

**Universidades Lusíada**

Beirão, Catarina isabel de Sousa, 1999-

**Impacto dos comportamentos de saúde na  
qualidade de vida durante o processo de  
envelhecimento e reforma**

<http://hdl.handle.net/11067/7334>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2023

**Resumo**

O presente estudo teve por objetivo compreender e caracterizar os comportamentos de saúde e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento, tendo em conta a influencia da idade, do género e do estado civil. De forma a recolher os dados necessários foram aplicados dois questionários, sendo um referente à qualidade de vida e o outro ao estilo de vida, para além da recolha dos dados sociodemográficos. A amostra é constituída por 328 participantes, com idades compreendidas entre os 55 e...

The present study aimed to understand and characterize health behaviors and quality of life in the process of retirement and aging, taking into account the influence of age, gender and marital status. In order to collect the necessary data, two questionnaires were applied, one referring to quality of life and the other to lifestyle, in addition to the collection of sociodemographic data. The sample consists of 328 participants, aged between 55 and 80 years, 237 female and 89 male participants. S...

**Palavras Chave**

Envelhecimento, Qualidade de vida, Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Envelhecimento - Aspectos sociais

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-29T10:22:11Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade  
de vida durante o processo de envelhecimento e  
reforma**

**Realizado por:**  
Catarina Isabel de Sousa Beirão

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof. Doutor Miguel da Costa Nunes de Freitas  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 21 de dezembro de 2023

Lisboa

2023



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade  
de vida durante o processo de envelhecimento e  
reforma**

Catarina Isabel de Sousa Beirão

Lisboa

Julho 2023



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade  
de vida durante o processo de envelhecimento e  
reforma**

**Catarina Isabel de Sousa Beirão**

Lisboa

Julho 2023

Catarina Isabel de Sousa Beirão

# Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento e reforma

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

Julho 2023

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Catarina Isabel de Sousa Beirão  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlía Rute Maia Cabrita  
**Título** Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento e reforma  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2023

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

BEIRÃO, Catarina Isabel de Sousa, 1999-

Impacto dos comportamentos de saúde na qualidade de vida durante o processo de envelhecimento e reforma / Catarina Isabel de Sousa Beirão ; orientado por Túlía Rute Maia Cabrita. - Lisboa : [s.n.], 2023. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - CABRITA Túlía Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Envelhecimento
2. Qualidade de vida
3. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
4. Envelhecimento - Aspectos sociais
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging
2. Quality of life
3. Aging - Psychological aspects
4. Aging - Social aspects
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HQ1061.B45 2023

## **Agradecimentos**

Como disse John Mason (1993) “You are born an original don’t die a copy”, esta frase surgiu na minha vida ainda durante a licenciatura e chegando agora ao fim do percurso continua a ecoar na minha cabeça. A essência do meu percurso na Psicologia e em Lisboa, até ao dia de hoje, baseou-se na descoberta, de mim própria e do meu propósito na vida. Foram anos muito instáveis, carregados de dúvidas, medos, dificuldades e erros, contudo agora no fim deste percurso, construído para mim, estou carregada de certezas e motivação para continuar o meu caminho.

Assim sendo, agradeço primeiramente à Catarina de 17 anos que não perdeu a força e conseguiu chegar até aqui. Aos meus pais e à minha irmã que estiveram sempre ao meu lado e que sentiram cada angústia minha como se fosse deles, agradeço todo o apoio desde o início ao fim deste percurso. Sei que viveram esta batalha comigo.

A todos os docentes que fizeram parte deste percurso académico dou também o meu muito obrigado, foram figuras muito importantes que marcaram estes anos. Em especial à Professora Doutora Túlia Cabrita, agradeço todo o seu apoio, dedicação e partilha de conhecimento, foi crucial para manter a serenidade e foco na realização deste projeto.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer às minhas amigas. À Ana Vaz, por ter sido uma amiga desde o primeiro minuto em que nos cruzámos, pelo apoio, motivação, alegria, sabedoria e companheirismo que partilhou comigo. À Rita Painho, Ana Painho e Tatiana Gil, agradeço pelo apoio incondicional durante o último ano, pelos momentos de partilha, empatia e empoderamento que vivi convosco.

Foram todos pilares importantes no meu percurso e na minha vida, a minha conquista é vossa também.

## **Resumo**

O presente estudo teve por objetivo compreender e caracterizar os comportamentos de saúde e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento, tendo em conta a influencia da idade, do género e do estado civil. De forma a recolher os dados necessários foram aplicados dois questionários sendo um referente à qualidade de vida e o outro ao estilo de vida, para além da recolha dos dados sociodemográficos. A amostra é constituída por 328 participantes, com idades compreendidas entre os 55 e os 80 anos, sendo 237 participantes do género feminino e 89 do género masculino. Posteriormente, através da análise estatística verificou-se que os participantes apresentam uma boa perceção da qualidade de vida, sendo o domínio social aquele que apresenta maior satisfação e o domínio físico aquele que apresenta menor satisfação. Os indivíduos solteiros e divorciados/separados/viúvos têm uma perceção menos positiva da qualidade de vida psicológica. A idade e género não apresentaram relação com a perceção da qualidade de vida. O exercício físico e o stress apresentam-se associados com a qualidade de vida, o tabaco apresenta-se associado com o stress e com a alimentação e o álcool não apresenta qualquer tipo de relação. Verificou-se ainda que o stress, o exercício físico e as doenças crónicas não transmissíveis são preditores da qualidade de vida, enquanto a qualidade de vida social, ambiente, a idade e o género são preditores do estilo de vida.

**Palavras-chave:** Processo de envelhecimento; Reforma; Qualidade de vida; Estilo de vida



## **Abstract**

The present study aimed to understand and characterize health behaviors and quality of life in the process of retirement and aging, taking into account the influence of age, gender and marital status. In order to collect the necessary data, two questionnaires were applied, one referring to quality of life and the other to lifestyle, in addition to the collection of sociodemographic data. The sample consists of 328 participants, aged between 55 and 80 years, 237 female and 89 male participants. Subsequently, through statistical analysis, it was found that participants have a good perception of quality of life, with the social domain being the one with the highest satisfaction and the physical domain the one with the lowest satisfaction. Single and divorced/separated/widowed individuals have a less positive perception of psychological quality of life. Age and gender were not related to the perception of quality of life. Physical exercise and stress are associated with quality of life, tobacco is associated with stress and diet, and alcohol is not associated with quality of life. It was also found that stress, physical exercise and chronic non-communicable diseases are predictors of quality of life, while social quality of life, environment, age and gender are predictors of lifestyle.

**Keywords:** Aging process; Retirement; Quality of life; Lifestyle

## Lista de tabelas

Tabela 1: Características Sociodemográficas da amostra.....	42
Tabela 2: Características Sociodemográficas da amostra.....	42
Tabela 3: Características Sociodemográficas da amostra.....	43
Tabela 4: Estilo de vida .....	44
Tabela 5: Estatística descritiva das variáveis em estudo .....	48
Tabela 6: Diferenças entre idade e qualidade de vida (QV) .....	48
Tabela 7: Diferenças entre género e qualidade de vida (QV) .....	49
Tabela 8: Diferenças entre estado civil e qualidade de vida (QV) .....	49
Tabela 9: Associação entre a qualidade de vida física com as restantes variáveis.....	50
Tabela 10: Associação entre a qualidade de vida psicológica com as restantes variáveis .....	50
Tabela 11: Associação entre a qualidade de vida social com as restantes variáveis.....	51
Tabela 12: Associação entre a qualidade de vida ambiente com as restantes variáveis..	51
Tabela 13: Associação entre o álcool com as restantes variáveis.....	51
Tabela 14: Associação entre o exercício físico com as restantes variáveis.....	52
Tabela 15: Associação entre a alimentação com as restantes variáveis .....	52
Tabela 16: Associação entre o stress com as restantes variáveis .....	52
Tabela 17: Associação entre o tabaco com as restantes variáveis.....	53
Tabela 18: Regressão linear do estilo de vida e variáveis sociodemográficas como preditoras da qualidade de vida .....	53
Tabela 19: Regressão linear da qualidade de vida e variáveis sociodemográficas como preditoras do estilo de vida.....	54

## **Lista de abreviaturas**

OMS – Organização Mundial de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

WHO – World Health Organization

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

DCNT – Doenças crónicas não transmissíveis

WHOQOL-BREF – Questionário de avaliação da qualidade de vida

SLIQ – Simple Lifestyle Indicator Questionnaire

ANOVA – Análise da Variância

QV – Qualidade de vida

## Índice

Introdução .....	1
Enquadramento Teórico .....	3
O idoso na sociedade .....	3
Processo de envelhecimento .....	9
Modelo Seleção, Otimização e Compensação.....	13
Fatores de Risco e Fatores de Proteção .....	20
Reforma .....	20
Qualidade de Vida .....	25
Estilo de Vida .....	31
Objetivos .....	40
Método .....	41
Participantes .....	41
Instrumentos.....	46
WHOQOL-BREF .....	46
SLIQ .....	47
Procedimentos.....	48
Resultados.....	49
Discussão .....	56
Referências .....	70

## Introdução

No decorrer do século XXI tem se destacado uma nova realidade demográfica consubstanciada pelo aumento da urbanização, evolução tecnológica, transições epidemiológicas e desigualdades de género, que transformaram as características da sociedade (Serviço Nacional de Saúde, 2017), potenciando um aumento da esperança média de vida.

O aumento da esperança média de vida, para além de permitir a longevidade da população também conduziu a um aumento do índice de dependência e um fenómeno de duplo envelhecimento. Observa-se um aumento do número de divórcios, agregados familiares unipessoais constituídos por indivíduos com 65 e mais anos e agregados institucionais, o que difere das estruturas familiares que prevaleciam antigamente (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Na população idosa, encontra-se uma elevada prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, isolamento, declínio funcional e perda de autonomia (Silva, Soares, Santos & Silva, 2014). As alterações no estilo de vida, despoletadas por estes fenómenos, tornaram-se barreiras ao envelhecimento ativo e saudável (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

A perceção de qualidade de vida e os fatores que a influenciam é moldada pelo sentimento de satisfação das necessidades particulares refletindo-se depois na forma como é vivenciado o processo de envelhecimento (Sixsmith, Sixsmith, Fange, Naumann, Kucsera, Tomsone, Hakk, Dahlin-Ivanoff & Wollrych, 2014). Nas culturas ocidentais, os idosos são percecionados como detentores de menos capacidades (Nunes, Menezes & Alchieri, 2010) e, por isso, o investimento neles é desconsiderado, existindo durante esta fase falta de recursos ou de acesso aos mesmos para combater os desafios e satisfazer as necessidades que surgem (Miranda, Soares & Silva, 2016). Apesar de já existirem estratégias e ações que se focam em várias áreas da vida do idoso, continua a ser

necessário refletir sobre o trabalho que está a ser desenvolvido e implementar mudanças que visem melhorar os aspetos mais fracos (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

O presente estudo tem como objetivo principal compreender e caracterizar os comportamentos de saúde e a qualidade de vida no processo de envelhecimento e reforma, ou seja, pretende-se verificar se os comportamentos de saúde influenciam a qualidade de vida mediante o género, idade e estado civil. Desta forma, o presente estudo é composto por cinco partes. Na primeira parte, encontra-se o enquadramento teórico onde é abordada a influência e importância da sociedade no desenvolvimento e envelhecimento do indivíduo. De seguida é apresentado o processo de envelhecimento e posteriormente é aprofundado o modelo de seleção, otimização e compensação. Nos três últimos capítulos do enquadramento teórico são abordados os fatores de risco e proteção, mais especificamente a reforma, a qualidade de vida e o estilo de vida, respetivamente. Na segunda parte, são apresentados os objetivos do estudo. De seguida, na terceira parte, serão apresentados os métodos, onde é descrita a amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos relativamente à seleção dos participantes, recolha dos dados e procedimentos estatísticos realizados. Na quarta parte, são mencionados os resultados e de seguida é apresentada a discussão do presente estudo.

## **Enquadramento Teórico**

### **O idoso na sociedade**

Para falar de envelhecimento, no decorrer do século XXI, deve-se considerar a longevidade da população, os fatores que contribuem, ou não, para esse acontecimento e quais as exigências dessa característica na sociedade.

Atualmente, em Portugal, a população residente reduziu em 2,1%, comparativamente ao ano de 2011, sendo agora de 10 344 802 pessoas, dos quais 52,4% são mulheres e 47,6% são homens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Pordata, 2021). A população atual demonstra um maior desequilíbrio entre os géneros, com 90,7 homens por 100 mulheres, verificando-se ainda uma discrepância superior nestes valores relativamente à população acima dos 65 anos. Verificou-se um decréscimo em todas as faixas etárias que varia entre os 5% e os 15%, à exceção da população idosa na qual os valores aumentaram em 20,6% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Os idosos representam 23,4% da população o que evidencia o fenómeno de duplo envelhecimento, com 182 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Pordata, 2021). O índice de dependência tem aumentado desde a década de 60, estando atualmente com 36,8%, o que significa que existem menos idosos do que pessoas em idade ativa, contudo os valores demonstram tendência a aumentar. Estima-se que a partir dos 65 anos de idade os indivíduos vivam ainda entre 20 a 21 anos. Ao comparar com as restantes décadas, constata-se que existiu um aumento da esperança média de vida. Relativamente ao índice de longevidade, este no ano de 2011 apresentava o valor de 47,9%, o que indica que a população está bastante envelhecida (Pordata, 2021). A população portuguesa com ensino secundário e superior aumentou na última década, sendo o género feminino aquele que predomina em todos os níveis de ensino (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). A população com idade igual ou superior a 65 anos

apresenta-se maioritariamente com o 1º ciclo, sendo que 87,2% das mulheres nesta faixa etária não tem qualquer ensino (Pordata, 2021). O estado civil solteiro tem uma maior representatividade na população portuguesa, particularmente do género masculino, seguindo-se o casado com perda de representatividade. O estado civil divorciado aumenta os seus valores nos últimos 10 anos e as mulheres apresentam-se em maior número no estado civil viúvo do que os homens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Os agregados domésticos privados constituídos por 2 pessoas tornaram-se predominantes e os agregados unipessoais, estes mais centrados na Área metropolitana de Lisboa, com 68,2% de indivíduos com 65 e mais anos, ganharam maior representatividade. (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021; Pordata, 2021). Os agregados institucionais comparativamente com os agregados domésticos privados registaram uma subida mais acentuada. Mudanças nos padrões de fecundidade, nupcialidade e divórcio contribuíram para um grande contraste com a população das últimas décadas, em que os agregados familiares privados de grandes dimensões eram mais prevalentes. Ainda que exista uma maior concentração da população no litoral e junto à capital, as regiões do centro e Alentejo são as que apresentam um maior aumento do índice de envelhecimento (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Todo o indivíduo, desde o nascimento, integra uma sociedade que lhes disponibiliza recursos para o seu desenvolvimento e lhes atribui diferentes papéis sociais ao longo de toda a vida (Luz & Amatuzzi, 2008). Os valores sociais que são construídos com base na cultura, história, política e economia da sociedade são assimilados na estrutura psíquica dos indivíduos influenciando os comportamentos dos grupos e mantendo a coesão social (Moreira & Nogueira, 2008). Em décadas anteriores, o idoso ocupava um papel de destaque na transmissão de sabedoria às gerações mais novas, sendo respeitado socialmente. Esse panorama verifica-se ainda nas culturas orientais, onde o



idoso é integrado na vida social e tratado com dignidade. Nas culturas ocidentais, atualmente, o estatuto de idoso está, pelos valores que nela prevalecem, desvalorizado (Almeida, 2009). Mais anos são associados a menos capacidade para contribuir na sociedade em que se vive e um maior peso a ser sustentado pela mesma (Nunes et al., 2010). Verificam-se nestas culturas um maior número de casos de violência, isolamento e negligência na população envelhecida (Almeida, 2009).

Em simultâneo com o envelhecimento da sociedade, ocorreram outras alterações como a urbanização, evolução tecnológica, transições epidemiológicas e desigualdade de género. Estas mudanças provocaram alterações nos estilos de vida e desenvolvimento de estereótipos, que se tornaram barreiras ao envelhecimento ativo e saudável (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

A transformação da população portuguesa, referida anteriormente, teve uma grande influência epidemiológica. Com o avanço da ciência na área da saúde, as doenças crónicas não transmissíveis tornaram-se mais comuns e o número de óbitos por doenças, até então fatais, sofreu uma quebra. Desta forma, a população idosa começa assim a viver durante mais anos (Miranda et al., 2016). As doenças crónicas não transmissíveis são, contudo, responsáveis por um maior declínio funcional, perda de autonomia e isolamento (Silva et al., 2014). A existência de um maior número de pessoas que carecem de cuidados prolongados, a nível médico, social e psicológico, requer uma preparação social, urbana, económica, individual e familiar (Miranda et al., 2016).

O processo de envelhecimento inicia-se antes da terceira idade, não estando diretamente associado a doenças ou incapacidades, mas a sua presença só se torna evidente quando estas variáveis dificultam a realização de tarefas diárias. Por consequência, esta realidade só se tornou relevante quando o aumento da população idosa revelou impactos no sistema social, alertando para a necessidade de uma maior

consciência do processo natural de envelhecimento e das medidas adaptativas que requer a nível individual e social (Mari, Alves, Aerts & Camara, 2016). Desenvolveu-se uma maior preocupação pela qualidade do processo de envelhecimento vivido e pelas práticas necessárias para prestar tais cuidados exigidos por esta parcela da população. Conceitos como a qualidade de vida, o envelhecimento ativo e o envelhecimento saudável receberam destaque com esta transformação na sociedade contemporânea (Marques, Sánchez & Vicario, 2014).

O investimento no idoso é subestimado porque não se acredita na possibilidade de retorno. Isto retira ao idoso o poder de escolha relativamente à forma como quer viver a sua vida. Por outro lado, espera-se que os recursos que são concedidos aos idosos, lhes atribuam a responsabilidade total do seu processo, sendo que a existência de dificuldades, nesse caso, será considerada negligência do próprio. Assim, somam-se perdas sociais às perdas naturais. Surgem rótulos sociais negativos, o idoso vê as suas capacidades subestimadas e encontra um ambiente restrito de oportunidades. O estigma da incapacitação da pessoa idosa surge perante este cenário da sociedade (Miranda et al., 2016) refletindo-se no autoconceito do idoso que absorve os valores disseminados e adota comportamentos que contribuem para a difusão das crenças sociais negativas em relação ao envelhecimento. Gera-se, desta forma, vulnerabilidade interna, perda de senso de autoeficácia e autonomia, reduzida motivação e dificuldade para superar os problemas associados a esta fase da vida, sendo um impedimento para uma qualidade e estilo de vida ativo (Almeida, 2009).

É possível reconhecer várias capacidades nestes membros da sociedade e aproveitá-las para atuar sobre o processo de envelhecimento tornando-o mais positivo (Miranda et al., 2016). Para colocar o idoso num papel ativo, capaz de contribuir para a

sociedade, é necessário desenvolver estratégias, ações e recursos que permitam o envolvimento dos mesmos pelas capacidades que apresentam (Sousa, 2019).

Portugal está comprometido com as estratégias e valores da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Europeia desenvolvidos para o envelhecimento ativo. Essas ações focam-se essencialmente na saúde, participação e segurança, apoiando a integração intergeracional, eliminação da discriminação pela idade e o envolvimento dos idosos e cuidadores no planeamento, implementação e avaliação dessas mesmas ações (World Health Organization [WHO], 2002). As estratégias nacionais para o envelhecimento ativo e saudável propostas para 2017-2025, centram-se na adaptação do trabalho que já foi previamente desenvolvido e na colaboração com as várias instituições do país. Ainda que para a área da saúde as ações e programas desenvolvidos estejam maioritariamente a cargo do ministério da saúde e da direção geral de saúde, o foco dos programas é essencialmente a prevenção da doença e a promoção de saúde, através de alterações no estilo de vida da população (redução do impacto das doenças crónicas, redução do tabaco e álcool, alterações na alimentação e atividade física combatendo o excesso de peso ao longo da vida). O objetivo é aumentar a capacidade funcional dos idosos e tornar estes agentes da própria saúde, a partir das oportunidades que a sociedade lhes disponibiliza através dos vários eixos que se interligam e permitem a inovação, coesão social, económica e regional melhorando a qualidade de vida das pessoas (Serviço Nacional de saúde, 2017).

Há a necessidade de refletir sobre o trabalho que está a ser desenvolvido e implementar mudanças que visem melhorar os aspetos que estão mais fracos (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Alguns aspetos apontados a programas desenvolvidos em algumas regiões do país referem que não se deve direcionar as ações especificamente a determinadas faixas etárias, mas sim a toda a população que necessita delas. Sejam estas

referentes à prática atividade física, acessibilidade a espaços públicos, ajudas socioeconómicas, adaptações das habitações ou ofertas culturais com temáticas de interesse aos mais diversos públicos (Bárrios & Fernandes, 2014).

Delinear um estilo de vida que satisfaça as necessidades particulares de cada indivíduo transforma a perceção de qualidade de vida e os fatores que a influenciam, tendo um impacto na forma como decorre o processo de envelhecimento (Sixsimth et al., 2014). Portanto, as ações ou a falta das mesmas, perante esta população, contribui para a forma como o próprio idoso se identifica nesta fase da sua vida e na sociedade (Sousa, 2019).

## **Processo de Envelhecimento**

O processo de envelhecimento surge numa fase mais tardia da vida do ser humano caracterizada pelo declínio de funções biológicas e psicológicas. Estes declínios surgem, essencialmente, pela degeneração das células que foram, até àquele momento do ciclo de vida, utilizadas numa perspetiva de crescimento e desenvolvimento. Ainda que não seja um processo despoletado pela idade cronológica, é idiossincrásico, podendo ser influenciado pelo contexto sociocultural, a forma como o indivíduo administrou a sua vida e as suas expectativas futuras (Fontaine, 2000). Desta forma, o ser humano vive agora um novo processo contínuo com desafios e exigências, que requerem novas adaptações. É por isso natural, neste estágio, surgirem problemas de isolamento que, por sua vez, contribuem para o maior declínio das funções e agravamento da saúde (Lima, Gomes, Frota & Pereira, 2016b).

O desejo de alcançar a velhice com saúde, autonomia e boas condições de vida é um fator comum a todos os indivíduos. Para isso, é fundamental enfrentar o processo de envelhecimento tal como ele se manifesta no próprio, para desta forma investir nas ações necessárias ao seu envelhecer saudável. No entanto, o discurso que surge sobre o conceito de envelhecimento coloca a responsabilidade sobre o próprio indivíduo para se comprometer com ações saudáveis e ignora o panorama mais amplo e repleto de influências ao longo do processo. Devem ser consideradas todas as mudanças e perdas que ocorrem, não só físicas, mas também psicológicas e sociais, às quais o sujeito necessita de se adaptar. A idealização de um processo que é por si só complicado e que ocorre em cada domínio da vida da pessoa, deposita nela toda a responsabilidade da gestão da sua vida, o que pode levar à recusa de auxílio quando não se consegue alcançar o ideal. Por isso, cada idoso, mediante as suas condições físicas, socioeconómicas e

psicológicas, deve ser questionado sobre as suas necessidades para alcançar o que para ele será um envelhecimento saudável (Stephens, Breheny, & Mansvelt, 2015).

Compreender as variáveis que influenciam o decorrer deste processo vivido individualmente, transforma a maneira como cada um o enfrentará. O *insight* permite compreender as mudanças que ocorrem e assim criar estratégias de adaptação a esse novo momento de vida. Com a consciencialização do tempo e das suas consequências, temas como a morte/finitude tornam-se mais presentes, o que pode despoletar reações negativas e pouco saudáveis. É essencialmente importante, nesse prisma, aceitar e entender o próprio envelhecimento, para o vivenciar com saúde e autonomia. No entanto, são vários os fatores que influenciam esta fase da vida, nomeadamente, fatores históricos, sociais, ambientais, genéticos, gestão do stress, estilo de vida, diminuição de capacidades e surgimento de patologias. Ainda que alguns não sejam possíveis de modificar, há a possibilidade de diminuir a probabilidade de estes ocorrerem ou a forma como ocorrem, com a adoção de um estilo de vida saudável. A aquisição de uma visão positiva da sua vida pode impulsionar os esforços realizados para possibilitar o bem-estar psicológico e de saúde, uma vez que a forma como são compreendidas as modificações do corpo determina a atenção que lhes é dedicada (Mari et al., 2016).

O pensamento e o comportamento humano são influenciados pelas perceções construídas e pelo seu respetivo valor na vida de cada indivíduo. A perceção de saúde e os fatores culturais refletem-se no estilo de vida, e por isso são preditores do processo de envelhecimento. Portanto, a interpretação que o sujeito faz dos acontecimentos engloba aspetos subjetivos e objetivos que se relacionam com a autoperceção e autoeficácia do próprio ser (Sixsimth et al., 2014).

A adaptação às mudanças que ocorrem, a ausência de doença, o envolvimento ativo na sociedade e a manutenção de capacidades funcionais, englobam o termo

envelhecimento bem-sucedido e saudável que permite manter o seu bem-estar físico, mental e social realizando a manutenção de uma boa velhice. Na perspectiva deste último conceito foi adotado o termo envelhecimento ativo (Valer, Bierhals, Aires & Paskulin, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo define-se pela variedade de determinantes pessoais, comportamentais, económicos, ambientais e de saúde, que constituem o curso da vida. Por essa razão, é necessário dar a oportunidade aos idosos de, como membros da sociedade, continuarem a exercer o seu direito de cidadania. É pela compreensão do processo de envelhecimento, e contrariando a ideologia que cresceu na sociedade sobre a pessoa idosa, que se torna possível atuar sobre a mesma. Esta atuação passa pela integração desta parte da população na sociedade em que ela vive para, assim, realizar a manutenção da autonomia física e participação social. Esta maior produtividade pode aumentar o sentimento de pertença, capacidade de adaptação e percepção de bem-estar, que por sua vez, pode emolir o processo ao qual estão sujeitos, chegando até a conservar algumas funções (Mira, Ferreira, Ozela, Santos, Palmeira & Silva, 2019).

Em vários estudos qualitativos, os indivíduos identificam a necessidade de independência/autonomia; contributo positivo na sociedade; sensação de controlo; ter capacidades e ter sentimentos positivos como impulsionadores de uma melhor percepção de saúde, autoestima e qualidade de vida durante o envelhecimento. Os hábitos diários que levam a estes sentimentos podem estar interligados e serem muito diversificados entre os indivíduos. Em casos onde as necessidades básicas não estão satisfeitas, é natural que as prioridades desses indivíduos não se estendam às categorias a seguir referidas. Os mais mencionados foram a prática de atividade física (passeios, ginásio, natação, caminhadas), alimentação (realização das refeições, poder de compra e escolha dos alimentos),

autocuidado (sono, descanso, exames médicos, vacinação, cuidar da aparência, tarefas domésticas), não consumir álcool, não ter comportamentos tabágicos, manutenção da rede social (grupos sociais, rede familiar/amizades, apoio emocional), realizar atividades significativas (trabalhos manuais, domésticos, leitura, ver televisão), satisfação com a sua vida até ao momento e ter uma perspetiva futura, ter segurança física e financeira. É possível compreender também nestes estudos que os sujeitos continuam a ter muita dificuldade em reconhecer os sinais de envelhecimento e perspetivam o processo de uma forma negativa e nostálgica quanto à forma como viveram os anos anteriores desejando tê-los aproveitado melhor. (Sixsmith et al., 2014; Valer et al., 2015; Stephens et al., 2015; Mari et al., 2016; Mira et al., 2019). É de referir também que o conhecimento sobre os benefícios destes hábitos permite o empoderamento da velhice, oferecendo o poder de decisão quanto à realização ou não dos mesmos e contribuindo para a perceção de um envelhecimento saudável. Num estudo realizado com um grupo de convivência, onde adquirem este tipo de conhecimento, na sua maioria constituído por mulheres, entre os 65 e 69 anos, com alto nível de escolaridade, prática de atividades remuneradas e a coabitar com a família, foi possível observar que existiram mudanças no perfil dos idosos tornando-se mais ativos e dinâmicos, com mais facilidade a superar dificuldades relacionadas com as doenças, maior consciencialização sobre várias temáticas e a manutenção da rede social. Isto só é possível com o desenvolvimento de projetos e atividades que ampliam as possibilidades de controlo dos aspetos significativos da vida (Mira et al., 2019).



### ***Modelo Seleção, Otimização e Compensação (SOC)***

O desenvolvimento caracteriza-se como um processo contínuo multidirecional. São as influências genéticas e socioculturais normativas (expectáveis de ocorrerem, e.g. puberdade, entrada na escola, casamento e reforma) ou não normativas (imprevisíveis ou inesperadas, e.g. doenças, acidentes, viuvez, morte de um filho) que caracterizam o percurso do indivíduo ao longo de toda a vida, nos vários estágios de desenvolvimento. Estas influências, sejam elas expectáveis que ocorram ou não, implicam perdas ou ganhos no percurso que é realizado, moldando o mesmo (Neri, 2006).

O ser humano mantém uma interação recíproca, direta ou indireta, com o contexto em que vive. Esse contacto ocorre através da utilização de recursos internos e externos. A dinâmica indivíduo-ambiente manifesta-se em todos os contextos da sua vida, seja biológico, psicológico e/ou social. Esta dinâmica, dependendo de como se processa vai influenciar, potencializando ou limitando, o processo de desenvolvimento (Freire, Resende & Rabelo, 2012). Numa perspetiva *lifespan*, o processo de desenvolvimento requer capacidade de adaptação aos vários contextos (Neri, 2006). Nesse sentido, para se ter um desenvolvimento adaptativo, é necessário agir de forma a influenciar a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Freire et al., 2012). Isto porque a alocação de recursos perante os diferentes desafios de cada estágio pode potencializar um desenvolvimento adaptativo e bem sucedido (Neri, 2006), sendo isso possível através da seleção e hierarquização dos objetivos pessoais ou domínios de interesse da pessoa. É o envolvimento na prática de ações, que permite a otimização do funcionamento desses domínios e compensação de outros, de forma a guiar o comportamento para alcançar os objetivos pretendidos. Se o indivíduo conseguir executar estas estratégias maior probabilidade terá de obter uma melhor capacidade de adaptação e alcançar com maior

facilidade os níveis expectáveis para cada estágio no decorrer do seu processo de desenvolvimento ao longo da vida (Freire et al., 2012).

Ao ser estudado nesta perspectiva, percebe-se que o envelhecimento deveria ser abordado tal como os restantes níveis de desenvolvimento, e não como um fim de linha. Portanto, as capacidades reduzidas inerentes ao envelhecimento normal seriam intervencionadas de uma forma positiva que visa-se a manutenção do bom funcionamento do sujeito (Souto & Oliveira, 2019). Contudo, ainda que no início da vida exista uma capacidade funcional muito grande, nem sempre esta é utilizada no seu máximo e existem, por isso, reservas. Sejam elas físicas ou cognitivas, estão prontas para serem utilizadas consoante a motivação da pessoa e as exigências que o meio lhe apresenta. Essa capacidade é denominada de plasticidade e permite otimizar o funcionamento do sujeito quando necessário, desde que seja feita uma manutenção das mesmas ou se potencialize o seu desenvolvimento. Porém, a plasticidade diminui com a idade (Neri, 2006) e quando essas reservas não são colocadas em prática ou o meio não lhes permite o seu desenvolvimento, a qualidade das mesmas vai se tornar reduzida e quando colocadas em prática o desempenho que permitirão será menor (Fontaine, 2000).

O modelo desenvolvido por Baltes (1997) surgiu com o intuito de compreender quais seriam os mecanismos utilizados pelos indivíduos (Neri, 2006) que lhes permitiam manter e melhorar os seus recursos, tal como o funcionamento, para assim se adaptarem e conseguirem avançar com sucesso no desenvolvimento ao longo da vida. Ao adquirir este conhecimento era possível transpô-lo para o processo de envelhecimento. Interações, mudanças, desafios, perdas e ganhos ocorrem ao longo de toda a vida do ser, mas conseguir geri-las torna-se mais difícil quando a disponibilidade de recursos é menor. A capacidade de adaptação é crucial para conseguir avançar nos estágios de desenvolvimento, mas, em idade avançada essa capacidade diminui, sendo necessário

encontrar alternativas. Descobriu-se então que existiam estratégias que já eram utilizadas em estágios anteriores, sendo necessário apenas adaptá-las às necessidades específicas de cada estágio. Compreender e melhorar a realização do processo de envelhecimento, refletiria impactos positivos nas várias áreas da vida da pessoa tornando-o num envelhecimento bem-sucedido (Freire et al., 2012). Acabou por se tornar num modelo universal passível de ser aplicado em qualquer fase de desenvolvimento. Este modelo pode ser implementado pela própria pessoa ou terceiros, desde que contextualizado e considerando as especificidades do indivíduo e da sua experiência pessoal e cultural (Neri, 2006).

O modelo fundamentava-se então em 3 processos que permitiriam a manutenção de um bom funcionamento, adequado em qualquer fase de desenvolvimento (Freire et al., 2012), nomeadamente, a seleção, otimização e compensação. As estratégias SOC são como um processo de regulação que segue uma vertente direcionada para o progresso. Elas devem ser utilizadas de uma forma coordenada e considerando a individualidade de cada ser. Quando assim utilizadas, vão permitir um bom funcionamento e consequentemente um sentimento de eficácia maior (Fontaine, 2000).

A Seleção, ainda que possa ter uma conotação negativa, no sentido da redução de objetivos, pretende permitir o comprometimento com objetivos específicos, estruturados e fundamentados de uma forma coerente, de modo a garantir um propósito robusto que guie as ações do indivíduo (Freire et al., 2012). Esta diminuição e hierarquização dos objetivos, consoante as motivações do indivíduo no momento de vida atual, permite que ocorra um maior investimento de recursos de reservas em domínios específicos (Neri, 2006). Isto possibilita um maior empenho, mas também, um ajuste à redução de recursos previamente disponíveis. Desta forma, o indivíduo dedica-se às atividades nas quais o seu desempenho é melhor e potencializa o sentido de autoeficácia (Souto & Oliveira, 2019).

Há, portanto, uma adaptação consoante as necessidades de vida no momento atual, possibilitando um melhor investimento e desempenho por parte do sujeito (Fontaine, 2000). A seleção pode ser repartida consoante o contexto em que é aplicada. Deve ser aplicada para a recuperação das perdas, quando devido a algum evento de vida ocorrem défices funcionais que impossibilitam o alcance de objetivos pessoais ou, quando a tentativa de compensação desses déficits deixa de ser benéfica ou não está disponível. Esta, para se tornar uma resposta adaptativa, exige a reorganização dos objetivos para irem de acordo com a nova realidade do sujeito e para que estes permitam um envolvimento com empenho no alcance dos mesmos. A Seleção eletiva, por sua vez, possibilita uma melhor capacidade de adaptação porque permite a reestruturação da hierarquia dos objetivos pessoais consoante a sua importância ou possibilidade de realização na vida da pessoa mediante as novas condições e recursos disponíveis, que esta apresenta (Freire et al., 2012).

Outra estratégia apresentada no modelo é a Otimização, sendo que se baseia na coordenação e potencialização (Fontaine, 2000) dos recursos internos/externos. Estes recursos necessários ou disponíveis, mediante os objetivos pessoais, são os que irão permitir a manutenção de uma boa capacidade de adaptação e bom funcionamento, (e.g. educação, suporte social, saúde, capacidade atlética, habilidades artísticas e sociais) (Souto & Oliveira, 2019). Aquando a definição de metas específicas, é possível estabelecer quais são as ferramentas ou ações necessárias para as conseguir atingir. Uma vez estabelecidas, pode-se fazer uma gestão e manutenção dos recursos necessários para alcançar os resultados desejados. (Freire et al., 2012). É, portanto, como se fosse um mecanismo de regulação. Esse mecanismo procura maximizar os recursos e fazer com que as ações que têm de ser praticadas sejam sempre realizadas com empenho. Isto porque

existem recursos e foco, gerando níveis de funcionamento altos (Alaphilippe & Bailly, 2013).

A compensação, por sua vez, deve ser utilizada quando as capacidades disponíveis previamente e as exigências do meio deixam de estar em equilíbrio. O ser deixa de ter as ferramentas necessárias para prestar uma resposta adequada ao que é imposto (Freire et al., 2012). É então necessária a aquisição de novos comportamentos alternativos/recursos (internos ou externos) que substituam as perdas ou declínios vivenciados (Fontaine, 2000), mas que, ainda assim, permitam manter o bom funcionamento, semelhante ao que era alcançado anteriormente nos domínios que possibilitam ao indivíduo alcançar os seus objetivos (e.g. aparelhos auditivos, cadeiras de rodas) (Souto & Oliveira, 2019). Enquanto na Otimização, procura-se estabelecer um novo objetivo com os recursos disponíveis, a compensação procura evitar que a perda chegue a ocorrer substituindo o meio utilizado para alcançar o mesmo objetivo (Freire et al., 2012). Ambas procuram minimizar as perdas e ainda assim manter um bom nível de funcionamento, utilizando os recursos que ainda estão disponíveis, como o conhecimento e experiências anteriores (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Esta teoria funciona como um meta-modelo que proporciona uma estrutura ao estudo da capacidade de adaptação ao longo de todo o ciclo de vida enfrentando as mudanças evolutivas e possibilitando o alcance de um desenvolvimento bem-sucedido (Freire et al., 2012).

O desenvolvimento é descrito como multidimensional e multidirecional, variando de indivíduo para indivíduo com diferentes experiências e diferentes resultados (Neri, 2006). Os idosos possuem experiência e sabedoria pelas problemáticas enfrentadas ao longo do tempo e isso, pressupõe-lhes algum tipo de resiliência. Contudo, inerente à idade, surgem declínios nas várias áreas da vida do ser (Fontaine, 2000), biológicos,

psicológicos e sociais (Alaphilippe & Bailly, 2013). Essas perdas, inevitavelmente surgem, mas, podem ser maiores ou menores consoante a disponibilidade de ferramentas que o indivíduo teve para atuar perante as adversidades ao longo do percurso e que lhe conferiu alguma resiliência. Se essas ferramentas forem limitadas, a eficácia da atuação do ser sobre o meio também será menor, perpetuando-se ao longo do tempo em todas as suas ações. Quando chegar o momento em que essas ferramentas, ainda que reduzidas, sejam necessárias, a margem para a utilização e melhoramento das mesmas também será menor. Os idosos tornam-se menos responsivos aos estímulos (Neri, 2006). Não significa que exista uma perda de capacidades para ativar estratégias alternativas, sejam elas muitas ou poucas disponíveis, mas há no entanto uma diminuição do desempenho atribuído à criação ou desenvolvimento das mesmas (Alaphilippe & Bailly, 2013).

O envelhecimento bem-sucedido define-se pela manutenção de um bom funcionamento (Freire et al., 2012), pelo sentimento de bem-estar e satisfação com a vida, estando ausente a solidão. Ao serem aplicadas as estratégias do modelo é possível maximizar os recursos disponíveis, atuar sobre o próprio envelhecimento e sobre o meio envolvente. Essas ações tornam o idoso capaz de se adaptar às mudanças naturais do processo e vivê-lo com mais equilíbrio (Alaphilippe & Bailly, 2013).

Com o avanço da idade há uma diminuição no desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de vida (Alaphilippe & Bailly, 2013). Contudo, a percepção de um menor tempo de vida leva a que o idoso realize uma triagem em várias áreas da sua vida de forma a otimizar os recursos que lhes estão disponíveis, seja isso realizado de forma consciente ou não (Neri, 2006).

Quando existe uma limitação por perda ou declínio de recursos previamente adquiridos é necessário restringir o número de metas para objetivos específicos e adequados ao momento da vida da pessoa. Vai-se possibilitar que os recursos, ainda que

limitados, sejam todos investidos em objetivos específicos e úteis, em vez de estarem divididos em vários. Há uma potencialização de comportamentos saudáveis, habilidades sociais e cognitivas, e ainda, um maior e melhor envolvimento no ambiente. A combinação da motivação com capacidades reais do sujeito impulsiona o seu envolvimento e focaliza os recursos existentes no desempenho de atividades que permitem alcançar esses objetivos. Já reduzido o número de objetivos, o ser pode-se dedicar a trabalhar os recursos que estão presentes, otimizando-os e.g. estimulação cognitiva, atividade física (Freire et al., 2012). Porém, com uma redução de recursos, há também um aumento de necessidades a serem satisfeitas, surgindo um desequilíbrio entre défices e capacidades de resposta (Fontaine, 2000). Há uma redução da gama de recursos que podem ser selecionados. Portanto, as opções entre as quais se pode selecionar domínios também reduz. É necessário realizar uma ação conjunta entre os três processos, onde a compensação irá substituir domínios perdidos e.g. equipamentos, adaptação ambiental, estratégias psicológicas. Mediante as condições que o ser apresenta, há uma maior probabilidade de as estratégias compensatórias serem bem-sucedidas quando os recursos não estiverem distribuídos por vários domínios. Dessa forma, mantêm um bom funcionamento e uma maior probabilidade de alcançar os objetivos, atribuindo uma experiência significativa à fase de vida em que se encontra, com satisfação e perceção de controlo (Freire et al., 2012).

## **Fatores de risco e fatores de proteção**

### ***Reforma***

O ciclo de vida do ser humano é constituído por aprendizagens, desenvolvimentos, mudanças e adaptações. A reforma e o envelhecimento fazem parte desses momentos de mudança aos quais é necessário realizar adaptações para assim os ultrapassar de forma positiva. O envelhecimento, como já foi referido, é um processo inerente à natureza do ser humano que varia, entre cada um, no tipo de consequências, gravidade e percepção do mesmo (Pocinho, Belo, Silva, Navarro-Pardos & Muñoz, 2017). Por sua vez, a reforma surge na vida do indivíduo numa ordem social, política, profissional e não biológica (Borsoi & Pereira, 2017). No entanto, a forma como esta é vivenciada pode, igualmente como o envelhecimento, ter impacto na qualidade de vida e saúde do sujeito (Pocinho et al., 2017). Ainda que o envelhecimento seja percebido mais tarde ou mais cedo que o momento da reforma, estes dois processos tendem a coincidir na vida dos indivíduos e, por isso, exercem uma influência mútua entre eles, como também, sobre as representações sociais que são criadas relativamente a esta fase de vida e acabam por afetar o sujeito, a relação com a família e a própria sociedade (Brito, Araújo & Belo, 2021).

O trabalho está de tal forma implementado na vida do ser humano que adquire um importante papel na construção do significado do indivíduo. Inicialmente, era um recurso do homem que lhe permitia satisfazer as suas necessidades mais básicas, com o desenvolvimento da sociedade e da economia ganhou outro significado. Passou a representar reconhecimento social, autoimagem, responsabilidade, valor e dever, como também ocupa a maior parte da vida diária do sujeito durante um longo período da sua vida (Brito et al., 2021). A falta de trabalho pode representar falta de valor, inatividade, falta de contribuição para a sociedade e dependência da mesma, desenquadramento e improdutividade e por isso é encarada com insegurança (Borsoi & Pereira, 2017). Não se



nega que os significados do trabalho variem consoante o indivíduo, mas, existe um pensamento coletivo que acompanha a evolução da vida em sociedade, gera representações sociais e, sendo por vezes simultâneo ao envelhecimento, contribui para um estigma relativamente à reforma (Brito et al., 2021). Mas independentemente da representação positiva ou negativa do trabalho, este molda a vida do indivíduo, a sua identidade pessoal e o seu papel na sociedade. Por estas razões, a importância da atividade laboral na vida do sujeito é inegável e, assim, o seu término constitui-se como uma transição que acarreta riscos e exige ajustamentos (Fonseca, 2012).

A reforma define-se como o fim do tempo de trabalho pago de forma fixa, e surge a partir dos 66 anos e quatro meses, em Portugal, permitindo às pessoas continuar a viver com alguma qualidade de vida. Para além da sua definição, a reforma constitui-se como um processo individual e contínuo de adaptação às mudanças (perdas/ganhos), podendo ser influenciado por fatores externos (ambientais, socioeconómicos, políticos), internos (crenças e objetivos) e pela forma como ocorre a passagem à reforma (voluntária/involuntária, antecipada ou não, parcial/total, gradual/abrupta) afetando positiva ou negativamente a vivência da mesma (Camarneiro & Loureiro, 2014; Borsoi & Pereira, 2017). Nas várias alterações que surgem com a reforma encontram-se as alterações do estilo de vida, hábitos e rotinas previamente estabelecidos, lugares, relacionamentos, rendimentos, sentimento de autonomia e controlo e, a perda da possibilidade de expressar as suas capacidades (Fonseca, 2012), acabando por afetar o desempenho de outros papéis da sua vida e a própria identidade do sujeito (Camarneiro & Loureiro, 2014). A reforma, pode ser vista como um direito do trabalhador, associada à libertação da rotina do trabalho, o surgimento de oportunidades para novos projetos ou associada ao ócio e ao ambiente doméstico (Brito et al., 2021). Se por um lado a experiência da reforma pode promover, um sentido de bem-estar devido ao afastamento

das atividades exigentes e stressantes do trabalho, surgimento de novas oportunidades associadas ao ócio, pode também levar a uma diminuição desse sentimento de bem-estar (Camarneiro & Loureiro, 2014). Quando o indivíduo reformado consegue substituir as atividades inerentes ao papel de trabalhador por outras atividades igualmente significativas, a mudança foi realizada com sucesso. Contudo, há pessoas que não conseguem alcançar esta estabilidade e acabam por entrar num estado de dependência ou procura de uma nova ocupação de natureza profissional que lhe preencha o tempo e assegure satisfação (Pocinho et al., 2017).

No decorrer do processo, é possível identificar etapas que evoluem da transição para o estado de reforma, em que a pessoa se identifica, aceita e adapta a sua vida às novas condições. Na fase de Pré-reforma, está presente a possibilidade de se reformar e, emocionalmente, começa a separação do trabalho, fantasiando o futuro. Aquando o afastamento do trabalho, surge a fase de lua de mel, manifestando-se o momento de procurar viver o que foi idealizado e uma grande satisfação com a vida. Posteriormente, surge o Desencantamento, no qual há uma diminuição da satisfação, o sentimento de que não vai aguentar os próximos anos com a rotina que criou e que certos objetivos não são concretizáveis, o que leva ao abandono das fantasias anteriores. A Estabilidade surge quando se adquire a capacidade de pensar e sentir a sua vida de uma forma mais organizada, o que permite a criação de objetivos realistas. No entanto, apesar das diversas variáveis que influenciam o processo da passagem à reforma, por si só já desafiador, este tem potencial para trazer vários benefícios aos indivíduos que por ele passam (Fonseca, 2012).

As perdas vividas na reforma e no envelhecimento podem gerar sentimentos negativos e, por consequência, perturbações psicológicas, problemas de saúde e isolamento (Fonseca, 2012). A preparação e planeamento prévio para este momento de

transição deve, por isso, ser feita em função do papel central que a vida profissional tinha, das novas realidades que vão ser experienciadas e da vulnerabilidade individual que o sujeito pode apresentar, de forma a melhor a vivência desta fase (Borsoi & Pereira, 2017).

Ao deter este conhecimento devem-se criar estratégias políticas e sociais que foquem na promoção de saúde, para que se minimize a vulnerabilidade sentida na passagem à reforma (Loureiro, Fonseca & Veríssimo, 2012) e os idosos possam viver aquele momento da sua vida com mais qualidade (e.g. criação do Programa de Preparação para a Aposentadoria no Brasil). Este tipo de programas permite aos idosos tomar mais consciência das suas competências, para as desenvolver e utilizar no seu tempo livre, como também lhes permite estarem mais preparados para definir objetivos no pós-carreira e ainda construir o caminho necessário para os alcançar. Toda esta preparação, vai munir os sujeitos de capacidades para lidar com as adversidades que vão surgir na reorganização dos seus hábitos de vida. É possível compreender que a educação sobre a nova fase de vida e alternativas que podem ser utilizadas para contornar as dificuldades que vão surgir, é crucial para gerar sentimentos de autonomia e, conseqüentemente, confiança para criar objetivos individuais (Pocinho et al., 2017). De acordo com um estudo, verificou-se que reformados mais focados na criação de objetivos eram mais otimistas e tinham uma noção do que é o desenvolvimento saudável, enquanto que reformados sem objetivos eram mais hesitantes e pouco preparados para lidar com as adversidades da fase da vida em que se encontravam (Payne, Robbins & Dougherty, 1991). Num outro estudo, verificou-se que os inquiridos passaram a adotar melhores comportamentos de saúde após a passagem à reforma. Essa alteração feita no seu estilo de vida não impediu que a saúde física se degradasse, por consequência do envelhecimento, ainda assim a maior fragilidade destes sujeitos após a reforma encontra-se na dimensão psicoemocional (Loureiro et al., 2012). Constatou-se ainda, num outro estudo, que indivíduos reformados com uma atividade

profissional ativa tem uma melhor percepção de qualidade de vida geral, física e psicológica, podendo estes resultados serem influenciados pela maior motivação e menor sentimento de obrigatoriedade perante o trabalho realizado (Gaspar, Gomez-Baya, Torres, Cerqueira, Correia & Matos, 2020).

As condicionantes do envelhecimento e da reforma são influenciadas e percebidas em prol dos conceitos que foram previamente construídos. Por isso, para se compreender o processo de envelhecimento desta população deve-se, primeiramente, procurar compreender o que é a qualidade de vida para cada pessoa (Morais, Faria, Castro, Silva & Braga, 2020).

## *Qualidade de Vida*

Segundo a definição atribuída pela Organização Mundial de Saúde (The WHOQOL Group, 1995), a qualidade de vida abrange a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto, cultura e valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000). Este conceito, anteriormente, focava-se nos fatores externos que podiam ter impacto na vida do indivíduo e foi evoluindo mediante as necessidades da sociedade. Tornou-se importante transgredir a doença, os seus sintomas e a mortalidade visando o aumento da expectativa de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

O conceito de saúde é definido pela OMS (1946), como sendo o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Apesar de ser no conceito de saúde que se dá início ao desenvolvimento da definição de qualidade de vida, e ambos os termos serem indissociáveis, o conceito de qualidade de vida não se cinge somente a ter saúde. Tomou-se consciência de que se deveria ponderar também os parâmetros subjetivos de cada indivíduo (Pereira et al., 2012). A qualidade de vida é, por isso, caracterizada como multidimensional e subjetiva. Isto é, abrange várias dimensões, valoriza parâmetros mais amplos e constrói-se de forma individual (Fleck et al., 2000). Desta forma, a sua definição é muito suscetível a alterações num mesmo indivíduo (Araújo, Nascimento, Soares, Oliveira, Santos, Freitas, Araújo & Silva, 2020). Contudo, existem fatores que são comuns e que se ajustam na vida de cada um, consoante o impacto ou a interpretação individual dos mesmos na sua vida. Sendo impossível distanciar o conceito de qualidade de vida do conceito de saúde, e considerando a importância da perspectiva individual que aqui assenta, a qualidade de vida refere-se essencialmente à

satisfação e ao bem-estar do sujeito (Morais, Silva, Beck, Camponogara, Dalmolin & Tavares, 2021).

O conceito ao sofrer influência e a ser influenciado por muitas variáveis (Morais et al., 2021), torna difícil a sua avaliação, compreensão e replicação de uma forma objetiva em todos os indivíduos. Operacionalizar o conceito permite delimitá-lo e tornar essa tarefa mais fácil (Pereira et al., 2012). Os fatores comuns, são, nomeadamente, o bem-estar físico, psicológico, social e ambiental (Morais et al., 2021). A satisfação do indivíduo com a vida é influenciada por todas estas variáveis, o que requer uma compreensão subjetiva da avaliação que a própria pessoa faz de cada componente. É por isso que a divisão em componentes ajuda a uma aproximação flexível e mais realista do conceito geral (Pereira et al., 2012). Assim, para que seja possível estudar este conceito na população, é importante ter uma visão holística e considerar a necessidade de compreender o significado atribuído a cada dimensão e a realidade experienciada por cada indivíduo (Lima, Vilella & Bittar, 2016a). Em alguns estudos que procuraram compreender o significado do conceito de qualidade de vida para os idosos, verificou-se uma diversidade de significados, mas, também, de aspetos comuns, apesar das populações-alvo terem características sociodemográficas diferentes. Como características de uma boa qualidade de vida, foram referidas a independência e autonomia para a realização de atividades quotidianas, o sentimento de utilidade social, a realização de atividades que despoletam um sentimento de felicidade, ter saúde física e psicológica, o sentimento de satisfação, ocupação e lazer, prática de atividade física, relações interpessoais positivas, condições económicas e rede de apoio. Verificou-se ainda que em alguns casos questões como expectativas futuras, realização pessoal, intimidade e morte, apesar de serem fatores importantes na vida do ser humano, o idoso, pouca ou nenhuma relevância lhes dá. Este estilo de pensamento acaba por contribuir também para uma

percepção de qualidade de vida mais reduzida. Independentemente da forma prática como os indivíduos manifestam a necessidade de manter a sua integridade, liberdade de escolha, dignidade e autoestima, estes são conceitos comuns a todos que vão moldar a percepção que têm da qualidade de vida (Lima et al., 2016a; Lima et al., 2016b; Marques et al., 2014; Oliveira, Rabelo & Queroz, 2012; Nunes et al., 2010).

Ao longo de toda a vida dos sujeitos, a saúde e a doença apresentam-se como processos dinâmicos, influenciando diretamente o processo de desenvolvimento e envelhecimento (Morais et al., 2021). Neste último mencionado, ocorrem inúmeras alterações (Ferreira, Moreira, Ferreira & Felício, 2021).

Segundo o Questionário de Avaliação da Qualidade de vida (WHOQOL-BREF) construído pelo *The Whoqol group* (1994), o domínio físico pode ser caracterizado pela dor e desconforto, energia/fadiga, sono, mobilidade, atividade física quotidiana, dependência de medicação, tratamentos, capacidade de trabalho (Fleck et al., 2000). As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (Brandão, Araújo, Souto, Silva, Santos & Braga, 2021), são um problema de saúde pública, sendo que abrange a maioria dos idosos em todo o mundo e é responsável por uma grande taxa de mortalidade (Ferreira et al., 2021). Estas doenças são responsáveis por várias comorbilidades que condicionam a vida diária dos portadores das mesmas, tornando-os dependentes de tratamentos, medicação e hospitalizações frequentes. Dessa forma, tem um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes (Ferreira et al., 2021). Ainda assim, existem para além destas, algumas doenças crónicas que ao não serem consideradas problemas de saúde pública diminuem a eficácia do diagnóstico e intervenções que visem a sua prevenção (Santos, Meneguci, Silveira, Marquez, Ferreira & Viana, 2014a). Outras doenças que podem surgir nesta fase são os problemas dentários, o cancro e incontinência urinária mais comum em mulheres. Os problemas dentários e a

incontinência urinária podem afetar para além da saúde, a autoestima e a qualidade de vida (Brandão et al., 2021; Morais et al., 2020). O cancro, sendo uma das principais causas de morte antes dos 70 anos, apresenta tratamentos que ainda que contribuem para o aumento da expectativa de vida, causam sintomas físicos e psicológicos que interferem na qualidade de vida e saúde psicológica do paciente e respetivos familiares (Cordeiro, Santos & Orlandi, 2021). O domínio psicológico, engloba os sentimentos positivos e negativos vivenciados, memória, concentração, pensar e aprender, autoestima, imagem corporal e espiritualidade/crenças pessoais/religião (Fleck et al., 2000). Quando se fala de qualidade de vida no envelhecimento, refere-se além da presença ou ausência de doenças, ainda que este seja um processo bastante demarcado pelas mesmas. O fator social ganha aqui um grande destaque devido ao estatuto que o idoso atualmente possui na sociedade e que lhe retira funções e influência. As alterações sociais abrangem a perceção do indivíduo relativamente às relações sociais, suporte social, atividade sexual (Fleck et al., 2000), trabalho/reforma, falecimento de familiares e amigos, dinâmicas familiares, segurança e condições da habitação, entre outras (Brandão et al., 2021). Sendo que as alterações ambientais englobam a segurança física e proteção, habitação, recursos financeiros, disponibilidade/qualidade dos cuidados de saúde e sociais, possibilidade de aquisição de novas informações e capacidades, lazer, ambiente físico, e transportes (Fleck et al., 2000).

As alterações que ocorrem em cada uma destas áreas da vida do ser reduzem as capacidades que o ser detinha até a esta fase mais avançada da vida (Brandão et al., 2021). O meio ambiente e as relações sociais, para além das dificuldades que surgem a nível físico e psicológico, podem ter uma influência positiva sobre os mesmos ou limitar ainda mais a vida dos sujeitos (Rodrigues, Moreschi, Greco, Espíndola & Rempel, 2021). Todos estes acontecimentos inerentes ao processo de envelhecimento estão relacionados entre



si e irão colocar o sujeito perante vários desafios que até então não tinha experienciado (Brandão et al., 2021). O ser idoso ainda que apresente menos capacidades ou que estas tenham um desempenho menor comparado às gerações mais novas, continua, na maioria dos casos, a ser detentor das suas necessidades, atos e escolhas (Rodrigues et al., 2021).

De entre vários estudos, verificou-se que o domínio das relações sociais obteve melhor pontuação, enquanto o domínio meio ambiente e domínio físico apresentavam-se com pontuação mais baixas (Gato, Zenevitz, Madureira, Silva, Celich, Souza & Léo, 2018; Santos et al., 2014a; Miranda et al., 2016; Vitorino, Paskulin & Vianna, 2012). Num estudo, destacou-se também que, fatores como mais anos de vida e de escolaridade, prática de atividade física e de atividades sociais, juntamente com a manutenção de relações sociais ativas e positivas, contribuem para uma melhor percepção da qualidade de vida (Vitorino et al., 2012). Por sua vez, o consumo de tabaco e sintomas de depressão estão associados a menor qualidade de vida (Gato et al., 2018). O estado civil e o género, em alguns estudos, também influenciam a percepção de qualidade de vida (Gato et al., 2018; Vitorino et al., 2012).

É relevante compreender qual é o tipo de população que atualmente se encontra num processo de senescência, sendo o conceito de qualidade de vida uma construção individual. As características demográficas ajudam a compreender quais os pontos comuns de interesse e de necessidade do grupo, como a necessidade de cuidadores, viuvez, divórcio, moram sozinhos, género, escolaridade, entre outras (Brandão et al., 2021). É importante ter também em consideração que hábitos de vida prévios ao processo de envelhecimento têm impacto no mesmo. Tal como, a profissão, o sono, prática de exercício físico, alimentação, consumos de álcool e tabaco (Morais et al., 2021).

Isto envolve, portanto, a intervenção multidisciplinar para evitar o comprometimento em cadeia de algumas funcionalidades e um maior impacto na vida

social do sujeito (Gato et al., 2018). A qualidade de vida pode ser promovida através da fundamentação de ações, programas e políticas públicas de saúde. Estas devem estar orientadas para a prevenção de fatores determinantes no desenvolvimento de doenças e incapacidades (Santos et al., 2014a). Nesse sentido, seria importante instruir os profissionais com conhecimento sobre o processo de envelhecimento e os principais fatores que influenciam a qualidade de vida. Juntamente com a identificação das necessidades e fatores de proteção da população-alvo, tornava-se possível a criação de estratégias adequadas num plano de intervenção (Ferreira et al., 2021). Estas adaptações dos serviços podem contribuir para a ampliação do acesso e humanização dos serviços sociais e de saúde. Promovendo-se, assim, a adoção de hábitos de vida saudáveis, mudança de comportamentos, autocuidado, gestão das emoções, adesão à medicação (Ferreira et al., 2021), proporcionar ambientes físicos para prevenir acidentes e formulações de ações para impedir o abuso de idosos. Para isso, é necessário a existência de ações intersectoriais, que fomentem o trabalho multidisciplinar (Gato et al., 2018). Isto é, existir articulação entre o conhecimento técnico e popular, coordenação entres profissionais de saúde (Brandão et al., 2021), e mobilização de recursos públicos e privados para a sua execução (Mari et al., 2016).

## ***Estilo de Vida***

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), o estilo de vida adotado e implementado pelos sujeitos nas suas vidas é dos elementos mais relevantes para ter uma boa saúde (Maciel, 2010).

O estilo de vida é definido por hábitos comportamentais adotados e enraizados ao longo do desenvolvimento do ser. Estes manifestam-se de uma forma padronizada, na maneira de ser, estar e viver a vida, em cada uma das suas áreas. Sendo eles adquiridos na sua maioria ao longo do desenvolvimento, tornam-se difíceis de modificar em estágios mais avançados da vida dos indivíduos, como no caso da terceira idade (Oliveira et al., 2012). O padrão comportamental é construído mediante vários fatores, sendo estes a cultura, região, género, idade e momento de vida (e.g. envelhecimento/reforma), alguns deles devem ser considerados aquando a compreensão, avaliação e correção/modificação dos padrões de comportamento quando necessário (Scoralick-Lempke, Nascimento, Ribeiro, Moreira, Oliveira, Sousa & Teixeira, 2018).

Os comportamentos de saúde são integrantes do estilo de vida. Estes bons hábitos incluem uma correta alimentação/nutrição (evitar gorduras/doces; comer fruta, hortaliças, entre outras); realização de atividade física (fazer caminhadas, aulas de dança, entre outras); atividades cognitivas (cantar, desenhar, ler livros, palavras cruzadas); comportamentos preventivos (uso do cinto de segurança, protetor solar,...); atividades/relacionamentos sociais (ativo na sociedade, integrar grupos de atividades); stress (agir com tranquilidade em situações adversas) e álcool/tabaco (evitar ou diminuir o consumo). Estes são importantes para o pleno crescimento e desenvolvimento humano. Consoante a forma como os hábitos de vida são praticados, podem repercutir efeitos positivos ou negativos nível físico, psicológico e na saúde em geral. Podem contribuir para evitar o desenvolvimento de doenças, principalmente as doenças crónicas não

transmissíveis. Estas são frequentemente identificadas no envelhecimento e posteriormente à reforma dos idosos. Ainda que influenciadas por fatores imutáveis, como o género, idade e genética, são também influenciadas pelo estilo de vida adotado. Os comportamentos de saúde já referidos podem diminuir as hipóteses destas doenças se manifestarem ou não. Os comportamentos de saúde contribuem também para a minimização dos efeitos do envelhecimento, otimizar a capacidade funcional/autonomia, proporcionar momentos de prazer e uma perceção mais positiva da saúde. No entanto, deve-se considerar que os efeitos provenientes destes comportamentos são evidentes a médio/longo prazo com a prática regular (Scoralick-Lempke et al., 2018).

A atividade física define-se como qualquer ação corporal que exija um maior gasto energético comparativamente aos momentos de repouso (Maciel, 2010). Alguns dos benefícios que se verificam na prática de atividade física são a prevenção de doenças comuns nesta fase de vida, como a hipertensão arterial, obesidade e depressão, entre outras. Previne também quedas ou outro tipo de acidentes na vida diária dos idosos, que nesta fase podem ser muito nocivas para a sua saúde. Contribui ainda para a melhor qualidade do sono, muito afetado nesta fase, melhor funcionamento cognitivo, menor prevalência de ansiedade e stress, como também um maior contacto social. No seu todo, esta prática reflete-se, se estiver de acordo com os padrões individuais, num maior sentimento de autoeficácia, melhor autoperceção e níveis mais altos de satisfação com a vida, contrariando as repercussões usuais do envelhecimento no idoso (Fernandes, Vasconcelo-Raposo, Pereira, Ramalho & Oliveira, 2009).

Quando esta atividade é realizada de uma forma estruturada e repetitiva com o objetivo de melhorar algumas componentes físicas, é considerada exercício físico. Neste caso, dependendo do objetivo com que é realizado, relacionado com a saúde ou com a performance, contribui de formas diferentes para o ser humano que o pratica. Direcionada

para a saúde, pode melhorar algumas componentes biológicas (força, resistência, flexibilidade, entre outras) que contribuem conseqüentemente para uma maior prevenção do aparecimento de doenças geradas pelo sedentarismo (Maciel, 2010). Relacionado com a performance, intervêm no desempenho de componentes como a agilidade, equilíbrio, coordenação e reação muscular (Maciel, 2010) que pode contribuir na atenuação dos efeitos degenerativos do processo de envelhecimento a nível físico, psicológico e social. Em ambos os casos, sejam eles, atividade física ou exercício físico, os contributos que se retiram desta prática física aumentam a sua funcionalidade, autonomia, autoestima, e influenciam a qualidade de vida dos sujeitos (Fernandes et al., 2009).

O sedentarismo é definido como um estilo de vida com pouca atividade ou até mesmo inexistente. Na população, é algo que se verifica com alguma frequência e que pode ser acentuado por vários fatores. Entre eles, está o desenvolvimento tecnológico que devido à maior insegurança dos idosos, devido à redução de capacidades e à diminuição dos acessos nos espaços públicos, permite uma maior sensação de comodidade no ambiente doméstico. Contudo, uma vida sedentária torna o idoso mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas e, conseqüentemente, acarreta custos sociais, económicos e familiares (Maciel, 2010).

A alimentação ou os padrões alimentares, de uma forma mais específica, definem-se através das quantidades, variedades, combinações de alimentos e frequência com que são ingeridos (Govindaraju, Sahle, McCaffrey, McNeil & Owen, 2018). A alimentação saudável ao ser caracterizada num espetro de alimentos permitidos ou proibidos, torna-se muito restritiva e perde alguns fatores que a influenciam. Como fatores, deve-se entender, a influência social, cultural e percepção individual sobre a temática. É importante conhecer quais as dificuldades de cada sujeito na implementação diária de ações que contribuem

para uma alimentação saudável. Isto envolve várias vertentes, desde económica, familiar e biológica (Menezes, Tavares, Santos, Targueta & Prado, 2010).

A nível socioeconómico estão englobados os recursos financeiros disponíveis, que tanto podem ser altos como baixos e que vão influenciar o acesso a alimentos saudáveis. Abrange também a interação social e o sentimento de possuir um papel social que vai aumentar ou diminuir a autoestima, influenciando o interesse pelo ato de se alimentar. Os fatores ambientais surgem aqui relativamente à presença ou não de condições que facilitem o acesso físico e a preparação de refeições. A estrutura familiar, enquadra-se na medida em que pode gerar necessidades diferentes entre os membros, proporcionar ou não apoio familiar, evitar o isolamento, que vai diminuir ou aumentar o *stress* sentido pelo sujeito, influenciar o estado emocional e a predisposição para comer. As limitações biológicas surgem aquando a presença de doenças ou alterações devido ao processo de envelhecimento, como também a existência de medicação, que vão impactar a capacidade de acesso, correta conceção dos alimentos e correta digestão dos mesmos pelo corpo. Psicologicamente, a perda de apetite ou aumento do mesmo, podem ser geradores ou indicadores de problemas de saúde mental. Todos estes fatores causam algum impacto, positivo ou negativo, na relação que o ser estabelece com a comida (Pereira, Cotta & Franceschini, 2006).

Segundo a OMS, o álcool é a terceira causa de morte prematura e geradora de doenças (Barbosa, Pereira, Cruz & Leite, 2018), tornando-se um problema de saúde pública na terceira idade devido ao aumento do consumo e às consequências que acarreta na qualidade de vida. O enfoque desta temática, entre os profissionais de saúde, é muito direcionado para jovens e adultos, sendo também a prevenção e as intervenções realizadas para essa população-alvo (Castillo, Marziale, Castillo, Facundo & Meza, 2008). Esta é uma problemática subestimada na população idosa sendo por isso, também, pouco ou

incorretamente diagnosticada (Barbosa et al., 2018), confundindo-se por sinais de doenças crônicas ou associados ao envelhecimento (Castillo et al., 2008). A verdade é que os comportamentos, valores e questões socioculturais associadas ao consumo de álcool surgem maioritariamente na juventude prolongando-se até à velhice, fazendo sentido a intervenção na fase de vida em que os comportamentos iniciam. Mas ainda assim, existe uma parte da população idosa que inicia o consumo após os 60 anos. Seja um comportamento recente ou já vinculado ao estilo de vida desde a adolescência tem consequências mais graves com o avanço da idade (Noronha, Souza, Costa & Peixoto, 2019).

O consumo de álcool entre idosos é muito comum (Barbosa et al., 2018). Devido às alterações fisiológicas consequentes do envelhecimento e ao maior uso de medicação, existe uma maior sensibilidade ao álcool, ainda que o padrão de consumo se mantenha igual quando era mais jovem (Noronha et al., 2019). Depois de atingir um consumo de risco, pode causar problemas físicos, psicológicos e sociais (Santos, Viana, Souza, Meneguci, Silveira, Silvano, Rodrigues & Damião, 2014b). Contribui para o surgimento de doenças agudas e crônicas (Noronha et al., 2019), as relações sociais podem ser afetadas (Santos et al., 2014b), levar ao isolamento, comprometer capacidades cognitivas (Barbosa et al., 2018) e por consequência afetar a qualidade de vida. Contudo, um consumo leve/moderado de álcool, pode também trazer alguns benefícios aos indivíduos (Noronha et al., 2019; Krug, Schneider, Giehl, Antes, Confortin, Mazo, Xavier & d'Orsi, 2018).

O tabaco, muitas vezes associado ao álcool, influencia e é influenciado pelos mesmos fatores. O consumo de ambas as substâncias e exposição prolongada às mesmas (Alexandrino, Oliveira, Gomes, Silva & Nogueira, 2020), agrava a probabilidade do desenvolvimento de doenças e alterações cognitivas, familiares e sociais (Barbosa et al., 2018). A prevalência do tabaco em idosos é igualmente menor do que em adultos, mas

ainda assim, estes são pouco incentivados a deixar de praticar estes hábitos e tem a crença de que são imunes aos efeitos dos mesmos. Por isso, existe a tendência para que o consumo destas substâncias nesta faixa etária avançada aumente gradualmente com o envelhecimento da população (Alexandrino et al., 2020). Para intervir nesta problemática, para além das estratégias farmacológicas, pode se promover políticas de prevenção e intervenção planeadas (Barbosa et al., 2018). O intuito será desenvolver ações de educação direcionadas para os idosos ou em conjunto com outras faixas etárias, para permitir uma maior dinâmica e interação intergeracional que amplia a rede do idoso idosos (Santos et al., 2014a). A participação da família pode também ser um ponto chave para garantir o maior envolvimento do idoso (Alexandrino et al., 2020). Associado ao consumo destas substâncias surge também o *stress* (Castillo et al., 2008).

O *stress* define-se como uma resposta psicobiológica que surge quando um determinado acontecimento interno ou externo excede os recursos do ser. Contudo, quando controlado, permite que o ser administre respostas adequadas e se adapte às novas situações. Numa idade avançada com as mudanças simultâneas geradas pelo envelhecimento e consequentes dificuldades (Ferreira, Costa, Pimenta, Silva, Bezerra, Viana & Costa, 2019), a manutenção e adaptação biopsicossocial do ser pode ser difícil (Talarico, Caramelli, Nitri & Chaves, 2009). Com a maior exposição a várias problemáticas que surgem naturalmente e com a possibilidade de serem inalteradas é comum gerar-se um sentimento de perda de controlo sobre si mesmo e sobre o ambiente à sua volta, torna-se algo doloroso e difícil de lidar o que leva a que as situações sejam compreendidas como stressantes (Talarico et al., 2009). Isto pode ser gerado por várias situações, sejam elas relacionadas com o próprio ser ou com terceiros. Contudo, a perceção de uma situação como stressante vai sempre variar consoante a interpretação que cada indivíduo faz do acontecimento e a sensação de controlo que tem sobre o



mesmo, podendo compreendê-lo como stressante ou não (Melo, Eulálio, Gouveia & Silva, 2013). Entre eles, estão a viuvez, doenças e rotinas associadas, divórcio, reforma, dificuldades económicas, isolamento, sensação de perda de um papel social, perda de autonomia, maior sensação de vulnerabilidade, entre outras (Ferreira et al., 2019). As estratégias de coping, implementadas nestas situações, podem ser centradas no problema ou nas emoções, sendo que a idade pode influenciar a utilização de diferentes estilos de coping (Talarico et al., 2009). Apesar do consumo de álcool e tabaco terem um carácter social, é comum serem utilizados como estratégias de coping (Castillo et al., 2008).

Ainda que os indivíduos tenham conhecimento sobre o que deve ser feito para ter uma vida mais saudável e com qualidade (Alexandrino et al., 2020), a realização das ações necessárias nem sempre ocorre (Mari et al., 2016). A perceção que o ser tem da sua influência nos acontecimentos de vida deriva das crenças que são construídas num contexto social e das características individuais. Esse senso de controlo influencia a manutenção do estilo de vida, a autoperceção de saúde e de qualidade de vida (Oliveira et al., 2012). A autoperceção pode piorar na fase de envelhecimento e reforma devido ao maior número de problemas que surgem nesta altura e a sua natureza. Compreender quais são as crenças do indivíduo e as questões que interferem na autoperceção da saúde, permite compreender como este realiza as suas decisões (Mari et al., 2016). Os fatores facilitadores e as barreiras existentes, devem ser estudados e compreendidos, de forma a atuar nas dimensões individuais e ambientais. Deve-se, não só, transmitir conhecimento, planear e estruturar a sua realização, como também compreender o que motiva os sujeitos a comprometerem-se nesta rotina. Assim, a promoção de saúde surge como um modificador do estilo de vida que propõe a capacitação das pessoas, para que com isso possam realizar escolhas mais saudáveis e desenvolver as ações necessárias a uma vida com mais qualidade. Para isso, é importante cada um identificar as suas necessidades e

responsabilizar-se pelo próprio cuidado. Quanto mais precocemente for iniciado o comportamento saudável, maior é a possibilidade de envelhecer com saúde uma vez que já estão incorporados os hábitos de vida (Mari et al., 2016). Sendo o meio um influenciador dos comportamentos adotados pela população, a melhoria das condições socioeconômicas, culturais e ambientais, potencia o aumento destas práticas na população idosa (Maciel, 2010). Através do desenvolvimento de políticas públicas que promovam a criação de incentivos para a prática de comportamentos saudáveis é possível criar oportunidades, disponibilizar recursos, dar uma melhor qualidade à intervenção, alcançar um maior número de pessoas, e assim obter mais mudanças (Scoralick-Lempke et al., 2018).

Em vários estudos constatou-se que a prática de atividade física e o consumo de álcool, como também de tabaco, são mais praticados pelo gênero masculino, comparativamente com a mulheres, e diminuem com o aumento da idade. Estas têm tendência a ter um estilo de vida mais sedentário, apresentam mais consumo de medicamentos (maioritariamente de ansiolíticos e antidepressivos) e quando existe a prática de alguma atividade, recorrentemente são atividades de caráter ocupacional. A prática de atividade física e a ausência do consumo de tabaco surge associada a um menor número de DCNT e a maiores níveis de satisfação, autoestima, crescimento pessoal e percepção de saúde. O consumo de tabaco e álcool apresenta baixa prevalência na terceira idade. Ainda assim estão associados a uma menor qualidade de vida e saúde. É ainda de referir que o *stress* é uma variável que compromete a autonomia e independência dos idosos, sendo esse comprometimento mais elevado com o aumento da idade e no gênero feminino. (Scoralick-Lempke et al., 2018; Santos et al., 2014b; Fernandes et al., 2009; Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009; Castillo et al., 2008; Barbosa et al., 2018;

Noronha et al., 2019; Ferreira et al., 2019; Oliveira et al., 2012; Souza, Porto, Souza & Silva, 2016; Campos, Boscatto & Mineiro, 2015).

Em diferentes estudos, os idosos consideraram que a saúde passa por práticas como uma boa alimentação, prática de atividades físicas e intelectuais, ocupação, bem-estar físico, mental e espiritual, autocuidado, convívio familiar e social, cuidados médicos e de higiene, como também bons hábitos de sono, descanso e momentos de lazer, mantendo a autonomia e independência. Tal como se verifica no conhecimento científico existente, o estilo de vida é caracterizado positivamente por estas práticas (Mari et al., 2016; Valer et al., 2015). No entanto, apesar dos participantes deterem o conhecimento sobre o que serão os melhores hábitos para a sua saúde, nem todos são praticados e alguns não o são com a regularidade recomendada. Acontece também serem praticados hábitos para além dos referidos anteriormente. Contudo, perante este cenário os indivíduos mantem uma avaliação positiva da sua qualidade de vida e saúde (Campos et al., 2015).

## Objetivos

Este estudo visa estudar o processo de envelhecimento e reforma, tendo em conta, o estilo de vida e qualidade de vida dos idosos.

Dessa forma, foi definido como principal objetivo compreender e caracterizar os comportamentos de saúde e a qualidade de vida no processo de reforma e envelhecimento.

Mais especificamente, pretende-se:

- compreender e caracterizar a qualidade de vida nos seus domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, em função do género, idade e estado civil
- compreender e caracterizar o estilo de vida. Mais detalhadamente, a dieta, atividade física, consumo de álcool, comportamentos tabágicos e nível de stress, e a sua relação com a qualidade de vida
- compreender e caracterizar de que forma a idade, género, estado civil e as variáveis do estilo de vida explicam qualidade de vida
- compreender e caracterizar de que forma a idade, género, estado civil e qualidade de vida explicam o estilo de vida

## **Método**

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar.

### **Participantes**

O estudo é composto por 328 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 80 anos, apresentando uma média de idades de 68,88 anos (DP=7.10). No género, 72,7% (n=237) dos participantes era do género feminino e 27,3% (n=89) do género masculino. Quanto ao nível de escolaridade, 45,9% (n=150) dos participantes do estudo tem o ensino básico, 23,9% (n=78) tem o ensino secundário, 16,8% (n=55) completou o ensino superior, enquanto que 13,5% (n=44) não concluiu o ensino básico. A situação profissional apresenta-se com 84,4% (n=262) da amostra encontra-se reformada, 13,5% (n=42) possui uma atividade profissional ativa e 4,1% (n=13) está reformado com atividade profissional ativa (tabela 1).

**Tabela 1***Características sociodemográficas da amostra*

	n	%	M	DP	Min.	Máx.
Género						
Feminino	237	72.7%				
Masculino	89	27.3%				
Idade			68,88	7.10	55	80
55-65	103	31.4%				
66-80	225	68.6%				
Nível de escolaridade						
Sem ensino básico	44	13.5%				
Ensino básico	150	45.9%				
Ensino secundário	78	23.9%				
Ensino superior	55	16.8%				
Situação profissional						
Atividade profissional ativa	42	13.5%				
Reformado(a)	262	82.4%				
Reformado(a) com atividade profissional ativa	13	4.1%				

Quanto ao estado civil, existe uma maior percentagem de indivíduos casados/união de facto (45,7%) e de indivíduos divorciados/separado/viúvo (41,5%), sendo os restantes solteiros. Cerca de 85,3% da amostra tem pelo menos um filho e os restantes 14,7%, não têm filhos. Relativamente ao local de residência atual, 259 (79,0%) dos participantes vivem em casa própria/alugada, enquanto que, 69 (21,0%) dos participantes encontram-se a viver na casa dos filhos/instituição/outra (tabela 2).

**Tabela 2***Características sociodemográficas da amostra*

	n	%
Estado civil		
Solteiro	42	12.8%
Casado/união de facto	150	45.7%
Divorciado/separado/viúvo	136	41.5%
Tem filhos?		
sim	279	85.3%
não	48	14.7%
Onde reside atualmente		
Casa alugada/própria	259	79.0%
Casa dos filhos/instituição/outra	69	21.0%

Segundo os dados clínicos, 65,1% (n= 205) dos participantes refere ter pelo menos uma doença crónica, sendo os diabetes (21,4%) a mais frequente, seguida das doenças cardíacas/circulatórias (9,7%), hipertensão (7,8%), doenças psiquiátricas (6,5%), asma (5,8%) e, ainda, cancro (5,8%). Cerca de 78,3% dos participantes menciona a toma de medicação referente às doenças mencionadas (tabela 3).

**Tabela 3**

*Características sociodemográficas da amostra*

	n	%
Tem doença crónica?		
Não	110	34.9%
Sim	205	65.1%
Se sim, qual?		
Doença cardíaca/circulatória	15	9.7%
Hipertensão	12	7.8%
Cancro	9	5.8%
Diabetes	33	21.4%
Asma	9	5.8%
Psiquiátrica	10	6.5%

É possível ainda verificar que, 61% (n=193) consome alface ou verduras, com ou sem outros vegetais uma vez ou mais por dia e 68,2% (n=215) consome cereais com alto teor de fibra, como trigo e centeio, uma vez ou mais por dia. A prática de exercício físico leve é realizada por 52,7% (n=167) dos participantes, 4 ou mais vezes por semana. Cerca de 58,5% (n=192) dos participantes não consomem álcool e 89.2% (n=281) não é fumador, sendo que 37% (n=104) já fumou em algum momento da vida. O stress sentido diariamente por 58% (n=183) dos participantes é reconhecido como moderadamente pouco/pouco/nada (tabela 4).

**Tabela 4***Estilo de vida*

	n	%
Alface ou verduras, com ou sem outros vegetais?	316	
Menos de 1 vez por semana		2.2%
1 vez por semana		4.7%
2 a 3 vezes por semana		17.4%
4 a 6 vezes por semana		14.6%
1 vez por dia		27.5%
2 ou mais vezes por dia		33.5%
Frutas, incluindo as frescas enlatadas ou congeladas, mas não incluindo sumos	316	
Menos de 1 vez por semana		1.9%
1 vez por semana		.3%
2 a 3 vezes por semana		5.4%
4 a 6 vezes por semana		13.9%
1 vez por dia		19.0%
2 ou mais vezes por dia		59.5%
Cereais com alto teor de fibra	315	
Menos de 1 vez por semana		16.2%
1 vez por semana		3.2%
2 a 3 vezes por semana		5.1%
4 a 6 vezes por semana		7.3%
1 vez por dia		35.2%
2 ou mais vezes por dia		33.0%
Exercício físico leve	317	
Nenhuma vez por semana		17.4%
1 a 3 vezes por semana		30.0%
4 a 7 vezes por semana		24.3%
8 ou mais vezes por semana		28.4%
Exercício físico moderado	316	
Nenhuma vez por semana		50.6%
1 a 3 vezes por semana		32.9%
4 a 7 vezes por semana		10.8%
8 ou mais vezes por semana		5.7%
Exercício físico intenso	316	
Nenhuma vez por semana		89.6%
1 a 3 vezes por semana		8.2%
4 a 7 vezes por semana		1.9%
8 ou mais vezes por semana		.3%
Consumo de álcool?	328	
Sim		58,5%
Não		41,5%
Quantos copos de vinho costuma beber	309	
0		66.7%
1		12.9%
2 ou mais		16.2%
Quantos copos de cerveja costuma beber	308	
0		87.7%
1		7.5%
2 ou mais		4.8%



#### **Tabela 4**

##### *Estilo de vida*

	n	%
Quantos copos de bebidas espirituais costuma beber	308	
0		94.8%
1		2.3%
2 ou mais		2.9%
É fumador?	315	
Sim		10.8%
Não		89.2%
Alguma vez fumou?	281	
Sim		37.0%
Não		63.0%
Nível de stress	316	
Muito stressante		13.3%
Bastante stressante		8.5%
Moderadamente bastante stressante		20.3%
Moderadamente pouco stressante		20.6%
Pouco stressante		20.9%
Nada stressante		16.5%

## **Instrumentos**

### **Questionário de dados sociodemográficos**

O questionário foi utilizado para recolher informações sobre os participantes, nomeadamente os dados sociodemográficos, dados clínicos pessoais e familiares. As informações recolhidas foram compostas por idade, género, estado civil, filhos, nível de escolaridade, situação profissional, residência, doenças com impacto no dia-a-dia e medicação.

### **Questionário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)**

O WHOQOL-BREF é um instrumento que visa avaliar a perceção da qualidade de vida. Esta é uma versão abreviada do instrumento original WHOQOL-100 construído pelo *The Whoqol group* (1994), e na versão portuguesa por Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona & Paredes (2006), que preservou a abrangência do construto que este avalia. Este instrumento caracteriza-se essencialmente pela sua subjetividade, multidimensionalidade e dimensões positivas e negativas. É constituído por 26 itens, sendo as duas primeiras questões referentes à autoperceção da qualidade de vida e satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões estão categorizadas em quatro domínios, sendo eles físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e meio ambiente (8 itens). Em cada um dos itens, as opções de resposta variam de 1 a 5 numa escala tipo Likert, variando em avaliação (“muito ruim a muito bom”; “muito insatisfeito a muito satisfeito”), intensidade (“nada a extremamente”) e frequência (“nunca a sempre”). A pontuação obtida, em cada domínio e no global do instrumento, representará a perceção que o sujeito tem da sua satisfação com esses aspetos da sua vida, que remete para a qualidade de vida. Quanto maior for a pontuação melhor será a sua perceção. Este instrumento, no conjunto dos quatro domínios (0.79) e os 26 itens (0.92)

apresentam bons índices de consistência interna. Individualmente, o domínio das relações sociais apresenta o menor valor (0.64), mas ainda assim mantendo-se aceitável.

### **Questionário Indicador do Estilo de Vida (SLIQ)**

Para avaliar o estilo de vida, será utilizado o Questionário Indicador do Estilo de Vida, traduzido e adaptado do Simple Lifestyle Indicator Questionnaire (SLIQ) de Godwin e colaboradores (2008). O SLIQ é composto por cinco componentes, sendo estes a dieta (3 questões), atividade física (3 questões), consumo de álcool (3 questões), comportamentos tabágicos (2 questões) e nível de stress (1 questão).

Para a avaliação da consistência interna deste instrumento foi reproduzida a lógica dos autores do instrumento original. Nesse sentido, a consistência interna foi avaliada através do alfa de Cronbach sendo apenas possível verificar as questões relacionadas com a alimentação (0.58) e o exercício físico (0.55) que não alcançaram valores excelentes, mas são aceitáveis. A componente do stress apenas tem uma questão não podendo ser avaliada através do alfa de Cronbach. As questões relacionadas com o tabaco e com o álcool são exclusivas uma vez que não são avaliadas na mesma direção. Relativamente aos resultados, a sua análise deve ser interpretada como sendo um estilo de vida mais saudável quanto maior for a pontuação (Godwin, Streight, Dyachuk, van den Hoveen, Ploemacher, Seguin, & Cuthbertson, 2008).

## **Procedimentos**

A amostra populacional que foi utilizada para a realização deste estudo foi previamente recolhida no ano de 2019. Para realizar essa recolha de dados foram considerados alguns aspetos importantes, tal como a realização do procedimento presencialmente em vários locais, como centros de convívio e comunitários, universidades séniores, estruturas residenciais para idosos, centros de dia, lares, residências séniores, e ainda, em alguns casos em contexto domiciliário. Todos os sujeitos que integraram o estudo foram informados sobre o seu objetivo, foi-lhes garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo depois solicitado o seu consentimento informado. A realização do questionário sociodemográfico marcou o início da recolha dos dados sociodemográficos, dos dados clínicos pessoais e familiares. Posteriormente, foram aplicados os restantes questionários para a avaliação da qualidade de vida e, também, do estilo de vida.

Os procedimentos estatísticos foram realizados após a inserção dos dados no programa IBM SPSS versão 27. Esses mesmos dados serão apresentados no capítulo seguinte. Primeiramente foram realizadas análises descritivas das variáveis sociodemográficas género, idade e estado civil, como também da variável qualidade de vida. Para analisar as diferenças de médias entre os grupos de cada uma das variáveis sociodemográficas referidas anteriormente e as variáveis da qualidade de vida, procedeu-se à análise da variância (ANOVA). Com o objetivo de observar as relações existentes entre a qualidade de vida e o estilo de vida, foram analisadas as correlações existentes entre as duas variáveis através do coeficiente de correlação de Pearson. Por último, procedeu-se à utilização do modelo de regressão linear de forma a analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, o estilo de vida e a qualidade de vida.

## Resultados

O foco deste estudo baseia-se essencialmente em compreender a relação entre o estilo de vida e a qualidade de vida (QV) no processo de reforma e envelhecimento analisando qual o papel das variáveis sociodemográficas nessa relação.

### Resultados descritivos do estudo

**Tabela 5**

*Estatística descritiva das variáveis em estudo*

	N	M	DP	Assimetria		Curtose	
				M	DP	M	DP
QV física	323	3.61	.72	-.47	.14	-.26	.27
QV psicológica	312	3.68	.72	-.61	.14	.16	.28
QV social	293	3.71	.68	-.84	.14	1.32	.28
QV ambiente	294	3.66	.60	-.34	.14	-.26	.28
QV total	260	3.67	.52	-.36	.15	.04	.30

Na tabela 4, pode-se verificar que para a QV total a média de respostas dos participantes encontra-se nos 3.67, sendo o valor mínimo 1 e o máximo 5. Deve-se destacar que a QV social apresenta a média mais elevada (3.71), seguido da QV psicológica (3.68) e a QV ambiente (3.66), sendo a QV física o domínio com a média mais baixa (3.61).

### Resultados das diferenças entre a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas

**Tabela 6**

*Diferenças entre idade e qualidade de vida (QV)*

	55-65 anos			66-80 anos			F	Sig.
	N	M	DP	N	M	DP		
QV física	102	3.69	.77	221	3.57	.70	1.88	.172
QV psicológica	97	3.64	.76	215	3.70	.70	.45	.503
QV social	96	3.70	.78	197	3.72	.63	.02	.898
QV ambiental	87	3.60	.68	207	3.68	.57	.88	.348
QV total	81	3.65	.57	179	3.68	.49	.27	.601

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

Comparando a idade com a qualidade de vida dos participantes, verificou-se que não existem diferenças significativas entre as variáveis. O que permite compreender que, a faixa etária estudada não influencia a qualidade de vida dos participantes.

**Tabela 7***Diferenças entre género e qualidade de vida (QV)*

	Feminino			Masculino			F	Sig.
	N	M	DP	N	M	DP		
QV física	235	3.57	.73	86	3.69	.69	1.50	.221
QV psicológica	226	3.63	.72	84	3.80	.71	3.50	.062
QV social	209	3.75	.69	82	3.61	.65	2.71	.101
QV ambiental	216	3.62	.59	77	3.74	.64	1.92	.167
QV total	185	3.65	.52	74	3.71	.51	.77	.380

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

Tal como representado na tabela 6, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género dos participantes e a sua qualidade de vida. Sendo que, a QV psicológica está no limiar para se tornar significativa. Nesse sentido, conclui-se que independentemente de os participantes serem do género masculino ou feminino, a qualidade de vida não sofre alterações.

**Tabela 8***Diferenças entre estado civil e qualidade de vida (QV)*

	Solteiro			Casado/União de facto			Divorciado/Separado/Viúvo			F	Sig.
	N	M	DP	N	M	DP	N	M	DP		
QV física	41	3.61	.81	148	3.67	.65	134	3.54	.77	.97	.379
QV psicológica	40	3.49	.89	141	3.84	.58	131	3.56	.77	6.95	.001***
QV social	35	3.63	.76	145	3.78	.63	113	3.65	.71	1.52	.220
QV ambiental	37	3.61	.65	126	3.63	.60	131	3.70	.60	.42	.660
QV total	32	3.61	.56	121	3.72	.47	107	3.64	.56	.92	.399

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

Os resultados da tabela 7 indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a QV psicológica [F (2.309) = 6.954, p= .001]. Os indivíduos solteiros [Tukey test =.351; p= .016] e divorciados/separado/viúvo [Tukey test =.280; p=.003], apresentam médias mais baixas em comparação com os indivíduos

casados/união de facto relativamente à QV psicológica. O que significa que os grupos com as médias mais baixas têm menor QV psicológica.

### Associação entre as variáveis, qualidade de vida e estilo de vida

**Tabela 9**

*Associação entre a qualidade de vida física com as restantes variáveis*

	QV física (n=323)	QV psicológica (n=310)	QV social (n=292)	QV ambiente (n=292)	Álcool (n=303)	Exercício físico (n=268)	Alimentação (n=312)	Stress (n=314)	Tabaco (n=313)
QV física	1	.614**	.362**	.485**	-.072	.239**	-.063	.279**	-.100

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O domínio da QV física está correlacionado significativamente e positivamente, mas de forma fraca, com a QV social (sig=.000; r=.362), o exercício físico (sig=.000; r=.239) e o stress (sig=.000; r=.279). Este domínio encontra-se também correlacionado de uma forma significativa e positiva, mas moderada com QV ambiente (sig=.000; r=.485) e com a QV psicológica (sig=.000; r=.613). O que significa que existe uma relação entre os domínios da qualidade de vida e alguns domínios do estilo de vida dos participantes.

**Tabela 10**

*Associação entre a qualidade de vida psicológica com as restantes variáveis*

	QV física (n=310)	QV psicológica (n=312)	QV social (n=282)	QV ambiente (n=287)	Álcool (n=292)	Exercício físico (n=259)	Alimentação (n=301)	Stress (n=303)	Tabaco (n=302)
QV psicológica	.614**	1	.440**	.464**	-.104	.162**	-.005	.275**	.018

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O domínio da QV psicológica está correlacionado significativamente e positivamente, de uma forma moderada com a QV física (sig=.000; r=.613), QV social (sig=.000; r=.440), e QV ambiental (sig=.000; r=.464). Com o exercício físico (sig=.009; r=.162) e o stress (sig=.000; r=.275), existe uma relação significativa e positiva, contudo fraca.

**Tabela 11***Associação entre a qualidade de vida social com as restantes variáveis*

	QV física (n=292)	QV psicológica (n=282)	QV social (n=293)	QV ambiente (n=265)	Álcool (n=273)	Exercício físico (n=247)	Alimentação (n=281)	Stress (n=284)	Tabaco (n=282)
QV social	.362**	.440**	1	.306**	-.010	.130*	.080	.248**	0.077

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O domínio da QV social está correlacionado significativamente e positivamente, de uma forma moderada com a QV ambiente (sig=.000; r=.306). A relação que existe entre a QV social, o exercício físico (sig=.041; r=.130) e o stress (sig=.000; r=.248) apesar de ser significativa e positiva, é fraca.

**Tabela 12***Associação entre a qualidade de vida ambiente com as restantes variáveis*

	QV física (n=292)	QV psicológica (n=287)	QV social (n=265)	QV ambiente (n=294)	Álcool (n=280)	Exercício físico (n=248)	Alimentação (n=285)	Stress (n=288)	Tabaco (n=287)
QV ambiente	.485**	.464**	.306**	1	-.011	.084	.064	.234**	-.045

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O domínio da QV ambiente está correlacionado significativamente e positivamente, de forma fraca, com o stress (sig=.000; r=.234).

**Tabela 13***Associação entre o álcool com as restantes variáveis*

	QV física (n=303)	QV psicológica (n=292)	QV social (n=273)	QV ambiental (n=280)	Álcool (n=305)	Exercício físico (n=258)	Alimentação (n=301)	Stress (n=303)	Tabaco (n=302)
Álcool	-.072	-.104	-.010	-.011	1	.023	.095	.026	.017

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

A variável álcool não se encontra correlacionada de uma forma significativa com as restantes variáveis estudadas.



**Tabela 14***Associação entre o exercício físico com as restantes variáveis*

	QV física (n=268)	QV psicológica (n=259)	QV social (n=247)	QV ambiental (n=248)	Álcool (n=258)	Exercício físico (n=270)	Alimentação (n=267)	Stress (n=267)	Tabaco (n=265)
Exercício físico	.239**	.162**	.130*	.084	.023	1	-.088	.068	.047

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O exercício físico, como já se verificou anteriormente, está correlacionado significativamente e positivamente, com a QV física (sig=.000; r=.239), a QV social (sig=.041; r=.130) e a QV psicológica (sig=.009; r=.162), de uma forma fraca.

**Tabela 15***Associação entre a alimentação com as restantes variáveis*

	QV física (n=312)	QV psicológica (n=301)	QV social (n=281)	QV ambiental (n=285)	Álcool (n=301)	Exercício físico (n=267)	Alimentação (n=314)	Stress (n=310)	Tabaco (n=309)
Alimentação	-.063	-.005	.080	.064	.095	-.088	1	.042	.183**

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

A alimentação, está correlacionada de uma forma significativa e positiva, mas de forma fraca, com o consumo de tabaco (sig=.001; r=.183)

**Tabela 16***Associação entre o stress com as restantes variáveis*

	QV física (n=314)	QV psicológica (n=303)	QV social (n=284)	QV ambiente (n=288)	Álcool (n=303)	Exercício físico (n=267)	Alimentação (n=310)	Stress (n=316)	Tabaco (n=313)
Stress	.279**	.275**	.248**	.234**	.026	.068	.042	1	.114*

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O stress encontra-se correlacionado de uma forma significativa e positiva com a QV física (sig=.000; r=.279), com a QV social (sig=.000; r=.248), com a QV ambiente

(sig=.000; r=.234), com a QV psicológica (sig=.000; r=.275) e com o tabaco (sig=.043; r=.114), ainda que de uma forma mais fraca com esta última variável.

**Tabela 17**

*Associação entre o tabaco com as restantes variáveis*

	QV física (n=313)	QV psicológica (n=302)	QV social (n=282)	QV ambiental (n=287)	Álcool (n=302)	Exercício físico (n=265)	Alimentação (n=309)	Stress (n=313)	Tabaco (n=315)
Tabaco	-.100	.018	0.077	-.045	.017	.047	.183**	.114*	1

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

O tabaco, está correlacionada de uma forma significativa e positiva com a alimentação (sig=.001; r=.183) e o stress (sig=.043; r=.114), sendo essa relação fraca em ambas.

### **Resultados do estudo das variáveis predictoras**

**Tabela 18**

*Regressão linear do estilo de vida e variáveis sociodemográficas como predictoras da qualidade de vida*

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
Álcool	-.05	-.68	.501	.83	1.21
Alimentação	.07	.95	.343	.84	1.19
Stress	.38	5.23	.000***	.82	1.22
Tabaco	-.08	-1.04	.301	.83	1.20
Exercício Físico	.21	2.93	.004**	.88	1.14
Idade	-.04	-.52	.605	.61	1.65
Género	.02	.27	.787	.79	1.27
Estado civil	.10	.13	.895	.80	1.24
Situação profissional	.01	.06	.954	.66	1.51
Tem alguma doença crónica ou condição de saúde	-.21	-3.04	.003**	.90	1.11

Nota: \*\*\*p<.001; \*\*p<.01; \*p<.05

Os resultados obtidos mostram que o stress ( $\beta=.38$ ; p=.000), o exercício físico ( $\beta=.21$ ; p=.004), e a existência de alguma doença crónica ( $\beta= -.21$ ; p=.003), são preditores da qualidade de vida. Estas três variáveis, explicam, no seu conjunto, 21% da qualidade

de vida [ $R^2=.26$ ;  $R^2_{Aj}=.21$ ;  $F(10) = 5.97$ ;  $p=.000$ ], sabendo que o stress se apresenta como o melhor preditor.

**Tabela 19**

*Regressão linear da qualidade de vida e variáveis sociodemográficas como predictoras do estilo de vida*

	Beta (padronizado)	T	Sig.	Estatísticas de colinearidade	
				Tolerância	VIF
QV físico	.06	.62	.537	.53	1.87
QV psicológico	.04	.41	.679	.58	1.72
QV social	.18	2.14	.034*	.75	1.34
QV ambiente	.23	2.65	.009**	.67	1.50
Idade	.15	2.12	.036*	.97	1.03
Género	-.15	-2.02	.045*	.94	1.07
Tem filhos	.04	.60	.552	.95	1.05
Tem alguma doença crónica ou condição de saúde	.06	.74	.460	.68	1.47
Toma medicamentos relativos a esta doença ou condição física?	-.06	-.77	.443	.72	1.38

Nota: \*\*\* $p<.001$ ; \*\* $p<.01$ ; \* $p<.05$

Os resultados obtidos mostram que a QV social ( $\beta=.18$ ;  $p=.034$ ), a QV ambiente ( $\beta=.23$ ;  $p=.009$ ), a idade ( $\beta=.15$ ;  $p=.036$ ) e o género ( $\beta=-.15$ ;  $p=.045$ ) são preditores do estilo de vida. Estas quatro variáveis, explicam, no seu conjunto, 16% do estilo de vida [ $R^2=.21$ ;  $R^2_{Aj}=.16$ ;  $F(9) = 4.52$ ;  $p=.000$ ], sabendo que a qualidade de vida ambiente se apresenta como o melhor preditor.

## Discussão

O objetivo principal do presente estudo consistiu na análise da qualidade de vida e do estilo de vida no processo de envelhecimento, como também, verificar se estes são influenciados pelas características sociodemográficas dos participantes, mais especificamente a idade, o género e o estado civil. Desta forma, procedeu-se à recolha de dados junto de uma amostra de 328 participantes com idades compreendidas entre os 55 e os 80 anos.

O envelhecimento bem-sucedido define-se pela manutenção de um bom funcionamento, sentimento de bem-estar, satisfação com a vida e perceção de controlo. O processo de envelhecimento, tal como os anteriores estágios, é caracterizado por desafios, exigências e necessidade de novas adaptações. Contudo, este estágio que surge numa fase mais avançada da vida encontra obstáculos acrescidos devido ao aumento das necessidades dos indivíduos, à diminuição das capacidades de resposta e, ainda, acresce a diminuição do acesso a recursos externos que o ajudem a combater os novos desafios. É uma fase influenciada pelo contexto sociocultural a que o indivíduo esteve sujeito, moldando a forma como este se vê e se comporta; a forma como o indivíduo administrou a sua vida até aquele momento de acordo com os hábitos comportamentais interiorizados; e, pelas expectativas futuras que o indivíduo tem (Freire et al., 2012; Alaphilippe et al., 2013; Lima et al., 2016b; Fontaine, 2000).

Ao contrário do envelhecimento, a reforma é criada pela sociedade. Surge como um direito do trabalhador na sociedade atual. O trabalho teve, ao longo desse período, um grande papel na construção do indivíduo como um todo. Assim sendo, a forma como esta transição é experienciada depende da perceção que o indivíduo construiu do trabalho na sua vida e, tem impacto na sua qualidade de vida e saúde. Quando o sujeito consegue substituir as tarefas significativas do trabalho por outras que também o sejam, tanto no

âmbito do ócio como novas atividades de natureza profissional, o sentimento de bem-estar aumenta. A reforma faz, por isso, parte dos vários momentos de mudança e adaptação que ocorrem ao longo da vida do ser humano, coincidindo recorrentemente com a fase de envelhecimento (Pocinho et al., 2017; Borsoi et al., 2017; Brito et al., 2021; Fonseca, 2012; Camareiro et al., 2014)

Com o avançar da idade os indivíduos têm cada vez menos capacidades para manter o ritmo de trabalho anteriormente suportado e a população apresenta cada vez mais necessidade de cuidados prolongados. Torna-se, assim, indispensáveis um maior número de recursos para satisfazer as necessidades que a população apresenta, de forma a proporcionar-lhes uma maior qualidade de vida. Ainda assim, a crença de que indivíduos com 65 e mais anos não têm capacidades e não conseguem contribuir para a sociedade, gera o estigma de incapacitação desvalorizando essa fase de vida e, por consequência, leva à diminuição do investimento na mesma. Uma vez que a sociedade influencia a forma como os indivíduos se veem e comportam em grupo, de forma a manter a coesão social, a ausência de recursos para combater os desafios do envelhecimento reflete-se no autoconceito do idoso e o próprio acaba por contribuir para a perda do senso de autoeficácia e autonomia, menor motivação e maiores dificuldades a superar os problemas naturais da sua fase de vida (Miranda et al., 2016; Almeida, 2009). Todos estes fatores têm impacto na qualidade de vida dos idosos que segundo Fleck (2000) é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, dentro do contexto, cultura e valores em que está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sendo assim, mesmo quando algum hábito comportamental praticado não é fisicamente saudável, pode fazer sentido para o indivíduo e deixá-lo satisfeito fazendo com que avalie a sua qualidade de vida de uma forma positiva.

A capacidade de adaptação é crucial ao longo de todos os estágios, contudo na velhice esta capacidade é mais reduzida porque o idoso é menos flexível a novas aprendizagens e, por isso, é necessário encontrar novas alternativas. Já nos estágios anteriores, a seleção, otimização e compensação eram utilizadas pelos indivíduos. Os três processos permitem a manutenção de um bom funcionamento, adequado a qualquer fase de desenvolvimento. Como um processo de regulação que visa o progresso, os três processos vão possibilitar um bom funcionamento e sentimento de eficácia. Quando existe uma limitação por perda ou declínio de recursos previamente adquiridos é necessário restringir o número de metas para objetivos específicos e adequados ao momento que a pessoa vive. Desta forma, possibilita-se que os recursos, ainda que limitados, sejam todos investidos em objetivos específicos e úteis. Potencializa-se assim os comportamentos saudáveis, habilidades sociais e cognitivas e um maior e melhor envolvimento no ambiente. Conjugando a motivação que o sujeito ganha para realizar as ações com as reais capacidades que têm aumenta o seu envolvimento e o foco dos recursos que tem no desempenho das atividades para alcançar os seus objetivos. Ação conjunta das três estratégias substitui domínios perdidos, potencializa os recursos disponíveis e estabelece objetivos específicos e coerentes com as necessidades dos indivíduos e os recursos disponíveis. Os idosos têm experiência e sabedoria das vivências passadas o que lhes pressupõe alguma resiliência. A percepção de um menor tempo de vida leva a que o idoso, consciente ou não, faça uma gestão dos recursos disponíveis, mas ainda assim há uma diminuição no empenho para o desenvolvimento de novas estratégias para melhorar a qualidade de vida. Ao serem aplicadas as estratégias do modelo é possível maximizar os recursos disponíveis, atuar sobre o próprio envelhecimento e sobre o meio envolvente. Essas ações tornam o idoso capaz de se adaptar às mudanças naturais do processo de

forma a vivê-lo com mais equilíbrio (Freire et al., 2012; Neri, 2006; Souto et al., 2019; Fontaine, 2000 Alaphilippe et al., 2013; Neri, 2006).

De seguida, iremos abordar detalhadamente cada um dos objetivos do presente estudo.

O primeiro objetivo deste estudo consiste em compreender e caracterizar a qualidade de vida nos seus domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, em função do género, idade e estado civil. Verificou-se que a maioria dos participantes apresentam uma boa perceção da sua qualidade de vida. A qualidade de vida social é o domínio que apresenta maior satisfação e por sua vez a qualidade de vida física o domínio que apresenta menor satisfação por parte dos participantes. Estes resultados vão ao encontro de resultados obtidos em estudos anteriores onde se constata que de entre todos os domínios da qualidade de vida avaliados, os idosos estão mais satisfeitos com o domínio social que engloba as suas relações sociais, suporte social, atividade sexual, trabalho/reforma e dinâmicas familiares e menos satisfeitos com o domínio físico (Gato et al., 2018; Santos et al., 2014a; Miranda et al., 2016; Vitorino et al., 2012). Ainda que os indivíduos avaliem a sua qualidade de vida de uma forma positiva existem aspetos, particularmente nas questões de dor/desconforto, energia/fadiga, sono, mobilidade, atividade física quotidiana, dependência de medicação, tratamento e capacidades de trabalho, que são percecionados com menor satisfação, sendo por isso um dos aspetos nos quais se deveria intervir de forma a compreender o que deixa os participantes menos satisfeitos e quais os recursos que estão disponíveis para melhorar esses aspetos. Relativamente às variáveis sociodemográficas, verificou-se que os participantes solteiros e divorciados/separados/viúvos têm uma perceção menos positiva da sua qualidade de vida psicológica, indo ao encontro das evidências encontradas na literatura, onde os dois grupos referidos anteriormente apresentam uma menor perceção de saúde, aumento dos

sintomas depressivos e uma avaliação da qualidade e vida mais baixa (Gato et al., 2018). Portanto os resultados obtidos constataam uma menor satisfação com os seus sentimentos, memória, concentração, pensar/aprender, autoestima, imagem corporal e crenças. Já os participantes que se encontram casados ou em união de facto fazem uma avaliação mais positiva deste domínio. Verificou-se ainda que, independentemente da faixa etária dos participantes não há diferenças na forma como avaliam a qualidade de vida, este resultado não vai de encontro com as evidências encontradas na literatura, ou seja, a idade dos idosos não é um fator que influencia a avaliação que cada indivíduo faz da qualidade de vida (Vitorino et al., 2012). De acordo com o género dos participantes também não há diferenças na forma como avaliam a qualidade de vida, indo de acordo com as evidências científicas encontradas na literatura, ou seja, a percepção que o indivíduo tem da sua qualidade de vida não é influenciada pelo seu género (Vitorino et al., 2012).

O segundo objetivo consiste em compreender e caracterizar o estilo de vida. Mais detalhadamente, a dieta, atividade física, consumo de álcool, comportamentos tabágicos e nível de *stress*, e a sua relação com a qualidade de vida. Constatou-se que relativamente à dieta os participantes realizam o consumo diário de fruta, vegetais e cereais. Quanto ao exercício físico, existe uma maior adesão à prática de exercício físico leve ao longo do dia e pouca ou nenhuma prática de exercício físico moderado/intenso. O consumo de álcool é realizado pela maioria dos participantes da amostra enquanto o consumo de tabaco é reduzido. Ainda assim, uma grande maioria dos participantes em algum momento das suas vidas teve comportamentos tabágicos. Relativamente ao *stress* diário a maioria da amostra percebe-o como moderadamente pouco/pouco/nada.

Verificou-se que a qualidade de vida física está correlacionada de uma forma positiva e moderada com a qualidade de vida ambiente e a qualidade de vida psicológica. Isto significa que quanto melhor for a percepção dos indivíduos sobre a qualidade de vida



física melhor será também a avaliação feita da qualidade de vida ambiente e psicológica. Caso a percepção de uma das variáveis diminua as restantes terão também tendência a diminuir, uma vez que se correlacionam de forma positiva, o que significa que se movem no mesmo sentido. De uma forma mais fraca, a qualidade de vida física correlaciona-se também com a qualidade de vida social, isto significa que a influência entre estas variáveis será menos evidente que as anteriormente referidas. A qualidade de vida psicológica está também correlacionada de uma forma positiva e moderada com a qualidade de vida social e com a qualidade de vida ambiente. O que significa que quando a qualidade de vida psicológica melhora prevê-se que a qualidade de vida social e a qualidade de vida ambiente dos participantes também melhore. A qualidade de vida social, por sua vez, está correlacionada de uma forma positiva e moderada com a qualidade de vida ambiente. Portanto, quando existe uma boa percepção da qualidade de vida social prevê-se que exista também uma boa avaliação da qualidade de vida ambiente e vice-versa.

O exercício físico e o *stress*, apresentam-se correlacionados de uma forma positiva e fraca com a qualidade de vida física, psicológica e social. Quanto à qualidade de vida ambiente, o único destas variáveis que apresenta uma relação positiva e fraca é a variável *stress*. Contudo o *stress* está codificado em sentido oposto às restantes variáveis, portanto valores mais altos estão associados a menos *stress*. Assim sendo, melhor percepção de qualidade de vida física, psicológica e social estarão associadas a uma maior prática de exercício físico e a menos *stress*, sendo que uma melhor qualidade de vida ambiente estará também associada a menos *stress*. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriores que afirmam que a realização de atividade física para além dos benefícios que traz como a prevenção de doenças comuns, quedas, acidentes, melhor qualidade de sono e do funcionamento cognitivo, o maior contacto social e a diminuição

de *stress* e ansiedade, quando praticada de acordo com os padrões individuais de cada pessoa promovem maior autoeficácia, autoestima, satisfação com a vida e autonomia. Estas repercussões da prática de exercício, contribuem para uma melhor percepção da qualidade de vida do indivíduo e combate as consequências do envelhecimento (Fernandes et al., 2009; Maciel, 2010).

Por sua vez, as variáveis tabaco e *stress* apresentam uma relação positiva e fraca. Como já foi realçado anteriormente relativamente à variável *stress*, o mesmo acontece com a variável tabaco, o que significa que valores mais altos nesta variável são associados ao menor consumo tabágico. Assim sendo, menos *stress* identificado pelos indivíduos na sua vida estará associado também a um menor consumo de tabaco. O mesmo acontece em sentido inverso, mais *stress* estará tendencialmente associado a um maior consumo tabágico. Estes resultados não vão ao encontro das evidências encontradas na literatura. É constatado em estudos anteriores que o álcool pode surgir como estratégia de Coping para situações compreendidas como stressantes (Castillo et al., 2008), aumentando assim o seu consumo quando estas situações são identificadas pelo sujeito. Na literatura é referido que o consumo de álcool e tabaco estão muitas vezes relacionados (Noronha et al., 2019), o que poderia tornar o tabaco, por consequência, também uma estratégia de Coping. Uma vez que a população reconhece as situações do seu dia-a-dia como moderadamente pouco/pouco/ nada stressantes, pressupondo que o tabaco poderia funcionar como uma estratégia de Coping e 89,2% desta amostra não fuma, é compreensível que ao existir uma menor percepção de *stress* exista também um menor consumo de tabaco, o que explicaria a relação entre as duas variáveis.

O mesmo tipo de relação surge entre o consumo de tabaco e a alimentação, o que significa que uma melhor alimentação está associada a um menor consumo tabágico. Estes resultados vão ao encontro dos achados em outros estudos, nos quais se constata

que o consumo tabágico pode influenciar a uma má alimentação uma vez que aumenta as probabilidades de desenvolver doenças do aparelho gastrointestinal (Scoralick-Lempke et al., 2018).

A variável álcool, por sua vez, não apresenta neste estudo qualquer tipo de relação com as restantes variáveis. Isto significa que as variáveis são independentes e que, portanto, não existe influência entre as mesmas. Estes resultados não vão de acordo com os resultados obtidos em outros estudos anteriores, uma vez que o álcool surge, associado ao consumo de tabaco (Noronha et al., 2019) e também a uma melhor qualidade de vida aquando um consumo moderado (Krug et al., 2018). Contudo, outros estudos confirmam que não há ligação entre eventos stressantes e o consumo de álcool atual o que vai de acordo com os resultados obtidos neste estudo, contudo pode existir relação entre eventos stressantes e o início do consumo de álcool (Castillo et al., 2008)

Quanto ao terceiro objetivo, este consiste em compreender e caracterizar de que forma a idade, género, estado civil, situação profissional, doenças crónicas não transmissíveis e as variáveis do estilo de vida explicam a qualidade de vida. Verificou-se que as variáveis, *stress*, exercício físico e doenças crónicas não transmissíveis explicam a qualidade de vida, sendo o *stress* o melhor preditor. Portanto, maior prática de exercício físico, menor presença de doenças crónicas não transmissíveis e menos *stress* estarão associados a uma melhor perceção de qualidade de vida.

Foi identificado em alguns estudos que as variáveis, idade, estado civil e tabaco, estavam associadas à avaliação da qualidade de vida. Portanto, idosos mais velhos e casados tinham uma melhor perceção de qualidade de vida. O consumo de tabaco estava associado a pior qualidade de vida (Gato et al., 2018). Contrariamente com os resultados deste estudo, no qual essas variáveis não apresentam relação com a qualidade de vida.

Contudo, verificou-se na literatura, tal como neste estudo que o exercício físico, as doenças crónicas não transmissíveis e o *stress* se correlacionam com a qualidade de vida. Portanto, uma menor perceção de *stress* (o idoso ao compreender o seu processo de envelhecimento vivencia e supera as mudanças de forma positiva, sentido menos *stress* e fazendo por isso uma melhor avaliação da qualidade de vida) e a ausência ou menor presença de DCNT (os mais saudáveis tinham uma melhor perceção de qualidade de vida) estão relacionados com uma melhor perceção de qualidade de vida (Gato et al., 2018). De igual verificou-se na literatura, como também neste estudo que o exercício físico está correlacionado com a qualidade de vida (a sua prática regular retarda as perdas funcionais, proporcionando mais autonomia, tem benefícios físicos, psíquicos, e sociais que permite ao idoso redescobrir novas e melhores formas de estar na vida de uma forma mais autónoma e independente) (Miranda et al., 2016; Fernandes et al., 2009; Scoralick et al., 2018). Portanto algumas variáveis do estilo de vida, nomeadamente o *stress* e o exercício físico podem influenciar a qualidade de vida, tal como características sociodemográficas, neste caso as DCNT.

O *stress* sendo uma resposta psicobiológica que surge perante situações que excedem os recursos do ser e quando controlado, permite ao indivíduo administrar respostas adequadas e assim adaptar-se às novas situações. Numa idade avançada, com maior exposição a várias problemáticas que surgem naturalmente é comum gerar-se um sentimento de perda de controlo sobre si mesmo e sobre o ambiente à sua volta, o que leva a que as situações sejam compreendidas como stressantes. Este panorama agrava-se quando o ser não tem os recursos necessários para lidar com os novos desafios que surgem. Isto acaba por se refletir no autoconceito do idoso e na perceção de qualidade de vida, gerando a sensação de vulnerabilidade, perda de autonomia, perda de senso de autoeficácia e dificuldade em superar os problemas naturais associados à fase de vida.

O quarto e último objetivo consiste em compreender e caracterizar de que forma a idade, género, estado civil, ter filhos, medicação e qualidade de vida explicam o estilo de vida. Desta forma, verificou-se que as variáveis, qualidade de vida social, qualidade de vida ambiente, a idade e o género são preditores do estilo de vida, indo ao encontro de outros resultados, ou seja mais idade, uma melhor avaliação da qualidade de vida social e ambiente e ainda ser do género feminino estarão associados a um estilo de vida mais saudável. Por sua vez, menos idade, ser do género masculino e uma pior avaliação da qualidade de vida social e ambiente estão associados a práticas do estilo de vida menos saudáveis. Contudo, destas variáveis, a qualidade de vida ambiente é a que se apresenta como melhor preditor do estilo de vida.

Constatou-se na literatura que as variáveis género e idade influenciam o estilo de vida praticado. O género masculino apresenta-se como mais ativo fisicamente em atividades coletivas e competitivas, enquanto as mulheres tendencialmente praticam atividades individuais, com menor exigência de força física e de carácter cotidiano (atividades ocupacionais, tarefas domésticas, voluntariado, cuidar de familiares), tendo um estilo de vida mais sedentário (Fernandes et al., 2009; Ribeiro et al., 2009). Os homens apresentam um maior consumo de álcool e tabaco (Noronha et al., 2019; Barbosa et al., 2018; Castillo et al., 2008) comparativamente com as mulheres que apresentam um maior consumo de medicamentos e uma maior perceção de *stress* (Castillo et al., 2008).

A idade surge na literatura como influenciadora do estilo de vida, mas não de uma forma direta. Portanto, os indivíduos não deixam de praticar as atividades devido à idade que tem, mas diminuem a frequência com que as praticam devido à diminuição das suas capacidades com o aumento da idade. Por essa razão indivíduos mais novos são mais ativos fisicamente e os indivíduos mais velhos diminuem a frequência com que praticam a atividade física por terem mais dificuldade a fazê-lo (Ribeiro et al., 2009). O consumo

de tabaco e álcool reduzem com o aumento da idade (Noronha et al., 2019). Relativamente às variáveis, medicação, estado civil e ter filhos, não se verificou nenhum registo na literatura sobre a sua influência no estilo de vida. Na literatura verificou-se também que questões como a sensação de insegurança, a diminuição dos acessos aos espaços públicos, à medicação e a alimentos, a falta de recursos financeiros, a diminuição das condições para a preparação e conceção dos alimentos, e ainda a presença de doenças são potencializadores de um maior sedentarismo (Maciel, 2010) e uma alimentação menos saudável (Pereira et al., 2006). As interações sociais, o sentimento de possuir um papel social (aumenta ou diminui a autoestima), as diferentes necessidades entre os membros da família e o apoio da mesma influenciam o interesse pelo ato de se alimentar, o isolamento e a perceção de *stress* (Pereira et al., 2006).

Uma vez que a qualidade de vida é definida pela perceção que o ser tem de vários fatores da sua vida, se o ser perceber que não tem capacidades para combater as dificuldades que lhes são apresentadas (falta de acessos públicos, dificuldades financeiras, isolamento, perda de um papel social) então a perceção de *stress* sobre a sua vida será muito maior.

Em suma, os resultados obtidos no presente estudo permitem-nos concluir que a maioria dos participantes apresentam uma boa perceção da sua qualidade de vida, a destacar o domínio social como aquele que apresenta maior satisfação. Contudo existem aspetos, particularmente no domínio físico que engloba questões como dor/desconforto, energia/fadiga, sono, mobilidade, atividade física quotidiana, dependência de medicação, tratamento e capacidades de trabalho, que são percebidos com menor satisfação. Esta avaliação realizada pelos participantes não é influenciada pela faixa etária ou género. Os participantes solteiros e divorciados/separados/viúvos têm uma perceção menos positiva da sua qualidade de vida psicológica que engloba, sentimentos, memória, concentração,

pensar/aprender, autoestima, imagem corporal e crenças, enquanto os participantes que se encontram casados ou em união de facto fazem uma avaliação mais positiva deste domínio.

Relativamente ao estilo de vida, constatou-se que relativamente à dieta os participantes realizam o consumo diário de fruta, vegetais e cereais. Quanto ao exercício físico, existe uma maior adesão à prática de exercício físico leve ao longo do dia e pouca ou nenhuma prática de exercício físico moderado/intenso. O consumo de álcool é realizado pela maioria dos participantes da amostra enquanto o consumo de tabaco é reduzido. Ainda assim, uma grande maioria dos participantes em algum momento das suas vidas teve comportamentos tabágicos. Relativamente ao *stress* diário a maioria da amostra percebe-o como moderadamente pouco/pouco/nada.

Verificou-se que a prática de exercício físico e a melhor gestão do *stress* exercem uma grande influência na avaliação da qualidade de vida melhorando a percepção do indivíduo em todos os domínios. Os indivíduos que realizam uma melhor gestão de *stress* e uma alimentação mais saudável apresentam um menor consumo de tabaco. A variável álcool, por sua vez, não apresenta neste estudo qualquer tipo de relação com as restantes variáveis.

A maior prática de exercício físico, menor presença de doenças crónicas não transmissíveis e a menor percepção de *stress* estarão associados a uma melhor percepção de qualidade de vida. Enquanto indivíduos mais velhos, do género feminino, que tem uma boa percepção da qualidade de vida social e ambiental, tendencialmente apresentam um estilo de vida mais saudável.

Relativamente ao estudo realizado, aplicando a perspetiva do modelo de seleção, otimização e compensação, constata-se que o conhecimento adquirido através da análise

dos resultados permite compreender como são percebidos os vários domínios da qualidade de vida, quais são os hábitos diários da população e qual a relação que têm entre si. Através desta informação consegue-se compreender quais são as áreas da vida dos indivíduos que precisam de ser melhoradas sendo isso possível através da potencialização de outras áreas ou comportamentos que estão já presentes na vida dos indivíduos e são encarados de uma forma positiva. Verificou-se que a qualidade de vida social está relacionada com a percepção reduzida de stress. Uma vez que a qualidade de vida social e a área que apresenta melhor cotação, isto pode indicar que os indivíduos aplicam estratégias positivas de Coping e, portanto, que apresentam alguma resiliência. Nesse sentido esta população demonstra potencial para receber desafios e conseguirem progredir e adaptar às novas situações.

Com os resultados que obtemos é possível constatar que a qualidade de vida física é a que tem uma avaliação mais baixa e os indivíduos solteiros/divorciados/separados/viúvos tem uma pior avaliação da qualidade de vida psicológica. Contudo, com a relação que se verifica entre variáveis deste estudo, investindo na qualidade de vida ambiente tendo em conta as necessidades da população e particularmente de cada género (uma vez que os homens são mais direccionados para o exercício físico e as mulheres para atividades individuais e cotidianas) potencializamos a melhoria no estilo de vida dos indivíduos. Por consequência, a qualidade de vida física é otimizada e nesse seguimento a qualidade de vida social e psicológica também melhoram.

Os indivíduos com DCNT's que se encontram limitados pelas suas consequências e presos à toma de medicação, como também aqueles que se viram privados da prática profissional devido à reforma não tendo agora onde demonstrar as suas capacidades profissionais e sentindo-se inúteis, podem melhorar alguns aspetos com a prática de



exercício físico, convívio social e descobrir novas atividades a praticarem, novos desafios, mais oportunidades onde se mostrarem capazes

Como limitações deste estudo, relativamente à amostra encontramos alguma discrepância considerável entre indivíduos reformados e em atividade profissional ativa, com filhos e sem filhos, e relativamente ao local de residência.

Em futuros estudos, tendo em conta os resultados demográficos seria importante recolher dados em outras regiões do país que abranjam populações rurais. Os estilos de vida são diferentes entre as populações rurais e urbanas pelo que poderia ser interessante realizar uma análise comparativa entre as diferentes populações. Nesse seguimento, uma futura investigação entre países com culturas diferentes, por exemplo Portugal e países do Norte da Europa ou Asiáticos, podia ser interessante para compreender quais os pilares do comportamento que tornam as atitudes perante a população idosa diferentes.

Uma vez que as variáveis estudadas são influenciadas pela perceção individual e pela cultura da população, a aplicação de instrumentos qualitativos pode contribuir para uma melhor compreensão dos resultados obtidos através dos instrumentos quantitativos, sendo assim um complemento.

## Referências

- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2014). *Psicologia do adulto e do idoso*. Lisboa: Instituto Piaget
- Alexandrino, A., Oliveira, C., Gomes, G., Silva, M., & Nogueira, M. (2020). Tabagismo e alcoolismo na velhice: avaliação de fatores comportamentais entre idosos. *Brazilian journal of health review*, 3(2), 3275-3285. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-167>
- Almeida, T. (2009). Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(2), 233-244. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2009.022>
- Araújo, F., Nascimento, V., Soares, N., Oliveira, D., Santos, C., Freitas, A., Araujo, R., & Silva, R. (2020). Physical activity level, perception of quality of life and mental health in police officers. *Motricidade*, 16, 113-123. <https://doi.org/10.6063/motricidade.22332>
- Barbosa, M., Pereira, C., Cruz, D., & Leite, I. (2018). Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 125-135. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170185>
- Bárrios, M., & Fernandes, 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. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.09.002>
- Brandão, B., Araújo, G., Souto, R., Silva, A., Santos, R., & Braga, J. (2021). Qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. *Enfermagem em Foco*, 12(3), 475-481. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3743>
- Brito, J., Araújo, L., & Belo, R. (2021). Aposentadoria e envelhecimento: estudo das representações sociais entre mulheres idosas. *Psicología desde el Caribe*, 38(2), 238-255. <https://doi.org/10.14482/psdc.38.2.305.4>

- Borsoi, I., & Pereira, F. (2017). Perspectivas acerca da aposentadoria na percepção de docentes de uma universidade pública federal. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 20(2), 173-186. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p173-186>
- Camarneiro, A. & Loureiro, H. (2014). Precipitantes e expectativas da passagem à reforma na perspectiva de recém-aposentados portugueses. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 39-46. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.415>
- Campos, L., Boscatto, E., & Mineiro, L. (2015). Perfil do estilo de vida dos idosos da universidade aberta da maior idade - UAMI da cidade de Caçador-SC. *Revista Brasileira De Prescrição E Fisiologia Do Exercício*, 9(53), 315-320. <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/826>
- Castillo, B., Marziale, M., Castillo, M., Facundo, F., & Meza, M. (2008). Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de monterrey, méxico. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16 (especial), 509-515. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000700002>
- Cordeiro, L., Santos, D., & Orlandi, F. (2021). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enfermagem em Foco*, 12(3), 489-495. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801>
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., Pereira, E., Ramalho, J., & Oliveira, S. (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5, 33-50. [https://doi.org/10.6063/motricidade.5\(1\).186](https://doi.org/10.6063/motricidade.5(1).186)
- Ferreira, G., Costa, T., Pimenta, C., Silva, C., Bezerra, T., Viana, L., & Costa, K. (2019). Capacidade funcional e eventos estressores em idosos. *Revista Mineira de enfermagem*, 23(:e-1238), 1-7. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190086>

- Ferreira, J., Moreira, R., Ferreira, G., & Felício, J. (2021). Qualidade de vida e condições de saúde de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Enfermagem em Foco*, 12, 125-131. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3305>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida «WHOQOL-bref». *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178–183. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
- Fonseca, A. (2012). Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 75-95. <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426539987006.pdf>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI.
- Freire, S., Resende, M., & Rabelo, D. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em Psicologia*, 16, 190-211. <https://seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/27556>
- Gaspar, T., Gomez-Baya, D., Torres, I., Cerqueira, A., Correia, M., & Matos, M. (2020). Impacto dos fatores psicossociais de risco na qualidade de vida da população no processo de reforma. *PSICOLOGIA*, 34, 121–134. <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i1.1496>
- Gato, J., Zenevich, L., Madureira, V., Silva, T., Celich, K., Souza, S., & Léo, M. (2018). Salud mental y calidad de vida de personas mayores. *Avances en Enfermería*, 36(3), 302-310. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.68498>
- Godwin, M., Streight, S., Dyachuk, E., van den Hoveen, C., Ploemacher, J., Seguin, R. & Cuthbertson, S. (2008). Testing the simple lifestyle indicator questionnaire: initial psychometric study. *Canadian Family Physician*, 54, 76-77. <https://www.cfp.ca/content/cfp/54/1/76.full.pdf>

- Govindaraju, T., Sahle, B., McCaffrey, T., McNeil, J., & Owen, A. (2018). Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*, *10*(8), 971, 1-18. <https://doi.org/10.3390/nu10080971>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos. Portal INE. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_tema&xpid=INE&tema\\_cod=1115](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_tema&xpid=INE&tema_cod=1115)
- Krug, R., Schneider, I., Giehl, M., Antes, D., Confortin, S., Mazo, G., Xavier, A., & d' Orsi, E. (2018). Sociodemographic, behavioral, and health factors associated with positive self-perceived health of long-lived elderly residents in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *21*, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>
- Lima, L., Vilella, W., & Bittar, C. (2016a). Entrevista com Idosos: Percepções de qualidade de vida na velhice. *CIAIQ2016*, *2*. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/737>
- Lima, A., Gomes, K., Frota, N., & Pereira, F. (2016b). Qualidade de vida sob a óptica da pessoa idosa institucionalizada. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, *29*, 14–19. <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p14>
- Loureiro, H., Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012). Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma. *Revista de Enfermagem Referência, série III* (8), 47-56. <https://doi.org/10.12707/RIII1232>
- Luz, M., & Amatuzzi, M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia*, *25*(2), 303-307. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200014>
- Maciel, M. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, *16*(4), 1024-1032. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>

- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (1), 75–84. <https://doi.org/10.12707/RIII1314>
- Mari, F., Alves, G., Aerts, D., & Camara, S. (2016). The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19*, 35-44. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>
- Melo, R., Eulálio, M., Gouveia, V., & Silva, H. (2013). O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26* (2), 222-230. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200002>
- Menezes, M., Tavares, E., Santos, D., Targueta, C., & Prado, S. (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 13*(2), 267-276. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200011>
- Miranda, L., Soares, S., & Silva, P. (2016). Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um centro de referência à pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(11), 3533–3544. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.21352015>
- Mira, B., Ferreira, A., Ozela, C., Santos, M., Palmeira, I., & Silva, S. (2019). Socioeconomic and Behavioral Determinants That Permeate The Active Aging of Elderly People From a Community Living Center / Determinantes Socioeconômicos e Comportamentais Que Permeiam o Envelhecimento Ativo dos Idosos de Um Centro Comunitário de Convivência. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 11*(5), 1122-1128. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1122-1128>
- Morais, K., Silva, R., Beck, C., Camponogara, S., Dalmolin, G., & Tavares, J. (2021). Correlation between quality of life and sleep quality of military firefighters. *ABCs Health Sciences, 46*, e021221, 1-7. <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020105.1559>

- Morais, T., Faria, K., Castro, G., Silva, T., & Braga, L. (2020). Impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas atendidas no Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Carmo do Paranaíba/MG. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, *12*, 1–12. <https://doi.org/10.3895/rbqv.v12n1.10511>
- Moreira, V., & Nogueira, F. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia Universidade de São Paulo*, *19*, 59-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100009>
- Neri, A. (2006). O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, *14*, 17-34. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>
- Noronha, B., Souza, M., Costa, M., & Peixoto, S. (2019). Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Ciência & Saúde coletiva*, *24* (11), 4171-4180. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>
- Nunes, V., Menezes, R., & Alchieri, J. (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de natal, estado do rio grande do norte. *Acta Scientiarum. Health Science*, *32*(2), 119–126. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479>
- Oliveira, L., Rabelo, D., & Queroz, N. (2012). Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *12*(2), 416-430. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n2/v12n2a06.pdf>
- Payne, C., Robbins, S., & Dougherty, L. (1991). Goal directedness and older-adult adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, *38*(3), 302-308. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.3.302>

- Pereira, É., Teixeira, C., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
- Pereira, R., Cotta, R., & Franceschini, S. (2006). Fatores associados ao estado nutricional no envelhecimento. *Revista Médica de Minas Gerais*, 16(3), 160-164. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/277>
- Pocinho, R., Belo, P., Silva, C., Navarro-Pardos, E., & Muñoz, J. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição. *Revista Lusófona de Educação*, 37, 11-25. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle37.01>
- Pordata. (2021). Censos em Portugal. <https://www.pordata.pt/tema/portugal/censos-99>
- Rodrigues, T., Moreschi, C., Greco, P., Espíndola, R., & Rempel, C. (2021). Estratégia saúde da família: qualidade de vida de pessoas idosas. *Enfermagem em Foco*, 12, 93-99. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4080>
- Ribeiro, P., Neri, A., Cupertino, A., & Yassuda, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo o género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000300011>
- Santos, A., Meneguci, J., Silveira, R., Marquez, F., Ferreira, V. & Viana, D. (2014a). Perfil de saúde e qualidade de vida de idosos de santa juliana- MG. *Enfermagem em foco*, 5(3/4), 61-64. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2014.v5.n3/4.566>
- Santos, A., Viana, D., Souza, M., Meneguci, J., Silveira, R., Silvano, C., Rodrigues, L., & Damião, R. (2014b). Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. *Revista Família, Ciclos de vida e saúde no contexto social*, 2, 6-13. <https://doi.org/10.18554/refacs.v2i1.1142>



- Scoralick-Lempke, N., Nascimento, E., Ribeiro, B., Moreira, C., Oliveira, M., Sousa, P., & Teixeira, T. (2018). Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade. *REFACS*, 6(4), 775-784. <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i4.3293>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº12427/2016. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Silva, P., Soares, S., Santos, J., & Silva, L. (2014). Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Revista de Saúde Pública*, 48(3), 390–397. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fange, A., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S., & Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five european countries. *Social Science & Medicine*, 106, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.006>
- Stephens, C., Breheny, M., & Mansvelt, J. (2015). Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychology & Health*, 30(6), 715-731. <https://doi.org/10.1080/08870446.2014.904862>
- Sousa, J. (2019). Participação Sociocultural, Ócio, Acessibilidade e Envelhecimento Ativo no contexto de Idosos Institucionalizados. *Revista Subjetividades*, 19(2), 1-13. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i2.e9237>
- Souto, J., & Oliveira, R. (2019). Envelhecimento bem-sucedido e estratégias de seleção, otimização e compensação em idosos com câncer. *Revista da SBPH*, 22(2), 170-188. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v22n2/v22n2a10.pdf>

- Souza, M., Porto, E., Souza, E., & Silva, K. (2016). Profile of lifestyle of older elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(5), 819–826. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150224>
- Talarico, J., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. (2009). Sintomas de estresse e estratégias de Coping em idosos saudáveis. *Revista da escola de enfermagem*, 43 (4), 803-809. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400010>
- Valer, D., Bierhals, C., Aires, M., & Paskulin, L. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-819. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14042>
- Vitorino, L., Paskulin, L., & Vianna, L. (2012). Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6), 1186–1195. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000600022>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>