

A INTERVENÇÃO DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO PORTUGUÊS NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Maria Helena Pimentel

Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Bragança; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
hpimentel@ipb.pt

Hélder Jaime Fernandes

Instituto Politécnico de Bragança – Escola Superior de Bragança; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)

Carlos Miguel Figueiredo Afonso

Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde

*Recepción Artículo: 09 noviembre 2019
Admisión Evaluación: 11 noviembre 2019
Informe Evaluador 1: 16 noviembre 2019
Informe Evaluador 2: 17 noviembre 2019
Aprobación Publicación: 30 noviembre 2019*

RESUMO

Segundo o INE (2017) no Nordeste de Portugal observa-se um índice de envelhecimento muito elevado, 252,7 idosos por cada 100 jovens.

Objetivo: caracterizar um grupo de idosos inscritos em programas desportivos da autarquia e avaliar os efeitos desses programas na promoção do envelhecimento bem-sucedido.

Métodos: 100 participantes em dois grupos: o de referência (inscritos nos desportos da autarquia - Bragança Ativa e Desporto Sénior em Meio Rural) e o de comparação (não inscritos). Aplicou-se um inquérito com dados sociodemográficos, o Mini Mental State Examination (MMSE); a Escala de Bem-Estar Psicológico (Ryff 18); o questionário de Seleção, Otimização com Compensação (SOC) e a escala da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).

Resultados: 70% do género feminino, maioritariamente entre 65 – 74 anos (64%), média etária de 70,6, 70% são casados ou vivem em união e 22,0% são viúvos. Mais de metade (51%) tem apenas até o 4º ano de escolaridade e a maioria (68%) tem rendimentos entre 421€ e 2000€.

Examinadas as diferenças entre os dois grupos no MMSE o grupo de comparação apresenta maiores valores médios na avaliação global (27 vs 26,2) e na orientação (9,6 vs 9,2; $p<0,05$), também, médias mais elevadas no Bem-Estar Psicológico (Ryff 18), com especial destaque para as relações positivas (14,3 vs 13,1; $p<0,05$).

Ao invés o grupo de referência, no SOC, apresenta valores médios mais elevados no total (8,2 vs 7,6), na seleção eletiva (1,5 vs 1,3), seleção baseada na perda (2,1 vs 2) e compensação (2,3 vs 2). É, contudo, na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) onde mais se refletem os ganhos. O grupo de referência apresenta valores médios mais levados nas quatro dimensões da escala, nomeadamente nas relações sociais e saúde física, muito próximos da significância estatística ($p<0,05$).

A INTERVENÇÃO DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO PORTUGUÊS NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Conclusão: os programas desportivos autárquicos permitem alavancar recursos para um envelhecimento bem-sucedido. Permitem ainda atenuar diferenças no envelhecer em meio urbano e meio rural.

Palavras-chave: desporto autárquico sénior; envelhecimento bem-sucedido; qualidade de vida.

ABSTRACT

The intervention of a Portuguese Northeastern municipality in the successful aging. According to INE (2017) in the Northeast of Portugal, there is a very high aging rate, 252.7 elderly per 100 young people.

Objective: to characterize a group of seniors enrolled in municipality sports programs and evaluate the effects of these programs in promoting well successful aging.

Methods: 100 participants in two groups: the reference (sports registration of the municipality - Active Bragança and Superior Sport in the Rural) and the comparison (non-registration). An inquiry was applied with sociodemographic data, the Mini Mental State Examination (MMSE); the Psychological Welfare Scale (Ryff 18); the inquiry of Selection, optimization with compensation (SOC) and quality of life scale (WHOQOL-Bref).

Results: 70% female, mostly between 65-74 years (64%), average age of 70.6, 70% are married or living in union and 22.0% are widowed. More than half (51%) have only completed the fourth grade and most (68%) have between € 421 and € 2000.

Examined the differences between the two groups in the MMSE the comparison group presented higher values in the global assessment (27 vs 26.2) and orientation (9.6 vs 9.2; $p < 0.05$), also higher in Psychological Welfare (Ryff 18), with special emphasis on positive relationships (14.3 vs 13.1; $p < 0.05$).

Instead the reference group, in SOC, presents higher average values in total (8.2 vs 7.6), in the elective selection (1.5 vs 1.3), in the selected selection in the loss (2.1 vs. 2) and compensation (2.3 vs 2). It is, however, with quality of life (WHOQOL-Bref) where the earnings are most reflected. The reference group presents higher mean values in the four dimensions of the scale, especially in social relations and physical health, very close to statistical significance ($p < 0.05$).

Conclusion: Municipal sports programs can leverage resources for successful aging. Also allow to mitigate differences in growth in urban and rural areas.

Keywords: senior automatic sport; well successful aging; quality of life.

INTRODUÇÃO

Muito embora o aumento da longevidade da população portuguesa seja um facto apreciável, a qualidade dos anos de vida ganhos apresenta ainda um potencial a melhorar (INE, 2017). Segundo a mesma fonte na Comunidade Intermunicipal das Terras de Trás-os-Montes observa-se um índice de envelhecimento muito elevado. A 31 de dezembro de 2011 havia 252,7 idosos por cada 100 jovens. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, existe a necessidade premente de encontrar soluções eficazes, conjuntas e harmonizadas, que compartilhem meios materiais e humanos. No caso a Escola de Saúde e o município de Bragança (integrados num projeto multicêntrico de Viana do Castelo e Condeixa), desenvolveram ações comuns com vista a investigar ganhos em saúde decorrentes de dois programas de atividade física autárquicos, dirigidos à população sénior com o objetivo de avaliar, comparativamente, ganhos em saúde decorrentes da participação sénior nos respetivos programas, Bragança Ativa e Desporto Sénior em Meio Rural.

Considerando o conceito de envelhecimento ativo e saudável (World Health Organization, 2015) definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. Esta processo dependerá muito do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, participação e segurança, e da sociedade como um todo. O termo 'ativo' no processo de envelhecimento corresponde à participação contínua

dos idosos nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

Nesta matéria Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia (UE), refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de setembro).

Geralmente, a sociedade possui um papel fundamental no processo de envelhecimento ativo dos idosos, uma vez que enquanto esta persistir no desaproveitamento do potencial dos idosos enquanto sujeitos produtivos e ativos, o fenómeno do envelhecimento ativo permanecerá como um privilégio apenas para alguns (Mateus, 2012).

Os determinantes comportamentais do idoso como a prática de exercício físico são fatores que poderão prevenir o declínio funcional e diversas doenças e proporcionar melhor qualidade de vida. Praticar exercício físico na terceira idade é contrariar o mito de que é tarde demais para os idosos adotarem estilos de vida saudáveis que lhes permitam viver com qualidade e prolongar a longevidade (WHO, 2002). A comunidade científica já se debruçou sobre a contribuição positiva da atividade física para o envelhecimento, nomeadamente na prevenção e controlo de patologias degenerativas e doenças cardiovasculares (Norman, 2010). Os ganhos deste tipo de atividade vão além da atividade física em si, abarcando também a dimensão social, com a pessoa idosa a ocupar um papel relevante no mundo em que vivemos (Dias & Mendes, 2013; Dias et al., 2014; Serra e Silva et al., 2014; World Health Organization, 2015).

OBJETIVOS

Este estudo visou avaliar o impacto dos programas de intervenção autárquica com foco na atividade física no bem-estar e qualidade de vida dos idosos do distrito de Bragança. Essa avaliação passou pela comparação dos recursos sociais, do bem-estar psicológico, do estado funcional, da performance cognitiva, da qualidade de vida e da otimização seletiva e compensação entre um grupo de idosos que estavam inscritos nos programas de intervenção autárquica e outro grupo de idoso que não estavam inscritos nesses programas.

AMOSTRA

Dos 320 inscritos selecionaram-se, aleatoriamente, 50 participantes a que se juntaram outros 50, através de critérios de estratificação de género e idade tendo por base o primeiro grupo, resultando um total de 100 participantes em duas subamostras: o grupo de referência (inscritos nas atividades desportivas promovidas pela autarquia) e o grupo de comparação (os que não participam nessas atividades).

METODOLOGIA

Aplicou-se um protocolo gerontológico multidimensional, comum, elaborado para o projeto AgeNortC (dados sociodemográficos, participação em projetos de intervenção autárquica, MMSE (Morgado et al., 2009); LSNS-6 (Lubben et al., 2006); AIVD (Lawton & Brody, 1969), Ryff-18 (Ryff, 1989); SOC e QoL WHOQOL (Canavarro et al, 2009).

A avaliação do nível de dependência foi feita através das questões que avaliam o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais. À semelhança de Lawton & Brody (1969), fizeram-se oito questões referentes a tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo, *et al.*, 2008; Sequeira, 2007).

A INTERVENÇÃO DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO PORTUGUÊS NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A avaliação do funcionamento cognitivo foi feita através do Mini-Mental State Examination (MMSE) elaborado por Folstein *et al.* (1975) adaptado à população portuguesa e geriátrica por Guerreiro *et al.* (1994) e por Morgado *et al.* (2009).

A avaliação do bem-estar psicológico do idoso foi feito tendo como referência a versão portuguesa da escala de bem-estar psicológico de Carol Ryff (Novo, Silva, & Peralta, 1997). De um conjunto de 18 questões de concordância em relação a situações de aceitação de si, relações positivas, autonomia, domínio do meio ambiente e sentido da vida.

Para avaliar a rede social dos idosos, recorreu-se à Escala Breve de Redes Sociais (LSNS-6) de Lubben *et al.* (2006) e na adaptação à versão portuguesa de Ribeiro *et al.* (2012).

A capacidade de alcançar objetivos pessoais e respetivos mecanismos de otimização e compensação foi avaliada com recurso ao *Selection, Optimization and Compensation questionnaire* (SOC), de Baltes & Carstensen (2000)

A qualidade de vida dos idosos foi aferida através do WHOQOL-BREF (Canavarro *et al.*, 2009) que abrange quatro domínios da qualidade de vida: físico, relações sociais, ambiente e psicológico.

Para detetar a existência diferenças estatisticamente significativas nas múltiplas escalas e subescalas consoante grupo amostra (referência *vs* comparação) interpretaram-se os resultados de testes t de *student* para comparação de médias de duas amostras independentes. Invocou-se o teorema do limite central na validação do pressuposto da normalidade populacional para a realização de testes paramétricos.

RESULTADOS

Apresentam-se os traços sociais que caracteriza a amostra em estudo e dos dois grupos em questão (Tabela 1)

Tabela 1 – Caracterização da amostra e dos grupos

	Total da Amostra (n=100)		Grupo Referência (n=50)		Grupo Comparação (n=50)	
	n	%	n	%	n	%
Género						
Feminino	70	70%	35	70%	35	70%
Masculino	30	30%	15	30%	15	30%
Escalões etários						
55 – 64	10	10%	5	10%	5	10%
65 – 74	64	64%	32	64%	32	64%
75 – 84	26	26%	13	26%	13	26%
Estado Civil						
Solteiro(a)	6	6%	5	10%	1	2%
Casado(a)/União de Facto	70	70%	34	68%	36	72%
Separado(a)/Divorciado(a)	2	2%	0	0%	2	4%
Viúvo(a)	22	22%	11	22%	11	22%
Nível de Escolaridade						
Sem escolaridade	2	2%	1	2%	1	2%
1º-4º Anos	49	49%	23	46%	26	52%
5º-6º Anos	18	18%	13	26%	5	10%
7º-9º Anos	9	9%	3	6%	6	12%
10º-12º Anos	13	13%	6	12%	7	14%
Ensino Superior	9	9%	4	8%	5	10%
Situação Profissional						
Empregado	14	14%	4	8%	10	20%
Desempregado	2	2%	2	4%	0	0%
Reformado	84	84%	44	88%	40	80%
Categoria profissional (ISCO)						
Managers	3	3%	1	2%	2	4%
Professionals	11	11%	3	6%	8	16%
Technicians and associate professionals	4	4%	3	6%	1	2%
Clerical support workers	9	9%	5	10%	4	8%
Service and sales workers	25	25%	16	32%	9	18%
Skilled agricultural, forestry and fishery workers	1	1%	0	0%	1	2%
Craft and related trades workers	3	3%	3	6%	0	0%
Plant and machine operators and assemblers	9	9%	6	12%	3	6%
Elementary occupations	32	32%	13	26%	19	38%
Armed forces occupations	3	3%	0	0%	3	6%
Rendimento mensal do agregado familiar						
Inferior a 250€	2	2%	2	4%	0	0%
De 250€ a 420€	9	9%	4	8%	5	10%
De 421€ a 750€	22	22%	11	22%	11	22%
De 751€ a 1000€	16	16%	10	20%	6	12%
De 1001€ a 2000€	30	30%	18	36%	12	24%
Superior a 2000€	21	21%	5	10%	16	32%
Tipo de residência						
Vivenda/Moradia	83	83%	48	96%	35	70%
Apartamento	17	17%	2	4%	15	30%
Idade	Média 70,6 (DP 5,3)		Média 70,5 (DP 5,1)		Média 70,8 (DP 5,6)	
Anos de escolaridade	Média 6,4 (DP 4,0)		Média 6,2 (DP 3,8)		Média 6,7 (DP 4,1)	

Dos inquiridos 70% são do género feminino, maioritariamente representados pelo escalão etário 65 – 74 anos (64%) sendo a sua média etária de 70,6 anos (desvio padrão 5,3 anos), 70% são casados ou vivem em união de fato e 22,0% são viúvos. Mais de metade (51%) têm apenas até o 4º ano de escolaridade. A média de

A INTERVENÇÃO DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO PORTUGUÊS NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

anos de escolaridade é de 6,4 (desvio padrão de 4,0 anos) e a maioria tem rendimentos intermédios (68% auferem entre 421€ e 2000€).

Sinalizando as diferenças e semelhanças entre os dois grupos consta-se a existência de traços sociais que diferenciam o grupo de referência e o grupo de comparação. As mais evidentes são a maior escolarização e a maior representação de categorias profissionais do topo da hierarquia (*managers* e *professionals*) que correspondem a maiores rendimentos por parte do grupo de comparação. É no grupo de referência onde podemos encontrar separados/ou divorciados e maior proporção de solteiros.

O facto de o grupo de referência ser menos favorecido socialmente no que diz respeito ao seu sustento, rendimento, conjugalidade, escolaridade e padrão habitacional indicia a existência de uma maior adesão aos programas da autarquia de Bragança por parte de idosos com alguma carência de recursos para alcançar o envelhecimento bem-sucedido. Esta constatação pode representar um indicador do potencial democratizante dos programas autárquicos no acesso a recursos para o envelhecimento bem-sucedido.

Por sua vez, o maior nível de rendimentos apresentado no grupo de comparação, corresponde a uma maior capacidade de assegurar as despesas e necessidades face a situações do quotidiano desta população idosa.

Tabela 2 – Escalas e subescalas utilizadas na AgeNortC consoante grupo amostral

	Grupo de Referência			Grupo de Comparação			p
	Média	Desvio Padrão	Min; Max	Médi a	Desvio Padrão	Min; Max	
Lawton Total	9,1	1,7	8; 15	9,6	2,7	8; 20	0,288
Lubben Família	8,7	3,5	0; 15	9,1	2,9	4; 14	0,553
Lubben: Amigos	9,3	3,7	1; 15	9,5	3,1	3; 15	0,680
Lubben Total	18,0	6,2	3; 27	18,6	5,1	8; 28	0,549
MMSE: Orientação	9,2	1,0	6; 10	9,6	0,7	8; 10	<0,05
MMSE: Retenção	2,9	0,3	2; 3	2,9	0,2	2; 3	0,466
MMSE: Atenção e cálculo	4,0	1,1	0;5	4,2	1,1	0;5	0,487
MMSE: Evocação	2,0	0,9	0;3	2,0	1,0	0;3	0,833
MMSE: Linguagem	7,7	0,6	6; 8	7,8	0,5	6; 3	0,179
MMSE: Habilidade construtiva	0,4	0,5	0; 1	0,5	0,5	0; 1	0,321
MMSE: Total	26,2	2,2	20; 30	27,0	2,4	19; 30	0,086
RYFF: Autonomia	11,9	2,6	4; 18	12,0	2,6	5; 18	0,816
RYFF: Domínio do Meio	13,2	2,3	8; 18	13,1	2,4	6; 18	0,767
RYFF: Crescimento Pessoal	13,8	2,1	8; 18	13,4	2,6	6; 18	0,375
RYFF: Relações Positivas	13,1	3,0	5; 18	14,3	2,4	9; 18	<0,05
RYFF: Objetivos na Vida	12,9	2,9	4; 18	13,1	2,6	7; 8	0,797
RYFF: Aceitação de Si	14,5	2,8	6; 18	14,6	2,0	9; 18	0,903
RYFF: Total	79,5	8,5	50; 104	80,4	9,1	62; 106	0,579
SOC: Seleção Eletiva	1,5	0,9	0; 3	1,3	0,8	0; 3	0,291
SOC: Seleção Baseada na Perda	2,1	0,8	0; 4	2,0	1,0	0; 4	0,517
SOC: Otimização	2,4	0,9	0; 5	2,4	0,8	0; 5	0,910
SOC: Compensação	2,3	0,8	0; 6	2,0	1,0	0; 6	0,125
SOC: Total	8,2	2,3	2; 12	7,6	2,0	2; 11	0,165
QoL: Qualidade de Vida Geral	7,2	1,5	2; 10	7,3	1,2	5; 10	0,712
QoL: Saúde Física	26,3	4,6	16; 35	25,0	3,6	17; 34	0,128
QoL: Psicológico	23,4	3,5	11; 29	23,2	2,8	18; 29	0,824
QoL: Relações Sociais	11,1	2,0	3; 15	10,6	1,9	7; 15	0,184
QoL: Ambiente	32,6	3,9	20; 38	32,3	3,7	24; 40	0,675

Examinadas as diferenças entre os dois grupos (grupo de referência e grupo de comparação) no Mini-Mental State Examination (MMSE) o grupo de comparação apresenta maiores valores médios na avaliação global (27 versus 26,2) e na orientação (9,6 versus 9,2; $p < 0,05$).

Já no que diz respeito ao Bem-Estar Psicológico (Ryff 18) com exceção das dimensões “domínio do meio” e “crescimento pessoal” o grupo de comparação apresenta maiores valores médios nas dimensões da Escala de Bem-Estar Psicológico – Ryff 18), com especial destaque para as “relações positivas” (14,3 versus 13,1; $p < 0,05$) em que a diferença com o grupo de referência é estatística significativa.

Ao invés, o grupo de referência destaca-se positivamente em relação ao grupo de comparação nas dimensões da escala de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) apresentando valores médios mais elevados no total (8,2 versus 7,6), na seleção eletiva (1,5 versus 1,3), seleção baseada na perda (2,1 versus 2) e compensação (2,3 vs 2). É, contudo, na qualidade de vida (WHOQOL-Bref) onde mais se refletem os ganhos em saúde. O grupo de referência apresenta valores médios mais elevados nas quatro dimensões da escala, nomeadamente nas relações sociais e saúde física, estas duas muito próximos da significância estatística ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Tendo este estudo sido desenvolvido num território caracterizado pela interioridade e fustigado pelo envelhecimento e despovoamento os programas desportivos autárquicos permitem alavancar recursos para um envelhecimento de qualidade, representando um indicador do potencial democratizante no acesso a recursos para o envelhecimento bem-sucedido permitindo, ainda, atenuar diferenças no envelhecer em meio urbano e meio rural.

O grupo de referência apresenta idosos com menores recursos no que respeita ao nível de escolaridade, profissão e rendimentos quando comparado o grupo de comparação, indiciando maiores necessidades ao nível de intervenção autárquica para o seu envelhecimento saudável.

Muito embora exista esta desigualdade de circunstâncias, os programas de intervenção autárquica com foco na atividade física apresentam maiores ganhos para os idosos no que respeita aos indicadores da qualidade de vida.

Nas restantes escalas avaliadas o grupo de comparação surge, de uma forma geral, com melhores indicadores, fazendo valer a sua maior disponibilidade recursos para um envelhecimento bem-sucedido.

O grupo de referência apresenta valores médios mais elevados nas quatro dimensões da escala qualidade de vida (WHOQOL-Bref), nomeadamente, nas relações sociais e saúde física, estas duas muito próximos da significância estatística ($p < 0,05$). A qualidade de vida é, claramente, a tônica dominante do envelhecimento ativo (Cabral et al., 2013), podendo ser definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 1997).

Uma revisão sistemática com base em 89 ensaios clínicos randomizados avaliou a eficácia de intervenções que pretendiam melhorar a funcionalidade e a independência de idosos a viver na comunidade. O estudo concluiu por uma diminuição significativa do número de quedas, internamentos hospitalares e institucionalização (Apostolo, Tanner & Arfken, 2012). Não existe evidência científica consistente que associe envelhecimento ativo com redução da taxa de mortalidade em idosos. Sabemos, contudo, que programas de educação em saúde e envelhecimento ativo diminuem o risco de quedas e de fraturas da extremidade proximal do fémur, as quais são responsáveis por elevadas taxas de hospitalização e mortalidade (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004). O envelhecimento provoca um declínio funcional notório ao nível da força, flexibilidade e agilidade o qual pode ser atenuado por programas de exercício físico de moderada intensidade (Blesa, Pujol, Aguilar, Santacruz, Bertrán-Serra, Hernández et al, 2004). A literatura sugere que programas de intervenção dirigidos a idosos melhoram os hábitos alimentares (Fillenbaum, 1988) aumentam o nível de aptidão física, diminuem o risco de quedas (Rodrigues, 2008), têm um efeito positivo na qualidade de vida e saúde mental, reduzem o declínio funcional e aumentam a capacidade para a realização de atividades de vida diária (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto &

A INTERVENÇÃO DE UM MUNICÍPIO NORDESTINO PORTUGUÊS NO ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

Martins, 2008). O English Longitudinal Study of Ageing evidenciou que a melhoria dos níveis de atividade física em idosos tem ainda repercussões na incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), de que são exemplos, entre outras, as doenças cardiovasculares, a osteoporose e a diabetes tipo 2 (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004).

Por conseguinte, o projeto AgeNortC com uma investigação multicêntrica e múltímetodo permitiu através de uma extensa avaliação gerontológica inicial identificar problemas ligados à saúde e necessidades sociais específicas deste grupo etário, bem como do seu contexto geográfico. Para além dos resultados já obtidos esta investigação permitirá, juntamente com os decisores autárquicos, mobilizar recursos e priorizar programas de intervenção que fortaleçam a capacidade de envelhecer bem.

CONCLUSÕES

A intervenção autárquica ao nível do envelhecimento bem-sucedido no distrito de Bragança é uma tarefa inacabada a avaliar pelos resultados obtidos. Estes resultados demonstram que os programas Bragança Ativa e Desporto Sénior em Meio Rural têm um potencial democratizante no acesso a atividades físicas que favorecem o envelhecimento bem-sucedido. No entanto revela-se necessário potenciar esses ganhos com o reforço continuado dessa intervenção autárquica, nomeadamente, em quantidade (por exemplo maior alargamento ao meio rural). Ainda, no tipo, em número e diversidade de projetos e atividades a promover.

Em termos de metodologia estatística é de salientar que a utilização de técnicas de estatística multivariada poderão chegar a outro tipo de conclusões, tendo em conta a complexidade e efeitos intercruzados na avaliação do bem-estar e saúde do idoso que neste estudo não foi levada a cabo por não se enquadrar nos objetivos do estudo.

FINANCIAMENTO

Financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT, Portugal) e pelo FEDER POCI-01-0145-FEDER-023712. AgeNORTC, Envelhecimento, participação social e deteção precoce da dependência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J, Tanner, BA, Arfken CL (2012). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21 Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Depression Anxiety Stress Scale-21, Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20 (3).
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: I.Leal, Pais-Ribeiro J, Silva I, Marques S (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp.217-220). Lisboa: ISPA.
- Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertrán-Serra I, Hernández G, et al (2004). Mini-examen del estado mental. In Peña-Casanova J, Gramunt N, Gich J, editores. *Testes neuropsicológicos. Fundamentos para una neuropsicología basada en evidencias*. Barcelona: Masson, 31-35.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Dias, G., & Mendes, R. (2013). Atividade física para a terceira idade. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra.
- Dias, G., Mendes, R., Serra e Silva, P., & Banquinho, M.A. (2014). Envelhecimento activo e actividade física. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra.
- Fillenbaum GG (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). Mini- mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 –98.

- Guerreiro M.; Silva A. P.; Botelho, M.; Leitão, O.; Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994) Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *In Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10
- INE (2017). Instituto Nacional de Estatística.
- Lubben, J., Blozik, E. Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W., Beck, J. & Stuck, A. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben social network scale among three european community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46, 4, 503-513.
- Mateus, M. (2012). O educador social na construção de pontes socioeducativas contextualizadas. *Revista EDUSER* (4), 60-71. Em <https://www.eduser.ipb.pt/index.php/eduser/article/view/87/62>. Obtido em 12 de outubro de 2019.
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapse*, 9, 2, 10-16.
- Novo, R. F., Silva, M. E. & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida e M. Simões (Orgs.) *In Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (Vol. V, pp. 313-324). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S. & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, 1, 217-234.
- Rodrigues R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, Parte A-Recursos sociais p.6-14. *decisão Rev Panam Salud Publica*, 23(2):109-15.
- Serra e Silva, P., Dias, G., Branquinho, M.A., & Mendes, R. (2014). Envelhecimento activo. In G. Dias, R. Mendes, P. Serra e Silva, & M. A. Banquinho (Eds.), *Envelhecimento activo e actividade física*.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13(2):299-310.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life*, 13. <http://doi.org/10.5.12>
- World Health Organization. (2015). *Draft 0: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva.

