



Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal

Participation in community intervention programmes and quality of life: findings from a multicenter study in Portugal

Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos^{1,2}

Joana Mafalda Miguelote de Pinho Monteiro¹

Carla Maria Gomes Marques de Faria^{1,2}

Maria Helena Pimentel^{3,4}

Sofia de Lurdes Rosas da Silva^{5,6}

Carlos Miguel Figueiredo Afonso³

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade de vida (QV) em indivíduos que participam de programas de intervenção comunitária (PIC) orientados para uma vida ativa e saudável. **Método:** Estudo transversal multicêntrico com 304 participantes, com 55 anos ou mais de idade, a viver na comunidade em três localidades portuguesas. Metade desses indivíduos (n=152) envolvida em PIC (grupo de intervenção). Esse grupo foi emparelhado segundo sexo e grupo etário com número equivalente de participantes (n=152) que não frequenta PIC (grupo de comparação). As atividades dos PIC foram agrupadas segundo a sua natureza: sociorrecreativas, educativas/aprendizagem ao longo da vida (ALV) e atividade física. Recolheu-se informação usando Questionário de Participação Social, WHOQOL-Bref e Escala de Satisfação com a Vida. **Resultados:** Os participantes dos PIC tinham média de idade de 71,4 ($\pm 5,4$) anos, eram predominantemente mulheres (75,0%), casados (65,4%), com escolaridade inferior a cinco anos (71,7%) e rendimento familiar mensal até 750 euros (47,4%). O GI apresentou melhor QV no domínio *físico* do que o GC ($p < 0,03$). A atividade física foi a modalidade mais frequentada nos PIC (n=119; 78,3%) em comparação com atividades educativas/ALV (n=46; 30,3%) e sociorrecreativas (n=25; 16,4%). Os praticantes de atividade física em PIC apresentaram melhor QV nos domínios *psicológico*, *relações sociais e ambiente* do que os não praticantes ($p < 0,05$). **Conclusão:** A participação

Palavras-chave:

Envelhecimento Saudável.
Participação Social.
Qualidade de Vida. Saúde do Idoso. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

¹ Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Educação. Viana do Castelo, Portugal

² Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Unidade de Investigação CINTESIS, Universidade do Porto. Porto, Portugal

³ Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. Bragança, Portugal

⁴ Instituto Politécnico de Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E). Bragança, Portugal

⁵ Instituto Politécnico de Coimbra, Escola Superior de Educação. Coimbra, Portugal

⁶ Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (CEIS 20). Coimbra, Portugal

Financiamento da pesquisa: Fundação para a Ciência e Tecnologia e Programa Operacional Competitividade e Internacionalização (SAICT-POL/23712/2016; POCL-01-0145-FEDER-023712)

Os autores declaram não haver conflito na concepção desse trabalho.

Correspondência/Correspondence

Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos

E-mail: abastos@ese.ipv.pt

Recebido: 06/02/2019

Aprovado: 29/08/2019

em PIC está associada à QV pelo que, em linha com o quadro do envelhecimento ativo, se recomenda implementar PIC no âmbito das políticas públicas, promovendo sistematicamente a QV da população.

Abstract

Objective: The present study aimed to analyze quality of life (QoL) in participants of community intervention programs (CIP) focused on healthy aging. **Method:** A multicenter cross-sectional study was carried out with 304 community-dwelling participants, aged 55 years old or more and living in three locations in Portugal. Half of these individuals (n=152) were involved in a CIP (intervention group). The intervention group was paired according to sex and age group with an equivalent number of participants (n=152) that did not take part in a CIP (comparison group). Activities implemented in the CIP were grouped according to their nature: socio-recreational, educational/lifelong learning and physical activity. Data collection involved a Social Participation Questionnaire, the WHOQOL-Bref and the Satisfaction With Life Scale. **Results:** The CIP participants (n=152) had a mean age of 71.4 years (± 5.4), were predominantly women (75.0%), married (65.4%), with fewer than five years of education (71.7%) and a monthly family income of up to 750 euros (47.4%). The intervention group had a significantly higher QoL in the physical domain than the comparison group ($p < 0.03$). Physical activity was the most frequently attended session in the CIP (n=119, 78.3%), in comparison with educational/lifelong learning (n=46, 30.3%) and socio-recreational (n=25, 16.4%) activities. People practicing physical activity in the CIP had a significantly higher QoL in the psychological, social relationships and environment domains ($p < 0.05$). **Conclusion:** Participation in the CIP was associated with QoL. Therefore, in line with the active aging framework, CIPs must be a part of public policy measures aimed at the QoL of the population.

Keywords: Healthy Aging. Social Participation. Quality of Life. Health of the Elderly. Program Evaluation.

INTRODUÇÃO

Criar oportunidades para uma vida ativa e saudável é importante para as pessoas idosas face à maior vulnerabilidade em saúde¹. Em linha com investigação prévia², assume-se que o envelhecimento é um processo dinâmico que ocorre ao longo da vida na interrelação pessoa-contexto. Vários modelos teóricos têm enfatizado a importância da participação e envolvimento social no processo de envelhecimento saudável ou bem-sucedido (EBS). Para Rowe e Kahn³⁻⁵ o envolvimento ativo com a vida é um dos três componentes do EBS o qual inclui cultivar relações interpessoais próximas e envolver-se em atividades com significado e propósito. Mais recentemente, esses autores⁵ defendem a valorização das competências e potencial produtivo das pessoas idosas, bem como a criação de oportunidades para que assumam novos papéis e responsabilidades sociais.

Já o modelo de Otimização Seletiva com Compensação^{6,7} concebe o indivíduo como dotado de mecanismos de autorregulação. Considerando a plasticidade intraindividual e a variabilidade

interpessoal no envelhecimento, Baltes e Baltes⁶ recomendam o fortalecimento das capacidades de reserva por meio da educação, motivação, promoção da saúde e do suporte social. Melhores reservas (físicas, mentais e/ou sociais) aumentam a probabilidade de envelhecer bem.

Por sua vez, o modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva (PPC)⁸⁻¹⁰ associa o envelhecimento ao aumento do *stress*, reconhecendo a capacidade de o indivíduo lidar ativa e eficazmente com os desafios associados à idade. Na linha de Baltes⁶, esse modelo acentua a importância dos mecanismos proativos de autorregulação, apresentando os conceitos de adaptações proativas preventivas e corretivas, entre as quais figuram comportamentos de natureza social (ex.: ajudar os outros, mobilizar suporte, substituição de papéis). À semelhança de Rowe e Kahn³, o modelo PPC coloca em destaque a manutenção de atividades e relacionamentos valorizados. Aliás, os próprios idosos consideram o envolvimento proativo e as relações interpessoais como fatores importantes para alcançar o EBS¹¹.

A importância de estar socialmente envolvido também figura no quadro de referência do envelhecimento ativo (EA)^{12,13}, sendo a participação um dos seus quatro pilares. A capacidade de participar depende do estado de saúde e, ao mesmo tempo, é central na promoção da saúde, propósito na vida e relações sociais positivas. Assim, reconhece-se que estar socialmente envolvido influencia a qualidade de vida (QV). Como tal, é necessário traçar medidas de política para garantir oportunidades para esse envolvimento.

Apesar da teorização em torno da participação social, esse conceito é difuso e pouco consensual, o que dificulta a comunicação entre investigadores, a criação de instrumentos de medida standardizados e a comparabilidade dos resultados de investigação^{14,15}. Para Scharlach e Lehning¹⁶, e em linha com os modelos de EBS, o envolvimento social inclui dois subcomponentes: contacto social (relações pessoais, suporte social) e participação social (atividades sociais significativas). Apesar da indefinição conceptual, observa-se uma tendência para analisar as relações entre participação social e QV enquanto indicador de bem envelhecer. A QV corresponde à apreciação subjetiva que uma pessoa faz da sua situação na vida tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dentro do quadro cultural e de valores em que se insere¹⁷. Há evidência de que participar em diferentes atividades sociais favorece a QV associada à saúde na população em geral¹⁸ e especificamente na população idosa¹⁹.

Estudos mostram que idosos que participam em grupos sociais apresentam QV significativamente superior à dos não participantes, nomeadamente nos domínios *físico, ambiente e relações sociais* do WHOQOL-Bref e nas facetas *atividades passadas/presentes/futuras, intimidade e participação social* do WHOQOL-OLD^{20,21}. Estudos longitudinais demonstram que participar em atividades sociais conduz a melhor QV^{22,23}, satisfação com a vida e autoestima²⁴ e reduz sintomas depressivos^{23,24} nas pessoas idosas. Mais ainda, essa relação parece intensificar-se com o avançar da idade^{22,25} e é mais forte nas pessoas idosas comparativamente com as mais jovens¹⁸. Numa revisão sistemática, Adams et al.²⁶ constatarem que diversos tipos de atividade geram benefícios no envelhecimento, destacando-se as atividades sociais

que podem reduzir o risco de isolamento social, favorecer o suporte socioemocional e os papéis sociais, entre outros. Por seu turno, a atividade física está associada a melhor QV²⁷⁻²⁹, sendo que os seus ganhos vão além do exercício em si, abarcando a dimensão social, o reforço de laços e a ocupação de um papel relevante na vida comunitária^{28,30}.

Em síntese, teoria, investigação e políticas apontam para a relevância da participação social na QV e bem-estar da população idosa, no entanto, na maioria dos estudos não existe um grupo de comparação. Assumindo que estar socialmente envolvido traz ganhos em termos de QV e bem-estar, o presente estudo teve como principal objetivo comparar a QV em indivíduos que participam em programas públicos de intervenção comunitária (PIC) orientados para o envelhecimento bem-sucedido e saudável com a de indivíduos que não participam desses programas.

MÉTODO

O presente estudo é parte integrante de um projeto de investigação multicêntrico e multimétodo (Envelhecimento, participação social e deteção precoce da dependência: capacitar para a Quarta idade - AgeNORTC) desenvolvido em três territórios do Norte e Centro de Portugal (Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa), envolvendo Instituições de Ensino Superior com educação e formação em Gerontologia e Câmaras Municipais.

Trata-se de um estudo quantitativo comparativo, de natureza transversal, que visa estabelecer a *baseline* para analisar as alterações no processo de envelhecimento. Nesse estudo sobre políticas públicas a nível local, entende-se a participação social como envolvimento sistemático em iniciativas comunitárias – aqui designadas por Programas de Intervenção Comunitária (PIC) – orientadas para a promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido. Os PIC orientam a operacionalização do projeto AgeNortC, constituindo a matéria-prima para avaliar a participação/envolvimento social das pessoas idosas e sua relação com a qualidade de vida.

Este estudo incluiu 152 participantes envolvidos em PIC (50 por local) com idades entre 55 e 84 anos

e a viver na comunidade, que configuram o grupo de intervenção (GI) – grupo sob investigação. Tratando-se de um estudo de base comunitária e perante a impossibilidade de seleccionar os participantes de modo aleatório tomando por base listas de inscritos em PIC, a amostra foi seleccionada via parceiros-chave (ex., juntas de freguesia, associações) e contato direto com as pessoas idosas no decurso dos PIC. Por seu turno, o grupo de comparação (GC; n=50 por local), emparelhado com o anterior em termos de sexo e grupo etário, foi seleccionado por meio das redes familiares e de vizinhança dos participantes, assim como de parceiros-chave (ex., autarquias, juntas de freguesia, associações). Foram excluídos os indivíduos que, mesmo estando a participar em PIC, vivem em residências para idosos. Tratando-se de um estudo exploratório pensou-se que seria importante detectar uma média das diferenças entre os pares na qualidade de vida de 5% (escala entre 0-100%), embora não tivéssemos qualquer indicação sobre a variabilidade. Admitindo um desvio-padrão entre 15% e 20%, uma amostra de 50 pares por local permite detectar essa diferença com um poder superior a 85%.

Na recolha de dados utilizou-se um protocolo de avaliação gerontológica multidimensional. Foi elaborado pelos autores um Questionário Sociodemográfico e de Participação Social com duas secções: (1) aspetos sociodemográficos – 21 questões fechadas; (2) aspetos da participação em programas de intervenção comunitária – seis questões fechadas.

A qualidade de vida foi avaliada por meio da versão portuguesa do *World Health Organization Quality of Life-Bref* (WHOQOL-Bref)³¹. Esse instrumento é composto por 26 itens, com escalas de resposta

de tipo Likert de cinco pontos. Os primeiros dois itens avaliam a qualidade de vida geral (QV geral) e os restantes estão organizados em quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente). Note-se que não existe um escore global do instrumento. Conforme recomendado, os escores brutos foram convertidos em escala 0-100, com valores mais altos a indicar melhor percepção de qualidade de vida. A versão portuguesa da WHOQOL-Bref³¹ apresenta valores elevados de fiabilidade ($\alpha=0,92$), sendo que os domínios ou facetas variam entre o mínimo de 0,64 (domínio relações sociais) e 0,87 (domínio físico). Quanto à validade, os autores da versão portuguesa consideram que discrimina bem as pessoas da população normal das com patologia médica associada, quer ao nível dos domínios, quer da faceta geral de QV. Esses valores vão ao encontro dos da versão original¹⁷.

Foi ainda avaliado o bem-estar por meio da versão portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS)³². Essa escala permite aceder à apreciação global que os participantes fazem da sua vida, focando-se nos julgamentos da pessoa e não em critérios definidos *a priori*. É composta por cinco itens, com escala de resposta de tipo Likert de sete pontos. Quanto mais elevado o escore final (0-35), maior o grau de satisfação com a vida. A versão portuguesa apresenta boa consistência interna ($\alpha=0,78$) e bons indicadores de validade, nomeadamente correlações significativas com a autoeficácia, autoconceito, maturidade psicológica e ansiedade social. Esses valores estão em linha com a versão original.

A informação sobre o PIC (Quadro 1) foi recolhida por meio da análise documental de relatórios e outras fontes escritas produzidas pelas autarquias.

Quadro 1. Descrição dos programas de intervenção comunitária. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Programa	População-alvo	Descrição e Objetivo Geral	Funcionamento
Viana do Castelo	Envelhecer com Qualidade (2005)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades uma vez por semana, com base num plano anual que inclui bailes, cinema, teatro, oficinas, jardim PAM, palestras, entre outros.
	Vencer a Idade com Saúde (2007)	Atividades lúdico-desportivas dedicadas aos tempos livres e acesso a exercício físico regular. Os objetivos passam por melhorar os índices de saúde, promover o bem-estar e ampliar a interação social.	Atividades duas vezes por semana (45min); uma sessão de ginástica em pavilhão e uma sessão de hidroginástica. Novembro a junho.
Bragança	Desporto Sénior no Meio Rural (2010)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades gímnicas em pavilhão uma vez por semana nas aldeias aderentes e hidroginástica uma vez por mês na piscina municipal. Setembro a maio.
	Bragança Ativa (2018)	Atividades recreativas, culturais e de lazer facilitadoras do acesso da população sénior à participação na vida comunitária, a fim de promover o envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar.	Atividades gímnicas duas vezes por semana no pavilhão municipal e hidroginástica uma vez por semana na piscina municipal. Setembro a maio.
Coimbra/Condeixa	Lérias, Letras e Companhia (2014)	Atividades sociais e recreativas (convívio com leitura, difusão de conhecimento, valorização do património), que visam promover a interação social na comunidade.	Atividades quinzenais (2h30m). Janeiro a dezembro (exceto agosto).
	Informática Sénior (2013)	Atividades para promover a autonomia no uso da informática, facilitando contactos sociais (mesmo à distância) e tempos livres mais agradáveis e sociáveis.	Atividades duas vezes por semana (2h). Cursos de dois a três meses. Setembro a dezembro e janeiro a março.
	Mobilidade Sénior (2007)	Atividades lúdico-desportivas que visam promover o bem-estar e saúde. Inclui ginástica desportiva, ginástica terapêutica e hidroginástica.	Ginástica uma vez por semana; hidroginástica duas vezes por semana (1h cada). Todo o ano, exceto agosto.
	Oficinas Intergeracionais (2016)	Atividades recreativas e sociais (ex.: restauro, pintura, costura). Visa promover o convívio e intergeracionalidade e reduzir o isolamento social.	Atividades uma vez por semana (3h), de janeiro a dezembro com pausa em meados de julho e agosto.
	Letras Pré Vida (2015)	Projeto que promove a literacia por meio de oficinas de alfabetização. Em 2017, dá origem ao <i>Tealdas Pré Vida</i> (literacia digital). Visam promover competências, inclusão social e autoestima.	<i>Tealdas Pré Vida</i> uma vez por semana (2h) <i>Letras Pré Vida</i> uma vez por semana, de outubro a dezembro e de março a junho.

A recolha de dados foi levada a cabo por investigadores e bolsiros de investigação ($n=9$) com a colaboração de estudantes finalistas da Licenciatura e do Mestrado em Gerontologia Social ($n=9$) das três Instituições de Ensino Superior envolvidas no projeto, sendo que toda a equipa teve treinamento prévio. O protocolo de recolha de dados foi administrado em locais previamente acordados (instituições de ensino superior e estruturas associativas da comunidade), entre março e abril de 2018.

Em termos de estratégias de análise, procedeu-se a uma análise descritiva dos dados com vista à caracterização sociodemográfica dos participantes e variáveis em estudo. Partindo de uma primeira análise descritiva das atividades levadas a cabo nos PIC, obtiveram-se três tipos: (1) atividades sociorrecreativas (baile, cinema, oficinas/*workshops* e teatro); (2) atividades educativas/aprendizagem ao longo da vida (ALV) (jardim plantas aromáticas e medicinais, alfabetização e informática); e (3) atividade física (ginástica localizada e hidroginástica). As relações entre características sociodemográficas e envolvimento em diferentes tipos de atividade foram exploradas por meio de testes Qui-quadrado. Com vista a testar os efeitos da participação em PIC na qualidade de vida, efetuaram-se análises comparativas com o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas. Para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida e bem-estar dos participantes em PIC, segundo a prática de diferentes tipos de atividades, foram realizados testes *t* de *Student* para amostras independentes, fixando os grupos prática *vs.* não prática determinado tipo de atividade.

No que se refere a aspetos éticos, o presente estudo foi analisado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo que emitiu parecer favorável. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e condições de participação no estudo, tendo assinado o respectivo Termo de Consentimento Livre e Informado.

RESULTADOS

Fizeram parte deste estudo 304 participantes a frequentar PIC, dos quais 104 residiam em Viana do Castelo, 100 em Bragança e 100 em Coimbra/

Condeixa, em Portugal, estando essas subamostras divididas em dois grupos: o grupo de intervenção (GI) e o grupo de comparação (GC).

Conforme se observa na Tabela 1, os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (75,0%) e do grupo etário 65-74 anos (63,2%). Todavia, no GI as idades estão compreendidas entre 60 e 84 anos [média=71,4 ($\pm 5,4$)], enquanto no GC se situam entre 55 e 84 anos [média=71,6 ($\pm 6,1$)].

Em ambos os grupos, os participantes eram predominantemente casados (GI=64,5%; GC=69,7%); com escolaridade entre o 1º e o 4º anos (GI=70,4%; GC=67,1%); eram reformados (GI=92,5%; GC=86,4%); com filhos (GI=92,6%; GC=93,4%) e viviam com o cônjuge (GI=61,8%; GC=68,5%).

Quanto à atividade profissional ao longo da vida, utilizando a classificação das atividades económicas, observa-se elevada frequência de trabalhadores do setor terciário, isto é, que trabalharam nos serviços (GI=48,0%; GC=45,4%). Do ponto de vista económico, e considerando que cerca de dois terços dos participantes viviam acompanhados, observa-se que os rendimentos do agregado familiar eram reduzidos já que cerca de metade de ambos os grupos auferiam até 750€ mensais (GI=47,7%; GC=46,9%).

Relativamente à qualidade de vida e participação em PIC, foram analisados PIC em três localidades: Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa. A atuação autárquica na promoção da qualidade de vida da população assume uma configuração diferenciada consoante os territórios, em termos de intervenção e de funcionamento. Por exemplo, no município de Bragança, o principal foco das medidas de política autárquica é a atividade física, enquanto em Coimbra/Condeixa e em Viana do Castelo a intervenção autárquica é mais heterogénea, envolvendo também atividades de natureza socio-recreativa e educativa/ALV.

Uma análise comparativa da qualidade de vida em função do grupo de intervenção *vs.* grupo de comparação (Tabela 2), demonstra que os participantes dos PIC (GI) apresentaram melhor qualidade de vida no domínio *físico* ($p<0,03$) do que os não participantes (GC).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Características sociodemográficas	GI (n=152) n (%)	GC (n=152) n (%)	<i>p</i>
Idade - média (desvio-padrão)	71,4 (±5,4)	71,6 (±6,1)	0,624
55-64	12 (7,9)	12 (7,9)	
65-74	96 (63,2)	96 (63,2)	
75-84	44 (28,9)	44 (28,9)	
Sexo			1
Mulheres	114 (75,0)	114 (75,0)	
Homens	38 (25,0)	38 (25,0)	
Estado Civil			0,566
Solteiro	7 (4,6)	5 (3,3)	
Casado(a)/União de facto	98 (64,5)	106 (69,7)	
Separado(a)/Divorciado(a)	8 (5,3)	4 (2,6)	
Viúvo(a)	39 (25,7)	37 (24,3)	
Escolaridade (anos)			0,197
Sem escolaridade	2 (1,3)	5 (3,3)	
1º-4º	107 (70,4)	102 (67,1)	
5º-6º	16 (10,5)	7 (4,6)	
7º-9º	7 (4,6)	13 (8,6)	
10º-12º	13 (8,6)	17 (11,2)	
Ensino superior	7 (4,6)	8 (5,3)	
Situação Profissional			0,002
Empregado	4 (2,7)	18 (12,2)	
Desempregado	7 (4,8)	2 (1,4)	
Reformado	136 (92,5)	127 (86,4)	
Setor de Atividade			0,649
Primário	25 (16,4)	23 (15,1)	
Secundário	35 (23,0)	33 (21,7)	
Terciário	73 (48,0)	69 (45,4)	
Domésticas	19 (12,5)	27 (17,8)	
Rendimento Mensal			0,056
Inferior a 250€	7 (4,6)	3 (2,0)	
De 250€ a 420€	25 (16,6)	23 (15,4)	
De 421€ a 750€	40 (26,5)	44 (29,5)	
De 751€ a 1000€	37 (24,5)	25 (16,8)	
De 1001 a 2000€	32 (21,2)	29 (19,5)	
Superior a 2000€	10 (6,6)	25 (16,8)	
Vive com			0,208
Cônjuge	94 (61,8)	104 (68,5)	
Sozinho	42 (27,6)	29 (19,1)	
Outros	16 (10,5)	19 (12,5)	
Filhos	138 (92,6)	142 (93,4)	0,784

GI: grupo de intervenção; GC: grupo de comparação.

Tabela 2. Comparação da qualidade de vida entre o grupo que participa em programas de intervenção comunitária (GI) vs. grupo de comparação (GC). Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

WHOQOL-Bref	GI Média ($\pm$ dp)	GC Média ($\pm$ dp)	Dif. Média ($\pm$ dp)	<i>t</i>	<i>p</i>
QV Geral	63,8 ($\pm$ 15,8)	62,7 ($\pm$ 19,3)	1,2 ($\pm$ 25,9)	0,549	0,584
Domínio Físico	67,5 ($\pm$ 15,4)	63,5 ($\pm$ 16,6)	4,1 ($\pm$ 22,0)	2,278	0,024
Domínio Psicológico	71,0 ($\pm$ 15,2)	70,3 ($\pm$ 13,6)	0,4 ($\pm$ 20,3)	0,417	0,677
Domínio Relações Sociais	67,5 ($\pm$ 16,6)	69,5 ($\pm$ 15,4)	-2,0 ($\pm$ 22,9)	-1,091	0,277
Domínio Ambiente	68,8 ($\pm$ 14,2)	67,4 ($\pm$ 14,8)	1,4 ($\pm$ 17,4)	1,007	0,315

Teste *t* de Student para amostras emparelhadas; dp: desvio-padrão; QV: qualidade de vida; Dif. Média: Diferença de médias.

Nos restantes domínios da qualidade de vida, observa-se ainda uma tendência para valores médios superiores no grupo de intervenção.

No que diz respeito aos aspetos da participação social no grupo de intervenção, como se observa na Tabela 3, atendendo aos três territórios sob investigação, a ginástica localizada (67,1%) e a hidroginástica (53,3%) foram as atividades realizadas por mais participantes no âmbito dos PIC. Em média, cada indivíduo realizava 1,9 ($\pm$ 1) atividades, sendo que 63,8% realizavam mais que uma. Relativamente à motivação para participar, a manutenção da saúde foi o motivo mais referido pelos inquiridos (66,4%), seguindo-se a ocupação do tempo (44,7%) e a oportunidade para conhecer pessoas novas (36,2%).

Em termos de presença nas atividades, quase todos os participantes (96,7%) se consideraram assíduos. Em média, os PIC eram frequentados há 51,6 meses (aproximadamente quatro anos),

observando-se, contudo, uma grande dispersão dos resultados a este nível ($\pm$ 45,3 meses). Grande parte dos participantes tinha vindo a frequentar os referidos programas por um período de mais de um ano e menos de cinco anos (50,7%).

Atendendo à natureza das atividades no âmbito dos PIC, observa-se que há um maior número de pessoas que praticava atividade física, em comparação com atividades sociorrecreativas e educativas/ALV. Note-se que, ainda que sob diferentes designações, a atividade física figura nos programas das três localidades sob investigação. É de salientar também que, nas atividades sociorrecreativas, existe uma percentagem significativamente superior de mulheres ($p < 0,05$) (Tabela 4).

No que à qualidade de vida diz respeito, e considerando praticantes e não praticantes para cada tipo de atividade, a atividade física é a mais diferenciadora (Tabela 5).

Tabela 3. Descrição das atividades, motivações e assiduidade nos programas de intervenção comunitária (n=152). Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Aspetos da participação em PIC	Participantes n (%)
Atividades realizadas	
Sociorrecreativas	
Baile	23 (15,1)
Cinema	4 (2,6)
Oficinas/ <i>workshops</i>	19 (12,5)
Teatro	8 (5,3)
Educação/ALV	
Jardim Plantas Aromáticas e Medicinais	14 (9,2)
Alfabetização	1 (0,7)
Informática	18 (11,8)
Atividade Física	
Ginástica	102 (67,1)
Hidroginástica	81 (53,3)
Motivações para participar	
Ocupar o tempo	68 (44,7)
Conhecer pessoas novas	55 (36,2)
Manter a saúde	101 (66,4)
Praticar atividade física	47 (30,9)
Participar em atividades de que gosta	46 (30,3)
Assiduidade	147 (96,7)
Tempo de frequência em PIC (anos)	
Até 1	35 (23,0)
Mais de 1 até 5	77 (50,7)
Mais de 5 até 10	32 (21,1)
Mais de 10	8 (5,3)

ALV: aprendizagem ao longo da vida.

Tabela 4. Participação em atividades dos programas de intervenção comunitária segundo características sociodemográficas. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

Características sociodemográficas	Atividades Sociorrecreativas (n=25; 16,4%)	Atividades de Educação/ALV (n=46; 30,3%)	Atividade Física (n=119; 78,3%)
Sexo			
Feminino	92,0%	80,4%	75,6%
Masculino	8,0%	19,6%	24,4%
<i>p</i>	<0,05	0,415	0,821
Grupo Etário (anos)			
55-64	0,0%	6,5%	8,4%
65-74	56,0%	63,0%	63,0%
75-84	44,0%	30,5%	28,6%
<i>p</i>	0,084	0,901	0,901

continua

Continuação da Tabela 4

Características sociodemográficas	Atividades Sociorrecreativas (n=25; 16,4%)	Atividades de Educação/ALV (n=46; 30,3%)	Atividade Física (n=119; 78,3%)
Estado Civil			
Casados/União de facto	48,0%	58,7%	65,5%
Não casados	52,0%	41,3%	34,5%
<i>p</i>	0,070	0,359	0,682
Anos de Escolaridade			
Até 4 anos	80,0%	78,3%	68,1%
5 ou mais anos	20,0%	21,7%	31,9%
<i>p</i>	0,340	0,178	0,521
Situação Profissional			
Reformado	4,0%	4,5%	8,7%
Não reformado	96,0%	95,5%	91,3%
<i>p</i>	0,691	0,506	0,457
Tem Filhos?			
Sim	95,5%	95,3%	92,4%
<i>p</i>	1,000	0,512	1,000
Vive Com Outras Pessoas			
Sim	64,0%	69,6%	74,6%
<i>p</i>	0,332	0,694	0,271
Rendimento Mensal			
Até 750€	40,0%	52,2%	46,2%
Mais de 750€	60,0%	47,8%	53,8%
<i>p</i>	0,513	0,482	0,694
Religião (considera-se pessoa religiosa)			
Sim	100,0%	100,0%	95,5%
<i>p</i>	0,600	0,102	1,000

Testes Qui-quadrado.

Tabela 5. Qualidade de vida e bem-estar segundo a prática de diferentes tipos de atividade em programas de intervenção comunitária. Viana do Castelo, Bragança e Coimbra/Condeixa, Portugal, 2018.

	Atividades Sociorrecreativas			Atividades Educativas/ALV			Atividade Física		
	Prática n=25 M (±dp)	Não Prática n=127 M (±dp)	<i>p</i>	Prática n=46 M (±dp)	Não Prática n=106 M (±dp)	<i>p</i>	Prática n=119 M (±dp)	Não Prática n=33 M (±dp)	<i>p</i>
WHOQOL-Bref									
QV Geral	64,3 (±13,9)	60,0 (±16,2)	0,094	62,8 (±13,6)	64,0 (±16,9)	0,655	63,2 (±16,2)	65,2 (±14,9)	0,542
D.Físico	66,3 (±15,3)	67,7 (±15,4)	0,660	68,1 (±12,9)	67,3 (±16,3)	0,768	67,8 (±15,8)	66,6 (±14,0)	0,683
D.Psicológico	72,3 (±8,4)	70,8 (±16,2)	0,482	67,7 (±15,2)	72,5 (±15,1)	0,075	72,3 (±14,4)	66,4 (±17,2)	<0,05
D.Rel. Sociais	68,3 (±13,2)	67,3 (±17,2)	0,781	64,1 (±14,5)	68,9 (±17,2)	0,099	69,3 (±16,4)	61,1 (±15,5)	<0,05
D.Ambiente	68,5 (±11,2)	68,8 (±14,7)	0,911	65,8 (±12,8)	70,1 (±14,6)	0,082	70,3 (±14,2)	63,5 (±12,9)	<0,05
SV	26,9 (±5,2)	25,6 (±6,4)	0,352	24,8 (±6,4)	26,3 (±6,2)	0,179	26,7 (±5,8)	22,7 (±6,9)	<0,05

Teste *t* de Student para amostras independentes; M: média; dp: desvio-padrão; QV: qualidade de vida; SV: satisfação com a vida.

A análise permite observar diferenças estatisticamente significativas em função da prática de atividade física nos participantes do PIC, sendo que os praticantes deste tipo de atividade apresentam melhor qualidade de vida nos domínios *psicológico, relações sociais e meio ambiente* ($p < 0,05$), assim como melhor satisfação com a vida ($p < 0,05$) do que os não praticantes.

DISCUSSÃO

Os participantes dos PIC apresentam valores significativamente mais elevados de qualidade de vida no domínio *físico* do que os não participantes. Mais ainda, observa-se, no grupo que participa nos PIC, uma tendência para apresentar valores médios superiores em outros domínios da qualidade de vida (geral, psicológico, ambiente) comparativamente com os valores médios do grupo que não participa.

Esses resultados estão em linha com o estudo de Costa et al.²⁸ em que pessoas idosas frequentadoras de programas públicos de exercício físico apresentaram melhor qualidade de vida do que as que não frequentavam em todos os domínios do WHOQOL-Bref e do WHOQOL-Old. Também Ferreti et al.²⁷ apontam conclusões semelhantes. Por sua vez, Ribeiro et al.³³ constataram que, em contexto urbano, idosos fisicamente ativos apresentavam melhor qualidade de vida do que os insuficientemente ativos/sedentários. Já em contexto rural, não encontraram essa diferença, mas observaram o predomínio de pessoas ativas e níveis de qualidade de vida superiores aos do meio urbano, salientando que em meio rural as pessoas mais velhas beneficiam da continuidade das tarefas ligadas à agricultura e de mais oportunidades de convívio.

A atividade física deve, portanto, ser encarada em sentido lato, pois para além do exercício físico, envolve a estruturação da rotina e é praticada em interação social, transformando-se numa atividade de socialização. Costa et al.²⁸ sublinham que a participação em atividades grupais, mesmo quando direcionadas para a atividade física, pode favorecer relacionamentos sociais, novos laços afetivos e sentimentos de inclusão significativa na vida comunitária. Os resultados remetem também para

o modelo PPC em que a promoção da saúde (ex., atividade física) e o suporte social disponível surgem como aspetos favorecedores da qualidade de vida⁸⁻¹⁰.

Relativamente aos PIC, observou-se diversidade nas iniciativas disponibilizadas à população pelas autarquias, nomeadamente: atividades recreativas/culturais, atividades lúdico-desportivas, oficinas informáticas e oficinas de alfabetização, entre outras. Variam também em termos de frequência, intensidade, dispersão no território e funcionamento. Em termos de objetivos, parece haver uniformização, destacando-se: (1) promover o EA, saúde, qualidade de vida e bem-estar; e (2) contribuir para a participação na vida comunitária e inclusão social. Em linha com o estudo de Bárrios e Fernandes¹, apenas um dos nove PIC em análise tem como população-alvo toda a população do concelho, sendo que os restantes a circunscrevem a critérios como idade e/ou condição de reformado/pensionista. Esses resultados vão no sentido de revisões sistemáticas, em que se observou que as intervenções centradas no EA são diversas e eficazes na promoção da qualidade de vida³⁴.

Quanto ao perfil dos participantes dos PIC, observou-se predomínio de mulheres e grupo etário dos 65-74 anos, o que vai ao encontro de Neri e Vieira³⁵, que verificaram que ser mulher e ter entre 65 e 69 anos está associado a maior envolvimento social. É de salientar que alguns dos participantes estão envolvidos nessas ações há bastante tempo, quase todos se consideram assíduos e a maioria pratica mais do que uma atividade. Assim, para algumas pessoas, os PIC implicam compromisso e real envolvimento, constituindo um aspeto importante do seu quotidiano. A adesão continuada às intervenções é considerada um fator importante para a eficácia de programas³⁴.

Das atividades realizadas em PIC, a ginástica localizada (ex., trabalho de força muscular, equilíbrio) e a hidroginástica são as mais frequentadas, o que reflete a predominância e abrangência das intervenções voltadas para a atividade física nos territórios sob investigação. Note-se que manter a saúde foi o motivo mais invocado para participar em PIC, seguido da ocupação do tempo e estabelecimento de novos laços sociais. Assim, em linha com a literatura e os

objetivos estabelecidos nos PIC, os participantes parecem conceber o envolvimento nessas atividades como gerador de benefícios na qualidade de vida. Numa revisão crítica, Adams et al.²⁶ observaram que a participação social influencia o bem-estar, podendo fazê-lo por diversas vias. Nos participantes dos PIC, uma análise específica do tipo de atividades praticadas mostra diferenças significativas entre praticantes e não praticantes de atividade física, sendo que os praticantes apresentam valores significativamente superiores de satisfação com a vida e qualidade de vida (domínios psicológico, relações sociais e ambiente). Isto significa que os praticantes de atividade física têm melhor qualidade de vida do que os praticantes de outros tipos de atividades. Se tomarmos como referência o modelo de Rowe e Kahn³, efetivamente o envelhecimento bem-sucedido, ao ser multifacetado, pode ser ativado a partir de diferentes componentes. Os resultados desse estudo apontam para a relevância do sistema biofísico, mas é importante ter em conta que o corpo não está desligado dos aspetos psicossociais, como referido.

Apesar desses achados, o presente estudo apresenta algumas limitações. Contrariamente ao planeado, não foi possível aceder a listas atualizadas dos participantes dos PIC. Por outro lado, muito embora apenas se tenha estabelecido como critérios de emparelhamento da amostra o grupo etário e o sexo constata-se que, quer no grupo de intervenção, quer no grupo de comparação, as características sociodemográficas são muito similares, como por exemplo, o predomínio de um nível de escolaridade baixo e de rendimentos mensais reduzidos.

Por conseguinte, na prossecução desse estudo, recomenda-se incluir novos grupos amostrais com atributos mais diferenciados em termos de sexo estatuto socioeconómico e envolvimento social (ex., universidade sénior). Tal como salientam Adams et al.²⁶, uma melhor compreensão dos efeitos da participação social no bem-estar requer considerar dimensões como o significado, contexto e exigência das atividades. Esses aspetos foram abordados nesse estudo, nomeadamente na identificação das motivações

e duração do envolvimento nos programas, mas é necessário ir mais além. Além disso, importa efetuar uma análise aprofundada da experiência subjetiva do processo de envelhecimento, recorrendo a métodos qualitativos (prevista no presente estudo), assim como uma análise evolutiva do impacto da participação social no processo de envelhecer com qualidade por meio de estudos longitudinais.

CONCLUSÃO

A participação em programas públicos de intervenção comunitária favorece a qualidade de vida, pois as pessoas que participam apresentam melhor qualidade de vida no domínio *físico* do que os não participantes e, dentre aquelas pessoas, as que praticam atividade física apresentam resultados superiores nos domínios *físico, psicológico, relações sociais e ambiente*. Assim, para promover a qualidade de vida da população, recomenda-se implementar programas de intervenção comunitária, em particular envolvendo atividade física. Os resultados apontam ainda para uma menor participação dos homens, dos mais velhos e dos grupos com estatuto socioeconómico mais elevado nesses programas, aspetos que investigadores e decisores políticos devem ter em consideração, tanto mais que o impacto da participação social na qualidade de vida tende a intensificar-se com a idade^{22,25}. Uma visão do envelhecimento como processo ao longo da vida, com ganhos e perdas, implica pensar a longevidade na ação conjunta, ou seja, na vida coletiva.

AGRADECIMENTOS

A equipa do projeto AgeNortC agradece às Câmaras Municipais e pessoas que participaram neste estudo. Os nossos agradecimentos estendem-se ainda à Dra. Liliana Parente, pela disponibilidade e colaboração na recolha de dados.

Editado por: Ana Carolina Lima Cavaletti

REFERÊNCIAS

1. Bárrios MJ, Fernandes AF. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Rev Port Saúde Pública*. 2014;32(2):188-96.
2. Bastos AM, Faria CG, Moreira E, Morais D, Melo de Carvalho JM, Paúl. The importance of neighborhood ecological assets in community dwelling old people aging outcomes: a study in Northern Portugal. *Front Aging Neurosci*. 2015;7:1-8.
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
4. Rowe JW, Kahn RL. *Successful Aging*. Nova Iorque: Dell Publishing; 1998.
5. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(4):593-6.
6. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, editores. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
7. Baltes PB, Lindenberger U, Staundinger UM. Life span theory in developmental psychology. In: Lerner RM, Damon W, editores. *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. Hoboken: John Wiley; 2006. p. 569-664.
8. Kahana E, Kahana B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In: Bengtson VL, editor. *Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities* [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 1996 [acesso em 14 jan. 2019]. p. 18-40. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232522002_Conceptual_and_empirical_advances_in_understanding_aging_well_through_proactive_adaptation
9. Kahana E, Kahana B. Contextualizing successful aging: new directions in an age-old search. In: Settersten RA, editor. *Invitation to the life-course: a new look at old age* [Internet]. New York: Baywood Publishing Company; 2003 [acesso em 14 jan. 2019]. p. 225-255. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284482244_Contextualizing_successful_aging_New_directions_in_an_age-old_search
10. Kahana E, Kahana B, Lee J. Proactive approaches to successful aging: one clear path through the forest. *Gerontology*. 2014;60(5):466-74.
11. Lee JE, Kahana B, Kahana E. Successful aging from the viewpoint of older adults: development of a brief Successful Aging Inventory (SAI). *Gerontology*. 2017;63(4):359-71.
12. World Health Organization. Active ageing: a policy framework [Internet]. Genebra: WHO; 2002 [acesso em 18 jan. 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
13. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade [Internet]. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015 [acesso em 18 jan. 2019]. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
14. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9.
15. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their association with health. *Aust Health Rev*. 2017;41(4):455-62.
16. Scharlach AE, Lehning AJ. *Creating aging-friendly communities*. New York: Oxford University Press; 2016.
17. Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24-56.
18. Park HK, Chun SY, Choi Y, Lee SY, Kim SJ, Park E. Effects of social activity on health-related quality of life according to age and gender: an observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13(140):1-9.
19. He Q, Cui Y, Liang L, Zhong Q, Li J, Li Y, et al. Social participation, willingness and quality of life: a population-based study among older adults in rural areas of China. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1593-1602.
20. Oliveira DA, Nascimento Júnior JRA, Bertolini SM, Oliveira DV. Participation of elderly in social groups: quality of life and functional capacity. *Rev Rene*. 2016;17(2):278-84.
21. Santos LF, Oliveira LM, Barbosa MA, Minamisava R, Souza BN, Nunes DP. Participação em grupo como recurso para promoção da saúde e qualidade de vida entre idosos. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(2):e17868 [12 p.].

22. Choi Y, Kwang-Sig L, Shin J, Kwon J, Park E. Effects of a change in social activity on quality of life among middle-aged and elderly Koreans: analysis of the Korean longitudinal study of aging (2006-2012). *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(1):132-41.
23. Hajek A, Brettschneider C, Mallon T, Enrst A, Mamone S, Wiese B, et al. The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age: evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1-8.
24. Michèle J, Guillaume M, Alain T, Nathalie B, Claude F, Kamel G. Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2017;1-7.
25. Nimrod G, Shrira A. The paradox of leisure in late life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(1):106-11.
26. Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing Soc*. 2011;31(4):683-712.
27. Ferretti F, Beskow GC, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud Interdiscipl Envelhec* [Internet]. 2015 [acesso em 29 jan. 2019];20(3):729-43. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41384>
28. Costa FR, Rodrigues FM, Prudente CO, Souza IF. Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(1):24-31.
29. Albuquerque AP, Borges-Silva F, Borges A, Pereira A, Dantas E. Physical activity: relationship to quality of life and memory in older people. *Sci Sports*. 2017;32(5):259-65.
30. Dias G, Mendes R, Serra e Silva P, Branquinho MA. Envelhecimento activo e actividade física. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra; 2014.
31. Canavarro MC, Simões MR, Vaz Serra A, Pereira M, Rijo D, Quartilho MJ, et al. WHOQOL-Bref: instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M, Almeida L, editores. *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. vol. 3. Coimbra: Quarteto Editora; 2007. p. 77-100.
32. Neto F, Barros J, Barros A. Satisfação com a vida. In: Almeida S, Santiago R, Silva P, Oliveira L, Caetano O, Marques, editores. *A acção educativa: análise psico-social*. Leiria: ESEL/APPORT; 1990. p. 91-100.
33. Ribeiro CG, Ferretti F, Sá CA. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):330-39.
34. Menichetti J, Cipresso P, Bussolin D, Graffigna G. Engaging older people in healthy and active lifestyles: a systematic review. *Ageing Soc*. 2016;36(10):2036-60.
35. Neri AL, Vieira LA. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):419-32.