de envelhecimento, relacionando-o com o desempenho cognitivo. A recolha de dados foi efetuada através de um questionário sociodemográfico, escala de satisfação com a vida e MMSE. A amostra (n=65) era na maioria do sexo feminino e praticavam alguma atividade física (caminhada, hidroginástica e ioga). Os resultados indicaram que existiam diferenças no efeito da escolaridade. No estudo verificaram-se diferenças significativas de pontuação no MMSE total entre analfabetos (22,5 pontos) e sujeitos de nível médio (27,4 pontos) e sujeitos de nível académico (28,1 pontos), assim como diferenças significativas entre os sujeitos com nível de escolaridade básica (25,9) e sujeitos de nível médio e nível académico. A média de pontuação total do MMSE aumentou de acordo com o aumento da escolaridade. Os resultados confirmaram a influência significativa da escolaridade sobre a pontuação no MMSE. Neste estudo o efeito significativo da idade sobre as pontuações do MMSE não se verificou.

O estudo de Coelho, Vital, Novais, Costa, Stella e Santos-Galduroz (2012) teve como objetivo comparar o desempenho cognitivo de adultos e idosos em diferentes níveis de escolaridade e praticantes de atividade física. Foram avaliadas 122 pessoas sem défice cognitivo, através de um conjunto de instrumentos (pares verbais, MMSE, Teste do desenho do relógio e o Teste de fluência verbal semântica). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 46 e 85 anos, escolaridade entre 1 a 15 anos, praticantes de atividade física há mais de 6 meses num programa de atividades físicas e recreativas para mais velhos. Os resultados revelaram uma tendência para valores mais elevados de MMSE total em indivíduos com maior escolaridade. Contudo, os autores concluíram que os adultos e os idosos ativos, independentemente do nível de escolaridade, apresentaram um perfil cognitivo semelhante nos seguintes domínios cognitivos: linguagem, aprendizagem, taxa de esquecimento e funções executivas. Os autores indicaram a prática de atividade física com efeito benéfico nas funções cognitivas, motivo pelo qual a relação entre função cognitiva e escolaridade não se verificar neste estudo.

Matos, Mourão e Coelho (2016) realizaram um estudo com o objetivo de verificar o efeito e interação entre a idade, escolaridade, institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. Para a recolha de dados foi utilizado o MMSE (função cognitiva), Escala de Depressão Geriátrica, Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (capacidade intelectual) e um questionário sociodemográfico. A amostra era constituída por 39 idosos institucionalizados, maioria do sexo feminino, com idades entre os 64 e 96 anos. Os resultados revelaram um efeito significativo da escolaridade na função cognitiva ($p=0,030$). A interação escolaridade x idade também foi verificada na função cognitiva ($p= 0,010$) e na capacidade intelectual ($p= 0,032$), ou seja, os indivíduos mais velhos e com nível de escolaridade superior apresentaram resultados mais elevados em ambos dos testes (função cognitiva e capacidade intelectual). Os autores concluíram que em idosos mais velhos, a escolaridade é a variável mais determinante da função cognitiva.

Um estudo de natureza transversal de Brigola, Ottaviani, Souza, Rossetti, Terassi, Oliveira, Luchesi e Pavarini (2018) teve como objetivo descrever o desempenho cognitivo em testes cognitivos para diferentes níveis de escolaridade e idade. Foram avaliados 667 idosos da comunidade, através de três testes cognitivos (Exame Cognitivo de Addenbrooke, Mini Exame Cognitivo de Addenbrooke e MMSE). A maioria da amostra era do sexo feminino, com uma média 71 anos de idade e escolaridade baixa. Os resultados foram analisados em função da idade e escolaridade, sendo que foram criados três grupos de idade (60-69 anos; 70-79 anos; 80-89 anos) e quatro grupos de escolaridade (0 anos; 1-4 anos; 5-8 anos; >8 anos). Os resultados demonstraram que quanto maior o nível de escolaridade, maiores as pontuações totais nos testes cognitivos. Os resultados relativos ao MMSE estratificados por escolaridade e idade, mostraram que a faixa etária 60-69 anos em quase todos os grupos de escolaridade apresentou uma pontuação média superior no desempenho cognitivo face aos restantes grupos etários, exceto a escolaridade 5-8 anos. A faixa etária 80-98 anos foi a que obteve pontuações mais baixas em todos os níveis de ensino. Assim sendo, os idosos mais jovens em diferentes níveis de escolaridade obtiveram pontuações mais elevadas nos testes cognitivos. A prevalência do défice cognitivo foi encontrada na faixa etária (>80 anos). Os autores concluíram que idosos mais jovens e com maior escolaridade apresentaram melhor desempenho nos testes cognitivos.

No que se refere às diferenças de género na inteligência adulta, Schaie e Willis (2003) ressaltam que ao longo da história da avaliação da inteligência evidenciam-se diferenças de género no desempenho cognitivo. Estes autores afirmam que essas diferenças de género são consequência de diferentes padrões de socialização para

rapazes e raparigas. As diferenças de género tendem a persistir ao longo da idade adulta e da velhice. Nos testes de avaliação individual de inteligência adulta “*Escala de Wechsler - WAIS*” os homens estão em vantagem nos subtestes de aritmética, informação, construção com cubos e dígitos, enquanto as mulheres se destacam em chaves (Kaufman et al., 1991, como citado em Schaie & Willis, 2003). No teste de habilidades mentais primárias, os homens têm melhor desempenho na orientação espacial e habilidade numérica, enquanto as mulheres se destacam no raciocínio indutivo, memória verbal e velocidade percetiva (Schaie, 1996, como citado em Schaie & Willis, 2003). De acordo com Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009) o caso específico do MMSE, que é um teste de rastreio de défice cognitivo, a pontuação é influenciada por variáveis sociodemográficas (idade e escolaridade), diminuindo com a idade e com a menor escolaridade, sem influência significativa do género. Por esse motivo, não se apresentam estudos empíricos que utilizam o MMSE para verificar as diferenças de género no desempenho cognitivo, pois esta é uma medida muito vaga.

Outros estudos têm contribuído para analisar as alterações no sistema cognitivo tendo em consideração os estilos de vida, nomeadamente a participação social (Programas Comunitários, Grupos de Terceira Idade), a atividade física e outras atividades. Por exemplo, Vargas, Lara e Mello-Carpes (2014) realizaram um estudo com o objetivo de verificar a influência da participação em atividades de grupos de terceira idade (atividade física, atividades cognitivas e recreativas) na função cognitiva e aspetos emocionais, como a ansiedade e depressão, em idosos com diabetes e sem diabetes. Foi realizada uma avaliação global (recolha de dados sociodemográficos, presença de doenças e hábitos de vida, nomeadamente realização de atividade física, participação em grupos de terceira idade e tempo de participação), avaliação cognitiva (MMSE, Teste de recordação imediata e tardia de palavras e Teste de reconhecimento de caras famosas) e avaliação dos aspetos emocionais (EGD e Inventário de Ansiedade Traço-Estado) A amostra foi composta por um total de 158 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (75,9%). Relativamente à avaliação cognitiva, observou-se que o grupo de idosos com diabetes e não participante em grupos de terceira idade obteve piores resultados na pontuação total do MMSE, quando comparado com o grupo de idosos participantes em grupos de terceira idade e sem diabetes ($p=0,009$). Em termos específicos o grupo de idosos com diabetes e não participante em grupos de terceira idade teve pior desempenho nos domínios de *Atenção* e *Evocação* (MMSE). Nas restantes capacidades cognitivas avaliadas pelo MMSE (orientação, retenção e linguagem) os autores não observaram diferenças entre os grupos. De acordo com os autores a presença de uma doença crónica, neste caso específico - a diabetes, por si só não tem uma influência significativa na função cognitiva, mas sim

quando associada a inatividade física e social. Face aos resultados do estudo, os autores afirmam os benefícios da participação em grupos de terceira idade na função cognitiva das pessoas mais velhas, sendo uma mais valia durante esta fase da vida. Assim sendo, a inatividade física e outras doenças e comorbidades, afetam a saúde cognitiva e física dos idosos, com grande repercussão na sua qualidade de vida.

Um outro estudo de Vargas, Alves, Lara e Mello-Carpes (2014) foi levado a cabo de modo a realizar uma abordagem educacional direcionada às pessoas idosas e profissionais de saúde. O objetivo do estudo era analisar as mudanças cognitivas decorrentes do envelhecimento e suas consequências na vida diária. No estudo participaram 160 idosos e 20 profissionais de saúde. Inicialmente os idosos foram submetidos a uma avaliação da função cognitiva (MMSE, Recordação Livre de palavras) e dos aspetos emocionais (EGD, Inventário de Ansiedade Traço-Idade). Também foram tidas em conta a presença de doenças crónicas, frequência e realização de atividades físicas. Através desta avaliação, os autores concluíram que os idosos com estilo de vida sedentário apresentaram piores resultados no desempenho cognitivo que os idosos praticantes de atividades físicas.

Andrade e Novelli (2015) realizaram um estudo com o objetivo de identificar o perfil cognitivo e funcional dos idosos que frequentavam centros de convívio para a terceira idade. Para tal, foram avaliados 90 idosos de três centros de convívio distintos, através de um conjunto de instrumentos, avaliando características sociodemográficas, funcionalidade (Escala de Katz; e Escala de Lawton e Brody) e desempenho cognitivo (MMSE e Questionário de Queixas Subjetivas de Memória). A amostra era maioritariamente feminina, com escolaridade baixa e economicamente desfavorecida. Os domínios do MMSE que apresentaram pior desempenho foram o cálculo, a evocação e a capacidade construtiva. Um total de 63,3% dos participantes estavam abaixo do ponto de corte no MMSE (utilizaram os critérios de Folstein; Folstein; Mchugh, 1975, Brucki et al., 2003). Através dos resultados, os autores concluíram que grande parte dos idosos apresentavam défices cognitivos, sendo que as alterações cognitivas estavam associadas as alterações funcionais.

Outro estudo de carácter transversal foi desenvolvido por Araujo, Silveira, Simas, Zappellini, Parcias e Guimarães (2015), e teve como objetivo investigar os aspetos cognitivos e o nível de atividade física de idosos participantes em intervenções motoras e cognitivas. Foram avaliados 125 idosos de um centro de terceira idade, que participavam nas intervenções duas vezes por semana, uma hora de duração por sessão, durante seis meses. Neste estudo foram utilizados vários instrumentos, avaliando a perceção de saúde (BRFSS- Behavioral Risk Factors Surveillance System Questionnaire), nível de atividade física (Questionário Internacional

de Atividade Física-IPAQ), estado emocional (EGD-30), desempenho cognitivo (MMSE, Trail Making Test e Teste do relógio). A maioria dos participantes era do sexo feminino, média de idade de 70 anos, escolaridade baixa e nível socioeconómico baixo e médio. Quanto aos resultados, cerca de 90% dos idosos apresentavam problemas de saúde e 70% foram considerados suficientemente ativos. No MMSE mais de metade dos participantes apresentaram algum grau de défice, a faixa etária dos 70-79 anos foi a apresentou uma maior percentagem de indivíduos com algum grau de défice cognitivo. Os autores concluíram que a maioria dos idosos eram suficientemente ativos, com baixo desempenho cognitivo e apresentavam défice cognitivo ligeiro (MCI).

Com o objetivo de analisar a relação entre atividade física e o desempenho cognitivo em mulheres pós-menopausa, Ramos e Chagas (2015) desenvolveram um estudo com 29 mulheres participantes em Programas de exercício, no mínimo durante seis meses. As participantes foram divididas em dois grupos: (1) grupo ativas: praticavam no mínimo 150 minutos por semana de atividade física de intensidade moderada à vigorosa (n=15) e (2) grupo pouco ativas: praticavam menos de 150 minutos por semana (n=14). O programa de exercício físico consistia em atividades aeróbias, através de caminhada com duração entre 30 a 50 minutos, e de exercícios de alongamento ativo e ginástica localizada com duração de 20 a 30 minutos. O programa de exercício físico era realizado de 2 a 5 vezes por semana, sendo a frequência semanal definida pelas participantes. Foram recolhidos dados sociodemográficos e dados acerca de doenças crónicas, avaliado o nível de atividade física (IPAQ) e o desempenho cognitivo (MMSE). Em termos de resultados, o grupo ativo apresentou melhor desempenho cognitivo no domínio de Orientação temporal em relação ao grupo pouco ativo ($p=0,017$). O grupo ativo também obteve uma pontuação superior no MMSE Total e no domínio de Orientação espacial face ao grupo pouco ativo, contudo sem significado estatístico. No domínio da Orientação espacial e leitura não foram observadas diferenças entre os grupos. Os autores do estudo concluíram que uma quantidade superior de atividade física moderada pode contribuir para um melhor desempenho cognitivo em mulheres pós-menopausa, em particular no domínio de Orientação temporal.

Um estudo de Zappellini, Andreis, Simas, Gongora, Rosário e Parcias (2017), objetivou relacionar a atividade física com sintomas depressivos e estado cognitivo de idosos. Os idosos participavam no projeto “Cognição e Motricidade”, onde se realizavam intervenções motoras e cognitivas. As intervenções realizavam-se duas vezes por semana, com a duração de uma hora por sessão. A amostra foi composta por um total de 76 idosas, que participavam no projeto há pelo menos seis meses e

com uma participação de 75%. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, MMSE (avaliação cognitiva), EGD (estado emocional) e IPAQ. As idosas tinham em média 69 anos, a maioria com mais de quatro anos de escolaridade e classe socioeconómica média/baixa. A maioria das idosas foi classificada como ativa/muito ativa, sem sintomas depressivos e sem défice cognitivo ligeiro (MCI). Não se verificou correlação significativa entre os minutos semanais de atividade física moderada/vigorosa e o desempenho cognitivo, contudo existiu uma tendência para uma relação positiva entre atividade física e cognição, ou seja, mais minutos semanais de atividade física melhor o desempenho cognitivo.

Outro aspeto que tem vindo a ser investigado é o défice cognitivo associado à idade. O conceito de "*Mild cognitive impairment*" (MCI) segundo Apostolo e colaboradores (2016) foi inicialmente definido por ReisLerg e colaboradores em 1983, como o estágio intermédio entre o envelhecimento normal e o estado de demência. Atualmente, este conceito de acordo com Petersen e colaboradores (2009) engloba um défice no funcionamento cognitivo maior do que o esperado para a idade e para o grau educacional/escolaridade e que vai além das mudanças normativas observadas no envelhecimento. Ou seja, estamos perante o envelhecimento patológico. O conceito de défice cognitivo ligeiro foi criado para compreender as fronteiras entre o envelhecimento saudável e o patológico (Stokin, Krell-Roesch, Petersen & Geda, 2015).

Relativamente aos fatores de risco para "*Mild cognitive impairment*", Apostolo e colaboradores (2016) enunciam os seguintes: (1) fatores demográficos, ter mais de 85 anos (i.e. idade) é um fator de risco; quanto à questão de género ainda há falta de consenso por parte dos investigadores; (2) fatores cardiovasculares, nomeadamente, diabetes/níveis elevados de glicose, colesterol elevado, obesidade, IMC, menor pressão arterial; (3) comportamentais (i.e. álcool, tabaco, atividade física). De salientar que a atividade física se apresenta como sendo um fator de risco modificável assim como uma forma de intervenção de modo a prevenir ou melhorar o défice cognitivo. A atividade física, especialmente a moderada esta associada a baixo risco de défice cognitivo. Sendo claro que o exercício é benéfico para a saúde cognitiva; (4) psicossocial (i.e. escolaridade, participação social). Um baixo nível de educação/escolaridade está associado a um maior risco de défice cognitivo ligeiro (MCI). Este fator que pode ser modificado através da estimulação mental de variadas formas, incluindo envolvimento social e cognitivo. De notar que o MMSE não é sensível o suficiente para detetar mudanças leves na cognição em pessoas com uma instrução elevada. A participação social (a qualidade da mesma e quantidade - frequência de contactos) é apontada como um fator também protetor da função

cognitiva; e (5) genéticos (i.e. a presença do Alelo APOE-4 é um fator de risco para doença de Alzheimer, associado a MCI).

Em síntese, muitos destes fatores de risco são potencialmente modificáveis, seja através de mudança de comportamento, intervenção farmacêutica ou promoção do envolvimento social / participação social, podendo ser alvo de estratégias de intervenção e modificação na população. É de destacar a participação social / envolvimento social e a atividade física. Daí a relevância de investigar os Programas Públicos de Intervenção Comunitária, porque são dirigidos à população idosa e porque contêm muitos critérios do envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo.

2.2. Qualidade de vida e envelhecimento

Outra variável em estudo nesta dissertação é a Qualidade de Vida. Segundo Alcântara, Cabral, Freire, Pereira, Rocha e Torres (2014) a qualidade de vida nos mais velhos tem sido tema de debate em todo o mundo, pois há uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar da população idosa para que esta envelheça com dignidade. De acordo com Canavarro (2010) esta preocupação pela qualidade de vida contribuiu para o surgimento de várias definições, modelos e metodologias de avaliação.

Quanto às definições do conceito de QdV, Fleck (2000) refere que não existe um consenso sobre a sua definição, tratando-se de um conceito amplo e complexo que abrange as características do meio ambiente e relaciona-o com os aspetos físicos da pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças pessoais. Trata-se por isso de um conceito de natureza subjetiva, pois tem em conta a perceção do indivíduo. Vaz Serra (2010), vai de encontro ao autor anterior, referindo que não existe um consenso, contudo existe a unanimidade de que se trata de um construto multidimensional enquadrado numa perspetiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano.

Canavarro (2010) faz uma breve contextualização acerca de como o conceito e a forma de avaliação da qualidade de vida tem evoluído. De acordo com o autor, o conceito começou desde muito cedo ligado às correntes filosóficas, estando associado à felicidade, um estado máximo de prazer em detrimento do sofrimento e da dor. Contudo o conceito tem sofrido uma evolução, a avaliação da QdV passou mais tarde a incluir indicadores económicos, esta visão predominou até aos anos 50. Contudo, no final da 2ª Guerra Mundial, esta visão economicista foi colocada em causa, pois apesar de a economia prosperar, os aspetos sociais (segurança pessoal, confiança no

governo) estavam em causa. Assim nos anos 60 os indicadores sociais passaram a ser incluídos na avaliação da QdV. Nos anos 80 a avaliação do conceito sofre novamente uma mudança, começando a incluir aspetos subjetivos. Deste modo, Diener e Suh (1997, como citado em Canavarro, 2010) referem que as definições de QdV desenvolvidas nos anos 80 e 90 podem ser classificadas segundo três critérios de avaliação: (1) as que valorizam os indicadores sociais, (2) as que valorizam os indicadores subjetivos de bem-estar, e (3) as que valorizam indicadores económicos.

Ainda sobre a grande complexidade e multidimensionalidade do conceito, Canavarro (2010) apresenta a síntese dos principais modelos de QdV. Para o autor existem duas formas de categorizar os modelos de QdV: (1) os modelos que abordam a QdV como um objeto predominantemente psicológico, ou seja, a QdV é vista como um resultado final individual e (2) os modelos que abordam a QdV enquanto objeto fundamentalmente social, ou seja, o resultado final da QdV é determinado pelo contexto e processos sociais.

Face à diversidade de definições do conceito e aos inúmeros instrumentos de avaliação do mesmo, no início da década de 90, a Organização Mundial de Saúde reuniu um grupo de peritos de diferentes culturas - WHOQOL Group com o objetivo de debater e unificar o conceito e criar um instrumento de avaliação que pudesse ser utilizado em qualquer lugar do mundo, ultrapassando as barreiras culturais. A definição do conceito foi baseada em três pressupostos: (1) subjetividade (a definição depende do ponto de vista do próprio indivíduo), (2) multidimensionalidade (a definição engloba diferentes dimensões) e (3) presença de dimensões positivas e negativas (Canavarro, 2010). Nessa linha de pensamento, a OMS (1994, p. 28) define a QdV como *“a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Para Canavarro (2010) este modelo da QdV da OMS destaca-se pelas suas propriedades integrativas. Sendo um conceito vasto, que é influenciado pela saúde física do indivíduo, pelo seu estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e relações com o contexto em que se vive (WHO, 1995).

Para Canavarro, Pereira, Moreira e Paredes (2010) um dos riscos para a qualidade de vida do indivíduo é a doença crónica, sendo que com o aumento da esperança de vida, estas doenças passaram a estar mais presentes no processo de envelhecimento. Contudo, como foi visto anteriormente através do modelo de envelhecimento bem-sucedido de Kahana e Kahana (1996), mesmo na presença de doença crónica, através das adaptações proativas a QdV surge como *“outcome”*, ou

seja, é possível atingir níveis de qualidade de vida satisfatórios na presença de doença.

Sendo a qualidade de vida um conceito multidimensional e de natureza subjetiva, pode apresentar diferenças em termos de género e idade, contudo esta associação é muito complexa. Gallardo-Peralta, Jorquera, Morán e Quiroz (2018) defendem que é necessário aprofundar o modo como a idade e género se relacionam com o conceito. Os autores referem que existe uma heterogeneidade no processo de envelhecimento de acordo com o sexo, sendo que os fatores de risco para a saúde e a qualidade de vida estão ligados a diferentes trajetórias de vida para mulheres e homens. Na mesma linha, para Daniel, Monteiro, Antunes, Fernandes e Ferreira (2018), as diferenças de género são o resultado de percursos biográficos, assim a educação, o modo de sociabilização, a carreira profissional, os papéis e as redes sociais contribuem para que os percursos de vida sejam vivenciados de um modo diferente por homens e mulheres. De uma forma geral, as mulheres apresentam uma maior esperança de vida quando comparadas aos homens, contudo, o número de anos que esperam viver sem limitações funcionais ou incapacidades é inferior à dos homens. Deste modo, segundo Vivaldi e Barra (2012, como citado em Gallardo-Peralta, Jorquera, Morán & Quiroz, 2018) a análise de diferenças no processo de envelhecimento entre homens e mulheres é complexa e para tal, devem ser tidas em conta múltiplas dimensões, nomeadamente, fatores psicossociais, condições de vida e económicas.

De seguida serão apresentados alguns resultados pertinentes de estudos realizados ao longo dos últimos anos, acerca da Qualidade de Vida em pessoas mais velhas. Campos, Ferreira e Vargas (2015) efetuaram um estudo com o objetivo de construir um indicador de envelhecimento ativo e testar a sua relação com qualidade de vida e possíveis determinantes de género. O AGEQOL (Aging, Gender and Quality of Life) continha uma amostra de 2052 pessoas mais velhas, as quais foram divididas em dois grupos, o grupo de envelhecimento ativo (52,2%) e o grupo com envelhecimento normal (47,8%). Os indicadores utilizados para definir os grupos de envelhecimento ativo foram: capacidade funcional, capacidade cognitiva, perceção de saúde, sintomas depressivos e funcionalidade familiar. Assim para a recolha de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico, Índice de Barthel, Índice Lawton, MMSE, GDS-15 e APGAR da Família. A qualidade de vida foi avaliada através do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old. A idade da amostra variou entre 60 e 106 anos, a maioria do sexo feminino (59,7%), a média de idades dos participantes era de 71 anos e a maioria pertencia à terceira idade. Para ambos os sexos verificou-se uma associação forte entre envelhecimento ativo e participação em grupos, ou seja, quanto maior a

participação comunitária dos idosos, maior a possibilidade de envelhecimento ativo. Os autores referem que o envelhecimento ativo é diferente entre géneros, sendo que no estudo por estes realizado a maioria dos idosos do grupo desfavorável são mulheres (64,7%). Estes resultados indicaram que mulheres possuem maiores taxas de dependência funcional, défice cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e uma perceção negativa da própria saúde quando comparadas aos homens. As mulheres com maiores rendimentos, que não sofreram quedas e com participação comunitária tiveram melhores pontuações de qualidade de vida e maior probabilidade de pertencer ao grupo com envelhecimento ativo. No que diz respeito aos homens, os fatores comportamentais (não fumar, praticar atividade física e não ter relatado perda de apetite) e participação comunitária foram preditores positivos para envelhecimento ativo. Os resultados do estudo indicaram que a qualidade de vida e a participação em grupos comunitários são os principais determinantes de envelhecimento ativo, e que os demais fatores associados são diferentes para cada género. Os autores concluíram que o envelhecimento ativo é um forte preditor para a perceção positiva de qualidade de vida.

O estudo transversal de Gallardo-Peralta e colaboradores (2018) objetivou conhecer as diferenças do bem-estar associado as condições de saúde física e qualidade de vida, em função do género. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico, questionário de problemas de saúde, índice de Barthel (funcionalidade) e WHOQOL-Bref (qualidade de vida). A amostra foi composta por um total de 777 idosos chilenos, a maioria do sexo feminino, maioritariamente situada na faixa etária 60-69 anos, casados, escolaridade média/baixa. Os resultados mostraram que as mulheres apresentavam mais problemas de saúde do que os homens, nomeadamente, artrite/artrose e osteoporose. Quanto à avaliação da qualidade de vida, verificaram-se diferenças significativas entre géneros. As mulheres apresentaram uma melhor perceção da QdV/faceta geral, melhor perceção do domínio das relações sociais, e do domínio ambiente e pior perceção do domínio físico. Os autores defendem que o que podem influenciar negativamente o domínio físico nas mulheres, são as condições de saúde, visto que estas apresentaram mais problemas de saúde ou doenças crónicas. Os homens por outro lado apresentaram uma melhor perceção do domínio físico e psicológico. Os autores concluíram que existem diferenças de género na qualidade de vida.

Um estudo quantitativo e transversal de Daniel e colaboradores (2018), teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas segundo o sexo. Para a recolha de dados foi utilizada a versão portuguesa do EQ-5D-3L que mede a qualidade de vida relacionada com a saúde percebida pelos indivíduos.

A amostra foi composta por 300 pessoas idosas com uma média de 74 anos e a maioria do sexo feminino (66,7%). Na qualidade de vida existiram diferenças significativas entre as pontuações dos homens e das mulheres, sendo que as mulheres apresentam piores resultados de qualidade de vida. As mulheres apresentaram praticamente sempre valores correspondentes a uma maior gravidade de doença e uma pior percepção da qualidade de vida. No que diz respeito à QdV quanto à idade, também se verificaram diferenças estatisticamente significativas. As pontuações médias do grupo com idades compreendidas entre os 60-69 anos eram estatisticamente diferentes das do grupo com 80 ou mais anos de idade; e o grupo com idades compreendidas entre os 70-79 anos de idade era estatisticamente diferente do grupo com 80 ou mais anos de idade, sendo que as faixas etárias mais novas pontuaram mais alto. Concluindo, as diferenças no índice de qualidade de vida relacionadas com a saúde revelaram-se significativas tanto para o sexo como para a idade.

Segundo Bastos, Monteiro, Faria, Pimentel, Silva e Afonso (2019) a investigação aponta a participação social como tendo um papel relevante na qualidade de vida dos mais velhos, sendo que, estar socialmente envolvido influencia positivamente a qualidade de vida. Na mesma linha, Miranda, Soares e Silva (2016), afirmam que a atividade física e o apoio social contribuem de forma direta para a qualidade de vida e seus domínios específicos. Deste modo apresentam-se de seguida alguns estudos relacionados com a avaliação da qualidade de vida em Programas de atividade física e/ou Programas para pessoas mais velhas que incluam quer a atividade física, quer atividades socio-recreativas.

Silva, Júnior, Araújo e Oliveira (2016) desenvolveram um estudo que teve como objetivo analisar a qualidade de vida de pessoas mais velhas praticantes de exercícios físicos em dois locais distintos, nos centros desportivos e nas academias da terceira idade. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e a qualidade de vida foi avaliada através do (WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old). Os critérios de inclusão foram: (a) mulheres com idade igual ou superior 60 anos; (b) praticar atividades exclusivamente nos centros desportivos ou academias de terceira idade; e (c) praticar as atividades há pelo menos três meses e duas vezes por semana. Foram avaliadas 70 idosas, sendo 35 praticantes de exercícios físicos nos centros desportivos (G1) e 35 nas academias de terceira idade (G2). Os resultados, mostraram que de um modo geral, os domínios que prevaleceram entre as idosas foi o físico e o domínio QdV/faceta geral. As Idosas do G1 apresentaram melhor qualidade de vida do que as idosas do G2 ($p=0,04$). Especificamente, verificaram-se diferenças no domínio das relações sociais ($p=0,02$) e na faceta geral da QdV ($p=0,01$), sendo a

percepção superior no grupo de idosas do centro desportivo. Assim sendo, os autores concluíram que as idosas que praticam exercícios físicos nos centros desportivos possuem melhor percepção da qualidade de vida quando comparadas às idosas praticantes de exercícios físicos nas academias da terceira idade corroborando a importância da atividade física estruturada e supervisionada para a qualidade de vida das idosas.

O estudo de Mezadri, Grillo, Lacerda, Caleffi e Felipe (2016) objetivou avaliar a qualidade de vida e o nível de atividade física em idosos pertencentes a uma equipa de Estratégia de Saúde Familiar (Brasil). A recolha de dados sociodemográficos foi realizada através de uma entrevista, a avaliação da qualidade de vida foi efetuada através do WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old e o nível de atividade física, foi avaliado através de um Questionário Internacional sobre Atividade Física (IPAQ). Foram avaliados 99 idosos, maioria do sexo feminino (67,7%), com predomínio da faixa etária entre 60-74 anos (66,0%), casados (52,5%) e com até oito anos de escolaridade (72,7%). A maioria dos idosos avaliaram a sua saúde como boa (41,4%) ou muito boa (36,4%) e foram considerados ativos / muito ativos (70,7%). Quanto à qualidade de vida, o domínio que apresentou uma melhor percepção por parte dos idosos foi o domínio físico, seguindo-se do domínio psicológico e social, o domínio do ambiente foi o que obteve uma percepção menor. Da análise dos domínios da QdV com o nível de atividade física, os autores verificaram uma relação significativa com o domínio ambiente do WHOQOL-Bref ($p= 0,002$), ou seja, as pessoas classificadas como ativas/muito ativas apresentaram uma melhor percepção desse domínio. Os autores concluíram que a qualidade de vida de idosos com um maior nível de atividade física é melhor que a daqueles com menor nível de atividade física.

Miranda, Soares e Silva (2016) publicaram um estudo transversal onde pretendiam identificar os fatores associados à boa QdV de idosos (idade igual ou superior a 60 anos) que frequentavam um Centro de Referência em Belo Horizonte. Para a recolha de dados utilizaram um questionário com questões sociodemográficas, presença de doença, hábitos e estilos de vida, o MMSE para avaliar comprometimento cognitivo e o WHOQOL-Bref para avaliar a QdV dos participantes. A amostra foi composta por 257 idosos, sendo divididos em 2 grupos tendo em consideração a percepção da QdV/faceta geral: G1 (n=163) qualidade de vida boa/satisfeito; G2 (n=94) qualidade de vida ruim/insatisfeito. A idade média dos participantes era 71 anos, a maioria género feminino (82,5%), sem comprometimento cognitivo (83,3%). Os resultados mostraram que a maioria (63,4%) dos idosos consideravam sua QdV boa e encontravam-se satisfeitos com sua saúde. O domínio do meio ambiente obteve a pior pontuação ($M = 14,4$) e o domínio das relações sociais o que apresentou maior

pontuação ($M=67,9$). Quanto aos possíveis preditores da QdV, ter idade avançada, ser natural do interior, atividade física, diabetes, doenças osteomusculares, hipertensão arterial e depressão permaneceram independentemente associados à QdV e à satisfação com a saúde. Assim sendo, este estudo demonstrou uma relação positiva da QdV com o avançar da idade e atividade física (1 a 3x semana e 4 a 7x semana). E uma associação negativa entre a QdV e ser natural do interior e apresentar comorbidades (i.e. diabetes, doenças osteomusculares, hipertensão, depressão).

Um estudo transversal de Fonte, Feitosa, Neto, Araújo, Figueiroa e Alves (2016) objetivou avaliar a qualidade de vida de idosos participantes no programa Academia da Cidade, um programa público que incentiva a atividade física e de lazer no Recife, Brasil. A amostra contou com um total de 181 idosos que frequentavam o programa pelo menos duas vezes por semana. Foram recolhidos dados demográficos, socioeconômicos e clínicos e de qualidade de vida (WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old). A maioria da amostra eram mulheres, casadas, média de 11 anos de escolaridade e com baixo rendimentos. Os resultados evidenciaram que a pontuação do WHOQOL-Bref esteve positivamente associada a uma longa participação (52 meses) no programa ($p=0,03$), também a duração da participação (em meses) no programa permaneceu associado a pontuações mais altas do WHOQOL-Bref ($p=0,023$). Assim, os autores concluíram que uma maior duração de participação em Programas de atividade física da comunidade, pode contribuir para uma melhor QdV para os idosos no Brasil.

Silveira e Portuguez (2017a) realizaram um estudo transversal de modo a verificar a influência da prática de atividade física na qualidade de vida de pessoas mais velhas. Um total de 107 mulheres, de idade igual ou superior a 60 anos, que pertenciam a grupos de convívio foram avaliadas através de um questionário sociodemográfico e de atividade física (IPAQ) e do instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref). As atividades realizadas nos centros eram de várias tipologias (i.e. ioga, hidroginástica, dança, fortalecimento muscular). A maioria da amostra situava-se na faixa etária dos 60-69 anos, casadas, nível de escolaridade muito variado, nível socioeconômico baixo e uma percepção da saúde boa/regular. A maioria praticava atividade física 2x semana, em média 223 minutos por semana. O domínio físico foi o que apresentou uma melhor percepção por parte das participantes, seguindo-se do domínio das relações sociais. O domínio ambiente foi o que apresentou pior percepção. Os autores verificaram uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a frequência de atividade física e o tempo da atividade (minutos por semana) com o domínio físico do WHOQOL-Bref, ou seja, quanto mais frequente e mais tempo de atividade física, melhor a pontuação nesse

domínio. Os rendimentos correlacionaram-se positivamente com os domínios físico e meio ambiente, demonstrando que quanto maior os rendimentos, melhor a qualidade de vida nesses domínios. Todas as idosas do estudo eram fisicamente ativas, nesse sentido, a prática regular de atividade física influenciou positivamente a qualidade de vida das idosas. Os autores concluíram que quanto maior a frequência e a duração de atividade física, ou seja, quanto mais ativas eram as idosas, melhor a percepção de qualidade de vida.

Ferreira, Ferreira, Toledo e Oliveira (2016), realizaram um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida de pessoas mais velhas e verificar se havia diferença entre um grupo de idosos que praticava atividade física e idosos inativos. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado WHOQOL-Bref e para confirmar o nível de atividade física dos indivíduos aplicou-se o questionário IPAQ. Foram avaliados 62 idosos. Os idosos ativos (n=30) participavam num Centro de Referência de Assistência Social e praticavam, sob orientação de um profissional, caminhada todos os dias de manhã e alongamentos. Os idosos inativos (n=32) foram escolhidos aleatoriamente no centro da cidade de Ubá-MG. Quanto aos resultados, a maioria da amostra era do sexo feminino e com idade média de 62 anos. A média geral da qualidade de vida dos idosos ativos foi superior à média dos inativos, com diferença estatisticamente significativa. Em relação aos domínios da qualidade de vida, o grupo de ativos apresentou média superior em todos os domínios quando comparado aos inativos, sendo o domínio físico onde se verificaram maiores diferenças. Os domínios que mais prevaleceram foi o psicológico e o das relações sociais e os que menos prevaleceram foi o físico e do meio ambiente. Os autores concluíram que os idosos que praticavam atividade física com alguma frequência, possuíam índices de QdV melhores em comparação com idosos inativos.

Duarte, Ferreira, Badaró e Oliveira (2017) levaram a cabo um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida em pessoas (meia idade e terceira idade) praticantes de hidroginástica e identificar as diferenças entre grupos ativos e inativos fisicamente. Foram entrevistados 56 indivíduos, praticantes de hidroginástica (n=33) e inativos (n=23). Utilizaram o questionário WHOQOL-Bref para avaliar a qualidade de vida e ainda o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) versão curta, para analisar o nível de atividade física. O total da amostra era na maioria do sexo feminino e idade média de 55 anos. Houve diferenças estatisticamente significativas entre a média da qualidade de vida nos ativos e a média de QdV dos inativos, sendo que os ativos apresentaram uma média superior. Em relação aos domínios da qualidade de vida, o grupo de ativos apresentou média superior no domínio das relações sociais e meio ambiente estatisticamente superior quando comparado aos

inativos. Os autores concluíram que pessoas de meia idade e de terceira idade praticantes de hidroginástica apresentaram uma melhor qualidade de vida quando comparadas a pessoas inativas da mesma idade.

3. Os Programas de Intervenção Comunitária como medida de Política

De acordo com o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC - Brasil, 2015) face ao aumento da longevidade e ao aumento da população idosa, tem-se gerado uma preocupação relativamente ao impacto e desafios que este fenómeno acarreta. A preocupação recai agora sobre como proporcionar uma velhice com mais saúde, para tal, é necessário reduzir os fatores de risco (ambientais, comportamentais) e aumentar os fatores de proteção. Bárrios e Fernandes (2014) consideram que estamos perante um dos grandes desafios da sociedade, sendo necessário repensar as soluções políticas.

O paradigma do “envelhecimento ativo” proposto pela WHO (2002) propõe orientações para o desenvolvimento de Políticas públicas, de modo a superar os desafios que surgem com o envelhecimento demográfico. Como já foi visto anteriormente, a WHO (2002) propõe que a orientação política seja baseada em três pilares: (1) saúde, ou seja, os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doença crónica e de declínio funcional devem ser mantidos num nível baixo e os fatores protetores num nível elevado, de modo a proporcionar uma maior qualidade de vida. Para as pessoas que necessitam de assistência, devem ser disponibilizados serviços sociais e de saúde; (2) participação, a sociedade em geral (i.e. mercado de trabalho, políticas, programas) deve fomentar a participação das pessoas em atividades socioeconómicas, culturais e espirituais, de modo a que as pessoas enquanto envelhecem possam continuar a contribuir para a sociedade através da realização de atividades remuneradas e não remuneradas; e (3) segurança, as políticas e os programas devem assegurar as necessidades e os direitos dos idosos (i.e. segurança social, segurança física e segurança financeira) de modo a proporcionar proteção, dignidade e assistência as pessoas mais velhas. É a partir destes pilares que são definidos os parâmetros de intervenção com o objetivo de potenciar o bem-estar biopsicossocial e permitir a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Este enquadramento conceptual permite uma reflexão ao nível político e ao nível local, através do qual se poderá criar intervenções sistémicas. Face às várias recomendações para o envelhecimento ativo propostas pela OMS, na presente dissertação destaca-se a “Participação”. Assim sendo, os Programas Comunitários

são uma ótima forma de proporcionar às pessoas mais velhas, a oportunidade de participar em atividades sociais, culturais, cívicas e recreativas de acordo com suas necessidades, preferências e capacidades.

De acordo com Silveira e Portuguez (2017a) de modo a minimizar o impacto do processo de envelhecimento na vida diária das pessoas mais velhas, surgem Programas de envelhecimento ativo no seio de grupos de Intervenção dos Municípios. Os idosos através desses grupos procuram melhorar a saúde física e mental através de exercícios físicos e atividades recreativas. De salientar que os dois Programas sob investigação no estudo empírico estão dentro destas duas categorias (atividade física e atividades socio-recreativas). Vargas, Lara e Mello-Carpes (2014) constataram que os idosos ao participarem em grupos de terceira idade asseguram a manutenção de um envelhecimento saudável, ou seja, potenciam a prevenção do défice cognitivo e a promoção da saúde recorrendo a momentos de lazer, exercício físico e atividades cognitivas.

A WHO (2002) defende a adoção de um estilo de vida ativo de forma a melhorar a saúde mental e promover os contatos sociais. Contudo, na maioria dos países ainda existe uma grande quantidade de pessoas mais velhas com uma vida considerada sedentária. O mesmo se verifica nas populações com baixos rendimentos, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiência. Deste modo, as Políticas e Programas devem estimular a população inativa a se tornar mais ativa à medida que envelhecem e proporcionar oportunidades para tal (i.e. áreas seguras para caminhadas, apoio a atividades comunitárias que incentivem a atividade física).

A título de exemplo pode-se referir alguns dos Programas existentes no Município de Viana do Castelo. O Programa “Vencer a idade com saúde” iniciou em 2007 e é direcionado para pessoas a partir dos 60 anos ou com menos idade em situação de reforma antecipada. O projeto concretiza-se em duas sessões semanais, com a duração de 45 minutos cada, de novembro a junho: (1) uma sessão em Pavilhão Gimnodesportivo, com atividades físicas direcionadas à melhoria das qualidades físicas básicas, como são a força, a resistência, a flexibilidade, a coordenação e o equilíbrio, e jogos que melhoram a atenção e a memória; (2) outra sessão em Piscina, com exercícios de relaxamento e exercícios terapêuticos e de reabilitação. Tem como objetivos: proporcionar aos idosos o acesso à atividade física; melhorar e promover o bem-estar físico das pessoas idosas; e sensibilizar para a importância do exercício físico como fator determinante da saúde.

Dentro dos Programas socioculturais, o Programa Comunitário destinado à cultura e lazer da população idosa “Envelhecer com Qualidade”, também designado de “Senior+Ativo”. É um programa gratuito e foi criado em 2005. Trata-se de um conjunto

de atividades recreativas, culturais e de lazer, que decorrem todas as quartas-feiras do ano e se destinam à população com mais de sessenta anos ou reformados. Para acesso a estas atividades, é emitido o “Passaporte Cultura da Idade” que identifica os participantes e regista a sua presença nos vários eventos. Ao idoso mais participativo é atribuído um prémio no final do ano. Das atividades mais participadas, destacam-se os bailes, o cinema, o teatro, as visitas a exposições e as palestras sobre a saúde. As atividades têm como objetivos: aumentar a percentagem de população sénior com vida ativa; criar mecanismos que facilitem o acesso da população idosa a atividades de lazer, culturais e recreativas; promover o bem-estar social, combater o isolamento e promover um maior contacto intergeracional. Estes dois Programas/Projetos estão sob investigação no presente estudo.

Como refere Bárrios e Fernandes (2014) este género de Programas evidenciam a preocupação com a temática do envelhecimento por parte das comunidades. Contudo, é necessário que estas intervenções sejam baseadas numa perspetiva integrada do curso de vida, ou seja, a promoção da saúde e da atividade física deve começar desde cedo e perdurar ao longos dos anos, inclusive no envelhecimento. A comunidade (Instituições, Organizações, Câmaras Municipais, Associações, IPSS, Sociedade Civil) é responsável pela criação deste tipo de ações locais.

De acordo com Yassuda e Silva (2010) os profissionais e investigadores do âmbito do envelhecimento percebem que a participação em Programas para a terceira idade produz benefícios psicológicos, sociais e de saúde. No entanto, o nível de controlo da investigação é ainda reduzido, sendo que a maior parte dos estudos carece de grupo de comparação.

3.1. Atividade física e envelhecimento ativo e bem-sucedido

Segundo Matsudo, Matsudo e Neto (2001) a associação entre atividade física, saúde, qualidade de vida e envelhecimento tem sido cada vez mais investigada, existindo um consenso de que a atividade física é um fator determinante para o sucesso do envelhecimento. Dos diversos estudos que têm sido realizados nos últimos anos para tentar descobrir o que contribui para um envelhecimento com qualidade e bem-sucedido, vários apontam a prática de atividade física como um dos fatores essenciais (Vaillant, 2003, como citado em Ribeiro & Paúl, 2011). Segundo Franco-Martin, Parra-Vidales, González-Palau, Bernate-Navarro e Solis (2013) a atividade física tem sido indicada como fator protetor em relação à função cognitiva em idosos,

sendo uma estratégia de intervenção promissora. Na mesma linha, a WHO (2004) aponta um estilo de vida ativo como uma das principais formas de prevenir as doenças, manter o funcionamento cognitivo e promover a integração na sociedade.

A OMS (2014, p.1) define atividade física como “*qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia*”, ou seja, exercícios executados com a finalidade de manter a saúde física, mental e espiritual. O termo “atividade física” não deve ser confundido com “exercício físico”, que é uma subcategoria da atividade física e é planeada, estruturada, repetitiva e tem como objetivo melhorar ou manter um ou mais componentes do condicionamento físico.

De acordo com a OMS (2010) a atividade física regular moderada (i.e. caminhar, pedalar, praticar desporto) e intensa traz benefícios para a saúde. Em pessoas com 65 anos ou mais, a atividade física consiste em atividades durante o tempo livre (i.e. caminhar ou andar de bicicleta), atividades ocupacionais (quando a pessoa ainda trabalha), tarefas domésticas, jogos, desportos ou exercícios programados, no contexto de atividades quotidianas, familiares e comunitárias. A intensidade da prática de atividade física varia de pessoa para pessoas, no entanto existem uma série de recomendações gerais. Quanto à prática de atividade física em pessoas mais velhas, a OMS (2010) recomenda que adultos com 65 anos ou mais, devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada durante a semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade alta durante a semana, ou uma combinação equivalente de atividades de intensidade moderada e alta. Já segundo o “*American College of Sports Medicine*” (ACSM, 2010), para que o idoso aproveite os benefícios provenientes da prática da atividade física, as atividades devem ser realizadas com intensidade moderada a vigorosa, com duração de 30 a 60 minutos diários e uma frequência de pelo menos três a cinco dias por semana. A prática regular e moderada de atividade física é uma das principais bases para a manutenção da saúde ao longo da vida, podendo retardar declínios funcionais e diminuir o aparecimento de doenças crónicas em idosos saudáveis ou doentes crónicos (WHO, 2002).

Para Carvalho e Mota (2012) a atividade física surge como coadjuvante fundamental no processo de envelhecimento. A atividade física não evita os efeitos negativos do envelhecimento, mas minimiza os mesmos, predominantemente no domínio social e biológico. Assim, a atividade física, visa prevenir ou retardar alterações e patologias comuns no envelhecimento, permitindo manter as capacidades das pessoas mais velhas, o que lhes possibilita manter uma boa qualidade de vida e não só, se a atividade física for realizada de forma adaptada e contínua, pode melhorar e reabilitar algumas dessas patologias.

De acordo com Araújo (2011) a atividade física regular pode ser uma forma de atingir uma série de objetivos que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente: (a) objetivos físicos, através da manutenção ou aumento da resistência, força muscular, flexibilidade e equilíbrio; (b) objetivos psíquicos/psicológicos, com a melhoria das capacidades cognitivas, preceptivas e de coordenação; e (c) objetivos sociais/relacionais, ao implicar a manutenção ou melhoria das capacidades comunicativas consigo mesmo, com os outros que o rodeiam e com o ambiente. Alcântara e colaboradores (2014) referem também benefícios em várias funções essenciais do organismo, integrando aspetos fisiológicos, sociais e psicológicos. Na mesma linha, Silva, Brasil, Furtado, Costa e Farinatti (2014) referem que a participação em um programa regular de atividade física (ginástica, hidroginástica, ou outra modalidade) pode ser bastante benéfico. Ao nível físico, mantém o corpo em boas condições físicas, assim como a prevenção de doenças crónicas. Ao nível social, muitas vezes o idoso tem poucas oportunidades de relacionamento, sendo que os Programas de exercícios físicos em grupo podem proporcionar um maior contacto social, através do diálogo, troca de experiências, criação de novas amizades.

Carvalho e Mota (2012) referem que o exercício físico para além de englobar os objetivos referidos pelos autores anteriores, possui um objetivo principal que é a melhoria do bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa.

De acordo com Araújo (2011) se por um lado a atividade esta ligada ao envelhecimento saudável, a inatividade está na origem de muitas patologias, principalmente as associadas ao processo de envelhecimento. Alcântara, Cabral, Freire, Pereira, Rocha e Torres (2014) referem também a inatividade física como sendo prejudicial para a qualidade de vida na velhice, deste modo a prática de atividade física regular é importante para alcançar uma boa qualidade de vida. Vários autores corroboram esta ideia. Pires, Dias, Couto e Castro (2013) da mesma forma que estudos anteriores, relatam que um estilo de vida fisicamente ativo pode ser fundamental para a melhoria da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. No mesmo sentido, Sonati e colaboradores (2014) indicam que a adoção de hábitos de vida saudável, nomeadamente, a prática de atividade física, promove a saúde ao longo da vida, influenciando o envelhecimento de um modo positivo e uma melhor perceção da qualidade de vida.

Deste modo, como refere a WHO (2002) importa proporcionar oportunidades para as pessoas idosas se manterem ativas, participarem e praticarem atividade física. No entanto, como refere Fernandes (2014) não é fácil implementar nos idosos

este hábito quando ele não está presente desde cedo. Acerca do assunto Pires e colaboradores (2013) defendem que um dos maiores desafios são as mudanças e consolidação de hábitos e estilos de vida saudáveis, este fato é mais acentuado nos idosos, uma vez que, provavelmente, tais hábitos e estilos estão consolidados e incorporados em suas vidas há muito tempo.

Em síntese, dada a relevância dos achados acerca do tema e relativamente ao impacto que os Programas Públicos de Intervenção Comunitária, que incluem a prática de atividade física podem ter sobre o desempenho cognitivo e conseqüentemente sobre a qualidade de vida de idosos, importa realizar outros estudos na área e analisar as relações entre estas variáveis. Igualmente Programas ligados às atividades recreativas poderão trazer benefícios para o funcionamento cognitivo e qualidade de vida. Dada a relevância deste assunto apresentam-se em seguida o planejamento do estudo- Método (Capítulo II)

CAPÍTULO II - MÉTODO

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas associadas ao estudo em questão, tomando em consideração o objetivo: analisar o desempenho cognitivo e a qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em Programas Públicos de Intervenção Comunitária.

1. Plano de investigação e participantes

O presente estudo trata de uma investigação de natureza quantitativa, uma vez que se pretende analisar os dados recolhidos de acordo com os padrões de comportamento dos participantes de um Programa Comunitário. Dentro da abordagem escolhida, o presente estudo é descritivo e correlacional. Descritivo porque pretende descrever situações e acontecimentos, ou seja, especificar as propriedades/características de pessoas, grupos e comunidades. Correlacional porque pretende medir o grau de associação entre duas ou mais variáveis (desempenho cognitivo e qualidade de vida) e permite estimar o valor aproximado de uma variável a partir do valor de variáveis relacionadas (Sampieri, Collado, Lucio, Murad & Garcia, 2006).

Relativamente ao momento em que ocorreu a recolha de dados, sendo a avaliação das variáveis feita num único espaço de tempo, opta-se por um estudo transversal. Para Fortin e colaboradores (2009) este tipo de estudo avalia a frequência de acontecimentos ou de um problema num determinado momento.

Tendo em consideração os objetivos do estudo, tornou-se necessário definir a população-alvo, ou seja, o universo de indivíduos que estamos interessados em estudar. Face à impossibilidade de estudar todos os elementos da população-alvo, optou-se pela avaliação de uma amostra. Recorreu-se a uma amostra obtida através do universo de idosos participantes de um Programa Comunitário em Viana do Castelo, sendo esta representativa da população-alvo. A amostra foi, portanto, não probabilística, ou seja, consta de um procedimento de seleção, mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. As amostras não probabilísticas tratam, muitas das vezes, de uma amostra por conveniência, sendo compostas por indivíduos que interessam aos investigadores (Fortin et al,2009; Sampieri et al. 2006). Tendo em conta as recomendações metodológicas de Creswell (2012) para os estudos quantitativos, a amostra é composta por um total de 104 pessoas. Para o presente estudo de investigação definiram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: (a) pessoas com idade entre os 55 e os 84 anos, inclusive; (b) residir na comunidade; (c)

disponibilidade para participar em entrevistas e responder aos questionários, aceitando essa mesma participação através do fornecimento do consentimento informado. Para os PIC ainda se teve em consideração a questão da participação nos Programas Comunitários. Os critérios de inclusão foram definidos com o objetivo de obter uma amostra o mais homogénea possível (Fortin et al., 2009).

2. Instrumentos de recolha de dados

Tendo em conta os objetivos delineados para o presente estudo, é fundamental recorrer a um conjunto diversificado de instrumentos, cuja seleção parece ser adequada ao objetivo do estudo e às variáveis em estudo. Foi utilizado o protocolo de investigação e consentimento informado, do projeto AgeNorteC- envelhecimento, participação social deteção precoce de dependência: capacitar para a 4ª idade.

O referido protocolo é composto por uma parte inicial constituído por um Questionário sociodemográfico e de Participação Social elaborados para o efeito, para além de um conjunto de instrumentos de avaliação gerontológica multidimensional.

Face aos objetivos do presente estudo, apenas serão analisados os dados provenientes do Questionário Sociodemográfico, Questionário de Participação Social (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa de Guerreiro, et al., 1994; Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009) e avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref; WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa de Vaz Serra et al, 2006; Canavarro et al., 2007).

O **Questionário Sociodemográfico** utilizado na recolha de dados foi importante para a caracterização da amostra, nomeadamente, para a obtenção da variável idade, data de nascimento, género, escolaridade, estado civil, profissão, local de residência e estado de saúde.

Foi elaborado para o efeito o **Questionário de Participação Social** (Bastos, Pimentel, Silva, Monteiro & Faria, 2018), de resposta aberta e fechada, de modo a avaliar as questões relativas à participação social e divide-se em três partes: (a) Dados Sociodemográficos; (b) Participação em Programas/Projetos Públicos de Intervenção Comunitária; (c) Participação social global.

Para avaliar algumas áreas da cognição foi utilizado a versão portuguesa do **Mini Mental State Examination** (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994; Morgado et al., 2009). O instrumento inclui 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos: (1) *Orientação*; (2) *Retenção*; (3) *Atenção e Cálculo*; (4) *Evocação Diferida*; (5) *Linguagem*; e (6) *Habilidade ou*

Capacidade Construtiva. O MMSE é aplicado através da realização de diversas questões, cada uma delas tem o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas e está organizado da seguinte forma: *Orientação temporal e espacial* (10 pontos), *Retenção* (3 pontos), *Atenção e Cálculo* (5 pontos), *Evocação* (3 pontos), *Linguagem* (8 pontos), e *Habilidade construtiva* (1 ponto). A pontuação pode variar de 0 a 30 pontos. No presente estudo utilizaram-se os valores normativos estabelecidos por Morgado, Rocha, Matura, Guerreiro e Martins (2009). Deste modo, segundo os autores os pontos de corte limite para a população portuguesa são: 22 pontos (0 a 2 anos de escolaridade), 24 pontos (3 a 6 anos de escolaridade) e 27 pontos (escolaridade igual ou superior a 7 anos). Estes valores permitem reduzir o erro de classificar como patológico o desempenho de um indivíduo saudável com menor escolaridade ou maior idade e, pelo contrário, permitem identificar corretamente como patológico o desempenho de um indivíduo com maior escolaridade ou capacidade intelectual que, apesar dos valores normais nos testes, apresenta défice cognitivo. Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2009), relativamente às propriedades psicométricas da versão portuguesa do MMSE, determinaram a fiabilidade através do método de *split-half* no instrumento completo e em cada um dos domínios. Este método consiste em correlacionar entre si metade dos domínios do MMSE. Os autores verificaram que as metades dos domínios de *Retenção* e *Atenção e Cálculo* foram as que se correlacionaram melhor entre si. Os domínios de *Orientação* e *Atenção e Cálculo* foram os que melhor se correlacionaram com a pontuação total do MMSE. A correlação entre metade do MMSE e a pontuação total foi forte e a correlação das duas metades entre si foi moderada. A consistência interna, avaliada pelo *alfa de Cronbach* foi moderada ($\alpha=0,464$).

Para avaliar a qualidade de vida dos participantes, foi utilizado a versão portuguesa do instrumento **World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL- Bref)** de WHOQOL Group (1998; versão portuguesa de Vaz Serra et al, 2006; Canavarro et al., 2007). Inicialmente o instrumento foi criado com 100 questões (WHOQOL-100) pelo grupo da OMS. Contudo surgiu a necessidade de criar um instrumento mais curto para que este fosse de aplicação rápida (curto período de tempo). Assim, o grupo da OMS desenvolveu mais tarde o WHOQOL-Bref. Este instrumento possui 26 questões e está organizado do seguinte modo: 2 questões sobre a qualidade de vida/faceta geral e 24 questões específicas para quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente). O domínio *físico* (7 questões) avalia a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida diária, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho. O domínio *psicológico* envolve 6 questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensamento,

aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. No domínio das *relações pessoais*, existem 3 questões sobre suporte/apoio social, relações sociais e atividade sexual. O último domínio, *meio ambiente* engloba 8 questões que medem a segurança física e a proteção, ambiente no lar, recursos económicos, oportunidades de acesso a novas informações, oportunidades de recreação/ lazer, ambiente físico, serviços de saúde e transporte. Nas respostas ao instrumento é utilizada uma escala do tipo Likert de cinco pontos, sendo as questões respondidas através de quatro tipos de escala: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Das 26 questões apenas três (questão 3, 4 e 26) estão enunciadas de forma negativa, ou seja, estando as questões formuladas de forma positiva quanto maior pontuação mais qualidade de vida, nestas três exceções a pontuação é invertida. O instrumento não tem ponto de corte, quanto maior a pontuação, que varia de 0 a 100, melhor a percepção do indivíduo da sua qualidade de vida. Quanto às características psicométricas Canavarro, Vaz Serra, Pereira, Simões, Quartilho, Rijo, Gameiro, Canoa e Paredes (2010) observaram que quanto à fiabilidade o instrumento apresenta uma consistência interna satisfatória avaliada através do coeficiente *alfa de Cronbach* ($\alpha=0,92$ para as 26 questões; $\alpha=0,64$ para o domínio das *relações sociais*; $\alpha=0,78$ para o domínio do *ambiente*; $\alpha=0,84$ para o domínio *psicológico*; e $\alpha=0,87$ para o domínio *físico*). O instrumento também apresentou estabilidade temporal, o valor da correlação teste-reteste variaram entre 0,65 para o domínio das *relações sociais* e 0,85 para o domínio *psicológico*. Quanto à validade discriminante, o instrumento diferencia bem as pessoas consideradas “doentes”, das consideradas “saudáveis” pertencentes ao grupo de controlo. No que diz respeito à validade de conteúdo, todas as relações obtidas tiveram significância estatística ($p < 0,001$). As correlações mais elevadas ocorreram entre: a *faceta geral de QdV* e o domínio *físico* ($r = 0,72$); o domínio *psicológico* e o domínio *físico* ($r = 0,55$); o domínio *psicológico* e o domínio das *relações sociais* ($r = 0,56$); o domínio *psicológico* e o domínio do *ambiente* ($r = 0,57$); o domínios *das relações sociais* e o domínio do *ambiente* ($r = 0,50$).

3. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados decorreu entre os meses de março e maio de 2018, através de entrevistas estruturadas e realizadas presencialmente. Inicialmente as pessoas foram selecionadas de acordo com os critérios de inclusão. Posteriormente foram contactadas de forma a realizar uma breve apresentação do estudo e de forma a perceber o interesse das pessoas em participar no mesmo.

O protocolo do projeto AgeNortC – *Envelhecimento, Participação Social e Detecção Precoce da Dependência: Capacitar para a 4ª Idade* foi administrado aos participantes nos locais onde decorriam as atividades inseridas nos Programas Públicos de Intervenção Comunitária, Associações, Juntas de Freguesias e na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Aquando da aplicação do protocolo, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, assim como a duração estimada da aplicação do protocolo. Foram informados de que a participação no mesmo era voluntária e que poderiam interromper e desistir a qualquer momento. Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos assim como o anonimato dos mesmos, para esse efeito foi assinado o consentimento informado. Após aceitação de todos os passos anteriormente descritos, iniciou-se a heteroadministração do protocolo de recolha de dados. A administração dos protocolos teve uma duração de 45 a 60 minutos.

4. Estratégias de análise de dados

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22. Visto que se trata de um estudo de natureza quantitativa, procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial de forma a explorar a relação entre variáveis e a comparação entre grupos de participantes. A estatística descritiva, foi levada a cabo numa primeira fase, esta engloba as medidas de tendência central e de dispersão, permitindo-nos descrever um conjunto de dados. A estatística inferencial, utilizada posteriormente, inclui todos os testes estatísticos de associações e diferenças, esta análise permitiu retirar conclusões acerca da população-alvo (Martins,2011).

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, pretende-se expor as principais características dos participantes do estudo e a participação em atividades PIC e atividades para além dos PIC. Seguindo-se da descrição das variáveis em estudo (desempenho cognitivo e qualidade de vida) em função das características sociodemográficas.

1. Descrição dos participantes e Programas de Intervenção Comunitária (PIC)

Neste ponto apresentam-se as características sociodemográficas dos dois grupos que formam a amostra em estudo (grupo PIC e grupo de comparação). Seguidamente é feita uma caracterização do grupo PIC em termos de participação/envolvimento social, ou seja, apenas é caracterizado o grupo PIC face às atividades realizadas nos Programas. Por fim, são analisadas as atividades realizadas fora dos PIC, aqui incluem-se o grupo PIC e grupo de comparação.

1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

Relativamente às características sociodemográficas (Tabela 1) dos 104 participantes do estudo, 52 pertencem ao grupo PIC (Programa de Intervenção Comunitária) e os outros 52 fazem parte do grupo de comparação (não participam em Programas de Intervenção Comunitária).

A totalidade da amostra ($n=104$) varia entre os 55 e 84 anos ($M= 72,6$; $dp= 5,9$), predominantemente entre os 65-74 anos (61,5%), género feminino (80,8%), casados (61,5%), nível de escolaridade até seis anos (89,4%). Estes indivíduos são na sua grande maioria reformados (93,1%) e com rendimentos mensais entre os 421 e 1000 euros do agregado familiar (58,4%). A maioria das pessoas vive acompanhada (74,0%) e têm filhos (93,1%), em média 2 a 3 filhos ($M=2,7$; $dp=1,6$).

De seguida serão apresentadas separadamente as características sociodemográficas de cada um dos grupos em estudo: grupo PIC e grupo de comparação.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Idade <i>M</i> (<i>DP</i>)	72,4 (5,8)		72,9 (6,0)		72,6 (5,9)	
(<i>mín</i> – <i>máx</i>)	61 – 83		55 – 84		55 – 84	
55 – 64	2	3,8	2	3,8	4	3,8
65 – 74	32	61,5	32	61,5	64	61,5
75 – 84	18	34,6	18	34,6	36	34,6
Género						
Feminino	42	80,8	42	80,8	84	80,8
Masculino	10	19,2	10	19,2	20	19,2
Estado Civil						
Solteiro(a)	2	3,8	3	5,8	5	4,8
Casado(a)/União de facto	32	61,5	32	61,5	64	61,5
Separado(a)/Divorciado(a)	5	9,6	1	1,9	6	5,8
Viúvo(a)	13	25,0	16	30,8	29	27,9
Nível de Escolaridade						
0-2 anos	3	5,8	7	13,5	10	9,6
3-6 anos	46	88,5	37	71,2	83	79,8
>= 7 anos	3	5,8	8	15,4	11	10,6
Situação Profissional						
Empregado	--	--	4	7,8	4	3,9
Desempregado	3	5,9	--	--	3	2,9
Reformado	48	94,1	47	92,2	95	93,1
Rendimento Mensal						
Inferior a 250€	3	5,9	1	2,0	4	4,0
De 250€ a 420€	9	17,6	7	14,0	16	15,8
De 421€ a 750€	13	25,5	17	34,0	30	29,7
De 751€ a 1000€	21	41,2	8	16,0	29	28,7
De 1001 a 2000€	5	9,8	11	22,0	16	15,8
Superior a 2000€	--	--	6	12,0	6	5,9
Tem filhos						
Sim	45	91,8	49	94,2	94	93,1
N.º de Filhos <i>M</i> (<i>DP</i>)	2,6 (1,2)		2,9 (1,9)		2,7 (1,6)	
<i>Mo</i>	2		2		2	
(<i>mín</i> – <i>máx</i>)	1 – 6		1 – 12		1 – 12	
Vive com outras pessoas	37	71,2	40	76,9	77	74,0

O grupo PIC (*n*=52) é composto por indivíduos entre os 61 e 83 anos, a maioria do sexo feminino (80,8%), casados ou em união de facto (61,5%). Em termos de escolaridade 94,3% dos indivíduos possui até seis anos de escolaridade. São maioritariamente reformados (94,1%) e quanto aos rendimentos mensais verifica-se

que 66,7% deste grupo recebe valores entre os 421€ e 1000€ e uma pequena percentagem (9,8%) recebe de 1001€ a 2000€. O grupo de comparação, composto por indivíduos entre os 55 e 84 anos apresenta a mesma percentagem de indivíduos do sexo feminino e indivíduos casados ou em união de facto que o grupo PIC. Quanto à escolaridade a maioria possui também até seis anos de escolaridade (84,7%), a maioria são reformados (92,2%) mas existem quatro indivíduos (7,8%) que continuam a exercer uma atividade remunerada. Nos rendimentos mensais, metade do grupo (50%) auferem mensalmente entre os 420€ e os 1000€ e 17 pessoas (34,0%) recebe de 1001€ a mais de 2000€.

A maioria dos participantes dos dois grupos têm filhos (PIC – 91,8%) e comparação (94,2%) e vivem acompanhados (PIC – 71,2%; comparação – 76,9%).

1.2. Caracterização do grupo PIC

O grupo PIC é composto por indivíduos que frequentam os Programas/Projetos e respetivas atividades nestes desenvolvidos. Este grupo será caracterizado em termos de tipologias de Programas nos quais estão envolvidos, os motivos de participação, tempo e frequência de participação e assiduidade nos mesmos.

Tabela 2. Descrição dos Programas (PIC)

Descrição	Grupo PIC <i>n</i> = 52			
	Prática		Não Prática	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Envelhecer com qualidade				
Baile	23	44,2	29	55,8
Cinema	4	7,7	48	92,3
Oficinas	3	5,8	49	94,2
Teatro	7	13,5	45	86,5
Jardim PAM	14	26,9	38	73,1
Vencer a idade com saúde				
Ginástica	37	71,2	15	28,8
Hidroginástica	38	73,1	14	26,9

Legenda: os participantes podem frequentar mais do que uma atividade

Relativamente à participação em atividades de Intervenção Comunitária (Tabela 2), os participantes referiram participar no programa “Envelhecer com qualidade” e no programa “Vencer a idade com saúde”. As atividades do projeto “Vencer a idade com saúde”, são as que possuem maior afluência. A hidroginástica foi

a mais frequente (73,1%), assim como a ginástica (71,2%). No projeto “Envelhecer com qualidade”, as atividades mais frequentadas são o Baile (44,2%) e o jardim PAM (26,9%). O Teatro (13,5%), o cinema (7,7%) e as oficinas (5,8%) são as atividades menos realizadas pelos participantes. De salientar que os participantes que praticam hidroginástica são possivelmente os mesmos que frequentam a ginástica.

Tabela 3. Motivos que incentivaram a participação nos PIC

Motivos	Grupo PIC	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Ocupar o tempo	30	57,7
Conhecer novas pessoas	20	38,5
Manter a saúde	41	78,8
Praticar atividade física	23	44,2
Participar em atividades de que gosta	20	38,5
Outro		
Envolvimento com os outros	5	9,6
Envolvimento em atividades	4	7,7
Recomendação médica	3	5,8

Legenda: os participantes podiam escolher mais do que um motivo

Quanto aos motivos que levam as pessoas mais velhas a participar nos PIC, a Tabela 3, evidencia os mesmos. De salientar que os indivíduos podiam apontar mais do que um motivo para participar nos PIC. A maioria dos participantes (78,8%), referiu que o fazem de modo a manter a sua saúde, para ocupar o tempo (57,7%) e para praticarem atividade física (44,2%). Participar em atividades de que gosta e conhecer novas pessoas foram os motivos de 38,5% dos participantes.

Tabela 4. Categorização do tempo de participação nos PIC

	Grupo PIC	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
<1 ano	4	7,7
1-3 anos	18	34,6
4-6 anos	13	25,0
+6 anos	17	32,7

Em relação ao tempo de participação nos PIC (Tabela 4), a grande parte da amostra participa pelo menos há mais de um ano, apenas 7,7% participa há menos de um ano. A maioria dos indivíduos (34,6%) relataram que já participam nas atividades do Programa da Câmara Municipal entre um e três anos, 25% participam nestes Programas entre quatro e seis anos e 32,7% indicaram que participavam nestas atividades por um tempo superior a seis anos.

Tabela 5. Frequência atual de participação nos PIC

	Grupo PIC	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Uma vez por semana	11	21,2
Duas vezes por semana	29	55,8
Uma vez por mês	10	19,2
Outra		
Quatro vezes por semana	1	1,9

A Tabela 5, é referente à frequência dos indivíduos nos PIC, sendo que a grande maioria da amostra (77%) exercita-se entre uma a duas vezes por semana, destes 55,8% frequenta os PIC duas vezes por semana. Os que participam apenas uma vez por mês são 10 (19,2%) e apenas uma pessoa (1,9%) participa quatro vezes por semana.

Tabela 6. Assiduidade nos PIC

	Grupo PIC	
	<i>n</i> = 52	
	<i>n</i>	%
Sim	51	98,1
Não	1	1,9

Ao nível da assiduidade nos PIC (Tabela 6) do total de 52 participantes, apenas um (1,9%) não se considera assíduo às atividades disponibilizadas pela Câmara.

1.3. Atividades para além dos PIC

Para além das atividades anteriormente descritas fez-se um levantamento das atividades em que os participantes estavam envolvidos.

Tabela 7. Participação em outras atividades

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	18	34,6	25	48,1	43	41,3
Não	34	65,4	27	51,9	61	58,7

Através da Tabela 7, é possível entender quem são os indivíduos que participam em atividades sociais e de lazer não incluídas nos PIC. De um modo geral, a totalidade da amostra (*n*=104) na sua maioria (58,7%) não participa em outras atividades para além das integradas nos Programas Comunitários. O grupo de comparação é aquele que apresenta uma maior percentagem de indivíduos (48,1%) que participa em atividades para além dos PIC, comparativamente com o grupo PIC.

Tabela 8. Tipologia de atividades

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 18		<i>n</i> = 25		<i>n</i> = 43	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Atividade física	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Envolvimento com os outros	9	50,0	5	20,0	14	32,6
Atividades de lazer	4	22,2	9	36,0	13	30,2
Voluntariado	1	5,6	2	8,0	3	7,0

Relativamente ao género de atividades exercidas fora dos PIC (Tabela 8), no grupo PIC, destaca-se a participação em atividades de envolvimento com os outros (50%), a atividade física e atividades de lazer (22,2% cada). No grupo de comparação a atividade física e as atividades de lazer são as que possuem maior participação (36% cada uma), seguindo-se das atividades de envolvimento com os outros (20%).

Tabela 9. Novas atividades realizadas no último ano

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 51		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 103	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	5	9,8	1	1,9	6	5,8
Não	46	90,2	51	98,1	97	94,2

Relativamente ao último ano, a participação em novas atividades (Tabela 9) foi superior no grupo PIC relativamente ao grupo de comparação. Assim sendo, observou-se que cinco participantes do PIC (9,8%) participaram no último ano em novas atividades fora do PIC, face a um participante do grupo de comparação (1,9%).

Tabela 10. Participação em atividades atualmente

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Maior do que antes	24	46,2	9	17,3	33	31,7
Igual a antes	21	40,4	20	38,5	41	39,4
Menor do que antes	7	13,5	23	44,2	30	28,8

Quanto ao grau de participação em atividades atualmente (Tabela 10), 46,2% dos participantes do grupo PIC relataram que a sua participação em atividades atualmente é maior do que antes. Enquanto 44,2% do grupo de comparação revelou que a sua participação atual nas atividades é inferior ao passado.

Tabela 11. Perceção de participação em atividades face a pessoas da mesma idade

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Maior do que a maioria das pessoas	23	44,2	13	25,0	36	34,6
Igual à maioria das pessoas	26	50,0	22	42,3	48	46,2
Menor do que a maioria das pessoas	3	5,8	17	32,7	20	19,2

A Tabela 11, revela a percepção dos participantes acerca do seu grau de participação em atividades sociais e recreativas comparativamente com pessoas da mesma idade. Metade dos participantes do grupo PIC (50%) considera que a sua participação em atividades recreativas e sociais é igual à maioria das pessoas da sua faixa etária e 44,2% considera a sua participação neste género de atividades maior do que a maioria das pessoas da sua idade. Por sua vez, 42,3% do grupo de comparação, considera a sua participação igual à maioria das pessoas e 32,7% considera mesmo que tem uma menor participação do que a maioria das pessoas. Apenas 25% afirma que tem uma maior participação do que a maioria das pessoas da sua idade.

Tabela 12. Atividades realizadas no último ano

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ir a restaurantes, cafés, assistir a eventos desportivos ou espetáculos culturais	37	71,2	42	80,8	79	76,0
Fazer viagens ou excursões com outras pessoas	39	75,0	25	48,1	64	61,5
Visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos	46	90,2	47	92,2	93	89,4
Participar numa associação/grupo	25	49,0	11	21,2	36	34,6
Frequentar a igreja ou serviços religiosos	47	90,4	44	88,0	91	87,5
Ajudar familiares/amigos/vizinhos sem ser pago por isso	46	88,5	44	84,6	90	86,5
Fazer voluntariado	4	7,7	7	13,5	11	10,6

Acerca das atividades realizadas fora do PIC no último ano (Tabela 12), de um modo geral as atividades mais realizadas pela totalidade da amostra são: Visitar ou receber amigos/familiares/vizinhos (89,4%), frequentar a igreja ou serviços religiosos (87,5%), e ajudar familiares/amigos/ vizinhos sem ser pago por isso (86,5%). Em ambos os grupos se observa a mesma tendência para as atividades mais realizadas. A atividade menos realizada em ambos os grupos foi o voluntariado.

Tabela 13. Grau de entusiasmo face a planos futuros e sua concretização

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total	
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 50		<i>n</i> = 102	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0 (Nada entusiasmado)	1	1,9	6	12,0	7	6,9
1	3	5,8	--	--	3	2,9
2	--	--	--	--	--	--
3	5	9,6	1	2,0	6	5,9
4	2	3,8	--	--	2	2,0
5	13	25,0	14	28,0	27	26,5
6	3	5,8	--	--	3	2,9
7	5	9,6	3	6,0	8	7,8
8	7	13,5	7	14,0	14	13,7
9	7	13,5	8	16,0	15	14,7
10 (Totalmente entusiasmado)	6	11,5	11	22,0	17	16,7

Quanto ao grau de entusiasmo dos participantes realizarem planos para o futuro e concretiza-los (Tabela 13) podemos dividir os resultados em dois grupos: (1) pouco entusiasmado, do 0 a 5; e (2) muito entusiasmado, de 6 a 10. A maioria dos idosos do grupo PIC (78,9%) considera-se muito entusiasmado para realizar planos para o futuro e concretiza-los. No grupo de comparação a percentagem de idosos muito entusiasmados em fazer planos para o futuro é de 86%, sendo superiores aos idosos do PIC.

2. Análise do desempenho cognitivo e qualidade de vida em função das características sociodemográficas

Passamos agora à descrição das variáveis em estudo, desempenho cognitivo e qualidade de vida. No que diz respeito ao desempenho cognitivo, apresentam-se nesta secção os resultados obtidos através da aplicação do MMSE. Considerando para o efeito dois grupos de idade (55-74 anos e 75-84 anos) e três grupos de escolaridade (0-2 anos; 3-6 anos; >=7 anos). A divisão nestes dois grupos de idade foi realizada tendo em consideração a categorização de idades das pessoas mais velhas de Suzman e Riley (1985, como citado em Schaie & Willis, 2003). Para os autores as pessoas com mais de 65 anos podiam ser divididas em três grupos: (1) idosos - jovens, 65-74 anos; (2) idosos, 75-85 anos; e (3) idosos - velhos, mais de 85 anos. Será analisado o “défice cognitivo”, termo utilizado com base no desempenho da

média do teste de MMSE, tendo em conta a população de referência, tomando os valores normativos de Morgado e colaboradores como critério. A divisão da escolaridade foi também baseada no estudo destes autores (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009).

Quanto à qualidade de vida, os dados obtidos serão expostos e analisados em função do grupo de pertença, do tempo de participação nos PIC, idade, género e ainda será correlacionada com os resultados do MMSE.

2.1. O desempenho cognitivo face à intervenção

Tabela 14. Descrição do desempenho cognitivo

	Grupo PIC <i>n</i> = 52			Grupo Comparação <i>n</i> = 52		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>Amplitude teórica</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx Observado</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx observado</i>		
MMSE Total	0-30	26,5 (3, 0)	15-30	26,2 (3,4)	17-30	1316,50	0,816
Orientação	0-10	9,6 (0,8)	6-10	9,4 (1,0)	6-10		
Retenção	0-3	3,0 (0,0)	3-3	3,0 (0,1)	2-3		
Atenção e Cálculo	0-5	3,9 (1,7)	0-5	3,9 (1,6)	0-5		
Evocação Diferida	0-3	2,0 (0,9)	0-3	2,2 (0,8)	0-3		
Linguagem	0-8	7,4 (0,8)	5-8	7,2 (0,9)	4-8		
Capacidade Construtiva	0-1	0,6 (0,5)	0-1	0,6 (0,5)	0-1		

Quanto ao MMSE Total (Tabela 14), aplicou-se o teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U=1316,50$; $p=0,816$), contudo observa-se uma tendência para o grupo PIC apresentar resultados mais elevados. De facto, o grupo PIC obteve uma pontuação média de 26,5 pontos ($dp=3,0$) no MMSE total, enquanto que o grupo de comparação obteve uma média de 26,2 pontos ($dp=3,4$).

Tendo em consideração os domínios que compõem o MMSE, a *Orientação* e *Retenção* são aqueles nos quais se regista melhor desempenho dos participantes em ambos os grupos, uma vez que a média se situa muito próxima da pontuação máxima, seguindo-se do domínio *Linguagem*.

Por sua vez, observa-se pior desempenho em ambos os grupos no domínio *Atenção e Cálculo* com uma pontuação média de 3,9 pontos ($dp=1,7$) no grupo PIC e uma pontuação média de 3,9 ($dp=1,6$) no grupo de comparação, face à amplitude

teórica entre 0 e 5 pontos. No domínio *Capacidade Construtiva* (i.e. “Desenho”), onde os participantes do grupo PIC e do grupo de comparação obtiveram uma pontuação média de 0,6 pontos ($dp=0,5$), sendo que a amplitude teórica varia entre 0 e 1. O domínio de *Evocação Diferida* com uma pontuação média de 2,0 ($dp=0,9$) para o grupo PIC, e uma pontuação média de 2,2 pontos ($dp=0,8$) para o grupo de comparação, sendo a amplitude teórica de 0 a 3 pontos.

À semelhança de outros estudos que se têm realizado nesta área (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009), analisou-se o desempenho cognitivo em função da idade (inicialmente dividida em 3 classes - Anexo 1, tabela A1) e escolaridade. Obtiveram-se muitas células com zero pessoas, o que dificulta qualquer análise estatística. Para contornar o problema resolveu-se passar de 3 para 2 classes o grupo etário, seguindo a divisão etária de Suzman e Riley (1985, como citado em Schaie & Willis, 2003), ver Anexo 1, tabela A2. Como se manteve o mesmo problema, anteriormente referido, optou-se por realizar a análise das variáveis separadamente.

Tabela 15. Descrição do desempenho cognitivo segundo a idade e grupo

		Grupo etário	Subgrupos	<i>n</i>	<i>M (dp)</i>	<i>Min-Máx</i>	$\chi^2_{(3)}$	<i>p</i>
<i>MMSE TOTAL</i>	Grupo PIC	55-74	1	34	27,3 (2,4)	22-30	13,8	0,003*
		75-84	2	18	25,2 (3,6)	15-29		
	Grupo Comparação	55-74	3	34	27,0(3,2)	17-30		
		75-84	4	18	24,7 (3,3)	17-29		

* $p<0,05$

Para comparar o MMSE Total em função dos grupos de pertença e da idade, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os 4 subgrupos (Tabela 15 - $\chi^2_{(3)}= 13,8$; $p=0,003$). Através do teste Post Hoc LSD, para comparações múltiplas, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos 1 e 2 ($p=0,02$); 1 e 4 ($p=0,004$); 2 e 3 ($p=0,038$) e 3 e 4 ($p=0,009$). Daqui se conclui que dentro de cada grupo de pertença existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao grupo etário (subgrupos 1 e 2; 3 e 4), observando-se que o desempenho cognitivo tende a diminuir com a idade. Comparando os subgrupos 1 com 3 e 2 com 4, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas,

observa-se uma tendência para valores mais altos no grupo PIC face ao grupo de comparação.

Tabela 16. Descrição do desempenho cognitivo segundo a escolaridade e grupo

		Escolaridade	Subgrupos	<i>n</i>	<i>M (dp)</i>	Min-Max	$\chi^2_{(5)}$	<i>p</i>
<i>MMSE</i> <i>TOTAL</i>	Grupo PIC	0-2	1	3	26,7 (1,5)	25-28	11,15	0,048*
		3-6	2	46	26,4 (3,1)	15-30		
		>=7	3	3	28,0 (2,6)	25-30		
	Grupo Comparação	0-2	4	7	22,7 (3,5)	17-27		
		3-6	5	37	26,5 (3,2)	17-30		
		>=7	6	8	27,8 (2,4)	23-30		

* $p < 0,05$

Para comparar o desempenho cognitivo (MMSE Total) em função do grupo de pertença e da escolaridade, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os 6 subgrupos (Tabela 16 - $\chi^2_{(5)} = 11,15$; $p = 0,048$). Através do teste Post Hoc LSD, para comparações múltiplas, observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os subgrupos 4 e 5 ($p = 0,003$) e 4 e 6 ($p = 0,002$). Daqui se conclui que apenas no grupo de comparação existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à escolaridade (subgrupos 4 e 5; 4 e 6), observando-se que o desempenho cognitivo tende a aumentar com a escolaridade. Esta tendência observa-se em ambos os grupos, sendo que os participantes com mais anos de escolaridade apresentam melhores resultados do que os participantes com menor escolaridade.

Para além das variáveis sociodemográficas, foi testada a diferença no desempenho cognitivo em função da atividade física. Para isso, aplicou-se um teste de Mann-Whitney entre o grupo PIC que frequentava a hidroginástica ($n = 38$) e o grupo de comparação ($n = 52$). Da análise efetuada não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 967,0$; $p = 0,862$). Da mesma forma, aplicou-se o mesmo teste para comparar, dentro do grupo de referência, os que praticavam atividade física ($n = 38$) com os que praticavam atividades socio-recreativas ($n = 14$), não se observando diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 223,5$; $p = 0,376$).

Aplicando os pontos de corte ao MMSE Total, de acordo com Morgado, Rocha, Matura, Guerreiro e Martins (2009), criou-se uma nova variável (MMSE Défice-Tabela 17).

Tabela 17. Descrição do défice cognitivo no MMSE segundo grupo de pertença

	Grupo PIC		Grupo Comparação		Total		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%		
	<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 52		<i>n</i> = 104			
MMSE Défice	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%		
Com défice	10	9,6	12	11,5	22	21,1	1300	0,633
Sem défice	42	40,4	40	38,5	82	78,9		

Para verificar se existiam diferenças entre os grupos de pertença, relativamente a essa variável, utilizou-se o teste *U* de Mann-Whitney. Os resultados demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($U = 1300$; $p=0,633$). No total 22 indivíduos (21,1%) obtiveram pontuação abaixo do ponto de corte, sendo 12 (11,5 %) do grupo de comparação e 10 (9,6%) do grupo PIC.

2.2. Qualidade de vida geral e facetas específicas

De seguida serão expostos os resultados obtidos relativamente à outra variável em estudo. A avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Bref, permite-nos compreender que quanto mais próximo da pontuação máxima (100 pontos), melhor a avaliação da qualidade de vida dos participantes em estudo.

Tabela 18. Análise da qualidade de vida geral e em função da participação social

	Grupo PIC	Grupo Comparação	Total	<i>t</i> (102)	<i>p</i>
	<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 104		
	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>M</i> (<i>dp</i>)		
Qualidade de vida/faceta geral	60,6 (14,1)	67,5 (15,9)	64,1 (15,4)	2,366	0,020*
Min-Máx	25,0 - 87,5	25,0 - 100,0	25,0 - 100,0		
Domínio físico	65,7 (13,8)	65,8 (17,0)	65,8 (15,4)	0,023	0,982
Min-Máx	35,7 - 96,4	32,1 - 100,0	32,1 - 100,0		
Domínio psicológico	73,9 (11,5)	72,4 (13,2)	73,2 (12,3)	-0,596	0,553
Min-Máx	54,2 - 100,0	45,8 - 95,8	45,8 - 100,0		
Domínio relações sociais	69,1 (13,6)	71,8 (14,7)	70,4 (14,2)	0,980	0,330
Min-Máx	33,3 - 100,0	25,0 - 100,0	25,0 - 100,0		
Domínio ambiente	66,3 (11,5)	69,1 (12,7)	67,7 (12,1)	1,138	0,258
Min-Máx	34,4 - 84,4	46,9 - 96,9	34,4 - 96,9		

* $p < 0,05$

Relativamente à qualidade de vida, aplicou-se o teste t-Student para verificar se existiam diferenças significativas em função do grupo de pertença (Tabela 18). Os resultados mostraram que apenas na *QdV/faceta geral* existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pertença ($t(102)=2,366$; $p=0,020$). Ao contrário do que seria de esperar, o grupo PIC apresenta uma média mais baixa ($M=60,6$; $dp=14,1$) na *qualidade de vida/faceta geral* face ao grupo de comparação ($M=67,5$; $dp=15,9$).

Descrevendo os resultados domínio a domínio, o grupo PIC apresenta médias inferiores em todos os domínios específicos, relativamente ao grupo de comparação, à exceção do domínio *psicológico*. Neste domínio, o grupo PIC apresenta uma média de 73,9 ($dp=11,5$), face ao grupo de comparação ($M=72,4$; $dp=13,2$), contudo esta diferença não é estatisticamente significativa. O domínio que mais prevaleceu foi o domínio *psicológico*, sendo o domínio *físico* aquele que apresenta uma avaliação menor em ambos os grupos de pertença.

Tabela 19. Diferenças na qualidade de vida em função do tempo de participação em PIC

	Duração PIC ≤ 3 anos		Duração PIC > 3 anos	
	<i>n</i> = 22		<i>n</i> = 30	
	<i>M(dp)</i>	<i>M(dp)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Qualidade de vida/faceta geral	62,5 (3,4)	59,2 (2,3)	270,50	0,253
Domínio físico	69,2 (2,8)	63,2 (2,5)	226,50	0,054
Domínio psicológico	71,6 (2,5)	75,6 (2,1)	271,00	0,272
Domínio relações sociais	66,7 (2,8)	70,8 (2,5)	262,50	0,204
Domínio ambiente	66,8 (2,6)	66,0 (2,1)	316,00	0,794

No que diz respeito à qualidade de vida em função do tempo de participação nos PIC (Tabela 20), na *QdV/faceta geral*, observa-se uma tendência para indivíduos com 3 anos ou menos de participação nos PIC apresentarem uma média superior ($M=62,5$; $dp=3,4$) face a indivíduos com uma participação superior a 3 anos ($M=59,2$; $dp=2,3$). O mesmo acontece com o domínio *físico* e do *ambiente*, sendo a perceção superior em indivíduos com participação igual ou menor a 3 anos. Os indivíduos com participação superior a 3 anos nos PIC revelam uma melhor perceção do domínio *psicológico* ($M=75,6$; $dp=2,1$) face a uma participação igual ou inferior a 3 anos

($M=71,6$; $dp=2,5$) e das *relações sociais* ($M=70,8$; $dp=2,5$), face a uma participação inferior nos PIC ($M= 66,7$; $dp= 2,8$).

Há uma diferença marginalmente significativa entre os participantes PIC com menos de 3 anos e os participantes há mais de três anos ao nível do domínio *físico* da qualidade de vida ($U=226,50$; $p=0,054$). Os participantes PIC com menos de 3 anos relatam uma melhor perceção do domínio *físico* do que os participantes PIC com mais de 3 anos.

Tabela 20. Diferenças na qualidade de vida segundo grupo e idade

	Grupo PIC		Grupo Comparação		$\chi^2_{(3)}$	p
	55 – 74 anos	75 – 84 anos	55 – 74 anos	75 – 84 anos		
	$n = 34$	$n = 18$	$n = 34$	$n = 18$		
	$M (dp)$	$M (dp)$	$M (dp)$	$M (dp)$		
Qualidade de vida/faceta geral	59,2 (12,8)	63,2 (16,3)	68,0 (15,7)	66,7 (16,6)	7,304	0,063
Domínio físico	67,8 (14,5)	61,9 (11,8)	68,8 (16,7)	60,1 (16,6)	6,241	0,100
Domínio psicológico	73,0 (12,5)	75,5 (9,2)	73,9 (11,4)	69,7 (16,0)	1,540	0,673
Domínio relações sociais	69,9 (15,2)	67,6 (10,3)	71,8 (15,2)	71,8 (14,0)	1,498	0,683
Domínio ambiente	67,4 (10,9)	64,4 (12,8)	71,8 (12,9)	63,9 (10,7)	5,023	0,170

Para comparar a qualidade de vida em função dos grupos de pertença e da idade, aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis, concluindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os 4 subgrupos (Tabela 20).

No que diz respeito à *qualidade de vida/faceta geral*, no grupo PIC observou-se uma tendência para o aumento da mesma com o avançar da idade. Contrariamente, no grupo de comparação a faixa etária mais nova pontua mais alto ($M=68,0$; $dp=15,7$) face ao grupo etário 75-84 anos ($M=66,7$; $dp=16,6$). O domínio *psicológico* é o que apresenta uma perceção superior em todas as faixas etárias, à exceção do grupo de comparação nas idades entre os 75-84 anos. Neste caso o domínio das *relações sociais* é aquele que apresenta uma avaliação mais elevada ($M=71,8$; $dp= 14,0$). De modo geral, o domínio *físico* é o domínio menos prevalente nas faixas etárias de ambos os grupos, à exceção da faixa etária 55-74 anos do grupo PIC, neste caso o domínio com pontuação menor é o do *ambiente*.

Tabela 21. Diferenças na qualidade de vida segundo grupo e género

	Grupo PIC		Grupo Comparação		$\chi^2_{(3)}$	<i>p</i>
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino		
	<i>n</i> = 42	<i>n</i> = 10	<i>n</i> = 42	<i>n</i> = 10		
	<i>M</i> (<i>dp</i>)					
Qualidade de vida/faceta geral	60,1 (14,4)	62,5 (13,2)	65,5 (16,7)	76,3 (7,1)	11,575	0,009*
Domínio físico	64,2 (13,5)	72,1 (13,7)	64,2 (17,5)	72,5 (13,9)	5,038	0,169
Domínio psicológico	72,4 (11,1)	80,0 (11,4)	70,4 (12,7)	80,8 (12,3)	8,912	0,030*
Domínio relações sociais	68,7 (14,5)	70,8 (9,8)	70,4 (14,4)	77,5 (15,2)	1,735	0,629
Domínio ambiente	65,9 (11,9)	68,1 (10,4)	67,3 (12,6)	76,6 (10,3)	6,301	0,098**

p*<0,05; *p*<0,10

No que diz respeito à qualidade de vida em função do grupo de pertença e género (Tabela 21), foi aplicado o teste de Kruskal Wallis onde se pode observar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da *qualidade de vida/faceta geral* ($\chi^2_{(3)} = 11,575$, *p*=0,009) e no domínio *psicológico* ($\chi^2_{(3)} = 8,912$, *p*= 0,030). Para analisar as diferenças entre os quatro grupos foram efetuadas comparações múltiplas usando o teste LSD que revelou que as mulheres do grupo PIC apresentaram uma menor *QdV/faceta geral* do que as mulheres do grupo de comparação (*p*=0,041). No grupo de comparação, o género masculino apresenta melhores pontuações na *QdV/faceta geral*, comparativamente ao género feminino (*p*=0,042). Quanto ao domínio *psicológico*, existem diferenças estatisticamente significativas no grupo de comparação, sendo que os homens pontuam mais alto do que as mulheres (*p*=0,015).

No domínio do *ambiente*, pode considerar-se que existem diferenças marginalmente significativas. Através do teste Post Hoc LSD para comparações múltiplas verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no grupo de comparação, onde o género masculino pontua novamente mais alto do que o feminino (*p*=0,029). De um modo geral, existe a tendência para os homens pontuarem mais alto do que as mulheres no que diz respeito a todos os domínios da qualidade de vida.

Tabela 22. Análise do desempenho cognitivo e qualidade de vida segundo entusiasmo

	Entusiasmo <6	Entusiasmo >=6	U	p
	n = 45	n = 59		
	M (dp)	M (dp)		
MMSE Total	26,2 (0,5)	26,5 (0,4)	1288	0,794
Qualidade de vida/faceta geral (D0)	61,9 (2,3)	65,7 (2,0)	1102	0,125
Domínio físico (D1)	64,9 (2,3)	66,4 (2,0)	1243,5	0,58
Domínio psicológico (D2)	69,8 (1,8)	75,7 (1,6)	933	0,009*
Domínio relações sociais (D3)	68,5 (2,0)	71,9 (1,9)	1111,5	0,149
Domínio Ambiente (D4)	64,7 (1,6)	70,0 (1,7)	1003	0,032*

* $p < 0,05$

Relativamente aos planos para o futuro (Tabela 22), observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio *psicológico* ($p=0,009$) e do *ambiente* ($p=0,032$).

Para analisar as associações existentes entre a pontuação total do MMSE, qualidade de vida/faceta geral (WHOQOL-Bref), respetivos domínios e idade foi calculado o coeficiente de correlação entre as variáveis (Tabela 23).

Conforme se pode verificar na Tabela 23, no grupo PIC foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas entre a *qualidade de vida/faceta geral* e os domínios da qualidade de vida específicos, nomeadamente, o domínio *físico* ($r=0,362$; $p < 0,05$), o domínio *psicológico* ($r=0,416$; $p < 0,05$) e o domínio do *ambiente* ($r=0,357$; $p < 0,05$). Assim, uma maior perceção da qualidade de vida/faceta geral está associada a uma maior pontuação nos domínios físico, psicológico e do ambiente da qualidade de vida.

Tabela 23. Correlações entre qualidade de vida e desempenho cognitivo em função do grupo de pertença e idade

	Grupo PIC							Grupo Comparação						
		(n=52)						(n=52)						
	Idade	MMSE	(D0)	(D1)	(D2)	(D3)	(D4)	Idade	MMSE	(D0)	(D1)	(D2)	(D3)	(D4)
Idade	--							--						
MMSE	-0,256	--						-0,293*	--					
Qualidade de vida/faceta geral (D0)	0,146	0,129	--					-0,074	-0,002	--				
Domínio físico (D1)	-0,242	0,133	0,362**	--				-0,190	0,254	0,615**	--			
Domínio psicológico (D2)	-0,012	0,219	0,416**	0,341*	--			-0,118	0,177	0,404**	0,543**	--		
Domínio relações sociais (D3)	-0,066	0,119	0,088	0,220	0,209	--		-0,093	-0,039	0,184	0,148	0,418**	--	
Domínio ambiente (D4)	-0,222	0,031	0,357**	0,445**	0,525**	0,239	--	-0,230	0,193	0,403**	0,618**	0,537**	0,066	--

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

O domínio *físico* da qualidade de vida está positivamente correlacionado com o domínio *psicológico* ($r=0,341$; $p < 0,01$) e o domínio do *ambiente* ($r=0,445$; $p < 0,05$). Sendo que, uma melhor percepção do domínio físico está associada a uma melhor percepção do domínio psicológico e do ambiente.

Para o domínio *psicológico* da qualidade de vida, observou-se uma correlação positiva estatisticamente significativa com o domínio do *ambiente* ($r=0,525$; $p < 0,05$), ou seja, uma melhor percepção do domínio *psicológico* está associada a uma melhor percepção do *ambiente*.

No grupo de comparação, observa-se o mesmo padrão de correlações observados no grupo PIC, com acréscimo do domínio *psicológico* da qualidade de vida. Existindo assim uma correlação positiva significativa entre o domínio *psicológico* e o domínio das *relações sociais* ($r=0,418$; $p < 0,05$).

Para o MMSE total, observou-se uma única correlação negativa e estatisticamente significativa com a idade e apenas no grupo de comparação ($r=0,293$; $p < 0,05$), ou seja, no grupo de comparação, o MMSE total diminui com idade.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Após a apresentação de resultados, importa agora discutir os principais achados deste estudo, tendo como referência o objetivo geral: analisar o desempenho cognitivo e qualidade de vida de pessoas mais velhas que participam em Programas Públicos de Intervenção Comunitária (PIC).

Este estudo de natureza quantitativa inclui 52 adultos que frequentam PIC, emparelhados em termos de género e grupo etário, com o mesmo número de adultos (n=52) que não participa neste tipo de Programas (grupo de comparação). Em termos globais, os participantes (n=104) apresentam uma média de idade de 73 anos (M=72,6 dp=5,9), predominantemente mulheres (80,8%), maioritariamente casados (61,5%) e com escolaridade reduzida – escolaridade até 6 anos (89,5%).

Relativamente aos PIC, aqui tomados como sinónimo de Programas de Intervenção Autárquica, em linha com Bárrios e Fernandes (2014), muito embora o Município sob investigação tenha vários Programas e Projetos foram apenas investigados os que têm maior número de participantes: (1) “Vencer a idade com saúde”; e (2) “Envelhecer com qualidade”, agora designado por “Seniores +Ativos”.

O Programa “Vencer a idade com saúde” é frequentado pela maioria dos participantes envolvido em PIC (n=38;73,1%). Trata-se de um Programa/Projeto ligado à prática de atividade física (ginástica orientada e hidrogenástica), com sessões duas vezes por semana, duração de 45 minutos cada sessão, entre novembro a junho. Quanto ao “Envelhecer com qualidade”, este Programa engloba várias atividades socio-recreativas, tais como, baile, cinema, oficinas, teatro e jardim PAM, todas as quartas-feiras de cada mês.

No que diz respeito aos motivos para participar neste tipo de Programas, é de referir que os motivos apontados são muito diversos, sendo de salientar: “Manter a saúde”, “Ocupar o tempo” e “Praticar atividade física”. Note-se que estes Programas enquadram-se no âmbito dos objetivos e das medidas estabelecidas pela OMS para as Cidades Saudáveis do qual, o Município sobre investigação é membro. Para além da prática da atividade física, a WHO (2002) recomenda a participação, através do envolvimento/participação social, cívico, recreativo, cultural, intelectual ou espiritual, sendo que estes Programas muito contribuem para tal. Também Rowe e Kahn (1997, 1998) defendem que o envelhecimento bem-sucedido tem por base a componente física “alto funcionamento físico e cognitivo” e a componente social através do “envolvimento ativo com a vida”, sendo o último referido pelos autores como potencial para a realização de atividades sociais (relações interpessoais e atividades produtivas). Além disso, de acordo com Colcombe e Kramer (2003) algo se que deve analisar é o tempo dos Programas (duração da intervenção, duração da sessão e frequência). Em termos de tempo da participação nos PIC, a maioria (57,7%) realiza este género de

atividades há mais de quatro anos, com uma frequência de duas vezes por semana (55,8%) e com uma duração de 45 minutos por sessão aproximadamente. A análise da diferença no desempenho cognitivo em função da atividade física não revelou diferenças significativas. Estes resultados não corroboram os vários estudos que se têm analisado acerca da temática. Assim, um dos motivos que poderá explicar a situação tem a ver com a frequência e a duração da prática de atividade física, sendo que estes dois aspetos são fator-chave para avaliar a eficácia da mesma. De acordo com a OMS (2010) a atividade física regular é apontada como uma forma de alcançar o envelhecimento saudável, para melhorar as funções cardiorrespiratórias e musculares e a saúde óssea e funcional e reduzir o risco de comprometimento cognitivo. Esta organização recomenda que as pessoas com mais de 65 anos realizem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada durante a semana, ou pelo menos 75 minutos de atividade física de intensidade alta durante a semana. Outra visão é a da Direção Geral de Saúde, que recomenda em pessoas mais velhas, 30 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada (i.e. caminhada), pelo menos 5 dias por semana, ou 3 sessões de 20 minutos de atividade aeróbia vigorosa (ou uma combinação de ambas), no sentido de promover a sua saúde. Ainda, o "*American College of Sports Medicine*" (ACSM) recomenda em termos de atividades aeróbicas exercícios com intensidade moderada a vigorosa, 30 a 60 minutos diários, com uma frequência de pelo menos três a cinco dias por semana. Face ao exposto podemos considerar que apesar da maioria destes idosos (55,8%) apresentarem uma prática bissemanal (90 min/semana), estes resultados não cumprem os requisitos das recomendações da OMS, do ACSM e da Direção Geral de Saúde. Assim sendo, apesar de atividade física ser uma mais valia para os idosos, o facto de não estarem a ser atingidas as recomendações, poderá explicar estes resultados.

Passemos agora à análise do desempenho cognitivo de pessoas mais velhas que integram os PIC. No que diz respeito aos resultados acerca do desempenho cognitivo avaliado através do MMSE, observou-se que a pontuação média total do grupo PIC (26,54 pontos) é ligeiramente superior à do grupo de comparação (26,21 pontos), embora não se observem diferenças estatisticamente significativas. É de salientar que alguns estudos apresentam ganhos significativos no desempenho cognitivo associado à prática de atividade física (Coelho et al, 2012; Vargas, Lara & Mello-Carpes, 2014; Ramos & Chagas, 2015).

Um dos fatores que poderá explicar estes resultados é a presença de doenças crónicas, sendo que o grupo PIC apresenta maior número de doenças do que o grupo

de comparação. A doença pode não ter influência direta no desempenho cognitivo, mas certamente teria se fosse aliada à inatividade física e social (Vargas, Lara & Mello-Carpes, 2014). Provavelmente se não fosse a participação social e a atividade física, fatores que são modificáveis (Apostolo et al.,2016), os resultados poderiam ainda ser mais baixos. Este assunto deve ser aprofundado na investigação futura.

Considerando a ausência de diferenças significativas no desempenho cognitivo entre grupos, procurou-se explorar o desempenho cognitivo na amostra global (n=104), tomando referência os domínios do MMSE tal como apresentados por Freitas, Simões, Alves e Santana (2015). Aqui observou-se, em média, melhor desempenho nos domínios de *Orientação* e *Retenção* e pior desempenho nos domínios de *Atenção e Cálculo*, *Evocação diferida* e *Capacidade construtiva* (desenho). Os domínios de *Orientação* e *Retenção*, como refere Baltes e colaboradores (1993, 1999), estão associados às mecânicas da inteligência, sendo que seria de esperar que fossem domínios com pontuação reduzida. Note-se que num estudo realizado por Ramos e Chagas (2015) a atividade física foi apontada como fator protetor da redução da função cognitiva, tendo contribuído para aumentar o desempenho cognitivo, em particular no domínio da *Orientação*. No que se refere aos domínios com menor pontuação, os resultados estão em concordância com outros estudos realizados, uma vez que a *Evocação diferida*/Memória de trabalho, são as que apresentam piores desempenhos, assim como a *Atenção e Cálculo* (Vargas, Lara & Mello-Carpes, 2014). Uma tendência similar observou-se num estudo de Andrade e colaboradores (2015), onde os autores obtiveram exatamente os mesmos resultados que no presente estudo, no que diz respeito aos domínios do MMSE com menor pontuação (cálculo, evocação e capacidade construtiva). Igualmente, Schaie (2005) defende que a capacidade numérica é uma das capacidades nas quais se verifica um maior decréscimo aos 60 anos, seguida da memória verbal (evocação) pelos 67 anos.

No que diz respeito ao défice cognitivo não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo PIC e o grupo de comparação. Por um lado, este resultado pode ser interpretado como estando perante intervenção de carácter genérico e não orientada especificamente para as funções executivas. Além disso, podemos supor que sendo o MMSE uma medida de “screening”, a haver mudanças no sistema cognitivo com este tipo de Programas, então seria necessário utilizar instrumentos mais refinados para avaliar as mudanças decorrentes da intervenção.

O desempenho cognitivo foi também analisado em função do grupo de pertença, idade e escolaridade. Para comparar o MMSE Total em função dos grupos de pertença e da idade, observou-se que existem diferenças estatisticamente

significativas entre os 4 subgrupos constituídos para o efeito ($\chi^2_{(3)} = 13,8; p=0,003$). Os participantes do grupo PIC entre os 55-74 anos de idade apresentaram melhor desempenho no MMSE do que os participantes entre os 75-84 anos do mesmo grupo (27,3 vs 25,2). O mesmo se sucedeu no grupo de comparação, indivíduos entre os 55-74 anos apresentaram uma pontuação média superior no MMSE, face aos indivíduos da faixa etária 75-84 anos (27,0 vs 24,7), significa isto que se observa uma tendência para indivíduos mais novos pontuarem mais alto no MMSE. Valle e colaboradores (2009) num estudo de base populacional sobre saúde de idosos, observaram que as pontuações mais baixas do MMSE foram apresentadas pelos idosos pertencentes a faixa etária mais velha (> 80 anos). Paúl, Ribeiro e Santos (2010) defendem que com o avançar da idade, é quase universal um certo grau de comprometimento/déficé cognitivo, sendo este notório, maioritariamente, em idosos mais velhos. Apostolo e colaboradores (2016) da revisão da literatura efetuada observou também que a idade é um dos fatores de risco para MCI. Estes resultados corroboram os resultados da investigação no domínio, que associa o melhor desempenho cognitivo a menos idade (Araujo, Silveira, Simas, Zappellini, Parcias & Guimarães, 2015).

O desempenho cognitivo (MMSE) foi também analisado em função dos grupos de pertença e escolaridade. A análise comparativa permitiu observar diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 11,15; p=0,048$) entre os 6 subgrupos (escolaridade e grupo de pertença). Note-se que estas diferenças observaram-se apenas no grupo de comparação, entre a escolaridade 0-2 anos e a escolaridade 3-6 anos; e a escolaridade 0-2 anos e a escolaridade ≥ 7 anos. Globalmente, em ambos os grupos de pertença é possível observar que os participantes mais escolarizados obtêm sistematicamente resultados superiores no desempenho cognitivo. Estes resultados são corroborados por Coelho e colaboradores (2012) onde se observou que a média total de MMSE aumentou quando a escolaridade também aumentava. Por seu turno, Matos e colaboradores (2016) constataram um efeito significativo da escolaridade no desempenho cognitivo, salientando o impacto do papel da educação na reserva cognitiva. Teoricamente, a reserva cognitiva é um dos fatores que pode contribuir para heterogeneidade no desempenho cognitivo, sendo que a educação/escolaridade é uma forma de aumentar a reserva cognitiva (Bastin et al., 2012). Segundo Apostolo e colaboradores (2016) os fatores psicossociais (escolaridade e participação social) podem ser um fator modificável na prevenção do MCI, o que significa que os Programas de Intervenção devem continuar a ser investigados.

No que diz respeito aos resultados da Qualidade de Vida, importa salientar que em termos de *QdV/faceta geral*, o grupo de comparação apresenta uma média superior, estatisticamente significativa, face ao grupo PIC. Este é um resultado inesperado, tornando-se relevante fazer uma reflexão acerca do mesmo. Como refere Van Dyck (2015, como citado em Miranda, Soares & Silva, 2016) a atividade física e o apoio social contribuem de forma direta para os diversos domínios da qualidade de vida. Deste modo, de acordo com a literatura, seria esperado que o grupo PIC apresentasse uma pontuação média superior ao grupo de comparação, tal como observado em outros estudos semelhantes (Duarte, Ferreira, Badaró & Oliveira, 2017; Ferreira, Ferreira, Toledo & Oliveira, 2016; Fonte et al., 2016; Miranda et al., 2016; Silveira & Portuguez, 2017a). A *QdV/faceta geral* está muito ligada à perceção global da saúde (Canavarro et al., 2010). Um estudo de Silveira e Portuguez (2007b) relatou que a autoperceção da saúde se correlacionou com praticamente todos os domínios da qualidade de vida, assim quanto pior a autoperceção da sua saúde, pior avaliação da qualidade de vida. Tal situação poderá ser uma das causas para o grupo PIC apresentar pontuação menor em todos os domínios quando comparado com o outro grupo, visto que a presença de doença é mais prevalente no PIC. Outra possível justificação para estes resultados é o fator socioeconómico, na medida em o grupo PIC, apresenta 51% de indivíduos com rendimentos entre os 751€ e 2000€, os restantes auferem abaixo destes valores. Por seu turno, no grupo de comparação, 38% auferem entre os 751€ e 2000€ e ainda 12% têm rendimentos de mais de 2000€ mensais. Segundo Vitorino e colaboradores (2013), as condições socioeconómicas desfavoráveis e piores condições de saúde, podem explicar uma perceção da qualidade de vida mais reduzida em idosos.

No que diz respeito à qualidade de vida em função da duração da participação nos PIC (duração superior a 3 anos) observa-se que há uma diferença marginalmente significativa entre os participantes PIC com menos de 3 anos e os participantes há mais de três anos ao nível do domínio *físico* da qualidade de vida ($U=226,50$; $p=0,054$). Os participantes PIC com menos de 3 anos apresentam uma melhor perceção do domínio *físico* do que os participantes PIC com mais de 3 anos.

No que se refere ao domínio das *relações sociais* e ao domínio *psicológico* observa-se uma tendência para valores mais elevados no grupo que participa nos PIC há mais de 3 anos. Uma explicação plausível para a perceção positiva da qualidade de vida nestes domínios, é que os participantes com um maior tempo de participação, já criaram novas redes sociais como resultado de seu contato com outros idosos do projeto. Deste modo, aumentam a sua interação social, convivem e criam novas amizades, possivelmente com maior facilidade do que idosos que participam há

menos tempo no projeto. Quer a atividade física quer as atividades socio-recreativas podem ter um papel importante no domínio *psicológico*, através da melhoria da imagem corporal, autoestima e novas aprendizagens, sendo que um maior tempo de participação se reflete na avaliação da qualidade de vida, influenciando positivamente a mesma (Fonte et al., 2016).

Quando se procedeu à análise de diferenças na QdV em função do grupo de pertença e da idade, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. No entanto, no que se refere à *qualidade de vida/faceta geral* no grupo PIC observa-se uma tendência para a perceção de uma qualidade de vida superior nos mais velhos (75-84 anos; M=63,2; dp=16,3) relativamente aos mais novos (55-74 anos; M=59,2; dp=12,8). Por seu turno, no grupo de comparação observa-se uma tendência contrária, ou seja, a perceção de qualidade de vida diminui com a idade, sendo que o grupo dos mais velhos pontuam mais baixo (75-84 anos; M=66,7; dp=16,6) do que os mais novos (55-74 anos; M=68,0; dp=15,7). O estudo de Miranda e colaboradores (2016), apresentou diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida em função da idade, sendo que as faixas etárias mais velhas apresentavam melhor perceção da qualidade de vida. Contudo outros estudos, evidenciaram diferenças estatisticamente significativas face a diferentes grupos etários, mas como sendo as faixas etárias mais novas a apresentarem melhor perceção da qualidade de vida (Daniel, Monteiro, Antunes, Fernandes & Ferreira, 2016). Face aos resultados contraditórios da investigação, parecemos que este assunto deve ser aprofundado, porque efetivamente pode haver aqui benefícios da participação dos Programas que não estão suficientemente esclarecidos.

Quanto à qualidade de vida em função do grupo de pertença e género, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *qualidade de vida/faceta geral* ($\chi^2_{(3)} = 11,575, p=0,009$) e no domínio *psicológico* ($\chi^2_{(3)} = 8,912, p=0,030$). O teste Post Hoc LSD para comparações múltiplas demonstrou que as mulheres do grupo PIC apresentaram uma menor *QdV/faceta geral* do que as mulheres do grupo de comparação ($p=0,041$). No grupo de comparação, o género masculino apresenta melhores pontuações na *QdV/faceta geral*, comparativamente ao género feminino ($p=0,042$). Quanto ao domínio *psicológico*, existem diferenças estatisticamente significativas no grupo de comparação, sendo que os homens pontuam mais alto do que as mulheres ($p=0,015$). No domínio do *ambiente*, pode considerar-se que existem diferenças marginalmente significativas. Através do teste Post Hoc LSD para comparações múltiplas verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no grupo de comparação, onde o género masculino pontua novamente mais alto do que o feminino ($p=0,029$). De um modo geral, existe a

tendência para os homens pontuarem mais alto do que as mulheres no que diz respeito a todos os domínios da qualidade de vida.

Contrastando estes resultados com a investigação no domínio, e de acordo com Gallardo-Peralta e colaboradores (2018), o género masculino tem uma perceção de QdV superior no domínio *físico* e no domínio *psicológico* face ao género feminino, sendo que existem diferenças de género na qualidade de vida. Também Daniel e colaboradores (2018) afirmam que existem diferenças de género na qualidade de vida relacionada com a saúde em termos de género, sendo que as mulheres apresentaram quase sempre valores superiores de doença e pior perceção da qualidade de vida. Como tem sido referido ao longo deste trabalho, embora as mulheres tenham uma maior longevidade, isso não significa que a qualidade de vida as acompanhe. As doenças crónicas surgem mais cedo do que nos homens, o que dificulta o seu desempenho na vida diária e influencia a sua qualidade de vida.

Outro aspeto que foi analisado neste estudo, diz respeito à proatividade associada ao envelhecimento bem-sucedido, concretizado em realizar planos para o futuro. Para o efeito tomou-se em consideração o grau de entusiasmo (1 a 10 pontos) e as variáveis em estudo. A análise de resultados permitiu observar diferenças significativas entre os planos futuros em alguns domínios da QdV. Mais concretamente observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio *psicológico* ($p=0,009$) e do *ambiente* ($p=0,032$). Como sugere Kahana e Kahana (1996) planear o futuro é, uma das adaptações proativas preventivas que pode ser utilizada de modo de fazer frente à doença crónica e perdas sociais, tendo como resultado a qualidade de vida. Este é um achado interessante que deve ser aprofundado em investigação futura.

Em síntese, os principais achados deste estudo foram: (1) o grupo PIC apresenta um desempenho cognitivo superior, quer no MMSE total, quer domínio a domínio; (2) existe a tendência para valores mais altos do MMSE com o aumento da escolaridade; (3) existe a tendência para a pontuação do MMSE diminuir em idades mais avançadas; (4) o grupo comparação apresenta uma perceção superior QdV; (5) existem diferenças de género na qualidade de vida, especificamente na *QdV/faceta geral* e no domínio *psicológico*, sendo que os homens pontuam mais alto.

Face aos resultados apresentados neste estudo, será de ter em atenção algumas limitações, tais como a natureza transversal do estudo e a dimensão da amostra. O desenho transversal, descritivo e correlacional limita a interpretação ao nível da causalidade de variáveis. O facto de os participantes terem sido selecionados de um projeto de intervenção específico, esta forma de seleção pode eventualmente ter criado enviesamentos que limitem a generalização dos resultados. Outra limitação é a escassez de estudos com Programas similares envolvendo participantes com características idênticas, dificulta a comparabilidade dos resultados aqui apresentados. No grupo de comparação os indivíduos não eram totalmente inativos, realizavam atividades, sendo que através da recolha de dados não nos foi possível obter informações acerca da tipologia, frequência e duração das atividades realizadas. Assim sendo, poderia ter sido útil avaliar o grau de atividade física destes participantes, por exemplo através do IPAQ, como acontece em outros estudos.

Face aos instrumentos utilizados, instrumentos de *screening* (ex. MMSE) limita uma análise mais criteriosa dos ganhos no sistema cognitivo com este tipo de Programas (PIC). Para a avaliação da QdV o WHOQOL-Bref parece-nos adequado, contudo muitos estudos utilizam instrumentos relacionados com a saúde na avaliação da qualidade de vida em Programas de atividades física (SF-36) ou instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida das pessoas mais velhas (WHOQOL-Old).

Para finalizar, importa ainda salientar as implicações deste estudo para a Prática Gerontológica. Os resultados deste estudo conduzem a discussões importantes sobre os preditores que influenciam a qualidade de vida de idosos e indicam a necessidade de investimento por parte da sociedade em estratégias de ação comunitárias que assegurem melhorias tanto na promoção da saúde, como na participação/envolvimento social. Assim sendo, face aos achados é fundamental desenvolver uma prática gerontológica preventiva e proativa, capaz de envolver a população em actividades significativas orientadas para o bem-estar da população.

Desse modo, devemos refletir acerca das possíveis causas que afetam negativamente a qualidade de vida do idoso, em especial o domínio físico e do meio ambiente, de modo a melhorar estes aspetos. Contudo, na velhice, a qualidade de vida parece não estar vinculada apenas à ausência de doenças e incapacidades, mas também aos recursos disponíveis no meio ambiente e ao bom estado psicológico do idoso, que acarreta o uso de estratégias de "*coping*" mais adequadas e eficazes (Becket et al.,2012). Portanto, para além da inclusão da atividade física e das atividades socio-recreativas seria de ter em consideração a inclusão da estimulação

cognitiva nestes Programas/Projetos, de modo retardar as perdas associadas a esta função no envelhecimento.

Em suma, os resultados aqui apresentados demonstram que estes Programas podem ser oportunidades de promoção da saúde e da qualidade de vida da população, proporcionando aos participantes o acesso a atividade física e atividades de envolvimento social. Assim, é de incentivar a adesão da população para comportamentos de envolvimento social, sendo que estas atividades devem ser alargadas aos equipamentos sociais (ERPI, Centro de Dia, SAD, entre outros), contribuindo para um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, Á. R., Cabral, H. M. A., Freire, A. L. L., Pereira, L. G., Rocha, G. M., & Torres, M. V. (2014). Análise comparativa qualidade de vida entre idosas praticantes e não-praticantes de atividade física em Teresina-Piauí. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, 5 (5), 3004-3014.
- Alley, D. E., Putney, N. M., Rice, M., & Bengtson, V. L. (2010). The increasing use of theory in social gerontology: 1990–2004. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65 (5), 583-590.
- American College of Sports Medicine. (2010). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andrade, N. B. & Novelli, M. M. P. C. (2015). Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos Centros de Convivência para idosos da cidade de Santos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 23(1), 143-152.
- Apostolo, J., Holland, C., O'Connell, M. D., Feeney, J., Tabares-Seisdedos, R., Tadros, G. ... & Varela-Nieto, I. (2016). Mild cognitive decline. A position statement of the Cognitive Decline Group of the European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing (EIPAH). *Maturitas*, 83, 83-93.
- Araujo, C. D. C. R., Silveira, C., Simas, J. P. N., Zappellini, A., Parcias, S. R., & Guimarães, A. C. A. (2015). Aspectos cognitivos e nível de atividade física de idosos. *Saúde (Santa Maria)*, 41(2), 193-202.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.), *Manual de envelhecimento activo* (pp. 13-43). Lisboa: Edição Lidel.
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2(1), 1-11.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical Propositions of Life-Span Developmental Psychology: on the Dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23(5), 611-626. doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Baltes, P. & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging. In P. Baltes & M. Baltes (Eds). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). NY: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135. doi: 10.1159/000067946.
- Baltes, P. B., & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*. (Eds.) Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (1993). The search for a psychology of wisdom. *Current directions in psychological science*, 2(3), 75-81.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 471-507.
- Baltes, P., Lindenberger, U., & Staudinger, U.M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In R. lerner (Ed.), *Theoretical models of human development*, Vol.1. *Handbook of child psychology* (pp. 569-664). NY: Wiley.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B, Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. G. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa (1950-201): Evolução e Perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Bárrios, M. J. & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), 188-196.
- Bass, S. (2009). Toward an integrative theory of social gerontology. In V. Bengtson, D. Gans, N. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-374). NY: Springer Publishing Company.

- Bastin, C., Yakushev, I., Bahri, M. A., Fellgiebel, A., Eustache, F., Landeau, B., ... & Salmon, E. (2012). Cognitive reserve impacts on inter-individual variability in resting-state cerebral metabolism in normal aging. *Neuroimage*, 63 (2), 713-722.
- Bastos, A., Faria, C. & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lisboa: Lidel.
- Bastos, A., Faria, C., Amorim, I. & de Carvalho, J. M. M. (2013). Gerontologia Social, demências e prestação de serviços: Contributos para a prática baseada-na-evidência. In *Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, 1 (1).
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D., & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao longo da vida e prática gerontológica: Algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida? *Exedra: Revista Científica*, (2), 11-28.
- Bastos, A., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M., Silva, S., & Afonso, C. (2019). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, vol. 22 (no prelo).
- Beckert, M., Irigaray, T. Q., & Trentini, C. M. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, 29 (2), 155-162.
- Bengtson, V. L., & Settersten Jr, R. (Eds.). (2016). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. L., & Silverstein, M. (2009). Theories About Age and Aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.
- Brigola, A. G., Ottaviani, A. C., Souza, É. N., Rossetti, E. S., Terassi, M., Oliveira, N. A., Luchesi, B. M., & Pavarini, S. C. I. (2018). Descriptive data in different paper-based cognitive assessments in elderly from the community Stratification by age and education. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(2), 157-164.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2221-2237.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de Vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, 243-268.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M.J.R., Rijo, D...& Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimneto dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2012). O Exercício e o envelhecimento. In C. Paúl, & O. Ribeiro (Coords.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 71-91). Lisboa: Lidel Editores.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf.

- Coelho, F. G. M., Vital, T. M., Novais, I. P., Costa, G. A., Stella, F., & Santos-Galduroz, R. F. (2012). Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (1), 7-15.
- Creswell, J. W. (2012). *Educational Research – planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (4ª ed.). New Zealand: Pearson.
- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. L. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59-65.
- Dantas, E. H. M & Oliveira R. J. (2003). *Exercício, maturidade e qualidade de vida*. Rio de Janeiro: Shape.
- Dias, I. & Rodrigues, E. V. (2012) Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 179-201). Lisboa: Lidel.
- Duarte, F. M. E., Ferreira, E. F., Badaró, A. C., & de Oliveira, R. A. R. (2017). Qualidade de vida em praticantes de hidroginástica da meia e terceira idade de UBÁ-MG. *Revista Científica FAGOC-Saúde*, 1(2), 53-58.
- Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1 (20), 106-132.
- Fernandes, B. L. V. (2014). Atividade física no processo de envelhecimento. *Revista Longeviver*, 40, 43-48.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging - the contribution of psychology*. Cambridge: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). Gerontología social. Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología Social* (pp. 31-54). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., & García, L.F. (2005). Vivir con Vitalidad-M: An European Multimedia Programme. *Psychology in Spain*, 9 (1), 1-12.
- Fernández-Ballesteros, R.G., Cassinello, D. Z., Bravo, D. L., Martinez, A. M., Nicolas, J. D., Lopez, P. M., & Moral, R. S. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15(1), 94-101.
- Ferreira, M. M., Ferreira, E. F., Toledo, C., & de Oliveira, R. A. R. (2017). Relação da prática de atividade física e qualidade de vida na terceira idade. *Caderno Científico FAGOC de Graduação e Pós-Graduação*, 1(2), 9-15.
- Fleck, M. P. D. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonte, E., Feitosa, P.H., Neto, L. T.O., Araújo, C.L., Figueiroa, J.N., & Alves, J. G. (2016). Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(1), 139-142.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco-Martin, M., Parra-Vidales, E., Gonzalez-Palau, F., Bernate-Navarro, M., & Solis, A. (2013). The influence of physical exercise in the prevention of cognitive deterioration in the elderly: a systematic review. *Revista de Neurologia*, 56 (11), 545-554.
- Freitas, S. Simões, M., Alves, L. & Santana, I (2015). Mini Mental State Examination (MMSE). In M. Simões. I. Santana e Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Coords), *Escalas e testes na demência* (3ª edição; pp. 18-23). Cascais: Novartis.
- Gallardo-Peralta, L., Córdova Jorquera, I., Piña Morán, M., & Urrutia Quiroz, B. (2018). Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. *Polis (Santiago)*, 17(49), 153-175.

- INE, I. P. (2012). Censos 2011 resultados definitivos-Portugal. *Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP.*
- Kahana, E. & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.), *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* (pp. 18-40). New York: Springer Publishing Company.
- Kahana, E. King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kahn, R. (2002). On "Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn". *The Gerontologist, 42*(6), 725-726.
- Katz, S. & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on successful aging: Does it "appeal more than it illuminates"? *Gerontologist, 55*(1), 26-33.
- Kramer, A. F., & Colcombe, S. (2018). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study-revisited. *Perspectives on Psychological Science, 13*(2), 213-217. doi: 10.1177/1745691617707316
- Lima, A. M. M., Silva, H. S. & Galhardoni, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Comunicação, Saúde e Educação, 27* (12), 795-807.
- Lupien, S., & Wan, N. (2004). Successful ageing: From cell to self. Philosophical Transactions of the Royal Society of London. *Biological Sciences, 359* (1449), 1413-1426.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir* (1ªed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Matos, A. I. P. D., Mourão, I., & Coelho, E. (2016). Interação entre a idade, escolaridade, tempo de institucionalização e exercício físico na função cognitiva e depressão em idosos. *Motricidade, 12*(2), 38-47.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. K. R., & Barros Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte, 7*(1), 2-13.
- Mezadri, T., Grillo, L., Lacerda, L., Caleffi, F., & Felipe, M. (2016). Calidad de vida y actividad física en personas de la tercera edad con apoyo de la estrategia de salud familiar en itajaí, SC, Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 21*(1), 45-54.
- Miranda, L. C. V., Soares, S. M., & Silva, P. A. B. (2016). Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*, 3533-3544.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse, 9*(2), 10-16.
- Nascimento, C.P., Lago, L.S., Almeida, R.F.F., Gusmão, M.F.S., Duarte, S.F.P., Reis, L.A. (2015). Desempenho motor em idosos participantes de grupos de convivência. *Brazilian Journal of Physical Therapy, (5) 2*, 93- 101.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer: constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Oliveira, B. C., Barbosa, N. M., de Lima, M. S. C. M., Guerra, H. S., Neves, C. M., & Avelar, J. B. (2017). Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 30* (3), 1-10. doi: 10.5020/18061230.2017.5879
- OMS. (1994). Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2014). Atividade Física-Folha Informativa N° 385-Fevereiro de 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/-Tradução ACTbr>. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- OMS. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Estados Unidos: Organização Mundial da Saúde.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 20-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lisboa: LIDEL.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (coord.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 1-17). Lisboa: Lidel.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Santos, P. (2010). Cognitive impairment in old people living in the community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(2), 121-124. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2009.09.037>.
- Petersen, R. C., Roberts, R. O., Knopman, D. S., Boeve, B. F., Geda, Y. E., Ivnik, R. J., ... & Jack, C. R. (2009). Mild cognitive impairment: ten years later. *Archives of Neurology*, 66 (12), 1447-1455.
- Pires, F., Dias, P. H. P. C., Couto, T. H. V. & Castro, O. H. (2013). Perfil da qualidade de vida de idosos ativos e sedentários. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 5 (1), 12-21.
- PORDATA. (2017). PORDATA. Acesso em 14 de janeiro de 2018, disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>.
- Ramos, L. H. N. & Chagas, E. F. B. (2015). Associação entre atividade física habitual e cognição global em mulheres pós-menopausa usuárias do SUS. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 23(2), 14-21.
- Ribeiro, J. A. B., Cavalli, A. S., Cavalli, M. O., Pogorzelski, L., Prestes, M. R., & Ricardo, L. I. C. (2012). Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 34(4), 969-984.
- Ribeiro, O. & Paúl, R. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, P. C. C., & Yassuda, M. S. (2007). Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In A. Neri (Coord). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.189-204). Campinas: Editora Alínea,
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Lisboa: FFMS.
- Rosa, M. J. V. (2019, Abril). Envelhecimento demográfico: Tendencias, mitos e desafios sociais. Conferencia apresentada à *International Conference AgeNORTC – Longevity, Social Engagement and (In)capacity*. Viana do Castelo, a 5 de abril de 2019, IPVC.
- Rowe, J. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. & Kahn, R. L. (1998). *Successfull aging*. NY: Pantheon.
- Rowe, J. & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70 (4), 593-596.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H., Lucio, P. B., Murad, F. C., & Garcia, A. G. Q. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw Hill.
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. (2005). What can we learn from longitudinal studies of adult development?. *Research in human development*, 2 (3), 133-158.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.

- Settersten, R. A., & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 9-25). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, J. F., Júnior, J. R. A. N., Araújo, A. P. S., & Oliveira, D. V. (2016). Análise comparativa da qualidade de vida de idosas praticantes de exercícios físicos em centros esportivos e nas academias da terceira idade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 13(3), 285-298.
- Silva, N., Brasil, C., Furtado, H., Costa, J., & Farinatti, P. (2014). Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista HUPE*, 13(2), 75-85.
- Silveira, M. M. & Portuguez, M. W. (2017a). A influência da atividade física na qualidade de vida de idosas. *Ciência & Saúde*, 10(4), 220-225.
- Silveira, M. M. & Portuguez, M. W. (2017b). Analysis of life quality and prevalence of cognitive impairment, anxiety, and depressive symptoms in older adults. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(2), 261-268.
- Souza, P. D. S., Falcão, J. T., Leal, M. C. C., & Marino, J. G. (2007). Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 29-38.
- Souza, M. C., Bernardes, F. R., Machado, C. K., Favoretto, N. C., Carleto, N. G., Santo, C. D. E., & Belaunde, A. M. A. (2018). Relationship between cognitive and sociodemographic aspects and verbal fluency of active elderly. *Revista CEFAC*, 20(4), 493-502.
- Stokin, G. B., Krell-Roesch, J., Petersen, R. C., & Geda, Y. E. (2015). Mild neurocognitive disorder: an old wine in a new bottle. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(5), 368.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology*, 144(2), 135-141.
- Strawbridge, W., Wallhagen, M., & Cohen, R. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727-733.
- Teixeira, I. N.D. O. & Neri, A. L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Revista de Psicologia USP*, 19(1), 81-94.
- Vaillant, G. E. (2003). *Aging well*. New York, NY: Little Brown.
- Valle, E. A., Castro-Costa, É., Firmo, J. O., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. (2009). Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 918-926.
- Vargas, L. D. S., Alves, N., Lara, M. V. S. & Mello-Carpes, P. B. (2014). Conscientizando idosos e profissionais da saúde acerca das mudanças cognitivas relacionadas à idade. *Revista Ciência em Extensão*, 10(1), 37-50.
- Vargas, L. D. S., Lara, M. V. S. & Mello-Carpes, P. B. (2014). Influência da diabetes e a prática de exercício físico e atividades cognitivas e recreativas sobre a função cognitiva e emotividade em grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 867-878.
- Vaz Serra, A. (2010). Qualidade de Vida e Saúde. In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 23-53). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatria fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel. Edições técnicas.

- Vitorino, L. M., Paskulin, L. M. G., Vianna, L. A. C. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1-9.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Yassuda, M. S., & Silva, H. S. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 207-214.
- Zappelini, A., Andreis, L. M., Simas, J. P. N., Gongora, G. Z., do Rosário, M. J. P., & Parcias, S. R. (2017). Atividade física relacionada aos sintomas depressivos e estado cognitivo de idosos. *Saúde e Pesquisa*, 10(3), 493-500.

ANEXOS

ANEXO 1- Tabelas de resultados adicionais

Tabela A1. Descrição do desempenho cognitivo no MMSE em função da interação idade x escolaridade, com três grupos etários e três grupos de escolaridade

Grupo etário	Grupo PIC <i>n</i> = 52						Grupo Comparação <i>n</i> = 52						
	Escolaridade												
	0-2		3-6		≥7		0-2		3-6		≥7		
<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)
55-64	0	---	2	25,0 (2,83)	0	---	0	---	1	28,0	1	30,0	
65-74	0	---	29	27,34 (2,32)	3	28,0 (2,65)	2	22,50 (2,12)	24	27,17 (3,24)	6	27,33 (2,58)	
75-84	3	26,67 (1,53)	15	24,87 (3,89)	0	---	5	22,80 (4,21)	12	25,17 (2,79)	1	28,0	

Tabela A2. Descrição do desempenho cognitivo no MMSE em função da interação idade x escolaridade, com três níveis de escolaridade e dois grupos etários

Grupo etário	Grupo PIC <i>n</i> = 52						Grupo Comparação <i>n</i> = 52						
	Escolaridade												
	0-2		3-6		≥7		0-2		3-6		≥7		
<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>dp</i>)
55-74	0	---	31	27,2 2,4	3	28,0 2,6	2	22,5 2,1	25	27,2 3,2	7	27,7 2,6	
75-84	3	26,7 1,5	15	24,9 3,9	0	---	5	22,8 4,2	12	25,2 2,8	1	28,0	