

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O efeito das representações de envelhecimento na autoavaliação global da saúde e na prática de atividade física, por parte de pessoas idosas.

Débora Marisa Fernandes Lavrador

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientador: Professora Doutora Sibila Marques, Professora Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020



O efeito das representações de envelhecimento na autoavaliação global da saúde e na prática de atividade física, por parte de pessoas idosas.

Débora Marisa Fernandes Lavrador

Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco

Orientador: Professora Doutora Sibila Marques, Professora Auxiliar
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2020

Em *memória*, das minhas duas estrelinhas,

Avô João e Avô Cassiano

Agradecimentos

Aos *meus pais e ao meu irmão*, porque nunca me pressionaram, sempre me encorajaram e acreditaram em mim. Pelo apoio e força que me deram ao longo desta jornada. Obrigada pela calma, que transmitiam mesmo quando eu não a tinha, pela forma como me faziam ver as coisas. Mas principalmente, obrigada pelo amor, esse nunca faltou nem nunca vai faltar. Mãe, Pai e Irmão, um obrigado não chega por estarem sempre nos momentos mais difíceis.

À *minha família*, porque sempre acreditaram em mim e me apoiaram. Às minhas avós que nunca, em momento algum, deixaram de acreditar em mim e de me animarem e puxarem para cima sempre que precisava. Por serem as mulheres guerreiras que têm sido e por me fazerem ver que, nada na vida se consegue sem esforço. À *minha prima Nicole* pelas conversas e os conselhos, apesar de longe eu sei que está perto, e se precisar sei que posso contar com ela.

Ao *Ruca*, que esteve comigo sempre, em todos os momentos. Por ser sempre a alegria e o companheirismo. Porque cada vez que me sentia triste ele vinha e ficava comigo. Às vezes não é preciso falar, basta estar. E ele está sempre.

Ao *meu porto seguro* nestes últimos 3 anos, não teria forças suficientes para ultrapassar isto se não fosses tu. Nem tenho palavras para te agradecer. Obrigada por nunca me teres deixado desistir, mesmo quando tudo parecia estar a desmoronar-se, por nunca me teres deixado sozinha e teres sido a minha botija de oxigénio e motivação nesta jornada. Por teres sido o meu suporte. É realmente nas alturas mais difíceis que percebemos quem realmente está do nosso lado, e tu nunca saíste do meu. Obrigada à minha melhor amiga, Inês. Um obrigado nunca vai ser suficiente para o tanto que fizeste.

À *minha Preguiça*, por ter sido a calma, a descomplicação, o amor e a leveza que a minha vida estava a precisar. Por me teres aturado nos piores momentos e por nunca desistires de me fazer ver que iria conseguir. Obrigada pelo amor, atenção e carinho. Obrigada por caminhares comigo. Até à nossa lua.

À *Fam na Bag* (Cátia e Maria), por me acompanharem já há imenso tempo e por estarem sempre comigo seja em que circunstância for. Por me fazerem rir quando o que mais queria era chorar, por me darem a mão para me levantar em cada obstáculo. Por estarem lá, mesmo que muitas das vezes não fosse fisicamente, eu sabia que estavam e isso é o mais importante. Sempre juntas.

À *Jéssica*, que em tão pouco se tornou muito. Por partilhar a mesma aventura e por saber que há momentos que nos apetece deitar tudo para o ar, mas que juntas iremos conseguir. Por seres a alegria e a amizade.

À *Dália, Bea, Marília e Lídia*, por terem sido a minha equipa no Mestrado, por terem sido apoio, companhia, calma, garra e suporte nos momentos que mais precisei. Pelas memórias e aventuras que vão ficar sempre eternizadas. Por mais que haja distância, eu sei que se precisar estarão lá.

A *todos* os que o nome não se encontra escrito neste texto, mas que estão no meu coração. A vossa presença foi evidente, ajudaram-me e apoiaram-me quando precisei. Tiveram presentes neste meu percurso, nunca duvidaram de mim e nunca me deixaram cair.

À *Professora Sibila Marques*, pela orientação, paciência e pela partilha de conhecimentos, de modo a ser possível levar o barco a bom porto.

“Só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos”

Antoine de Saint-Exupér

Resumo

O envelhecimento é considerado um fenómeno biológico, social e psicológico, tendencialmente percecionado de um modo negativo. Os estereótipos têm impacto na representação que as pessoas idosas fazem do envelhecimento, não só no que respeita à forma como se autopercecionam, mas também no modo como se identificam com o grupo de pessoas idosas. Com o aumento da idade, ocorre um declínio ao nível da saúde (i.e., maior fragilidade e dependência) e dos hábitos de atividade física. A presente dissertação pretendeu compreender de que modo as representações de envelhecimento (ao nível da autoperceção negativa e positiva e da identificação com o grupo) se relacionam com a avaliação global de saúde (i.e., perceção de saúde e de condição física) e com a prática de atividade física (intensa e moderada), no grupo de pessoas idosas. Da amostra fizeram parte 80 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos ($M = 75.04$, $DP = 8.71$), sendo que os dados foram recolhidos através de medidas de autorrelato. De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que a autoperceção negativa do envelhecimento e a identificação com o grupo se encontram negativamente associadas à avaliação global da saúde; e que a autoperceção positiva do envelhecimento e a identificação com o grupo correlacionaram-se com a prática de atividade física moderada, de forma positiva e negativa, respetivamente. Procedemos à análise da capacidade preditiva das representações de envelhecimento, sob a saúde e a atividade física, sendo que os resultados foram discutidos à luz da literatura.

Palavras-chave: Representações de envelhecimento; Avaliação global da saúde; Atividade física

Código de Classificação da American Psychological Association (APA):

2900 – Processos Sociais e Questões Sociais

3365 – Promoção e Manutenção de Saúde e Bem-estar

Abstract

Ageing is considered to be a biological, social and psychological phenomena that tends to be perceived negatively. Stereotypes impact the representation that older people form about ageing, not only regarding their self-perception but also the way they identify themselves as belonging to the category of older people. As a person's age increases, a decrease in the physical activity and health levels (where one has an inevitable bigger dependency and fragility) is noticeable. This dissertation sought to understand in what way the representations of ageing (regarding the negative and positive self-perception towards ageing and self-identification with the elderly group) relate to the global overall health assessment (i.e., the perception of health and physical ability) and the practice of intense and moderate physical activity in older people. The data in this study was obtained via self-reports measurements obtained from a sample of 80 elderly people with ages ranging from 60 to 98 years ($M = 75.04$, $DP = 8.71$). Results obtained show that the negative auto-perception of ageing and the identification with the elderly group are negatively associated to the overall health assessment. Furthermore, results show that the positive auto-perception of ageing and the identification with the elderly group are positively and negatively correlated (respectively) with the practice of moderate physical activity. An analysis of the predictive capacity of ageing representations on overall health assessment and physical activity levels was performed and results were discussed considering existing literature.

Keywords: Aging representations; Global health assessment; Physical Activity

Categories and classification codes of APA:

2900 - Social Processes & Social Issues

3365 – Promotion & Maintenance of Health & Wellness

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Teórico	3
1.1. Envelhecimento	3
1.2. Representações do Envelhecimento	4
1.2.1. Estereótipo de Envelhecimento	4
<i>1.2.1.1 Idadismo</i>	6
1.2.2. Autoperceção de Envelhecimento	7
<i>1.2.2.1 Autoperceção positiva</i>	7
<i>1.2.2.2 Autoperceção negativa</i>	9
1.2.3. Identificação com o grupo	10
1.3. Atividade Física	11
1.3.1. Envelhecimento ativo	14
1.4. Avaliação Global da Saúde	15
1.4.1. Perceção de Saúde	17
1.4.2. Perceção de Condição Física	20
1.5. O presente estudo: objetivos e hipóteses	21
II. Método	23
2.1. Design	23
2.2. Participantes	23
2.3. Instrumento	25
2.3.1. Caracterização Sociodemográfica	25
2.3.2. Questionário da Atividade Física e Saúde	25
2.3.3. Questionário das Perceções de Envelhecimento	26
2.3.4. Identificação com as pessoas idosas	27
2.4. Procedimento	27
2.4.1 Recrutamento	27
2.4.2. Recolha de dados	28
2.5. Procedimento estatístico	28
III. Resultados	29
3.1. Análises Descritivas	29
3.1.1. Representações do envelhecimento	29
3.1.2. Avaliação global da saúde	29
3.1.3. Atividade Física	30

3.2. Análises Correlacionais	31
3.3. Modelos de Regressão Linear	32
3.3.1. Análise do Modelo de Regressão Múltipla para a Avaliação Global da Saúde, ao nível da Perceção de Saúde.	32
3.3.2. Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Avaliação Global da Saúde, ao nível da Perceção de Condição Física.	33
3.3.3. Análise do Modelo de Regressão Múltipla para a Atividade Física Moderada.	33
IV. Discussão	35
4.1. Limitações e futuras investigações	37
4.2. Implicações e Conclusões	40
V. Referências	43
ANEXOS	61

Índice de Quadros

Quadro 2.1. Caraterização sociodemográfica dos participantes	24
Quadro 3.1. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das representações de envelhecimento	29
Quadro 3.2. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da avaliação global da saúde	30
Quadro 3.3. Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da atividade física	30
Quadro 3.4. Correlações entre as variáveis em estudo	31
Quadro 3.5. Efeito preditor das representações de envelhecimento (autoperceção negativa do envelhecimento e identificação com as pessoas idosas) na perceção de saúde.....	32
Quadro 3.6. Efeito preditor das representações de envelhecimento (autoperceção negativa do envelhecimento e identificação com as pessoas idosas) na perceção de condição física.....	33
Quadro 3.7. Efeito preditor das representações de envelhecimento (autoperceção positiva do envelhecimento e identificação com as pessoas idosas) na perceção na atividade física moderada	34

Índice de Siglas

AF – Atividade Física

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

O envelhecimento é um processo individual, que varia inevitavelmente de pessoa para pessoa, e é influenciado por aspetos genéticos, biológicos, pelas experiências pessoais e pelo contexto ao longo do ciclo de vida (Ferreira, 2014).

O envelhecimento tem sido avaliado de uma maneira negativa pela sociedade, sendo-lhe conferidos atributos negativos, como deterioração e decadência, uma vez que a vulnerabilidade e a fragilidade aumentam com a idade, devido ao desempenho funcional (Júnior et al., 2019). Porém, esta fase do desenvolvimento não deve ser assim percecionada pois apesar das perdas e incapacidades que as pessoas idosas vivenciam, muitas delas ainda apresentam capacidades funcionais (Ribeiro et al., 2009).

Este processo único, repleto de particularidades, impede-nos de homogeneizar esta população, porque as pessoas idosas experienciam de forma diferente esta fase de vida. Assim, o mais importante, acima de tudo, é a forma como as pessoas idosas lidam com as transformações do envelhecimento (Ribeiro et al., 2009), considerando não só a forma como se autopercecionam mas também como vêm as outras pessoas idosas – visto que se inserem num grupo social (Weiss & Lang, 2012). As representações que têm do envelhecimento podem estar associadas tanto a aspetos negativos - perdas, dependência, incapacidade, desvalorização e desgaste -, como a aspetos positivos - experiência, maturidade, paz e amor (Santos et al., 2013).

É importante aprofundar os conhecimentos nesta temática uma vez que é necessário reforçar a ideia de que o envelhecimento é cada vez mais satisfatório, quanto mais a pessoa idosa assimilar e não renunciar as mudanças que estão inerentes a esta faixa etária. Num ciclo de vida ideal, é esperado que as pessoas idosas se adaptem aos novos papéis sociais que desempenharão no decorrer da sua vida, para que continuem a sentir-se úteis, sem que isso lhes cause sofrimento (Souza et al., 2010). O modelo de autorregulação de Leventhal suporta esta teoria, percecionando o envelhecimento como uma fase normativa da vida, que apesar de enfrentar desafios é necessário ultrapassá-los, para proporcionar um bom desenvolvimento nessa faixa etária (Barker et al., 2007).

Segundo Morgadinho (2012), uma forma das pessoas idosas se poderem continuar a sentir ativas e úteis na sociedade é através da prática de atividade física. O exercício físico estimula a musculatura, permitindo que as pessoas idosas se continuem a sentir ágeis e funcionalmente capazes. Esta vida ativa promove diversos índices de saúde, reduzindo a

probabilidade das pessoas idosas apresentarem algumas tipologias de doenças, bastante comuns nesta idade (Fernandes, 2015).

O presente estudo procura, através de medidas de autorrelato, aumentar as evidências empíricas na área das representações de envelhecimento (i.e., autoperceções de envelhecimento e identificação com o grupo), por pretender compreender o impacto que as mesmas exercem sobre a saúde. O carácter inovador deste trabalho debruça-se pela consideração, também, da prática de atividade física, procurando assim contribuir para a literatura sobre temáticas relativas ao envelhecimento ativo.

De seguida à apresentação desta breve introdução, seguir-se-á a exposição do enquadramento teórico, que abordará os temas principais deste estudo – as representações de envelhecimento, ao nível das autoperceções positivas e negativas do envelhecimento e da identificação com as pessoas idosas; a avaliação global da saúde e a prática de atividade física. Posteriormente, serão apresentados os objetivos e as hipóteses formuladas, e logo de seguida será descrita a metodologia utilizada e os resultados obtidos com este estudo. Subsequentemente será exposta a discussão, na qual estão incluídas as anotações críticas deste trabalho, as limitações da investigação, e algumas sugestões para investigações futuras. Para terminar, será realizada uma conclusão, com uma reflexão da totalidade da investigação.

I. Enquadramento Teórico

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo, contínuo e individualizado, tendo o seu início após o nascimento, e varia de acordo com a pessoa que o experiencia, ocorrendo tendo em conta as particularidades de cada uma. Este fenómeno é essencialmente biológico, social e psicológico, de raiz genética e situacional (e.g., hábitos ao longo da vida, caracterizado por um conjunto diversificado de mudanças em diferentes domínios, como genéticos, biológicos, contextuais, psicológicos e situacionais), que têm repercussões no desenvolvimento do sujeito (Erikson, 1998; Erikson et al., 1986; Fachine & Trompieiri, 2012; Ferreira, 2014; Ferreira et al., 2010; Fontaine, 2000; Miguel, 2014; Oliveira & Alves, 2002; Schimidt & Silva, 2012; Silva et al., 2012; Zimerman, 2000). Uma vez que é natural e gradual deve ser aceite, de uma forma proativa e adaptativa, por parte da sociedade, de modo a que se possa reagir ao mesmo, aprendendo a lidar com as suas especificações, limitações e perdas (Amado, 2012).

Atualmente o envelhecimento é visto como um problema social, pois as pessoas idosas são percecionadas como sendo inativas e não produtivas, apresentando também maior dependência, exclusão social, problemas físicos e mentais, perda de capacidades, estando mais susceptíveis a doenças crónicas (Erikson, 1998; Erikson et al., 1986; Marques, 2011; Moreira & Nogueira, 2008; Oliveira, 2011; Oliveira & Alves, 2002; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2015). Todas estas mudanças exigem desafios adaptativos para a própria pessoa idosa (Keong, 2010), cujo processo de avanço da idade diminui gradualmente a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, a sua satisfação com a vida (Cheik et al., 2003).

Este fenómeno social traz consigo, não só alterações diretas na vida da pessoa idosa, como também mudanças na consideração social das suas capacidades e competências, já que a esta fase de vida estão associados estereótipos e imagens negativas que podem influenciar a expectativa da própria pessoa idosa (Keong, 2010; Resende & Neri, 2009). O processo de envelhecimento é o resultado entre um equilíbrio bem conseguido das limitações do indivíduo e das suas potencialidades, promovendo e possibilitando no mesmo a criação e o desenvolvimento de mecanismos e ferramentas de gestão das perdas e de adaptação às desvantagens e restrições, essencialmente físicas e psicológicas (Resende, 2006; Silva et al., 2012).

Não existe uma idade que seja universalmente aceite como o limiar da passagem da idade adulta para a idosa (Freitas et al., 2010), por o envelhecimento não ser um reflexo da

quantidade de anos que se vive (Schneider & Irigaray, 2008). Apesar da definição de idoso também depender da mentalidade e da sociedade em que a população se insere (Amado, 2012), a OMS (2002) tem vindo a reforçar cada vez mais a consideração dos 60 anos como o começo da velhice para os países em desenvolvimento e terceiro mundo, e fixando os 65 anos para os países desenvolvidos.

Tendo por base estes limites cronológicos, Portugal é considerado o quinto país no mundo com uma percentagem de pessoas idosas mais elevada (cerca de 21,5% da população – Instituto Nacional de Estatística - INE, 2017), sendo, deste modo, um dos países mais envelhecidos da Europa (Marques, 2011). Um dos principais motivos explicativos deste fenómeno é a criação e implementação de medidas de promoção das condições de vida e o avanço científico, sendo que conseqüentemente, e de uma forma paralela, devem ser obtidos recursos que melhorem o envelhecimento da população, permitindo que vivam de um modo mais positivo (Veras, 2009). Estas políticas e este avanço médico permitem o aumento da esperança média de vida (INE, 2012). Porém, a idade não é a única variável que acompanha o processo de envelhecimento, sendo que se torna relevante considerar diversas outras, como a saúde, competências cognitivas, independência e participação na sociedade (Fechine & Trompieiri, 2012).

1.2. Representações do Envelhecimento

1.2.1. Estereótipo de Envelhecimento. Ao longo dos anos, a sociedade tem rotulado o envelhecimento de um modo negativo e preconceituoso, resultado do pouco acesso à informação real e em primeira mão ou da influência dos *media*, pela crescente consideração e valorização da juventude e da beleza (Guerra & Caldas, 2010; Moreira & Nogueira, 2008). Estas ideias negativas preconcebidas podem-se manifestar de uma forma discriminatória (*idadismo*) (Araújo et al., 2016), e originam sentimentos de medo acerca desta faixa etária, na população idosa, dificultando a valorização destes anos de vida (Almeida et al., 2010; Dátilo & Marin, 2015; Jardim et al., 2006; Keong, 2010; Menezes et al., 2016).

À medida que as pessoas passam para a condição de idosas deparam-se com o aparecimento de doenças e de dificuldades, acabando por se sentir mais dependentes (e.g., invalidez), sós, menos esperançosas, e com medo de perder algumas capacidades físicas (e.g., força), a sua autonomia, independência e o ânimo para a vida (Fernandes & Andrade, 2016; Fonseca, 2005; Menezes et al., 2016; Pereira et al., 2002; Westerhof & Tulle 2008), preocupando-se cada vez mais com o futuro (Fernandes & Andrade, 2016). O estereótipo

negativo acerca do processo de envelhecimento encara a pessoa idosa como um indivíduo que recebe muitos cuidados, que já realizou tudo o que podia ter feito, que se dedica ao outro e que sofre um conjunto de alterações no seu organismo. Esta imagem sociocultural criada, que é influenciada por preconceitos e estereótipos negativos, afeta negativamente a autoestima da própria pessoa idosa e compromete o desenvolvimento das suas competências (Almeida et al, 2010; Fernandes & Andrade, 2016; Keong, 2010).

Apesar de todas as dificuldades que podem enfrentar, a velhice apresenta aspetos positivos, quando as pessoas idosas conseguem preservar os seus bons níveis de capacidade, autonomia, atividade e participação; que apesar de apresentarem doenças crónicas, têm quadros clínicos controlados; e porque são capazes de se sentir úteis, experientes, conhecedoras e sábias, com uma sensação de dever cumprido em relação à família e ao trabalho, apresentando muitas vezes bons recursos financeiros (Dátilo & Marin, 2015; Oliveira et al., 2014; Wollmann et al., 2018; Zimmerman, 2000).

Embora se argumente que, nos últimos anos, se tem assistido a um processo social de mudança positiva relativamente à atitude face às pessoas idosas, a imagem negativa é ainda frequente entre todos os grupos etários, inclusive nas próprias pessoas (Kane, 1999; Palmor 1990), sendo que os atributos negativos têm tendência a prevalecer sob os positivos (Kotter-Grün & Hess, 2012). Pode-se afirmar que os estereótipos negativos e as dificuldades vivenciadas na fase da velhice podem ser modificados a partir da atenção efetiva das políticas públicas na preparação da sociedade para a fase do envelhecimento como, por exemplo, campanhas para aumento do conhecimento e compreensão da temática, criação de leis contra a discriminação/idadismo, ou promoção de campanhas com vista ao desenvolvimento saudável e ativo (Ferreira, 2014; OMS, 2015; Santos, 2014; Wollmann et al., 2018). As representações relativas ao envelhecimento são influenciadas pela cultura e sociedade na qual o indivíduo está inserido, sendo deste modo importante atuar ao nível macrosistémico (Miguel, 2014), tornando-se numa tarefa de natureza cultural, mas de motivação individual (Fonseca, 2004).

1.2.1.1 Idadismo. Este conceito surgiu em 1969 por Butler, que o definiu como uma forma de discriminação e preconceito que um grupo etário tem para com outro grupo diferente do seu, muitas vezes contra as pessoas idosas (Butler, 1969; Neves & Amaro, 2012; OMS, 2015; Sánchez, 2007), englobando as atitudes e práticas negativas em relação aos indivíduos, tendo como fundamento a idade (Marques, 2011). Este conceito foi desenvolvido com base num modelo tripartido, onde as suas componentes principais são: os estereótipos (componente cognitiva), o preconceito (componente afetiva) e a discriminação (componente comportamental) (Hagestad, & Uhlenberg, 2005; Iversen et al., 2009; Marques, 2011; Steele et al., 2004).

Esta discriminação face à idade abrange todo o mundo, e tanto acontece nos países ocidentais, como nos países orientais, atingindo várias culturas (Van den Heuvel & Van Santvoort, 2011). Tanto na Europa como em Portugal, e segundo os dados do European Social Survey, relativos ao ano de 2009, as pessoas sentem que são mais discriminadas em função da sua idade, do que devido ao seu género ou origem étnica (Abrams et al., 2011; Marques, 2011); e essa forma de discriminação é mais tolerada e aceite socialmente, em todo o mundo, mesmo pelas próprias pessoas idosas (Marques, 2011; Proença, 2013). O *idadismo* difere dos outros estereótipos sociais, como o sexismo e o racismo, porque é caracterizado por uma evolução, ocorrendo ao longo da vida, ou seja, as pessoas que estereotipizam nos dias de hoje, um dia, serão as próprias a serem estereotipadas (Couto & Koller, 2012; Palmore, 2003).

O *idadismo* acarreta estereótipos negativos que são prejudiciais para a população idosa (Marques, 2009), visto que as mesmas internalizam essas ideias negativas acerca do envelhecimento, dando origem a autoestereótipos, conceito este citado anteriormente, fazendo com que as mesmas acreditem que as suas capacidades e competências estejam a denegrir-se (Babcock et al., 2016; Neves & Amaro, 2012; Palmore 2003). Estas visões negativas estão tão enraizadas nas sociedades nos dias de hoje, que influenciam o que as pessoas idosas pensam sobre o seu próprio envelhecimento, as suas atitudes face ao mesmo e pode interferir no seu bem-estar e qualidade de vida (Oró-Piqueras & Marques, 2017; Silva et al., 2012). As pessoas idosas tendem a comportar-se em conformidade com aquilo que é socialmente aceitável e agem consoante as expectativas que existem sobre as mesmas (Cerqueira, 2010). Às pessoas idosas são atribuídos traços negativos como doenças físicas e mentais, declínio cognitivo, isolamento, pobreza, depressão, dependência, fragilidade, incompetência, esquecimento, lentidão, mas também traços positivos como afetuosidade, felicidade, amabilidade, confiança, sabedoria e gentileza (Marques, 2011; Palmore 2003)

1.2.2. Autopercepção de Envelhecimento. A autopercepção do envelhecimento consiste num construto multidimensional de autoavaliação da pessoa idosa acerca da sua idade e do seu processo de envelhecimento, tendo como base algumas decisões e domínios da sua vida (e.g., mudança no trabalho, reorganização familiar, grau de dependência nas tarefas, nível de felicidade) (Levy, 2003; Menezes et al., 2016; Sneed & Whitbourne, 2005; Wollmann et al., 2018).

A forma como cada pessoa idosa percebe o seu envelhecimento é heterogénea, pois este processo é encarado de uma forma individual, onde cada um vivencia esta fase da sua vida como sendo única (Almeida et al., 2010; Guerra & Caldas, 2010; Silva et al., 2012; Uchôa et al., 2002; Wollmann et al., 2018). O afeto fornecido pela família, a rede social de apoio, os grupos de terceira idade e os recursos financeiros influenciam a percepção da pessoa idosa sobre o seu envelhecimento (Dálito & Marin, 2015; Oliveira et al., 2014). É pelo impacto que as autopercepções têm na vida da população idosa e das pessoas que a rodeiam que se torna importante o relato e opinião dos primeiros, para que seja possível a consideração mais concreta e real da sua percepção, no que diz respeito, por exemplo, às mudanças percebidas no ambiente social e às alterações físicas e mentais (Guerra & Caldas, 2010; Wollmann et al., 2018), e para que se possa compreender, na primeira mão, o processo de envelhecimento (Oliveira et al., 2014). Alguns estudos (e.g., Fernandes, 2014; Guerra & Caldas, 2010; Jardim et al., 2006; Silva et al., 2012; Oliveira et al., 2014) procuraram compreender estas percepções, concluindo que, na sua maioria, as pessoas idosas percebem o seu processo de envelhecimento, reagindo negativamente às alterações e mudanças que ocorrem com o aumento da idade.

1.2.2.1 Autopercepção positiva. No que diz respeito às autopercepções positivas, estas são vistas como indicadores de processos bem-sucedidos de envelhecimento, identidade etária e autorregulação (Baltes & Smith, 2003; Heckhausen & Krueger, 1993; Sneed & Whitbourne, 2005).

A percepção positiva de envelhecimento relaciona-se com o encarar desta fase da vida como um período de aproveitamento e crescimento, onde a pessoa idosa se sente realizada ao nível pessoal pela existência de contínuas oportunidades (Guerra & Caldas, 2010; Schimidt & Silva 2012). Embora compreendam a existência de fragilidades resultantes do aumento da idade (e.g., dependência, solidão, medo da morte), nem todas as pessoas idosas se projetam como um conjunto de limitações, considerando-se ainda capazes de se manterem ativas e participativas (Dálito & Marin, 2015; Fernandes, 2014; Wollmann et al., 2018).

A consideração positiva do envelhecimento pode estar associada à capacidade de resiliência da população idosa, e de uma adaptação bem sucedida aos obstáculos físicos, psicológicos e ambientais que ocorrem com o aumento da idade, pois apesar das perdas e declínios, tendem a reorganizar-se e maximizar os aspetos positivos (Sneed & Whitbourne, 2005; Wollmann et al., 2018), considerando-se felizes com as suas conquistas materiais e pessoais (Freitas et al., 2010)

O modo como as pessoas percecionam o seu próprio envelhecimento e o seu estado de saúde é um indicador importante para o seu bem-estar e determinante para a sua qualidade de vida (Ramos et al., 2012; Wollmann et al., 2018), sendo também indicadores de um envelhecimento bem sucedido (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008; Wollmann et al., 2018), e de um aumento da esperança média de vida (Levy, 1996). Neste caso, e uma vez que as autoperceções positivas permitem sustentar os níveis de atividade e envolvimento social da pessoa idosa nas rotinas sociais e pessoais, ocorre um aumento da autoestima do sujeito e do seu funcionamento biofisiológico (Hubley & Hultsch, 1994; Martins, 2005; Westerhof & Barrett, 2005), encontrando-se a pessoa idosa mais satisfeita com o seu envelhecimento, aumentando, conseqüentemente, a sua avaliação do nível de saúde (Levy et al., 2002a; Ron, 2007). É nestes casos, em que as pessoas idosas têm uma melhor perceção do seu envelhecimento, que se registam melhores desempenhos ao nível cognitivo (e.g., memória), físico (e.g., aumento da velocidade ao caminhar), motivacional (e.g., mais vontade de viver) e emocional (e.g., maior regulação emocional e menor resposta cardiovascular ao *stress*), quando comparados com o grupo de pessoas idosas que percecionam mais negativamente o avançar da idade (Fernandes, 2014; Hausdorff et al., 1999; Keong, 2010; Levy et al., 2000a; Levy et al., 2000b; Levy et al., 2002a; Levy et al., 2002b). Num estudo realizado por Levy (2009), as pessoas idosas que autopercecionaram mais positivamente o seu envelhecimento, apresentaram melhores índices de funcionamento e viveram, em média, 7.5 anos a mais do que aqueles com autoperceção negativa do envelhecimento. Assim, podemos afirmar que as autoperceções positivas de envelhecimento são preditoras de uma boa qualidade de vida, contribuindo para uma vida mais longa e saudável (Fernandes, 2014).

1.2.2.2 Autopercepção negativa. As abordagens científicas e sociais, em que encaram o envelhecimento como um processo biológico e de maturação, onde o corpo é conceptualizado como estando em declínio, e cujas competências e capacidades do ser humano se encontram em perda, influenciam de forma negativa a percepção que o indivíduo tem sobre o seu próprio envelhecimento (Fernandes, 2014; Kenyon, 1988). Assim, as autopercepções negativas interpretam o envelhecimento como um período vazio e sem sentido, onde as próprias pessoas idosas se sentem inúteis e excluídas (Guerra & Caldas, 2010; Martins, 2005; Schimidt & Silva, 2012), por apresentarem pouca autonomia e elevada dependência (Fernandes, 2014), nomeadamente devido às suas doenças (Guerra & Caldas, 2010; Wollmann et al., 2018). Este fenómeno provoca uma diminuição da sua expectativa de vida e tem um impacto negativo e significativo na sua autoestima (Fernandes, 2014; Menezes et al., 2016). Pessoas idosas com uma percepção negativa desta etapa da vida têm tendência a apresentar um raciocínio mais lento, menos resistência, mais inatividade, rejeição familiar, isolamento, abandono, tristeza e depressão (Guerra & Caldas, 2010). Normalmente, pessoas idosas que apresentam atitudes negativas face ao seu envelhecimento, e que se consideram menos capazes em lidar com o mesmo, após se consciencializarem das consequências negativas com as quais se deparam, têm tendência em avaliar de uma forma mais negativa o seu estado de saúde, nomeadamente o seu bem-estar e saúde mental (Levy, 2003; McGee et al., 2011; Rato, 2018; Ron, 2007; Silva, 2012).

Nestes casos, torna-se cada vez mais importante o apoio familiar (Wollmann et al., 2018), uma vez que é esse apoio, dedicação, carinho, reconhecimento e valorização, percecionados pelas pessoas idosas, que funcionam como ferramentas de gestão da idade avançada (Guerra & Caldas, 2010; Menezes et al., 2016). Os grupos de terceira idade, que convivem de perto com estas pessoas idosas, também se tornam bastante relevantes, pois a pessoa idosa acaba por não se sentir sozinha, ter relações de igual para igual com pessoas homogeneamente e teoricamente semelhantes a si. A pessoa idosa consegue assim adaptar-se melhor às exigências desta fase de vida e estabelecer contacto com alguém que consiga compreender os seus sentimentos e pensamentos (Guerra & Caldas, 2010; Torres et al., 2015). Porém, e apesar da tentativa de balanceamento entre os estereótipos positivos e negativos do envelhecimento (e.g., mais experiência de vida e perda de autonomia, respetivamente) (Kite et al., 2005), os aspetos negativos têm tendência a ter mais impacto e prevalecer, sob os positivos (Kotter-Grün & Hess, 2012), o que influencia a autopercepção por parte das pessoas idosas, acerca do seu envelhecimento (Fernández-Ballesteros et al., 2013).

1.2.3. Identificação com o grupo. A pertença a um grupo de indivíduos confere a cada elemento uma identidade social, onde os mesmos partilham uma representação daquilo que são e dos comportamentos que devem adotar. Assim, a identidade grupal descreve o que significa ser membro desse grupo, e as atitudes, emoções e comportamentos mais adequados e apropriados, para cada contexto (Hornsey, 2008; Marques, 2009). Quando os elementos de um grupo interiorizam e se identificam com as características que o seu próprio grupo apresenta, acabam por se sentir integrados, florescendo um sentimento de pertença e solidariedade (Abrams & Hogg, 1990; Proença, 2013). Segundo Haslam et al. (2009) estes sentimentos, provenientes da inserção num grupo, aumenta nos seus elementos sentimentos de bem-estar e autoestima, e tornam-se facilitadores para fornecer competências aos indivíduos para lidarem com possíveis discriminações, preconceitos e consequências negativas que essa pertença a um determinado grupo possa originar (Paixão, 2013). A discriminação social é um dos exemplos negativos que os elementos de alguns grupos sociais podem experienciar, uma vez que se contrapõem grupos com características diferentes, e muitas vezes opostas. Esta discriminação pode ter um impacto negativo na autoestima dos indivíduos, mas aumentar a coesão e união que os elementos do grupo sentem entre si e, conseqüentemente, a identificação com o seu grupo (Paixão, 2013).

Os grupos sociais podem ser baseados em diversos atributos, como físicos, demográficos e psicológicos. Deste modo, e tendo em conta o tema principal desta dissertação, iremos focalizar a nossa atenção nas pessoas idosas e na identificação que os mesmos sentem com o seu grupo. A identificação à qual nos procuramos referir está associada à identificação com a geração em si, e não com a idade cronológica especificamente (Weiss & Lang, 2012), uma vez que procuramos compreender em que medida os indivíduos se identificam com o estatuto “pessoa idosa”, no qual estão inseridos, e com as representações a si associadas. Esta linha de pensamento baseia-se na Teoria da Identidade Social (Tajfel & Turner, 1979), onde se afirma que os indivíduos sentem uma necessidade de construir uma identidade pessoal e socialmente positivas, pertencendo a grupos valorizados. Esta teoria encontra as suas bases em 3 principais conceitos: categorização (onde se encontram as características que definem esse mesmo grupo), a identidade (o reconhecimento de quais os indivíduos que fazem parte desse mesmo grupo) e a comparação (a capacidade de procurar semelhanças e diferenças entre diversos grupos) (Hogg & Abrams, 1988; Paixão, 2013). Esta capacidade de refletir sobre o grupo, os seus elementos e atributos permite que cada indivíduo seja capaz de comparar o seu grupo (endogrupo) a outros grupos (exogrupo), percecionando então quais os indivíduos semelhantes e diferentes de si (Abrams & Hogg, 1990). Assim, a

identificação com as pessoas idosas tem como principal objetivo compreender como é que os indivíduos se sentem em relação a si próprios e em que medida é que se identificam com o grupo de pessoas idosas.

1.3. Atividade Física

A Atividade Física é definida como todo e qualquer movimento corporal, que resulta numa descarga energética, superior à que é característica em momentos de repouso, constituindo-se assim um processo complexo e dinâmico (Caspersen et al., 1985; Cheik et al., 2003; Morgadinho, 2012). O seu principal componente é o exercício físico que é definido como um conjunto de atividades planeadas, estruturadas e repetitivas, que visam o melhoramento e manutenção da aptidão física, e que promove e aumenta a saúde física (Caspersen et al., 1985; Morgadinho, 2012). A sua prática mais recorrente ajuda na redução dos efeitos negativos que o próprio desenvolvimento e as rotinas diárias criam, contribuindo assim para um estilo de vida mais independente e autónomo, aumentando a capacidade funcional, melhorando a condição física e a saúde mental - quadro promotor da qualidade de vida, da felicidade e do bem-estar da pessoa idosa, através da diminuição do *stress*, da depressão e da ansiedade (Cheik et al., 2003; Fachine & Trompieiri, 2012; Fernandes, 2015; Fernandes, 2018; Guimarães et al., 2008; Guimarães, et al., 2012; Marquez et al., 2019; Martins, 2005; Mazo et al., 2006; Mazzeo et al., 1998; Moreira et al., 2014; Morgadinho, 2012; Oliveira & Alves, 2002; Oliveira et al., 2010; Pinto, 2013; Santos, 2014; Silva et al., 2010; Vago & Lovecchio, 2014).

A prática de atividade física permite a manutenção da capacidade funcional do sujeito, sendo que o exercício físico se torna num mecanismo de garantir a eficiência da pessoa idosa em corresponder às necessidades físicas do dia a dia. A capacidade funcional permite determinar o grau de funcionalidade da pessoa, relacionando-o com a autonomia na execução das diversas tarefas necessárias no quotidiano (Botelho, 1999; Fernandes, 2015). A incapacidade funcional diminui a capacidade, por parte da pessoa idosa, neste caso, de realizar tarefas necessárias para uma vida independente, levando a perdas de habilidades. Essa incapacidade relaciona-se com a idade avançada, a autoperceção de saúde negativa, a presença de doenças crónicas, a diminuição da socialização, levando a consequências negativas, como a mortalidade, hospitalização e institucionalização (Clementino et al., 2018; Fernandes, 2015; Silva, 2019). Esta inaptidão funcional faz com que quanto mais as pessoas são incapazes funcionalmente, piores perceções de saúde vão ter, sendo importante a manutenção da capacidade funcional ao longo do tempo (Rosa et al., 2003).

É inevitável que com o passar dos anos, não haja um declínio da capacidade funcional, e por isso, é importante a existência de programas de exercício físico regular, adequados às necessidades de cada pessoa, mudando estilos de vida, para que seja possível retardar o declínio (Ueno, 1999). É necessária e precisa uma divulgação e conscientização da informação sobre o papel e os benefícios da atividade física para as pessoas idosas (Ueno, 1999).

De um modo geral, as principais razões que levam as pessoas idosas a procurarem a prática de exercício físico são o bem-estar, a independência, a autorrealização e a redução do isolamento e da solidão (Cheik et al., 2003; Rizzolli & Surdi, 2010; Vago & Lovecchio, 2014). A independência é um dos resultados mais importantes atingidos com a atividade física, uma vez que sem essa autonomia que lhe é conferida, a pessoa idosa fica impossibilitada de tomar algumas decisões na sua vida (Sbicigo et al., 2010). A prática regular de exercício físico é importante no estilo de vida de uma pessoa idosa, apresentando benefícios, tanto a nível físico (e.g., força muscular), como mental (e.g., melhor cognição e memória) ou social (e.g., mais laços de amizade) (Cheik et al., 2003; Hernandez & Barros, 2004; Mazzeo et al., 1998; Santos, 2014), atuando na prevenção de diversas doenças cardiovasculares e patológicas (Fechine & Trompieiri, 2012; Fernandes, 2015; Fernandes, 2018; Marquez et al., 2019; Tavares, 2011; Vago e Lovecchio, 2014). Existem alguns indicadores da prática ideal de exercício físico. É aconselhado, de um modo geral, que as pessoas idosas pratiquem exercício mais do que uma vez por semana. A American College of Sports Medicine (1998), afirma a importância de uma prática diária de atividade física moderada e intensa, por pelo menos 30 minutos. Porém, a existência de 3 dias ativos na rotina da pessoa idosa já a torna ativa, comparativamente com a população idosa que não faz nenhum tipo de exercício (Fernandes, 2018; Oliveira et al., 2010). A intensidade deve ser adequada a cada pessoa idosa, de forma a prevenir lesões e respeitando os seus próprios limites (Fernandes, 2018; Pereira et al., 2002).

No que diz respeito à intensidade do exercício físico, esta pode ser conceptualizada como sendo leve, moderada e intensa. Freedson et al. (1998, citados por Mota et al., 2002) fizeram a distinção dos três tipos de intensidade do exercício físico com o auxílio do instrumento *Computer Science and Applications* (CSA), que é aplicado aos participantes enquanto realizam uma determinada atividade. Segundo o mesmo, a intensidade de exercício é medida em *count's*, que operacionalizam o gasto energético despendido ao longo do exercício, e que é esse valor que nos permite caracterizar a intensidade. Assim, os valores inferiores a 1952 são o reflexo de uma atividade leve, os valores entre 1952 e 5724

correspondem a uma atividade moderada, de 5725 a 9498 a um exercício intenso e, por fim, os valores acima dos 9498 *count's* correspondem a uma atividade muito intensa.

Uma vez que nem sempre é possível a realização deste tipo de testes, alguns estudos procuraram associar algumas atividades do dia a dia da pessoa idosa ao esforço energético que as mesmas exigem, tornando assim possível a caracterização da tarefa, em termos de intensidade. Ao longo do seu dia a pessoa idosa realiza vários tipos de tarefas sendo que são tidos em consideração os diversos domínios dos quais essas atividades fazem parte, como por exemplo atividade de lazer, domésticas, laborais e de transporte (Mota et al., 2002). No que diz respeito às atividades de intensidade leve podemos realçar a costura, ver televisão e ouvir música, pois são atividades que não exigem esforço. Como atividades de intensidade moderada podemos enumerar a lavagem de loiça e limpar a casa (Toscano & Oliveira, 2009). A atividade intensa irá exigir outras tarefas de maior esforço.

De um modo geral, a prática de atividade física apresenta um papel de proteção da saúde física e mental da pessoa idosa, sendo que a inatividade e sedentarismo apenas aceleram o processo de envelhecimento, sendo definidas como fatores de risco na idade avançada (Papalia & Feldman, 2013). A inatividade física está positivamente associada à maior probabilidade de relatos de doenças e incapacidades, por parte da pessoa idosa (Fernandes, 2015; Meisner et al., 2010). A qualidade de vida da pessoa idosa, definida como a percepção do seu bem-estar, aumenta com a prática de exercício físico (Oliveira et al., 2010).

Durante a prática de atividade física, as pessoas idosas podem-se deparar com algumas limitações (e.g., nunca terem praticado exercício ou terem condicionantes físicas), porém as atividades realizadas devem ser adaptadas à condição individual de cada um (Faria & Marinho, 2004), motivando a pessoa idosa para este estilo de vida, que lhe permitirá aproveitar de uma forma mais ativa e saudável o seu envelhecimento, pois mesmo começando a prática de exercício em idade avançada, podem sempre ser atingidos benefícios. Assim, as atividades devem ser orientadas por profissionais qualificados para a tarefa, que conheçam a população em causa e desenvolvam tarefas adaptadas a si (Marquez et al., 2019). Nestes casos, e quando as atividades respondem às exigências e necessidades de cada pessoa, podem provocar nos mesmos a promoção da autoestima, autoimagem e autoconceito (Mazo et al., 2006; Oliveira & Alves, 2002; Pinto, 2013). Alguns exemplos de atividades físicas e tarefas que podem ser realizadas são: hidroginástica, caminhada, dança e exercícios que envolvam força, flexibilidade, manutenção da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa (Marquez et al., 2019; Santos, 2014).

Estas considerações vêm corroborar as afirmações anteriores relativas à importância da existência de diversas políticas públicas que apoiem programas de envelhecimento e de práticas de atividade física. Estes projetos, que englobam, na sua generalidade, exercícios físicos e acompanhamento psicológico, auxiliam a pessoa idosa na elaboração e consideração de projetos de vida, melhorando o seu bem-estar, saúde e qualidade de vida (Meisner et al., 2010; Silva et al., 2018; Tavares, 2010).

1.3.1. Envelhecimento ativo. De modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas e de maneira a reduzir a existência de estereótipos negativos e irreais sobre esta fase de vida, combatendo assim a discriminação etária, é necessária a consideração e apoio de um envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2015). O envelhecimento ativo encara a pessoa idosa como um sujeito que, apesar de sofrer algumas limitações ao longo sua vida (e.g., redução da capacidade funcional – Ferreira et al., 2012), encontra-se integrado numa sociedade, e no qual diversas políticas se devem concentrar de forma a melhorar e beneficiar o seu desenvolvimento. Estas políticas, essencialmente de promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis, permitem a maximização das capacidades da pessoa idosa e previnem o aparecimento de doenças, tornando o indivíduo mais ativo e permitindo a sua participação em questões sociais e civis, por exemplo (Moura, 2012; Ribeirinho, 2012).

Os seus principais pilares de atuação centram as suas medidas na saúde, participação, segurança e aprendizagem (Araújo et al., 2016; Zaidi & Zolyomi, 2011), sendo que se objetiva que as pessoas idosas alcancem uma vida mais saudável e de maior qualidade (Cabral et al., 2013; OMS, 2002). Deste modo, ao longo dos programas de envelhecimento ativo podem ser trabalhadas temáticas como: autonomia, isolamento social, solidão, alimentação saudável, saúde física e psicológica, adaptando sempre as exigências da tarefa à idade e pessoa em que as mesmas são aplicadas (Campos et al., 2015; Marques et al., 2012).

Uma sociedade que promova o envelhecimento ativo capacita a sua população idosa no enfrentamento das experiências e incapacidades, promovendo a sua autonomia e independência, e aumentando a consciência das alterações que podem ocorrer ao longo do tempo (Ferreira et al., 2012). Estas medidas permitem assim que algumas competências sejam valorizadas (e.g., saúde física e funcional) e que a qualidade de vida e de saúde seja aumentada, tornando o envelhecimento um processo mais saudável e do qual a pessoa idosa possa retirar o máximo de prazer e vitalidade possível (Araújo et al., 2016; Moura, 2012; Ribeiro & Paúl, 2011). O envelhecimento deve ser encarado como uma experiência positiva, de investimento no bem-estar social, mental e físico (Ribeiro & Paúl, 2011).

Apesar de ocorrerem perdas inevitáveis e irreversíveis, muitas das fragilidades associadas a esta idade podem ser prevenidas e melhoradas, uma vez que a natureza humana se caracteriza pela elevada plasticidade e flexibilidade de compensar alguns declínios (Marques et., 2012). Assim, procurando lidar com os constrangimentos da idade, estas estratégias permitem que os sujeitos possam envelhecer de uma forma bem-sucedida (Gross & Barret, 2011), promovendo a sua saúde e compensando as possíveis perdas ocorrentes do avançar da idade (Dátilo & Marin, 2015) A qualidade de vida é garantida quando as pessoas idosas apresentam um comportamento ativo e saudável. Apesar de ser normal e comum os percalços que podem ocorrer devido ao desenvolvimento, é importante a consideração de que há sempre algo que pode ser aprendido e retirado dessa experiência. Porém, o envelhecimento ativo não pode ser uma preocupação exclusiva no momento em que os sujeitos atingem idade igual ou superior aos 60 anos, uma vez que deve ser encarada como uma perspetiva para todo o ciclo da vida, alterando as políticas do desenvolvimento humano, na sua totalidade, e atuando numa perspetiva de prevenção primária (Fernández-Ballesteros, 2009). De qualquer modo, e nesta fase de vida, o envelhecimento ativo influencia a forma como as pessoas idosas autoavaliam a sua saúde.

1.4. Avaliação Global da Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1947, citado por Pan American Health Organization, 2018), o conceito de saúde é caracterizado como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas definido como a inexistência de alguma saúde ou incapacidade. A autoavaliação da saúde, por parte da população, é um método cada vez mais utilizado como indicador de saúde (Silva, 2019), sendo que, no caso das pessoas idosas, o seu relato subjetivo é influenciado por inúmeras variáveis, das quais podemos referir as de cariz sociodemográfico (e.g., sexo e escolaridade) e físico (e.g., incapacidades que a pessoa idosa apresenta) (Guimarães et al., 2011).

Com o aumento da idade, é natural o declínio gradual ao nível da saúde, uma vez que as pessoas idosas se sentem mais frágeis e dependentes, avaliando a sua saúde de uma forma mais negativa, à medida que envelhecem (Ferreira, 2014; Marmot, 2007; Veloso, 2015). O estado de saúde da pessoa idosa é influenciado negativamente por problemas de saúde e limitações que esta possa apresentar (e.g., perda de capacidade funcional e doenças crónicas) (Cabral et al., 2013; OMS, 2002). Uma boa autoavaliação da saúde está significativamente relacionada com uma boa autoavaliação da aptidão física e da autoeficácia das pessoas idosas (e.g., capacidade funcional) (Leinonen et al., 2001).

Assim, torna-se também cada vez mais importante a consideração da saúde como um processo contínuo e desenvolvido em todas as fases de vida prevenindo, nos casos da terceira idade, o desenvolvimento de doenças ou o declínio funcional, estendendo a esperança média de vida e aumentando a qualidade de vida (OMS, 2002), através de programas de promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. A longevidade da população, articulada com melhores índices de saúde, constitui um dos principais objetivos da política de envelhecimento ativo, proposta pela OMS (2002), que visa o melhoramento da qualidade de vida (Veloso, 2015).

A adoção de estilos de vida saudáveis ajuda na prevenção do aparecimento de diversas doenças associadas à idade, e na promoção dos níveis de saúde e bem-estar das pessoas idosas (OMS, 2002; Veloso, 2015). Quando as pessoas idosas optam por adotar estilos de vida mais saudáveis, têm tendência a perceberem a sua saúde como sendo de maior qualidade (Kozłowska et al., 2008; OMS, 2002; Pereira et al., 2018; Sirven & Debrand, 2008). Uma maneira de potencializar estes estilos saudáveis é através da prática de exercício físico, uma vez que quando realizada com regularidade aumenta a percepção da qualidade de vida, que por sua vez está associada a níveis altos de autoavaliações de saúde (Leinonen et al., 2001; Lira et al., 2018; Mota et al., 2006). A atividade física auxilia no processo de retardamento dos declínios funcionais e diminui o aparecimento de doenças (Levy & Myers, 2004). Mesmo nas situações em que as pessoas idosas apresentam quadros clínicos patológicos ou crónicos, a prática de atividade física tem-se mostrado promotora da qualidade de vida e da autoavaliação da saúde (Cardoso et al., 2008; Levy & Myers, 2004; Lira et al., 2018; Pereira et al., 2018), pois são evidentes os seus resultados ao nível físico (e.g., desempenho físico) e do bem-estar psicológico (e.g., menos *stress*, mais felicidade e mais autoestima) (Misra et al., 1996; Ransford & Palisi, 1996; Ruuskanen & Ruoppila, 1995). Contrariamente a este perfil, pessoas idosas pouco ativas tem tendência a relatar um maior declínio ao nível da saúde (Cardoso et al., 2008).

Quando as pessoas idosas realizam uma boa autoavaliação da sua condição física e funcional, demonstram também bons resultados ao nível da sua autoavaliação de envelhecimento. Desta forma, o investimento e preocupação por uma vida ativa contribui, de um modo positivo, para a perspetiva positiva sobre o envelhecimento e sobre todas as limitações e barreiras decorrentes deste (Ferreira, 2014), ocorrendo, nestes casos, comportamentos preventivos de saúde, por parte das pessoas idosas, e o aumento da qualidade das suas autoavaliações de saúde (Demakakos et al., 2007; Levy & Myers, 2004). Por outras palavras, a autoavaliação de envelhecimento das pessoas idosas, quando positiva, afeta significativamente os resultados obtidos ao nível da saúde, e na vontade de viver (Levy &

Myers, 2004), parecendo esta estar associada ao facto das pessoas idosas serem mais ativas (Guimarães et al., 2011). O modo como as pessoas percecionam o seu estado de saúde é importante para o seu bem-estar e para a sua qualidade de vida (Ramos et al., 2012; Wollmann et al., 2018).

1.4.1. Perceção de Saúde. Uma das formas de avaliar a saúde das pessoas idosas é através da autoavaliação por parte dos mesmos, denominada de avaliação subjetiva (Martins, 2005). De um modo geral, apesar dos diversos problemas de saúde, físicos e psicológicos, e das limitações provenientes da idade, a população idosa tem tendência a considerar-se saudável. Este acontecimento ocorre uma vez que, as pessoas idosas procuram não valorizar e realçar as suas doenças, por serem consideradas como sinais de envelhecimento, procurando também manterem-se ativas (Dufresne, 1987, citado por Martins, 2005; Fonseca et al., 2010).

A conceção subjetiva da saúde é então uma reflexão de natureza individual que procura avaliar os limites e capacidades que a pessoa idosa compreende que apresenta, tornando-se assim numa realidade pessoal, mais do que uma realidade biológica. Deste modo, e para si, a saúde apresenta-se como uma noção de presença ou ausência de autonomia e capacidade funcional no exercício de atividades rotineiras, bem como na capacidade de ser independente e “dono” da sua própria vida, e não como um estado de presença ou ausência de doença (Fonseca et al., 2010; Martins, 2005; Pagotto et al., 2013).

Assim, quando a pessoa idosa considera que a sua saúde é boa, razoável ou má, encontra-se a avaliar a forma como consegue agir sobre o ambiente, do modo que deseja, com base em atributos psicossociais e modos de vida, dependendo ou não do quadro e historial clínico que possa apresentar (Fonseca et al., 2010). O principal determinante de uma autoavaliação negativa da saúde relaciona-se, assim, com a autoperceção de uma maior incapacidade funcional (Pagotto et al., 2013). O bem-estar e a saúde vão além do historial clínico do sujeito, sendo necessária, cada vez mais, a conceptualização da saúde de um modo holístico e integrado, englobando diversas dimensões (e.g., psicológica, social, económica e funcional) (Ocampo, 2010). Encontramo-nos, deste modo, a falar do carácter relacional da saúde, que nos permite compreender que as pessoas idosas procuram enfatizar muito mais as suas capacidades e competências do que as suas fragilidades e dependências (Fonseca et al., 2010).

A teoria da corporalização de estereótipo (*Stereotype Embodiment Theory*) é um modelo teórico desenvolvido pela Psicóloga Becca Levy, que propõe que os estereótipos sejam incorporados quando a sua assimilação da cultura envolvente leva a autodefinições,

influenciando o funcionamento e a saúde (Levy, 2009). A internalização dos estereótipos ao longo da vida, ocorre na sociedade e continua para lá da infância, até ao início da vida adulta (e.g., Levy & Banaji, 2002). A falta de resistência sobre os estereótipos negativos em relação às pessoas idosas, faz com que as pessoas considerem normal as percepções negativas, sobre as mesmas. A exposição e a internalização de estereótipos etários (positivos e negativos) estendem-se até à velhice, e pode ser explicado pela cultura de cada país. De acordo com Levy (2009), a teoria é composta por quatro princípios: os estereótipos tornam-se internalizados ao longo da vida; podem operar inconscientemente; ganham importância com a autorelevância e utilizam vários caminhos.

Quando os indivíduos atingem a velhice, os estereótipos de envelhecimento - internalizados na infância e depois reforçados por décadas - tornam-se autoestereótipos (Levy, 2003). Quanto mais negativos forem os estereótipos do envelhecimento, maior resistência haverá, por parte da pessoa idosa, em se identificar com o grupo. Estas ideias pré-concebidas do envelhecimento, quer sejam positivas ou negativas, podem ser ativadas e influenciar tanto o funcionamento a um nível inconsciente, como o estado mental (Levy, 2003; Levy et al., 2000b).

Alguns autores (e.g., Devine, 1989; Rudman & Glick, 2001), encontraram evidências nos seus estudos que sugerem que as crenças explícitas tendem a operar independentemente de crenças implícitas, ou seja, um indivíduo pode expressar uma atitude positiva em relação a um grupo-alvo numa medida de autorrelato, mas expressar uma atitude mais negativa numa medida implícita. Estes resultados sugerem não apenas que os autoestereótipos do envelhecimento são capazes de influenciar um processo cognitivo em pessoas idosas, mas também que o processo ocorre sem consciência (Levy, 2003). Assim, é possível concluir que os autoestereótipos do envelhecimento podem influenciar a cognição, o comportamento e a vontade de viver dos indivíduos mais velhos (Levy, 2003).

Os estereótipos etários podem utilizar vários caminhos para exercer a sua influência, nomeadamente em três faixas: psicológica, comportamental e fisiológica. O caminho psicológico é refletido em expectativas. Um estudo recente descobriu que os estereótipos etários parecem gerar expectativas que agem como profecias autorrealizáveis, ou seja, o comportamento quando é influenciado por expectativas, faz com que essas se tornem realidade (Levy & Leifheit-Limson, 2009). O caminho comportamental é ilustrado por práticas saudáveis. Os problemas de saúde são vistos como consequências inevitáveis do envelhecimento, levando as pessoas idosas a perceberem que os comportamentos saudáveis são inúteis (Levy & Myers, 2004). Os estereótipos negativos para a idade podem prejudicar a

autoeficácia (Levy et al., 2000b). A mensagem central desta teoria é que, de certa forma, o envelhecimento é um construto social, podendo o processo ocorrer em duas direções: de cima para baixo (da sociedade para o indivíduo) e ao longo do tempo (da infância à velhice). O caminho fisiológico envolve o sistema nervoso autónomo, um ramo do sistema nervoso central, que responde ao *stress*. Indivíduos mais velhos expostos subliminarmente a estereótipos negativos da idade demonstrarão uma maior resposta cardiovascular ao *stress*, enquanto aqueles expostos subliminarmente a estereótipos positivos da idade demonstrarão resposta cardiovascular reduzida ao *stress* (Levy et al., 2000b). As pessoas idosas que são subliminarmente expostas ao estereótipo negativo de envelhecimento, tendo como base o fenómeno de *priming*, demonstram um *stress* cardiovascular significativamente maior após os desafios do que aqueles expostos ao envelhecimento positivo.

De um modo geral, e focalizando a nossa atenção na avaliação da saúde, segundo Pagotto et al. (2013), a mesma é influenciada não só pela presença de saúde, causas e consequências, como pelo bem-estar, satisfação com a vida, capacidade funcional e qualidade de vida que a pessoa idosa afirma apresentar. Esta mesma avaliação irá ter um impacto importante na forma como as pessoas idosas avaliam a sua qualidade de vida, ou seja, quanto mais positiva for a autoavaliação da saúde, por parte das mesmas, maior será a sua consideração sobre a qualidade de vida (Fonseca & Paúl, 2007; Veloso, 2015).

A perceção individual de cada pessoa idosa é influenciada por inúmeros fatores demográficos, como o sexo, a idade, o estatuto socioeconómico e cultural e a natureza dos problemas de saúde (Martins, 2005). A forma como as pessoas idosas se autopercecionam, irá influenciar a forma como estas autoavaliam o seu estado de saúde que, segundo a OMS é dos indicadores mais importantes para a verificação da saúde nas populações (Pagotto et al., 2013)

Existem evidências da capacidade preditiva da autoavaliação do estado de saúde, por parte das pessoas idosas, no que diz respeito ao declínio funcional e à mortalidade (Pagotto et al., 2013; Silva, 2014). Torna-se, deste modo, importante identificar os fatores que têm impacto na perceção de saúde, por parte das próprias pessoas idosas, para que seja possível, identificar quais as dimensões, ao nível da saúde, que podem e devem ser fortalecidas. As pessoas idosas devem procurar dar atenção às suas necessidades, para que a avaliação que fazem da sua saúde possa vir a ser positiva, que normalmente é associada à ausência de doença e da toma de medicamentos (Pagotto et al., 2013).

Segundo Fonseca e Paúl (2007), a ausência de doença nas pessoas idosas permite a manutenção mais eficaz do funcionamento físico e mental, que facilitará a existência de um

estilo de vida mais ativo. Os mesmos autores afirmam que quando uma pessoa idosa se autoavalia como tendo uma boa saúde, irá apresentar melhores resultados em provas de natureza cognitiva, ter mais relações de amizade e sociais, uma maior coerência nas suas ações e raciocínio, sentir-se mais feliz, estar mais aberta a novas experiências, fazer mais atividade física e ter menos problemas de saúde. Desta forma, todos estes fatores apresentam-se como possíveis preditores de uma avaliação mais positiva da saúde (Botelho, 1999; Fonseca & Paúl, 2007; Ocampo, 2010; Silva, 2014).

Neste sentido, podemos concluir que os estereótipos positivos e negativos da idade podem ter efeitos benéficos e prejudiciais, numa série de resultados cognitivos e físicos. Seria útil ter uma compreensão mais ampla e profunda de quais estereótipos etários são mais influentes, bem como quais domínios, indivíduos e grupos são mais suscetíveis a eles. Os efeitos adversos dos estereótipos negativos da idade apontam para a necessidade de desenvolver intervenções que maximizem a influência dos estereótipos positivos. O desafio é conseguir a ativação de estereótipos positivos para a idade de forma sustentada.

1.4.2. Perceção de Condição Física. A condição física é definida como o estado de saúde caracterizado pela capacidade orgânica do indivíduo de realizar atividades diárias com vigor, sem apresentação de cansaço - uma característica do baixo desenvolvimento prematuro de doenças (Bouchard & Shephard, 1994; Cardoso, 2003).

O seu conceito compreende o agrupamento de 5 componentes, sendo elas a componente morfológica, muscular, motora, cardiorrespiratória e metabólica (Cardoso, 2003), que procuram agrupar 6 capacidades do homem - a aptidão aeróbica, a força abdominal, a composição corporal, a flexibilidade total, a extensão do tronco e a força dos membros superiores (Martins, 2005; Wang et al., 2006). Segundo Martins (2005), a condição física é a composição de 5 conceitos bastantes importantes: a flexibilidade (uma das componentes mais importantes da condição física e que tem tendência a diminuir com a idade); a força muscular (associa-se, geralmente, à independência da pessoa idosa nas suas rotinas diárias, uma vez que necessita de força para realizar algumas tarefas); a resistência (que inclui a esperança do retardamento do envelhecimento); a coordenação e o equilíbrio (que quando não funcionam da forma saudável podem causar problemas – e.g., quedas). A avaliação desta condição de saúde apenas pode ser medida através de testes previamente testados para a população-alvo, como por exemplo o *Funcional Fitness Test* - avaliação dos principais parâmetros físicos que servem de base à mobilidade funcional e à autonomia das pessoas idosas (Rickili & Jones, 1999, 2001, citados por Martins 2005).

Uma vez que o exercício físico é essencial para a saúde e bem-estar, é possível compreender que os indivíduos que se caracterizam como fisicamente ativos, apresentam uma menor deterioração da condição física – uma vez que é atenuado o retrocesso das capacidades físicas -, bem como da condição psicológica (melhoramento da autoestima e autoconfiança), apresentando um envelhecimento mais saudável e ativo (Cardoso, 2003; García et al., 2007; Martins, 2005; Martins, 2007). Neste sentido, a condição física nos indivíduos afeta a sua saúde (Martins, 2007) e a sua qualidade de vida, tendo implicações na sua longevidade e produtividade (Cardoso, 2003; Cartucho, 2013).

1.5. O presente estudo: objetivos e hipóteses

O presente estudo procura atuar num principal objetivo: compreender de que modo as representações de envelhecimento (i.e., autoperceção negativa e positiva do envelhecimento e a identificação com o grupo) se relacionam com os índices de avaliação global da saúde e de prática de atividade física, em pessoas idosas. Tendo por base toda a literatura revista, foram formuladas as seguintes hipóteses:

1. A autoperceção negativa do envelhecimento, por parte da pessoa idosa, relaciona-se de forma negativa com a avaliação global da saúde, ao nível da perceção de saúde e da perceção de condição física. Espera-se que autoperceções negativas do envelhecimento estejam associadas a piores níveis percebidos de saúde e de condição física.
2. A autoperceção positiva do envelhecimento, por parte da pessoa idosa, relaciona-se de forma positiva com a avaliação global da saúde, ao nível da perceção de saúde e da perceção de condição física. É esperado que as pessoas idosas que autopercecionem positivamente o envelhecimento, percecionem de uma melhor forma a sua saúde e a sua condição física.
3. A identificação com o grupo, por parte da pessoa idosa, relaciona-se de forma negativa com a avaliação global da saúde, quer ao nível da perceção de saúde, como da perceção de condição física. Assim, é esperado que as pessoas mais identificadas com o grupo de pessoas idosas avaliem de forma mais negativa a sua saúde e a sua condição física.
4. A autoperceção negativa do envelhecimento encontra-se negativamente correlacionada com a prática de exercício físico. Espera-se que as pessoas idosas que avaliem o envelhecimento como negativo pratiquem menos tempo de atividade física, por dia, seja ela de carácter intenso ou moderado.

5. A autopercepção positiva do envelhecimento encontra-se positivamente correlacionada com a prática de exercício físico. Em pessoas idosas, cuja autopercepção do envelhecimento seja positiva, é esperado que as mesmas pratiquem mais tempo de atividade física, intensa ou moderada, por dia.
6. A identificação com o grupo encontra-se negativamente associada com a prática de atividade física. Ou seja, é esperado que as pessoas idosas que se identifiquem com o grupo ao qual pertencem, pratiquem menos tempo de atividade física, por dia, seja ela intensa ou moderada.

II. Método

2.1. Design

A amostra deste estudo foi recolhida de forma não aleatória, por conveniência, uma vez que os inquiridos foram escolhidos tendo em conta o estabelecimento de alguns critérios de inclusão, sendo estes: ter uma idade igual ou superior a 60 anos, ter nacionalidade portuguesa e/ou como língua materna o português e inexistência de indícios de incapacidade cognitiva ou de quadros demenciais diagnosticados.

Contrariamente aos estudos que têm sido realizados na área – abordagens qualitativas, consequentes da realização de entrevistas -, este estudo apresenta um design quantitativo correlacional, resultante da aplicação de questionários, às pessoas idosas.

2.2. Participantes

A amostra deste estudo foi recolhida de forma diversificada, através de contactos diretos ou através de centros de dia, para pessoas idosas na região de Lisboa. No presente estudo, participaram um total de 80 pessoas idosas, com idades compreendidas entre os 60 e os 98 anos ($M = 75.04$, $DP = 8.71$). Da amostra fizeram parte 53 participantes do sexo feminino (66.3%) e 27 do sexo masculino (33.8%), apresentando todos nacionalidade portuguesa, porém com áreas de nascimento e residência diversificadas (e.g., Portalegre e Lisboa). No que concerne à escolaridade, a maioria dos respondentes apresenta a conclusão do ensino primário, denominada como antiga 4ª classe (57.5%).

Relativamente ao estado civil, 43.8% dos participantes são viúvos e 37.5% são casados ou vivendo como tal. Em relação à situação profissional, a grande maioria dos participantes encontram-se reformados (95%), numa situação económica satisfatória (62.5%), vivem sozinhos (37.5%) e têm pelo menos um filho (92.5%). Mais de metade dos participantes (55 respondentes) centra as suas atividades na vida doméstica/familiar, 71.3% dos mesmos tem o apoio de familiares e 46.3% tem um contacto frequente com os amigos. Por fim, no que diz respeito à capacidade funcional, e de um modo geral, os participantes são independentes nas atividades pessoais e instrumentais da vida diária ($M = 1.40$, $DP = 0.59$). Todos os dados referidos anteriormente encontram-se no Quadro 2.1.

Quadro 2.1*Caracterização sociodemográfica dos participantes*

		N	%
Sexo	Feminino	53	66.3
	Masculino	27	33.8
Escolaridade	Não frequentou a escola	13	16.3
	Primária incompleta	11	13.8
	Primária completa (antiga 4ª classe)	46	57.5
	6º ano (2º ano antigo)	5	6.3
	9º ano (5º ano antigo)	3	3.8
	12º ano (7º antigo)	2	2.5
Estado civil	Solteiro (a)	6	7.5
	Casado ou vivendo como tal	30	37.5
	Viúvo (a)	35	43.8
	Divorciado ou separado	9	11.3
Atividade profissional	Reformado (a)	76	95
	Ativo	4	5
Situação económica	Muito satisfatória	2	2.5
	Satisfatória	50	62.5
	Pouco satisfatória	24	30
	Nada satisfatória	4	5
Agregado familiar atual	Vive só	30	37.5
	Vive com o cônjuge	22	27.5
	Vive com o cônjuge e terceiros	10	12.5
	Vive com terceiros	17	21.3
	Vive numa instituição	1	1.3
Parentalidade	Com filhos	74	92.5
	Sem filhos	6	7.5
Participação em atividades	Centradas na vida doméstica/familiar	55	68.5
	Frequenta centro de dia	24	30
	Centradas nos amigos	1	1.3
Relações familiares	Muito frequente	36	45
	Frequente	23	28.7
	Ocasional	17	21.3
	Inexistente	4	5
Relações de amizade	Muito frequente	34	42.5
	Frequente	37	46.3
	Ocasional	7	8.8
	Inexistente	2	2.5

2.3. Instrumento

Neste estudo foi aplicado um questionário (Anexo A) que incluiu medidas relativas às representações de envelhecimento, avaliação global da saúde e grau de atividade física. Para medir as representações de envelhecimento consideraram-se três medidas: as autopercepções positivas e negativas sobre o envelhecimento e a identificação com o grupo das pessoas idosas. A avaliação global da saúde foi medida através de duas medidas: a percepção de saúde e a percepção de condição física. Por fim, a atividade física foi considerada tendo em conta o esforço subjacente, seja este de grande intensidade ou moderado.

2.3.1. Caracterização Sociodemográfica. Foram colocadas questões sociodemográficas aos mesmos (da questão 1 à 18). Estas eram compostas por 18 itens, que recolhiam diversas informações, tais como: o sexo, a idade, a escolaridade, a situação económica e profissional, o agregado familiar e a situação familiar e interpessoal.

2.3.2. Questionário da Atividade Física e Saúde. Referente ao tema da atividade física e saúde, pretende-se medir as percepções das pessoas idosas sobre a sua saúde e o seu funcionamento físico. Esta secção do questionário foi desenvolvida por Ferreira (2014), inspirando-se no *SF-36 Health Survey*, no *Projecto DIA – Da Incapacidade à Actividade*, e no *Global Physical Activity Questionnaire*, do qual fazem parte os itens 21 a 37. Os mesmos foram construídos sob a forma de resposta fechada com o objetivo de facilitar a sua compreensão, e englobam 4 medidas utilizadas no presente trabalho.

A primeira é referente à percepção de condição física (item 21), que solicitava aos participantes que avaliassem a sua condição física, utilizando uma escala de *Likert* de 5 pontos. Para uma melhor compreensão dos resultados procedeu-se à inversão da escala, variando as respostas entre (1) *muito fraca* e (5) *muito boa*. Nesta questão, maiores pontuações por parte dos participantes representavam melhores percepções da sua condição física.

A segunda e terceira medidas referem-se à prática de atividade física intensa e moderada (item 24 e 26, respetivamente), que questionava o tempo despendido pelos participantes em atividades com uma carga intensa e moderada de esforço. A cotação das respostas era feita através de uma escala de 5 pontos: (1) *menos de trinta minutos*, (2) *trinta minutos*, (3) *mais de trinta minutos*, (4) *uma hora* e (5) *mais de uma hora*. Assim, quanto mais tempo de atividade física (moderadas ou intensas) as pessoas idosas praticassem, maior seria a pontuação nesta questão.

Por fim, a última medida procurava recolher as percepções que as pessoas idosas tinham da sua própria saúde (questão 37). A questão era composta por 4 itens, cotados numa escala de (1) *completamente verdade* a (5) *completamente falso*, tendo-se procedido à inversão do item 2 e 4, para uma melhor compreensão da escala. Assim, quanto maior pontuação os participantes apresentassem, mais positiva seria a percepção da sua própria saúde. Esta questão apresentou razoáveis qualidades psicométricas ($\alpha = .65$).

2.3.3. Questionário das Percepções de Envelhecimento. Nesta seção do questionário (questão 38) foram aplicadas 32 afirmações, que fazem parte de uma versão reduzida do Questionário de Percepções de Envelhecimento¹, realizado por Barker et al., (2007), sendo que o mesmo foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Claudino et al., (2011). As afirmações procuram avaliar as autopercepções do envelhecimento, compreendendo as experiências e opiniões dos indivíduos relativamente a este processo, tanto numa dimensão positiva como negativa. A cotação das respostas foi feita através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, onde (1) corresponde a *Discordo fortemente*, (2) *Discordo*, (3) *Não concordo, nem discordo*, (4) *Concordo*, e (5) *Concordo fortemente*.

No que respeita à autopercepção positiva do envelhecimento² (afirmações 6 a 8, 10 a 12, 14, 15, 21 a 24), podemos afirmar que quanto maior fosse a pontuação da pessoa idosa, mais positiva seria a sua percepção do envelhecimento. Esta medida apresentou uma qualidade psicométrica razoável ($\alpha = .61$). Relativamente à autopercepção negativa do envelhecimento (afirmações 1 a 5, 9, 13, 16 a 20, 25 a a 32), quanto mais altas fossem as pontuações mais negativa seria a visão com que a pessoa idosa percebe o envelhecimento. Esta medida apresentou uma consistência interna alta, apresentando boas qualidades psicométricas ($\alpha = .88$).

¹ O Questionário das Percepções de Envelhecimento é constituído por subescalas que não foram alvo de análises na presente Dissertação, uma vez que nos centramos na perspetiva positiva e negativa do envelhecimento de um modo geral. No presente trabalho procuramos relações mais generalizadas entre as visões positivas e as negativas do envelhecimento, com outros construtos.

² Apesar da autopercepção positiva do envelhecimento não ter seguido uma distribuição normal, tendo violado o pressuposto da normalidade, optamos por apresentar os resultados e a dimensão no presente trabalho.

2.3.4. Identificação com as pessoas idosas. Os quatro itens da questão 39 são referentes à identificação com as pessoas idosas. Foi aplicada a escala de Abrams et al. (2006) com o objetivo de compreender como as pessoas se sentem em relação a si próprias e em que medida é que os participantes se identificam com o grupo de pessoas idosas. Estes quatro itens são: “*Considero que pertenço ao grupo das pessoas idosas*”, “*Sinto-me uma pessoa idosa*”, “*Identifico-me com as pessoas idosas*”, e “*Gosto de pertencer ao grupo das pessoas idosas*”. Os itens são apresentados sob a forma de frases afirmativas, sendo que as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, onde (1) significa *Discordo totalmente*, (2) *Discordo em parte*, (3) *Não concordo, nem discordo*, (4) *Concordo em parte*, e (5) *Concordo totalmente*. As respostas com uma pontuação alta indicarão que as pessoas idosas apresentam uma maior identificação com o grupo etário em que estão inseridas. A consistência interna da escala no presente estudo foi adequada ($\alpha = 0,845$).

2.4. Procedimento

2.4.1 Recrutamento. O processo de recrutamento de participantes iniciou-se em junho de 2019, com a realização de uma lista informal de locais onde poderia ser possível a aplicação do questionário. De entre os inúmeros locais e possíveis pontos de contacto, a opção foi a de focar o presente estudo em Centros Comunitários, Centros de Dia e contactos pessoais. No que diz respeito aos Centros referidos, foi contactado o responsável pelos mesmos, tendo procedido à explicação do meu estudo, bem como à entrega de um exemplar do Questionário e do Consentimento Informado (Anexo B), que seria posteriormente entregue aos participantes. Este continha as informações do estudo, revelando o anonimato e a confidencialidade das respostas, e também a participação voluntária, podendo os participantes desistir a qualquer momento.

Após a autorização por parte das Direções, foram agendadas algumas visitas, de acordo com a disponibilidade dos Centros, para a aplicação dos Questionários. Os participantes foram escolhidos pelas funcionárias internas dos Centros, de entre aqueles que se encontravam elegíveis para o estudo. O grupo de respondentes apresentou-se com uma caracterização heterogénea, uma vez que nem todos eles se encontravam em Centros de Dia. Aquando das datas de aplicação do questionário, a maioria dos participantes encontravam-se com algum grau de autonomia e integrados na sociedade, não se encontrando institucionalizados.

2.4.2. Recolha de dados. Após a realização do Questionário, compilando diversas questões e escalas já testadas anteriormente por outros autores, procedeu-se à realização de um pré-teste, tendo-se aplicado o instrumento a 4 participantes. Desta aplicação não resultaram alterações ao questionário, uma vez que todas as questões se apresentaram explícitas, sendo que as respostas destes participantes não foram contabilizadas para o número total da amostra (80 respondentes).

Após este momento deu-se início à recolha de dados. As respostas aos Questionários foram recolhidas individualmente, num espaço calmo e silencioso, fornecido pelos Centros ou proporcionado pelo entrevistador. A aplicação do instrumento tinha duração média de 40 minutos e teve o formato de papel e caneta. Foi dada a possibilidade ao participante de escolher o modo como responderia às questões, i.e., de forma independente ou com a ajuda da investigadora, sendo que na primeira opção a investigadora encontrava-se junto do participante para o esclarecimento de eventuais dúvidas ou fornecimento de informações adicionais. Os dados foram recolhidos entre junho e agosto de 2019, tendo-se procedido depois ao procedimento e tratamento estatístico dos resultados.

2.5. Procedimento estatístico

No presente estudo, os dados foram analisados estatisticamente através do *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, utilizando a versão 25, onde se realizaram diversos procedimentos. Numa primeira instância, procedeu-se à caracterização da amostra, através da estatística descritiva, analisando-se também as principais variáveis do presente estudo, tendo-se realizado, posteriormente, as correlações entre as mesmas. Por fim, procedeu-se à realização de três Modelos de Regressão Linear Múltipla, de forma a avaliar a capacidade preditiva das representações de envelhecimento, face à avaliação global da saúde e à prática de atividade física.

III. Resultados

Nesta secção encontram-se descritas as médias, desvios-padrão, mínimos e máximos observados, nas variáveis em estudo. Procurou-se, também, analisar as correlações entre si, recorrendo ao Coeficiente de Pearson (r), tendo em conta os níveis de significância $p \leq .05$ e $p \leq .01$.

3.1. Análises Descritivas

3.1.1. Representações do envelhecimento. Naquilo que concerne às representações de envelhecimento, os resultados encontram-se sintetizados no Quadro 3.1. Quer ao nível da autoperceção negativa de envelhecimento ($M = 3.40$, $DP = .65$), da autoperceção positiva de envelhecimento ($M = 3.45$, $DP = .45$) e da identificação com as pessoas idosas ($M = 3.38$, $DP = 1.22$), em média, os participantes apresentaram respostas que se encontram entre a cotação (3) *não concordo nem discordo* e (4) *concordo* (não se verificando diferenças significativas em relação ao ponto médio da escala). Para uma observação gráfica dos resultados, deve-se ter em consideração os Anexos C, D e E.

Quadro 3.1

Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos das representações de envelhecimento

Variáveis	n	M	DP	Mínimo	Máximo
Autoperceção negativa de envelhecimento	80	3.40	.65	1.75	4.85
Autoperceção positiva de envelhecimento	80	3.45	.45	2.17	4.25
Identificação com o grupo	80	3.38	1.22	1.00	5.00

3.1.2. Avaliação global da saúde. Relativamente à avaliação global da saúde, e no que diz respeito à perceção de saúde, as pessoas idosas têm tendência a responder entre a cotação (3) *não sei* e (4) *falso* ($M = 3.23$, $DP = .81$) - não se verificando, também diferenças significativas em relação ao ponto médio da escala. Quando questionados sobre a perceção da sua condição física ($M = 3.09$, $DP = 1$), os participantes consideram que a mesma é razoável, uma vez que o valor obtido é estatisticamente equivalente a (3) *razoável* ($t(79) = .79$, $p = .43$).

De forma a analisar estes resultados devem ser tidos em conta o Quadro 3.2 e os Anexos F e G.

Quadro 3.2

Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da avaliação global da saúde

Variáveis	<i>n</i>	M	DP	Mínimo	Máximo
Perceção de Saúde	80	3.23	0.81	1.25	5.00
Perceção de Condição Física	80	3.09	1.00	1.00	5.00

3.1.3. Atividade Física. No que respeita à prática de atividade física, as pessoas idosas praticam, em média, mais atividades físicas que exigem intensidade moderada do que intensa. Estes resultados podem ser comprovados pelo número de inquiridos que respondeu a cada pergunta (47 vs 14, respetivamente). De um modo geral, as pessoas idosas têm tendência a praticar, aproximadamente, 2 a 3 dias de atividades físicas intensas ($M = 2.79$, $DP = 1.05$) e moderadas ($M = 2.87$, $DP = 1.23$). Estes resultados encontram-se sintetizados no Quadro 3.3, e representados graficamente nos Anexos H e I.

Quadro 3.3

Médias, desvios-padrão, mínimos e máximos da Atividade física.

Variáveis	<i>n</i>	M	DP	Mínimo	Máximo
Tempo (por dia) de AF intensa	14	2.79	1.05	1.00	4.00
Tempo (por dia) de AF moderada	47	2.87	1.23	1.00	5.00

3.2. Análises Correlacionais

Através da análise dos dados presentes no Quadro 3.4, é possível constatar que a autopercepção negativa de envelhecimento encontra-se, de um modo negativo e significativo, correlacionada com a percepção de saúde ($r = -.48, p < .001$) e com a percepção de condição física ($r = -.59, p < .001$), e de forma positiva e significativa com a identificação com o grupo ($r = .50, p < .001$). Por sua vez, a autopercepção positiva de envelhecimento está negativa e significativamente correlacionada com a identificação com o grupo ($r = -.33, p = .003$) e positiva e significativamente correlacionada com a prática de atividade física moderada ($r = .30, p = .04$).

A identificação com o grupo encontra-se negativa e significativamente correlacionada com a avaliação global da saúde, quer ao nível da percepção de saúde ($r = -.27, p = .02$) e da percepção de condição física ($r = -.37, p = .001$), e com a prática de atividade física moderada ($r = -.41, p = .005$).

Quadro 3.4

Correlações entre as variáveis em estudo

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7
1. Percepção de saúde	-						
2. Percepção de condição física	.541**	-					
3. Autopercepção negativa do envelhecimento	-.482**	-.586**	-				
4. Autopercepção positiva do envelhecimento	.007	.075	-.139	-			
5. Identificação com o grupo	-.267*	-.370**	.498**	-.325**	-		
6. Tempo (por dia) de AF intensa	-.646*	-.484	.319	.124	.036	-	
7. Tempo (por dia) de AF moderada	.041	.018	-.063	.300*	-.406**	.866**	-

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

3.3. Modelos de Regressão Linear

Tendo como base as correlações obtidas, e com vista a uma melhor compreensão das mesmas, foram testados três Modelos de Regressão Linear Múltipla, de forma a identificar se as representações de envelhecimento (i.e. percepções de envelhecimento e identificação com o grupo) predizem, de algum modo, a avaliação global da saúde, nos domínios da percepção de saúde e da percepção de condição física, e a atividade física, apenas ao nível do esforço moderado. Durante a aplicação dos modelos, foi necessário verificar os seus pressupostos, sendo eles: a relação linear entre os preditores e a variável dependente (Anexo J, K e L), distribuição normal, média nula, independência e homocedasticidade dos erros, bem como a ausência de multicolinearidade.

3.3.1. Análise do Modelo de Regressão Múltipla para a Avaliação Global da Saúde, ao nível da Percepção de Saúde. Este modelo (Quadro 3.5) procurou testar os preditores da percepção de saúde (i.e., autopercepção negativa de envelhecimento e identificação com o grupo), tendo-se o mesmo mostrado estatisticamente significativo ($F_{(2;79)} = 11.70, p < .001$). Apenas a autopercepção negativa do envelhecimento ($\beta = -.46, p < .001$) se apresentou significativamente associada à percepção de saúde, por parte das pessoas idosas. Deste modo, os resultados indicam que as pessoas idosas que autopercecionam o envelhecimento de um modo mais negativo, percecionam de uma forma menos positiva a sua saúde. O modelo apresentado explica 23.3% da variação da percepção de saúde.

Quadro 3.5

Efeito preditor das representações de envelhecimento (ao nível da autopercepção negativa de envelhecimento e da identificação com o grupo das pessoas idosas), na percepção de saúde.

Variáveis explicativas	Percepção de Saúde
	Beta
Autopercepção negativa do envelhecimento	-.46**
Identificação com grupo	-.04
$R^2_{\text{ajustado}} =$.21
	$F_{(2;79)} = 11.70^{**}$

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

3.3.2. Análise do Modelo de Regressão Linear Múltipla para a Avaliação Global da Saúde, ao nível da Perceção de Condição Física. Este segundo modelo (Quadro 3.6) testou os preditores de perceção de condição física, e mostrou-se estatisticamente significativo ($F_{(2;79)} = 20.91, p < .001$). Das duas variáveis em análise, i.e., autoperceção negativa do envelhecimento e identificação com o grupo das pessoas idosas, apenas a primeira ($\beta = -.54, p < .001$), se encontrou associada à perceção que a pessoa idosa tem da sua condição física. Isto significa que, as pessoas idosas que autopercecionam negativamente o seu envelhecimento, percecionam de uma forma mais negativa a sua condição física. O modelo na sua totalidade explica 35.2% da variação da perceção de condição física.

Quadro 3.6

Efeito preditor das representações de envelhecimento (ao nível da autoperceção negativa de envelhecimento e da identificação com o grupo das pessoas idosas), na perceção de condição física.

Variáveis explicativas	Perceção de Condição Física
	Beta
Autoperceção negativa do envelhecimento	-.54**
Identificação com grupo	-.10
	$R^2_{ajustado} = .34$
	$F_{(2;79)} = 20.91^{**}$

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

3.3.3. Análise do Modelo de Regressão Múltipla para a Atividade Física Moderada. Por fim, o terceiro modelo em análise (Quadro 3.7) visou testar a capacidade preditiva da autoperceção positiva de envelhecimento e da identificação com o grupo, por parte da pessoa idosa, na prática de atividade física moderada, apresentando-se estatisticamente significativo ($F_{(2;46)} = 5.33, p = .008$). Segundo os resultados, apenas a variável da identificação com o grupo se mostrou significativa no modelo ($\beta = -.34, p = .021$), ou seja, as pessoas idosas que se identificam com o grupo, praticam menos tempo de atividade física, por dia, que exija esforço físico moderado. Na totalidade, o modelo explica 19.5% da variação da atividade física moderada.

Quadro 3.7

Efeito preditor das representações de envelhecimento (ao nível da autoperceção positiva de envelhecimento e da identificação com o grupo das pessoas idosas), na atividade física moderada.

Variáveis explicativas	Atividade Física Moderada Beta
Autoperceção positiva do envelhecimento	.18
Identificação com grupo	-.34*
$R^2_{\text{ajustado}} =$.16
	$F(2;46) = 5.33^{**}$

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$.

IV. Discussão

Nesta secção da Dissertação, os resultados obtidos serão debatidos à luz das evidências empíricas revistas literariamente, sendo também realizada uma reflexão crítica do trabalho realizado. Este estudo tinha como principal objetivo compreender de que modo as representações de envelhecimento, ao nível da autoperceção negativa e positiva de envelhecimento e da identificação com o grupo, se relacionam com a avaliação global da saúde (i.e. perceção de saúde e perceção de condição física) e com a prática de atividade física, intensa e moderada, no grupo de pessoas idosas. Neste sentido, foram formuladas seis hipóteses.

A primeira hipótese propunha a existência de uma relação negativa entre a autoperceção negativa do envelhecimento, por parte da pessoa idosa, e a avaliação global da saúde, ao nível da perceção de saúde e de condição física. Assim, esperava-se que autoperceções mais negativas do envelhecimento estivessem associadas a piores perceções em termos de saúde e a piores perceções de condição física, por parte da pessoa idosa (Guerra & Caldas, 2010; Rato, 2018). De acordo com os resultados obtidos, a hipótese foi totalmente confirmada uma vez que as pessoas idosas que percecionavam o seu envelhecimento de um modo mais negativo (e.g., que se sentiam deprimidas ao pensar no envelhecimento e que se consideravam mais dependentes e limitadas), percecionaram mais negativamente a sua saúde e a sua condição física (i.e. consideravam-se menos saudáveis e que a sua condição física era mais fraca).

A segunda hipótese sugeria a existência de uma relação positiva entre a autoperceção positiva do envelhecimento, e a avaliação global da saúde, no que respeita à perceção de saúde e de condição física, por parte da pessoa idosa. Segundo Levy et al. (2002a) e Ron (2007), as pessoas idosas que percecionam mais positivamente o envelhecimento (e.g., considerarem que ficam mais sábias à medida que envelhecem), apresentam perceções mais positivas da sua saúde e da sua condição física (e.g., não estarem convencidas que a saúde vai piorar ou considerarem a sua condição física muito boa, respetivamente). Esta hipótese não foi comprovada uma vez que não se verificou a existência de uma associação significativa entre a autoperceção positiva de envelhecimento e a avaliação global da saúde, embora a mesma se tenha apresentado positiva – tal como esperado. Uma possível justificação é o facto de a variável ter violado o pressuposto da normalidade.

A terceira hipótese procurava encontrar uma relação entre o outro domínio das representações de envelhecimento (i.e., identificação com o grupo), e a avaliação global da

saúde, quer relativo à percepção de saúde como à percepção de condição física. Era esperado que as pessoas idosas que apresentassem maiores resultados em termos da identificação com o seu grupo, fossem as mesmas que percecionassem de forma mais negativa a sua saúde e a sua condição física, por se identificarem com o estatuto social de “pessoa idosa”. Apesar do grupo fornecer sentimentos de integração e pertença, isto apenas é positivo e benéfico ao nível emocional. Em termos físicos, as pessoas idosas acabam por, ao se identificar com o grupo, associarem a si as características específicas do que é ser “pessoa idosa” (Abrams & Hogg, 1990; Proença, 2013). Os resultados confirmaram, na totalidade, a hipótese em análise, uma vez que os participantes que mais se identificavam com o grupo de pessoas idosas, eram os mesmos que relatavam uma pior percepção da sua saúde e da sua condição física.

Tendo por base estas três primeiras hipóteses e os seus resultados, procurou-se avaliar a capacidade preditiva da autopercepção negativa do envelhecimento e da identificação com o grupo, na avaliação global da saúde. Os resultados comprovaram que apenas a autopercepção negativa do envelhecimento, por parte da pessoa idosa, prediz a percepção que os mesmos têm da sua saúde e da sua condição física, o que significa que o facto das pessoas idosas avaliarem negativamente a sua saúde se deve ao fundamento de percecionarem o seu envelhecimento de um modo mais negativo. Assim, a interpretação do envelhecimento como um processo em declínio, associado a uma vida sem valor e com perdas de capacidades e competências, tem influência na forma como a saúde é avaliada globalmente.

A quarta hipótese procurava testar uma relação entre a autopercepção negativa do envelhecimento e a prática de exercício físico, esperando que as mesmas se correlacionassem negativamente. Era esperado que as pessoas idosas que percecionassem o envelhecimento como mais negativo, apresentassem maiores índices de inatividade, ou seja, menores resultados na prática de atividade física, seja ela de carácter intenso ou moderado (Guerra & Caldas, 2010). Os resultados não mostraram evidência para a ocorrência deste padrão, fazendo com que esta hipótese não fosse comprovada. Na associação entre a autopercepção negativa do envelhecimento e a atividade física intensa, os resultados opostos ao esperado podem-se dever à baixa quantidade de respostas existentes relativamente ao item da atividade física intensa. Já a associação com a atividade física moderada foi a esperada, apenas não se apresentou significativa.

A quinta hipótese propunha a existência de uma correlação entre a autopercepção positiva de envelhecimento, por parte da pessoa idosa, e a prática de atividade física, de

carga intensa e moderada. Assim, era esperado que quando as pessoas idosas percecionassem o envelhecimento de forma mais positiva (e.g., considerar que à medida que envelhecem se tornam melhores pessoas), praticassem mais tempo de atividade física, moderada e intensa (Dálito & Marin, 2015; Fernandes, 2014; Wollmann et al., 2018). Os resultados permitiram comprovar parcialmente a hipótese em análise, uma vez que a correlação apenas se mostrou significativa no caso da atividade física moderada.

Por fim, a última hipótese pretendia analisar a relação entre a identificação com o grupo, por parte da pessoa idosa, e a prática de atividade física (intensa e moderada). A literatura revista propunha a existência de uma correlação negativa, ou seja, era esperado que a pessoa idosa que se identifica com o grupo ao qual pertence, pratique menos atividade física, seja ela intensa ou moderada, uma vez que ao considerar-se mais velho vai sentir-se menos capaz funcionalmente e ter rotinas que exijam menos esforço físico (Fernandes, 2015; Silva, 2019). Esta hipótese foi parcialmente comprovada, uma vez que apenas a atividade física moderada se encontra relacionada com a identificação com o grupo.

Assim, e partindo dos resultados destas três últimas hipóteses, que testaram a relação entre as representações de envelhecimento e a prática de atividade física, procedeu-se à avaliação da capacidade preditiva da autoperceção positiva do envelhecimento e da identificação com o grupo, na atividade física moderada. Das duas variáveis testadas, apenas a identificação com o grupo se mostrou associada à prática de atividade física moderada, ou seja, as pessoas idosas têm tendência a praticar menos atividade física moderada, por dia, quanto mais se identificarem com o grupo ao qual pertencem. Quando a pessoa idosa assume que se identifica com o grupo de “pessoas idosas” (e.g., sentir-se, identificar-se e gostar de pertencer ao grupo), apresenta menos rotinas que exijam esforço físico moderado.

4.1. Limitações e futuras investigações

Ao discutirmos os resultados, devemos procurar manter uma postura crítica, que reflita sobre algumas limitações importantes, de forma a interpretar mais cuidadosamente as conclusões. A primeira a ter em consideração centra-se no método de recolha de dados. Este baseou-se na aplicação individual de um questionário, por parte do investigador, aos participantes. Os direitos de confidencialidade foram acreditados, porém o anonimato apesar de garantido, sujeitou a que o participante respondesse diretamente ao investigador – de forma a facilitar a compreensão das perguntas e a dinâmica no preenchimento das

respostas, quando solicitado pelo próprio. Neste sentido, e por também se tratar de medidas de autorrelato, as respostas podem ser influenciadas por questões de desejabilidade social, ou seja, as pessoas idosas podem relatar com menos honestidade as suas práticas no sentido de responderem de acordo com aquilo que é socialmente desejável (Kerlinger & Lee, 2001).

A segunda limitação visível foca a sua atenção na estrutura do questionário em si, e em diversos aspetos. Primeiramente na dimensão do mesmo: o questionário, durante a aplicação, mostrou-se ser extenso, não só pela quantidade de questões colocadas como pelo facto de nem sempre a amostra compreender aquilo que era questionado, o que acabou por atrasar o processo de recolha de dados. Assim, podemos mencionar a dificuldade que alguns participantes sentiram no que diz respeito à compreensão de alguns itens (e.g., após a questão ser colocada, alguns participantes solicitaram esclarecimento sobre o objetivo da pergunta). Este aspeto não se evidenciou durante a recolha de resposta na fase de pré-teste, mas apenas na fase de teste. Uma anotação também a considerar, e que se tornou numa limitação deste trabalho foi então o número reduzido da amostra na fase de pré-testagem (apenas 4 participantes).

Uma terceira limitação a referir é a demografia da amostra, uma vez que existiram mais participantes do sexo feminino a responder ao questionário, comparativamente com os participantes do sexo masculino. Esta característica pode, de algum modo, influenciar as respostas pois o género pode ter influência nas representações de envelhecimento, na avaliação global da saúde ou na prática de atividade física.

Por fim, é importante referir o facto de apenas 14 participantes praticarem atividades que exigissem esforço físico intenso, tornando-se assim numa amostra pequena no momento de analisar esta variável, e de interpretar os seus resultados.

Em investigações futuras seria interessante o aproveitamento de algumas características sociodemográficas na análise de respostas, como por exemplo o facto dos participantes estarem ou não associados a um Centro de Dia, uma vez que o mesmo pode ter algum tipo de papel preventivo no desenvolvimento de doenças e na promoção de estilos de vida saudáveis. No que diz respeito à estrutura e composição dos instrumentos, existem diversas considerações que podem ser tidas em conta. A primeira centra-se na redução do número total de questões colocadas, de forma a permitir uma diminuição do tempo de aplicação e, conseqüentemente, no aumento da amostra por ser possível aplicar numa maior quantidade. A existência de um grupo de participantes maior permitiria o reforço na fidelidade e validade externa dos resultados apresentados, permitindo chegar a

mais pessoas idosas e generalizando os resultados à população portuguesa. Este aspeto permitirá alcançar, também, equilibrar o género da amostra e atingir um maior número de participantes que pratiquem atividade física intensa (uma limitação apresentada anteriormente). Apesar da sugestão anterior se centrar em reduzir a quantidade de itens seria interessante acrescentar mais questões relativas à prática de atividade física, em vez de apenas 4, de forma a poder considerar de uma forma mais completa este construto. Ainda relativo à estrutura dos instrumentos, penso que seria interessante serem desenvolvidos guiões de entrevistas semiestruturadas, de forma a podermos aceder a sentimentos e pensamentos das pessoas idosas, em discurso direto, analisando posteriormente o conteúdo das respostas.

Uma outra sugestão passa pelo aumento da amostra que foi sujeita ao pré-teste, para que seja possível testar uma maior diversidade de participantes e retirar mais anotações críticas e de melhoramento do questionário.

No âmbito do desenvolvimento empírico, seria interessante o aumento de instrumentos que avaliem o envelhecimento e perceção de saúde, nas pessoas idosas, sendo que devem ser tidas em conta as características desta geração. Ou seja, quando são criados questionários e instrumentos, estes devem ser adaptados à população-alvo, considerando as suas dificuldades ao nível da compreensão semântica e das próprias escalas.

De um modo geral, considero importante a continuação da criação deste tipo de instrumentos e estudos, de forma a compreendermos melhor o processo de envelhecimento, com base em relatos na primeira mão. O aumento da informação, neste âmbito, permite uma maior e melhor atuação, por parte dos cuidadores, sociedade e profissionais de saúde, no que diz respeito à promoção de saúde e bem-estar. É importante a implementação de soluções, principalmente não discriminatórias e de proteção, que promovam o envelhecimento ativo, positivo e saudável, compreendendo os seus impactos positivos na vida da pessoa idosa. Assim, e ao serem desenvolvidas considerações mais positivas sobre esta fase de vida, é possível olhar para o envelhecimento de um modo menos negativo, reduzindo assim o idadismo. Uma vez que a perceção de envelhecimento, por parte do própria pessoa idosa, ou a sua posição face ao processo é um resultado dos estereótipos criados pela sociedade e das influências que a própria pessoa sofre (Freitas et al., 2010), ao procurarmos alterar o conteúdo dos estereótipos existentes podemos estar a promover uma melhor qualidade de vida percebida pela pessoa idosa (OMS, 2015). É através de pequenos passos como estes, em que se procura informar a sociedade sobre este fenómeno e compreender melhor o que todo o processo implica, que é possível reconstruir

a nova identidade da pessoa idosa – um dos principais desafios da atualidade (Miguel, 2014).

No que diz respeito à área da Psicologia, é importante não só compreender os construtos subjacentes à matéria abordada (i.e., autopercepções de envelhecimento, influência dos estereótipos e das opiniões da sociedade), como também refletir sobre o papel do Psicólogo na forma como pode prevenir e intervir neste contexto. Este, através da sua atuação, pode promover e fornecer ferramentas e mecanismos de motivação, facilitando a compreensão de algumas conclusões que se referem a fatores psicológicos, com influência no comportamento individual e social (Morgadinho, 2012; Trindade & Teixeira, 2004.). Estas considerações serão também relevantes no momento de criação de novos projetos sociais, para a população idosa.

4.2. Implicações e Conclusões

O atual trabalho veio permitir a reflexão acerca da capacidade preditiva que as representações de envelhecimento, por parte das pessoas idosas, exercem sob a avaliação que as mesmas fazem da sua saúde e sob as suas rotinas de atividade física. Apesar de já existirem alguns estudos que procurem correlacionar os temas em análise, poucas são as evidências que analisem a predição do modelo, principalmente no que diz respeito aos efeitos na atividade física. A base científica gerada permitirá que, no futuro, seja possível refletir mais cuidadosamente sobre o tema, apoiando a criação de possíveis estratégias que atenuem os impactos dos declínios físicos, cognitivos, sociais e psicológicos, característicos do processo de envelhecimento. O estudo destes conceitos facilita uma melhor compreensão da temática, para que seja possível não só atuar ao nível da prevenção de doenças como da promoção da saúde e bem-estar, não esquecendo os diversos projetos que podem ser desenvolvidos com vista ao melhoramento daquilo que a sociedade pensa acerca desta faixa etária. Considero que as medidas utilizadas são bastante abrangentes (e.g., as representações de envelhecimento englobam a autopercepção positiva e negativa do envelhecimento, por parte da pessoa idosa, e o nível de identificação que a mesma sente com o grupo), o que também permite a ponderação dos constructos na sua totalidade. É de salientar que a recolha de informação junto das próprias pessoas idosas atribui valor aos resultados obtidos.

De um modo geral, e resumindo o trabalho desenvolvido, podemos afirmar que a autopercepção negativa do envelhecimento é uma variável chave no estudo da avaliação global da saúde, quer no que respeita à percepção de saúde como à percepção de condição

física; e que a identificação que as pessoas idosas sentem perante o seu grupo é uma informação valiosa quando analisamos os hábitos de atividade física moderada.

V. Referências

- Abrams, D., Eller, A., & Bryant, J. (2006). An age apart: The effects of intergenerational contact and stereotype threat on performance and intergroup bias. *Psychology and Aging, 21*(4), 691–702. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.4.691>
- Abrams, D., & Hogg, M.A. (1990). An introduction to the social identity approach. In D. Abrams & M. Hogg (Eds.), *Social identity: Constructive and critical advances* (pp. 1–9). Springer-Verlag.
- Abrams, D., Russel, P. S., Vauclair, C. M., & Swift, H. (Eds.) (2011). *Ageism in Europe and the UK: Findings from the European Social Survey* (1^a ed.). Age UK.
- Almeida, P. M., Mochel, E. G., & Oliveira, M. D. S. S. (2010). O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. *Revista Kairós: Gerontologia, 13*(2), 99–113. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2010v13i2p%25p>
- Amado, J. (2012). A Educação em Saúde como Estratégia de Promoção de Saúde. In C. Moura, *Processos e Estratégias do Envelhecimento* (247-260). Euedito: Cláudia Moura.
- Amaro, R. (2012). *Avaliação da discriminação social de pessoas idosas na sub-região Cova da Beira* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2678>
- American College of Sports Medicine. (1998). Position Stand: the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc, 30*(6), 975–91. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213febf>
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paul, C. (2016). Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia, 2*, 1-11. <http://hdl.handle.net/10400.19/3445>
- Babcock, R. L., MaloneBeach, E. E., & Woodworth-Hou, B. (2016). Intergenerational intervention to mitigate children's bias against the elderly. *Journal of Intergenerational Relationships, 14*, 274 – 287. <https://doi.org/10.1080/15350770.2016.1229542>
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology, 49*(2), 123-135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: a multidimensional

- instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7(1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>
- Botelho, M. A. S. M. S. (1999). *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano* [Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova.
<https://run.unl.pt/handle/10362/15165>
- Bouchard, C; Shephard, J. R. (1994). Physical Activity, Fitness, and Health: The model and Key Concepts. In: C. Bouchard e R. J. Shephard (eds.), *Physical Activity Fitness, and Health: International proceedings and consensus statement*, (pp. 77-88). Human Kinetics Publishers
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P. G. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Campos, A. C. V., Ferreira, E. F., & Vargas, A. M. D. (2015). Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2221-2237. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>
- Cardoso, A. S. A., Mazo, G. Z., Salin, M.S., & Santos, C. A. X. (2008). Percepção subjetiva de saúde e nível de atividade física de idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 11(1), 81-91. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11018>
- Cardoso, F. J. (2003). *A influência de um programa de treino orientado para o desenvolvimento da condição física, na capacidade de produção de pessoas deficientes mentais* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Dissertações do Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/10447>
- Cartucho, M. P. M. (2013). *Efeito de um programa de exercício físico multicomponente sobre a condição física e mental de idosos institucionalizados com demência leve* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Reportório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/69640/2/23341.pdf>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126-131

- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice. Um estudo na população portuguesa* [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro]. Relatório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/6477>
- Cheik, N. C., Reis, I. T., Heredia, R. A., de Lourdes Ventura, M., Tufik, S., Antunes, H. K., & de Mello, M. T. (2003). Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 11(3), 45-52.
- Claudino, A., Ferreira, A., Carmona, C., & Tavares, S. (2011). Adaptação Portuguesa do Questionário de Percepções de Envelhecimento: Estudo Preliminar. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/XV Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, (pp. 637-650). Lisboa.
- Clementino, M. D., Alonso, A. C., & Goulart, R. M. M. (2018). A influência da atividade física na percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 17(4), 247-254. <https://dx.doi.org/10.33233/rbfe.v17i4.2765>
- Couto, M. & Koller, S. (2012). Warmth and competence: Stereotypes of the elderly among young adults and older persons in Brazil. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1, 52-62. <https://doi.org/10.1037/a0027118>
- Dátilo, G. M. P. A., & Marin, M. J. S. (2015). O Envelhecimento na Percepção de Idosos que Frequentam uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 20(2), 597-609.
- Demakakos, P., Gjonca, E., Nazroo, A. J. (2007). Age identity, age perceptions, and health: Evidence from the English longitudinal study of ageing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1114(1), 279-287. <https://doi.org/10.1196/annals.1396.021>
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5-18. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.1.5>
- Erikson, E. (1998). The ninth stage. In *The life cycle completed* (pp. 105-114). W.W. Norton & Company.
- Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. W.W. Norton & Company.
- Faria, L. & Marinho, C. (2004). Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1), 93-104.

- Fechine, B. R. A., & Trompieri, N. (2015). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(20). <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Fernandes, A. F. R. (2014). *A auto-perceção do envelhecimento e o bem-estar psicológico* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15403>
- Fernandes, C. N. (2015). *Funcionalidade, aptidão física e qualidade de vida do idoso da região Minho-Lima: contributos para a enfermagem de reabilitação* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://repositorio.ipvc.pt/handle/20.500.11960/1420>
- Fernandes, J. D. S. (2018). *Atividade física como meio fundamental na prevenção de doenças e a melhora do estado de saúde de pessoas da terceira idade* [Monografia de Licenciatura, Faculdade de Educação e Meio Ambiente]. Repositório FAEMA. <http://repositorio.faelma.edu.br/handle/123456789/2141>
- Fernandes, J. D. S. G., & de Andrade, M. S. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Pirámide.
- Fernandez-Ballesteros, R., Caprara, M., Schettini, R., Bustillos, A., Mendoza-Nunez, V., Orosa, T., Kornfeld, R., Rojas, M., López, M. D., Santacreu, M., Molina, M. A., & Zamarrón, M. D. (2013). Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology*, 39(2), 119-131. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.699817>
- Ferreira, A. F. C. (2014). "*Socorro, estou a envelhecer*": a relação entre a auto-perceção do envelhecimento, a condição física e a saúde: o género e a idade [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/19932>
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Active aging and its relationship to functional independence. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(3), 513-518. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S. D., & Moreira, M. A. S. P. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente

- independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(4), 1065-1069. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400030>
- Ferreira-Alves, J. e Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 65-77.
- Fonseca, A. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Climepsi.
- Fonseca, A. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In A. Fonseca & C. Paúl (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Climepsi.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2007). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Fonseca, M. D. G. U. P., Firmo, J. O. A., Loyola Filho, A. I., & Uchôa, E. (2010). Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 159-165. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017>
- Fontaine, C. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Freitas, M. C. D., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. D. (2010). The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-412. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000200024>
- García, J. M. S., Sánchez, E. C., García, A. D. S., González, Y. E., & Piles, S. T. (2007). Influência de um programa de treinamento em circuito sobre a condição física saudável e a qualidade de vida de mulheres sedentárias com mais de 70 anos. *Fitness & Performance Journal*, 6(1), 14-19. <https://doi.org/10.3900/fpj.6.1.14.p>
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Guerra, A. C. L. C., & Caldas, C. P. (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 2931-2940. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600031>
- Guimarães, A. C., Rocha, C. A. Q. C., Gomes, A. L. M., Cader, S. A., & Dantas, E. H. M. (2008). Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. *Fitness & performance journal*, 7(1), 5-9. <https://doi.org/10.3900/fpj.7.1.5.p>
- Guimarães, A. C. A., Scotti, A. V., Soares, A., Fernandes, S., & Machado, Z. (2012). Percepção da qualidade de vida e da finitude de adultos de meia idade e idoso praticantes e não praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia*, 15(4), 661-670. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400007>

- Guimarães, A. C. D. A., Silva, F. B., Soares, A., Fernandes, S., & Machado, Z. (2011). Nível de percepção de saúde, atividade física e qualidade de vida de idosos. *Rev Bras Ciênc Saúde*, 14(4), 393-8. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2011.15.04.03>
- Hagestad, G. O., & Uhlenberg, P. (2005). The social separation of old and young: A root of ageism. *Journal of social issues*, 61(2), 343-360. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00409.x>
- Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social Identity, Health and Well-Being: Na Emerging Agenda for Applied Psychology. *Applied Psychology*, 58(1), 1-23. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>
- Hausdorff, J. M., Levy, B. R., & Wei, J. Y. (1999). The power of ageism on physical function of older persons: Reversibility of age-related gait changes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1346–1349. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb07437.x>
- Heckhausen, J., & Krueger, J. (1993). Developmental expectations for the self and most other people: Age grading in three functions of social comparison. *Developmental Psychology*, 29(3), 539-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.29.3.539>
- Hernandes, E. S., & França, B. J. (2004). Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. *Revista brasileira de Ciência e Movimento*, 12(2), 43-50.
- Hogg, M. A., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. Routledge.
- Hornsey, M. J. (2008). Social identity theory and self-categorization theory: A historical review. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(1), 204-222. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00066.x>
- Hubley, A. M., & Hultsch, D. F. (1994). The relationship of personality trait variables to subjective age identity in older adults. *Research on Aging*, 16(4), 415–439. <https://doi.org/10.1177/0164027594164005>
- Instituto Nacional de Estatística (2012, novembro). *Censos de 2011 - Resultados definitivos em Portugal* (PDF). https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Instituto Nacional de Estatística (2017, 29 de março). *Projeções de População Residente: 2015 – 2080* [PDF].

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2

- Iversen, T. N., Larsen, L., & Solem, P. E. (2009). A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*, *61*, 4-22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Jardim, V. C. F. S., Medeiros, B. F., & Brito, A. M. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, *9*(2), 25-34. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2006.09023>
- Júnior, F. B. A., Machado, I. T. J., Santos-Orlandi, A. A. D., Pergola-Marconato, A. M., Pavarini, S. C. I., & Zazzetta, M. S. (2019). Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*, 3047-3056. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>
- Kane, N. M. (1999). Factors affecting social work students' willingness to work with elders with Alzheimer's disease. *J Social Work Educat* *35*, 71-85. <https://doi.org/10.1080/10437797.1999.10778948>
- Kenyon, G. (1988). Basic assumptions in theories of human aging. In J. Birren & V. Bengtson, (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 3-18). Springer.
- Keong, A. M. P. A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/2793>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2001). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill
- Kite, M., Stockdale, G. D., Whitley, B. E., & Johnson, B. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. *Journal of Social Issues*, *61*, 241-266. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x>
- Kleinspahn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do Subjective Age and Satisfaction with Aging Change During Old Age? *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *63B*(6), 377-385. <http://doi.org/10.1093/geronb/63.6.P377>
- Kotter-Grün, D., & Hess, T. (2012). The impact of age stereotypes on Self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journal of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences*, *67*(5), 563-571. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr153>
- Kozłowska, K., Szczecińska, A., Roszkowski, W., Brzozowska, A., Alfonso, C., Fjellstrom, C., Morais, C., Nielsen, N.A., Pfau, C., Saba, A., Sidenvall, B., Turrini, A., Raats, M., Lumbers, M., & The Food In Later Life Project Team *The Journal* (2008).

- Patterns of healthy lifestyle and positive health attitudes in older Europeans. *The journal of nutrition, health & aging*, 12(10), 728-733. <https://doi.org/10.1007/BF03028621>
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people—A 5-year longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1329-1341. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00249-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00249-5)
- Levy, B. R. (1996). Improving memory in old age through implicit selfstereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092–1107. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.6.1092>
- Levy, B. R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 203–211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current directions in psychological science*, 18(6), 332-336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Levy, B. R., Ashman, O., & Dror, I. (2000a). To be or not to be: The effects of aging self-stereotypes on the will to live. *Omega: Journal of Death and Dying*, 40, 409–420. <https://doi.org/10.2190/Y2GE-BVYQ-NF0E-83VR>
- Levy, B. R., & Banaji, M. R. (2002). Implicit ageism. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). MIT Press
- Levy, B. R., Hausdorff, J., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000b). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, 205–213. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P205>
- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes. *Psychology and Aging*, 24(1), 230- 233. <https://doi.org/10.1037/a0014563>
- Levy, B. R., & Macdonald, J. L. (2016). Progress on understanding ageism. *Journal of Social Issues*, 72, 5-25. <https://doi.org/10.1111/josi.12153>
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine*, 39(3), 625-629. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.029>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002a). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261-270. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.2.261>

- Levy, B. R., Slade, M. D., & Kasl, S. V. (2002b). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), 409-417. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.5.P409>
- Lira, C. A. B., Taveira, H. V., Rufo-Tavares, W., Amorim, A.S., Ferreira, L. M. C., Andrade, M. S., & Vancini, R. L. (2018). Engagement in a Community Physical Activity Program and Its Effects Upon the Health-Related Quality of Life of Elderly People: A Cross-Sectional Study. *Value in health regional issues*, 17, 183-188. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2018.10.002>
- Marmot, M. (2007). "Introduction", in M. Marmot & R. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of Health*. (pp.1-5). Oxford University Press
- Marques, S. (2009). *Is it age... or society? Aging stereotypes and older people's use of comparative optimism towards health* [Dissertação de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/9989>
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Coleção de Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Relógio D'Água Editores.
- Marques, S., Batista, M., & Silva, P. A. (2012). A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores da aceitação de um chefe mais velho. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 53-73.
- Marquez, T. B., Zamai, C. A., Filho, A. A. F., & Emerenciano, P. C. F. (2019). A prática do exercício físico na promoção da saúde de sujeitos da terceira idade. *Revista Saúde e Meio Ambiente*, 9(2), 163-173.
- Martins, A. M. E. (2005). *Condição física funcional e estados de humor na pessoa idosa* [Monografia da Licenciatura, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/17396>
- Martins, R. A. S. (2007). *Exercício físico na pessoa idosa e indicadores de risco cardiovascular global: caracterização da aptidão física funcional, de parâmetros imunoinflamatórios e adaptação crónica a programas de exercício físico para o desenvolvimento das componentes cardiovascular e muscular* [Dissertação de Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/7416>

- Mazo, G. Z., Cardoso, F. L., & Aguiar, D. D. (2006). Programa de hidroginástica para idosos: motivação, auto-estima e auto-imagem. *Revista brasileira cineantropometria e desempenho humano*, 8(2), 67-72.
- Mazzeo, R. S., Cavanagh, P., Evans, W. J., Fiatarone, M. A., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). Exercício e atividade física para pessoas idosas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 3(1), 48-78. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.3n1p48-78>
- McGee, H., Morgan, K., Hickey, A., Burke, H. & Savva, G. (2011). Quality of Life and Beliefs About Ageing. *The Irish Longitudinal Study on Ageing*, Trinity College Dublin. <http://tilda.tcd.ie/publications/reports/>
- Meisner, B. A., Dogra, S., Logan, A. J., Baker, J., & Weir, P. L. (2010). Do or decline? Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 688-696. <https://doi.org/10.1177/1359105310368184>
- Menezes, J. N. R., Tomaz, B. S., Pontes, V. F., & Belchior, L. D. (2016). A Autopercepção de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 21(1), 135-148.
- Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: Entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp. 53-67). Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional - Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Misra, R., Alexy, B., & Panigrahi, B. (1996). The relationships among self-esteem, exercise, and self-rated health in older women. *Journal of Women and Aging*, 8, 81-94. https://doi.org/10.1300/J074v08n01_09
- Moreira, R. M., Teixeira, R. M., & Novaes, K. O. (2014). Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. *Revista Kairós: Gerontologia*, 17(1), 201-217. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i1p201-217>
- Moreira, V., & Nogueira, F. N. N. (2008). De lo inevitable a lo indeseable: la experiencia vivida del estigma de envejecer en la contemporaneidad. *Psicologia uSP*, 19(1), 59-79. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100009>
- Morgadinho, R. S. (2012). *Promoção da saúde em idosos: Exercício Físico* (PDF) https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0670

- Mota, J., Feijó, A., Teixeira, R., & Carvalho, J. (2002). Padrões de atividade física em idosos avaliados por acelerometria. *Revista Paulista De Educação Física*, 16(2), 211-219. <https://doi.org/10.11606/issn.2594-5904.rpef.2002.138743>
- Mota, J., Ribeiro, J. L., Carvalho, J., & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista brasileira de educação física e esporte*, 20(3), 219-225. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092006000300007>
- Moura, C. (2012). *Processos e Estratégias do Envelhecimento*. Euedito: Cláudia Moura
- Neves, B. B., & Amaro, F. (2012). Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT. *The journal of community informatics*, 8(1), 1-12.
- Ocampo, J. M. (2010). Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Médica*, 41(3), 275-289. <http://hdl.handle.net/10893/3186>
- Oliveira, A. C., Oliveira, N. M. D., Arantes, P. M. M., & Alencar, M. A. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física-uma revisão sistemática. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 13(2), 301-312. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200014>
- Oliveira, C. (2011). *Relações intergeracionais: um estudo na área de Lisboa* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3100>
- Oliveira, N. S., Souza, T. S., Alencar, F. S., Oliveira, G. L., Ferreira, N. B., & de Alencar, J. S. (2014). Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. *Id on Line Revista multidisciplinar e de psicologia*, 8(22), 49-83. <https://doi.org/10.14295/idonline.v8i22.264>
- Oliveira, V., & Alves, C. (2002). Motivações para a Prática Desportiva na 3ª Idade. In Associação Portuguesa de Sociologia, *Um olhar sociológico sobre o desporto no limiar do século XXI* (pp. 91-99). Centro de Estudos e Formação Desportiva.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing: A Policy Framework* [PDF]. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=96F11B45BC2BA9791C8F67B2A01DF1E2?sequence=1
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial do Envelhecimento e Saúde*. <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

- Oró-Piqueras, M., & Marques, S. (2017). Images of old age in YouTube: destabilizing stereotypes. *Continuum*, 31(2), 257-265. <https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1265098>
- Pagotto, V., Bachion, M. M., & Silveira, E. A. D. (2013). Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 302-310.
- Paixão, J. F. M. A. (2013). *Discriminação em relação às pessoas jovens: Efeitos da avaliação de legitimidade da discriminação na identificação com o grupo, bem-estar e expectativas de futuro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/7679>
- Palmor, E. B. (1990). *Ageism—Negative and Positive*. Springer.
- Palmore, E. B. (2003). Ageism comes of age. *The Gerontologist*, 43(3), 418-420. <https://doi.org/10.1093/geront/43.3.418>
- Pan American Health Organization. (2018). *Health Indicators. Conceptual and operational considerations*. General Publications.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Pereira, M. C., Recla, A.M., Suzana, R. G., Pampolim, G., & Sogame, L. C. M. (2018). Auto-percepção de saúde e histórico de saúde de idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia*, 5(10). <https://doi.org/10.18310/2358-8306.v5n10suple>
- Pereira, M. E., Ferreira, F. D. O., Martins, A. H., & Cupertino, C. M. (2002). Imagens e significado e o processamento dos estereótipos. *Estudos de Psicologia*. 7(2), 389-397. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200020>
- Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics (Edição Portuguesa)*, 2(11), 74-86. <http://hdl.handle.net/10316/20268>
- Pinto, P. F. (2013). *Envelhecimento ativo, capacidade funcional e atividade física: análise de fatores que contextualizam o processo de envelhecimento e sua percepção por parte de pessoas idosas* [Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Universidade Nova. <https://run.unl.pt/handle/10362/11464>
- Proença, A. M. F. P. (2013). *Discriminação em relação às pessoas idosas: o papel da legitimidade da discriminação na identificação com o grupo dos idosos e no seu bem-estar psicológico* [Dissertação de Doutoramento, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE-IUL. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/7669>

- Ramos, L. M. B. C., Rocha, M. D., Gomes, I., & Schwanke, C. H. A. (2012). Tradução e adaptação cultural do APQ-Aging Perceptions Questionnaire para a língua portuguesa brasileira. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 233-242. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200006>
- Ransford, H. E., & Palisi, B. J. (1996). Aerobic exercise, subjective health and psychological well-being within age and gender subgroups. *Social Science and Medicine*, 42, 1555–1559. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00252-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00252-9)
- Rato, P. J. R. M. (2018). *Saúde, autopercepção do envelhecimento e felicidade em pessoas mais velhas* [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <https://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/9561>
- Resende, M. C. (2006). *Ajustamento psicológico, perspectiva de envelhecimento pessoal e satisfação com a vida em adultos e idosos com deficiência física* [Dissertação de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da produção científica e intelectual da Unicamp. <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253003>
- Resende, M. D., & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo*, 14(4), 767-776. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000400017>
- Ribeirinho, C. (2012). (Re)criar a intervenção Gerontológica. In C. Moura, *Processos e Estratégias do Envelhecimento* (51-63). Euedito: Cláudia Moura.
- Ribeiro, L. D. C. C., Alves, P. B., & Meira, E. P. (2009). Percepção dos idosos sobre as alterações fisiológicas do envelhecimento. *Ciência, cuidado e saúde*, 8(2), 220-227. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v8i2.8202>
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lidel.
- Rizzolli, D., & Surdi, A. C. (2010). Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 225-233. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200007>
- Ron, P. (2007). Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance?. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 22(7), 656-662. <https://doi.org/10.1002/gps.1726>

- Rosa, T. E. D. C., Benício, M. H. D. A., Latorre, M. D. R. D. D., & Ramos, L. R. (2003). Determinant factors of functional status among the elderly. *Revista de saude publica*, 37(1), 40-48. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>
- Rudman, L. A., & Glick, P. (2001). Prescriptive gender stereotypes and backlash toward agentic women. *Journal of social issues*, 57(4), 743-762. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00239>
- Ruuskanen, J., & Ruoppila, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age and Ageing*, 24, 292-296. <https://doi.org/10.1093/ageing/24.4.292>
- Sánchez, M. (2007) *Intergenerational programmes - Towards a society for all ages*. The “la Caixa” Foundation.
- Santos, R. A. M. D. (2014). *Programa de Intervenção em idosos: atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/15510>
- Santos, V. B. D., Tura, L. F. R., & Arruda, A. M. S. (2013). As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. *Saúde e sociedade*, 22(1), 138-147. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100013>
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300012>
- Schimidt, T., & Silva, M. (2012). The perception and understanding of health professionals and undergraduate students regarding aging and the elderly. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(3), 612-617. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300012>
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Silva, A. M. (2011). *Representações sociais da velhice* [Dissertação de Doutorado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56661>
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., de Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós*:

- Gerontologia*, 15(2), 119-140. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15i2p119-140>
- Silva, P. A. D. (2014). Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (11), 2387-2400. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00173813>
- Silva, M. F. (2019). *Doenças crônicas e as relações com autoavaliação de saúde e capacidade funcional em idosos com 80 anos ou mais* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/334831>
- Silva, M. I. D. M. T. V. D. (2012). *A influência da autopercepção do envelhecimento na satisfação com a vida em velhos: Diferenças de gênero e de idade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/8179>
- Silva, P. D., Pereira, J., Lopes, M. L., Coelho, T. L. M., & Santos, L. M. M. (2018). Influências de exercícios físicos no cotidiano dos idosos e sua percepção quanto ao seu bem-estar pessoal. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(2), 1-13.
- Silva, R. S., Silva, I. D., Silva, R. A. D., Souza, L., & Tomasi, E. (2010). Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 115-120.
- Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Promoting social participation for healthy ageing - A counterfactual analysis from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe (SHARE). *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)*, 7, 1-19.
- Sneed, J. R. , & Whitbourne , S. K. (2005). Models of the aging self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375 – 388. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00411.x>
- Souza, R. F. D., Matias, H. A., & Brêtas, A. C. P. (2010). Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2835-2843. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600021>
- Steele, J., Choi, Y. S., & Ambady, N. (2004). Stereotyping, Prejudice, and Discrimination. In *Nurturing morality* (pp. 77-97). MA.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33–48). Brooks/Cole.

- Tavares, A. (2010). *Idosos e Actividade Física - programas, qualidade de vida e atitudes* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/2847>
- Tavares, C. F. M. (2011). *Tradução e adequação cultural do YALE Physical Activity Survey para a língua portuguesa* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/4215>
- Torres, T. D. L., Camargo, B. V., Bousfield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3621-3630. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.01042015>
- Toscano, J. J. D. O., & Oliveira, A. C. C. D. (2009). Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Revista brasileira de medicina do esporte*, 15(3), 169-173. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86922009000300001>
- Trindade, I., & Teixeira, J. A. C. (2004). A Psicologia no Plano Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com o Estilo de Vida e nas áreas prioritárias da Região de Saúde de Lisboa. *Análise psicológica*, 22(4), 779-786.
- Uchôa, E., Firmo, J. O. A., & Lima-Costa, M. F. F. (2002). Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In M.C. S. Minayo & C. E. A (Eds), *Antropologia, Saúde e Envelhecimento* (pp.25-35). Fiocruz
- Ueno, L. M. (1999). A influência da atividade física na capacidade funcional: envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 4(1), 58-68. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.4n1p58-68>
- Vago, P., & Lovecchio, N. (2014). Morphological and functional modifications during the process of ageing: characteristics and benefits of physical activity. *Annales Kinesiologiae*, 5(1), 3-14. <https://doi.org/612.66:796.011.1>
- Van den Heuvel, W. J. A., & Van Santvoort, M. M. (2011). Experienced discrimination amongst european old citizens. *European Journal of Ageing*, 8, 291-299. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0206-4>
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação: efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/29711>
- Veras, R. (2009). Population aging today: demands, challenges and innovations. *Revista de saúde pública*, 43(3), 548-554. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>

- Wang, G., Pereira, B., & Mota, J. (2006). A Actividade Física das crianças e a condição física relacionada com a saúde: Um estudo de caso em Portugal. In Beatriz e Graça S. Carvalho (Eds), *Educação Física, Saúde e Lazer. A Infância e Estilos de Vida Saudáveis* (pp. 141-149). LIDEL Edições Técnicas, Lda.
- Weiss, D. & Lang, F. R. (2012). The two faces of age identity. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, 5-14. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000050>
- Westerhof, G., & Barrett, A. E. (2005). Age identity and subjective wellbeing: A comparison of the United States and Germany. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60B(3), 129–136. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.3.S129>
- Westerhof, G., & Tulle, E. (2008). Meanings of ageing and old age: Discursive contexts, social attitudes and personal identities. In J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli & G. Westerhof (Eds), *Ageing in Society* (pp.235-254). SAGE.
- Wollmann, P. G. A., Coelho, S. A., Boaventura, L. G., Murici, B. G., D'Oliveira, G. D. F., & Melo, G. F. (2018). Associação entre a Autoperceção do envelhecimento e a autoperceção da saúde. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 23(3), 95-110.
- Zaidi, A., & Zolyomi, E. (2011). *Active Ageing, Research Note 6/2011, European Commission* (PDF). https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/Diskusne_forum/active_ageing/zaidi_zolyomi.pdf
- Zimerman, G.I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Artes Médicas Sul.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário sobre Estereótipos de Envelhecimento e Atividade Física

QUESTIONÁRIO SOBRE ESTEREÓTIPOS DE ENVELHECIMENTO E ATIVIDADE FÍSICA

POR FAVOR LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE PREENCHER O QUESTIONÁRIO

Este questionário faz parte de um estudo relacionado com os estereótipos de envelhecimento e a atividade física. Pedimos-lhe que responda a algumas perguntas para percebermos a sua opinião atual sobre o envelhecimento e a condição física e saúde. Com estas questões pretendemos compreender como sente e avaliar a sua saúde, condição física e as experiências sobre o envelhecimento.

Não existem respostas certas nem erradas, apenas estamos interessados na sua opinião sincera. Em cada questão, coloque uma cruz na opção de resposta que considera ser mais apropriada. O preenchimento do questionário demora cerca de 40 minutos.

Este questionário é totalmente anónimo e confidencial, pelo que pedimos que responda com a maior sinceridade possível. As informações recolhidas serão usadas para fins exclusivamente relacionados com este estudo.

MUITO OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

1. Idade cronológica _____

2. Que idade sente que tem? _____

3. Nacionalidade:

4. Naturalidade:

5. Área de Residência:

6. Sexo: F

M

7. Escolaridade:

Não frequentou a escola

Primária incompleta

Primária completa (antiga 4ª classe)

6º ano (2º ano antigo)

9º ano (5º ano antigo)

12º ano (7º ano antigo)

Licenciatura/Bacharelato

Mestrado

Outro

Qual? _____

8. Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado ou vivendo como tal

Viúvo (a)

Divorciado ou separado (a)

9. Atividade profissional (se é reformado (a), indique a profissão anterior e há quanto tempo está reformado)

Reformado (a): Sim

Não

Se Sim, há quantos anos? _____

Profissão anterior: _____

10. Agregado familiar atual:

Vive só

Vive com o cônjuge

Vive com o cônjuge e terceiros

Vive com terceiros

Vive numa instituição

Outro

Qual? _____

11. Está satisfeito (a) com essa situação?

Sim

Não

12. Tem o apoio de familiares?

Sim

Não

13. Parentalidade:

Tem filhos?

Sim

Não

Se Sim, quantos? _____.

14. Situação económica:

Muito satisfatória

Satisfatória

Pouco Satisfatória

Nada Satisfatória

15. Participação em atividades:

Centradas na vida doméstica/familiar

Frequenta centro de dia

Frequenta universidade da terceira idade

Frequenta grupos recreativos na igreja

Centradas nos amigos (as)

Outro

Qual _____.

16. Relações Interpessoais:

-Relações familiares (grau de contacto):

Muito frequente

Frequente

Ocasional

Inexistente

-Relações familiares (qualidade):

Muito satisfatórias

Satisfatórias

Pouco satisfatórias

Nada satisfatórias

-Relações de amizade (grau de contacto):

Muito frequente

Frequente

Ocasional

Inexistente

-Relações de amizade (qualidade):

Muito satisfatórias

Satisfatórias

Pouco satisfatórias

Nada satisfatórias

17. Tem um confidente?

Sim

Não

18. Crenças e práticas religiosas:

Sem crença religiosa

Com crença religiosa e sem práticas religiosas

Com crenças e práticas religiosas “privadas” (por exemplo: orações, leituras)

Com crenças e práticas religiosas “públicas” (por exemplo: celebrações, missas, festejos)

Com crença e práticas religiosas “públicas” e “privadas”

19. Como considera a sua saúde?

Muito má

Má

Mais ou menos

Boa

Muito boa

20. Considera que a forma como está a envelhecer é:

Muito má

Má

Nem boa nem má

Boa

Muito boa

21. Em geral, classifica a sua condição física como:

Muito boa

Boa

Razoável

Fraca

Muito fraca

22. Comparativamente com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, como classifica a sua condição física?

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Muito pior

Não sabe

23. Normalmente, quantos dias por semana realiza atividades que exijam um esforço físico mais intenso, tal como correr, levantar objetos pesados, praticar um desporto ou frequentar um ginásio?

Nenhum	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete
0	1	2	3	4	5	6	7

Se respondeu nenhum (0) avance para a questão 25, se seleccionou qualquer uma das restantes opções prossiga para a questão 24.

24. Quanto tempo, por dia, dedica a essa atividade?

Menos de trinta minutos

Trinta minutos

Mais de trinta minutos

Uma hora

Mais de uma hora

25. Normalmente, quantos dias por semana realiza atividades que exijam um esforço moderado, tal como fazer caminhadas, praticar hidroginástica ou andar de bicicleta.

Nenhum	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Seis	Sete
0	1	2	3	4	5	6	7

Se respondeu nenhum (0) avance para a questão 27, se selecionou qualquer uma das restantes opções prossiga para a questão 26.

26. Quanto tempo, por dia, dedica a essa atividade?

Menos de trinta minutos

Trinta minutos

Mais de trinta minutos

Uma hora

Mais de uma hora

Representações do Envelhecimento, Avaliação Global da Saúde e Atividade Física

27. Indica o grau de capacidade para cada uma das seguintes atividades. Nos casos em que tem dificuldades, indique, por favor, o tipo de apoio que dispõe e quem o fornece. Note que a opção totalmente dependente engloba todas as situações em que a pessoa é incapaz de desempenhar as atividades estando dependentes de terceiros.

	Atividades da vida diária	Não tem dificuldade	Tem alguma dificuldade	Tem muita dificuldade	Está totalmente dependente	Que tipo de apoio tem e/ou quem o fornece?
Atividades Pessoais da Vida Diária	1. Higiene pessoal (tomar banho, lavar a cara, as mãos, pentear-se, etc.).	1	2	3	4	
	2. Vestir-se (colocar a roupa, abotoar os botões, apertar os atacadores, etc.).	1	2	3	4	
	3. Ir à casa de banho (utilizar a sanita).	1	2	3	4	
	4. Controlar os esfíncteres (urina e fezes).	1	2	3	4	
	5. Comer (cortar os alimentos, beber água, comer sopa, etc.).	1	2	3	4	

	6. Deslocar-se (sem apoio de bengala, muletas, andarrilho, cadeira de rodas).	1	2	3	4	
	7. Apanhar objetos do chão.	1	2	3	4	
	8. Deitar-se e levantar-se da cama ou do sofá.	1	2	3	4	
	9. Subir e descer escadas.	1	2	3	4	
	10. Andar mais de 1 km.	1	2	3	4	
Atividades Instrumentais da Vida Diária	11. Efetuar trabalhos domésticos (varrer, meter a mesa, lavar a loiça, etc.).	1	2	3	4	
	12. Preparar refeições (aquecer água, usar o fogão).	1	2	3	4	
	13. Tomar a medicação sozinho.	1	2	3	4	
	14. Gerir o dinheiro.	1	2	3	4	
	15. Utilizar o telefone.	1	2	3	4	
	16. Ir às compras.	1	2	3	4	
	17. Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica.	1	2	3	4	
	18. Utilizar os meios de transporte.	1	2	3	4	
	19. Andar na rua.	1	2	3	4	

28. Teve dores corporais durante as últimas quatro semanas?

- Não, nenhuma (avance para a questão 30)
Sim, mas poucas (avance para a questão 29)
Sim, algumas (avance para a questão 29)
Sim, bastantes (avance para a questão 29)

29. Essas dores interferiram nas suas atividades/trabalho?

- Não
Sim, um pouco
Sim
Sim, bastante

30. Considerando agora o seu estado geral de saúde, como o classifica neste último mês?

- Muito bom
Bom
Razoável
Fraco
Mau

31. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparada com há um ano?

- Muito melhor
Melhor
Idêntica
Pior
Muito pior

Não sabe

32. Neste último mês, como classifica a sua saúde, comparando com pessoas da sua idade e sexo?

Muito melhor

Melhor

Idêntica

Pior

Muito pior

Não sabe

33. No seu dia-a-dia, utiliza objetos, como óculos, lentes de contacto, aparelho auditivo, bengala, andarilho, muletas ou cadeira de rodas, que o ajudem nas suas atividades diárias?

Sim

Especifique: _____

Não

34. Tem algum(s) problema(s) de saúde que interfira na realização das suas atividades (profissionais ou de trabalho doméstico)?

Sim

(avance para a questão 35)

Não

(avance para a questão 36)

35. Já consultou um médico por causa desse(s) problema(s)?

Sim, no último mês

Sim, nos últimos 6 meses

Sim, há mais de 6 meses

Não

36. Atualmente tem algum problema de saúde que dure há mais de três meses e tenha sido diagnosticado pelo médico?

Sim

Não

Se sim, especifique qual ou quais?

Representações do Envelhecimento, Avaliação Global da Saúde e Atividade Física

37. Por favor, indique em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

	Completamente verdadeira	Verdade	Não sei	Falso	Completamente falso
Adoeço mais facilmente que as outras pessoas do meu sexo e idade.	1	2	3	4	5
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa do meu sexo e idade.	1	2	3	4	5
Estou convencido (a) que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
Considero que a minha saúde é ótima.	1	2	3	4	5

38. Por favor, indique em que medida concorda ou discorda as seguintes afirmações.

Opiniões sobre envelhecer					
<p>Estamos interessados nas suas experiências e opiniões sobre o envelhecimento. Por favor, dê a sua opinião sobre as frases seguintes de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente). Assinale a resposta que melhor descreve a sua opinião.</p>					
	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Tenho consciência de estar a envelhecer a cada momento.	1	2	3	4	5
2. Estou sempre consciente da minha idade.	1	2	3	4	5
3. Sempre me considerei velho (a).	1	2	3	4	5
4. Estou sempre consciente do facto de estar a envelhecer.	1	2	3	4	5
5. Sinto a minha idade em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
6. À medida que envelheço fico mais sábio.	1	2	3	4	5
7. À medida que envelheço continuo a desenvolver-me como pessoa.	1	2	3	4	5

Representações do Envelhecimento, Avaliação Global da Saúde e Atividade Física

8. À medida que envelheço aprecio mais as coisas.	1	2	3	4	5
9. Fico deprimido (a) quando penso que envelhecer pode afetar as coisas que consigo fazer.	1	2	3	4	5
10. A qualidade da minha vida social na idade avançada depende de mim.	1	2	3	4	5
11. A qualidade das minhas relações com os outros na idade avançada depende de mim.	1	2	3	4	5
12. Continuar a viver plenamente a vida depende de mim.	1	2	3	4	5
13. Fico deprimido (a) quando penso no efeito que envelhecer pode ter na minha vida social.	1	2	3	4	5
14. À medida que envelheço, há muito que posso fazer para manter a minha independência.	1	2	3	4	5
15. O facto de o envelhecimento ter lados positivos depende de mim.	1	2	3	4	5
16. Envelhecer limita as coisas que consigo fazer.	1	2	3	4	5
17. Envelhecer torna-me menos independente.	1	2	3	4	5
18. Envelhecer torna tudo mais difícil para mim.	1	2	3	4	5
19. À medida que envelheço, participo em menos atividades.	1	2	3	4	5
20. À medida que envelheço, não lido tão bem	1	2	3	4	5

com os problemas que aparecem.					
21. Abrandar o ritmo, devido à minha idade, não é algo que eu possa controlar.	1	2	3	4	5
22. Quando for mais velho (a) a minha capacidade de me movimentar não é algo que dependa de mim.	1	2	3	4	5
23. Não tenho controlo sobre a possível perda de vigor e gosto pela vida.	1	2	3	4	5
24. Não tenho controlo sobre os efeitos de envelhecimento na minha vida social.	1	2	3	4	5
25. Fico deprimido (a) quando penso no envelhecimento.	1	2	3	4	5
26. Preocupo-me com os efeitos que o envelhecimento pode ter as minhas relações com os outros.	1	2	3	4	5
27. Passo por ciclos em que a minha experiência de envelhecer ora melhora, ora piora.	1	2	3	4	5
28. A minha consciência de estar a envelhecer aumenta e diminui em ciclos.	1	2	3	4	5
29. Sinto-me zangado (a) quando penso que estou a envelhecer.	1	2	3	4	5
30. Tenho fases em que me sinto velho (a).	1	2	3	4	5
31. A minha consciência de estar a envelhecer varia bastante de dia para dia.	1	2	3	4	5
32. Tenho fases em que vejo como velho (a).	1	2	3	4	5

Representações do Envelhecimento, Avaliação Global da Saúde e Atividade Física

39. Nesta questão estamos interessados em saber como se sente em relação a si próprio(a). Entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), indique em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações:

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Considero que pertenço ao grupo das pessoas idosas.	1	2	3	4	5
Sinto-me uma pessoa idosa.	1	2	3	4	5
Identifico-me com as pessoas idosas.	1	2	3	4	5

Gosto de pertencer ao grupo das pessoas idosas.	1	2	3	4	5
As coisas pioram conforme envelheço.	1	2	3	4	5
Tenho tanta energia como no ano passado.	1	2	3	4	5
Conforme se envelhece tornamo-nos menos úteis.	1	2	3	4	5
Conforme envelheço as coisas estão melhores do que eu pensava.	1	2	3	4	5
Estou tão feliz agora como quando era novo(a).	1	2	3	4	5

Representações do Envelhecimento, Avaliação Global da Saúde e Atividade Física

40. Nesta questão estamos interessados em saber os estereótipos de envelhecimento em relação a si próprio(a). Entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente), indique em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações:

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Não concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
Tenho receio que a minha capacidade para fazer atividade física seja afetada pela minha idade.	1	2	3	4	5
Tenho receio de não ser capaz de fazer atividade física por causa da minha idade.	1	2	3	4	5
Tenho receio de me enganar ao fazer atividade física por causa da minha idade.	1	2	3	4	5

Tenho receio que as pessoas pensem que sou menos capaz de fazer atividade física por causa da minha idade.	1	2	3	4	5
Se não conseguir fazer algum tipo de atividade física, tenho receio que as pessoas pensem que foi por causa da minha idade.	1	2	3	4	5
Tenho receio que as pessoas avaliem a minha capacidade física com base na minha idade.	1	2	3	4	5

ANEXO B- Consentimento entregue às pessoas idosas

Termo de Consentimento Informado

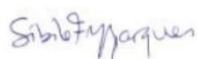
Pedido de autorização de participação na elaboração do questionário

O presente estudo enquadra-se no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia Comunitária, Proteção de Crianças e Jovens em Risco, no ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa, e tem como objetivo perceber a sua opinião sobre o envelhecimento, a condição física e a saúde. Com estas questões pretendemos compreender como se sente e como avalia a sua saúde, a condição física e as experiências sobre o envelhecimento.

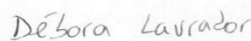
Deste modo, vimos pedir a sua colaboração no preenchimento deste questionário, tendo uma duração de 30 minutos.

De acordo com as normas da Comissão Nacional de Proteção de Dados, as suas respostas serão anónimas, com o fim de assegurar a sua confidencialidade. De salientar que não existem respostas certas ou erradas, pois é a sua opinião que realmente importa. Realçamos que a sua participação é totalmente voluntária. Como já foi referido os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, e apenas serão utilizados para fins académicos da presente investigação.

Para qualquer explicação ou dúvida deve contactar-nos para os seguintes endereços de e-mail : sibilamarques@iscte.pt; dmflr1@iscte-iul.pt. Agradecemos desde já a sua colaboração.



Sibila Marques (CIS-IUL)

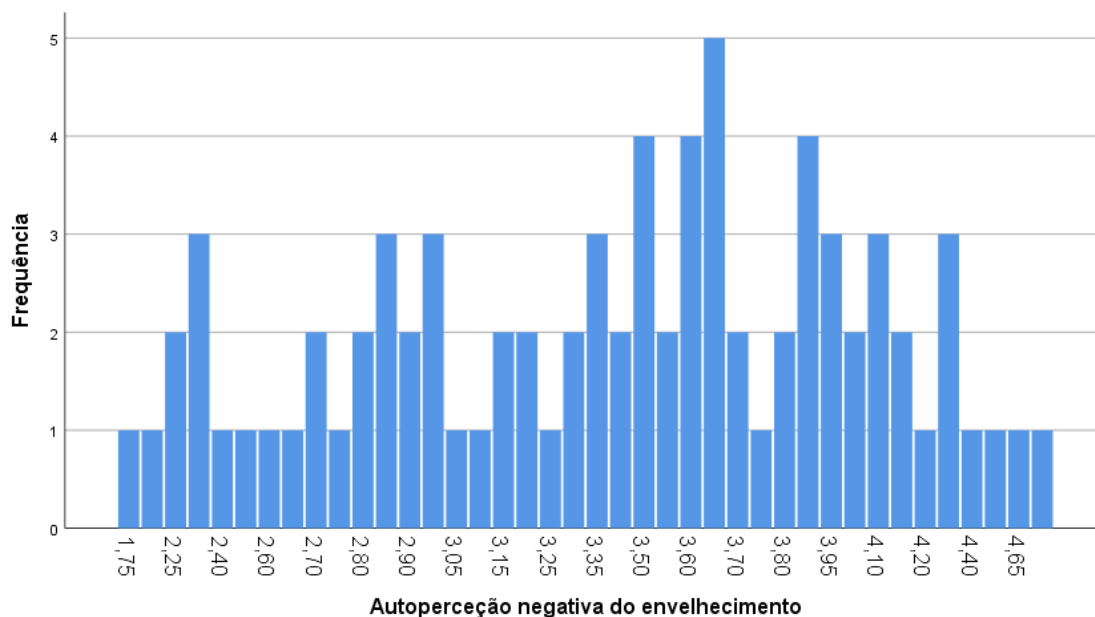


Débora Lavrador (ISCTE-IUL)

Dou o meu consentimento, aceito participar

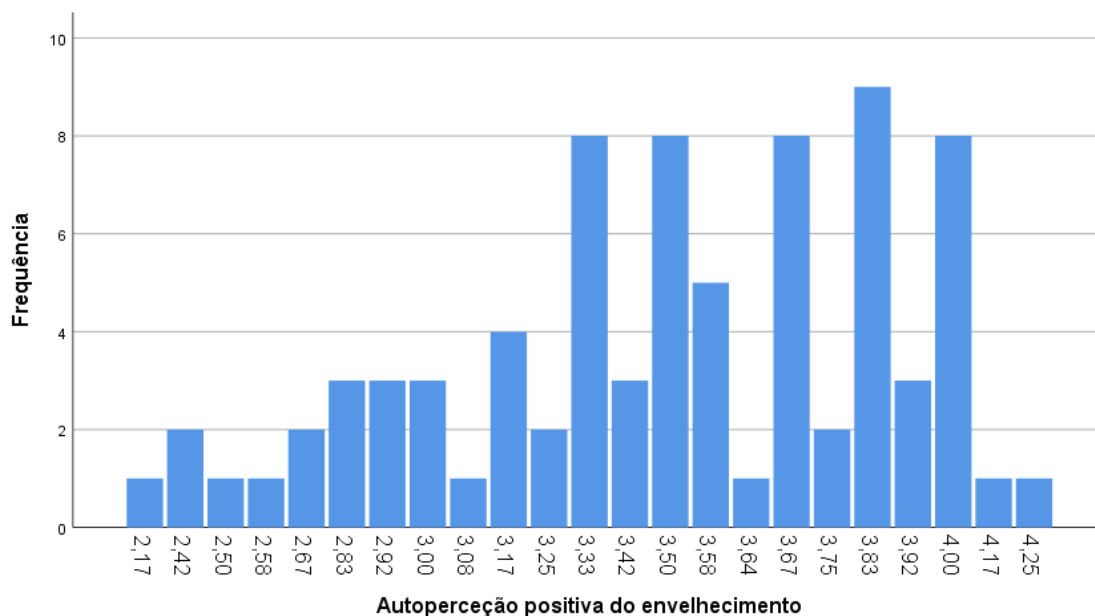
Não aceito participar

ANEXO C – Gráfico de Barras das descritivas da Autopercepção Negativa do Envelhecimento



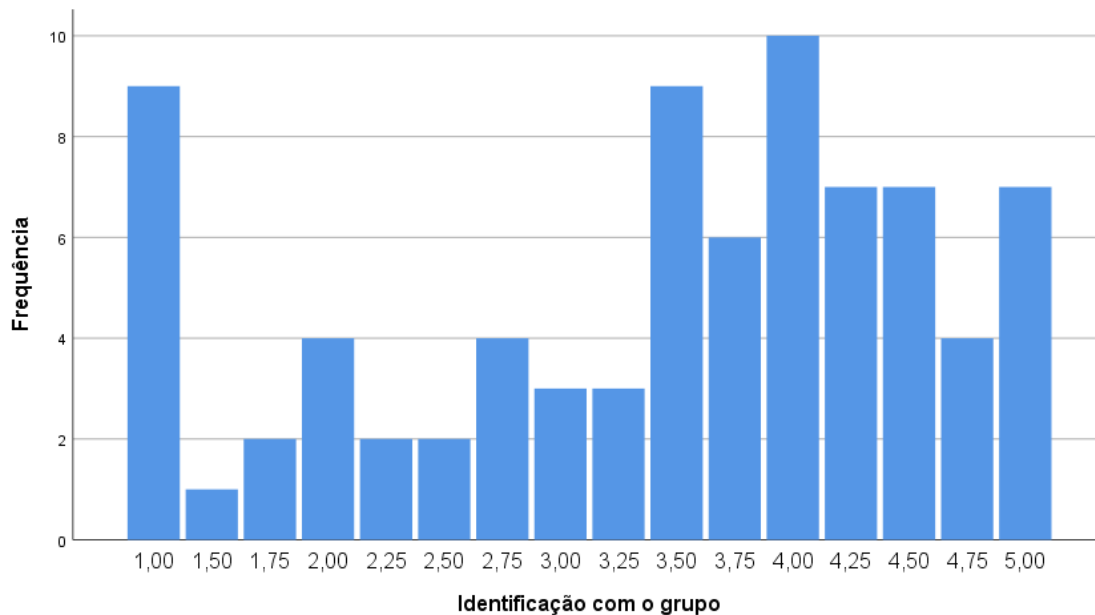
Legenda: 1-Discordo fortemente; 2-Discordo; 3- Não concordo, nem discordo; 4-Concordo; 5- Concordo fortemente

ANEXO D – Gráfico de Barras das descritivas da Autopercepção Positiva do Envelhecimento



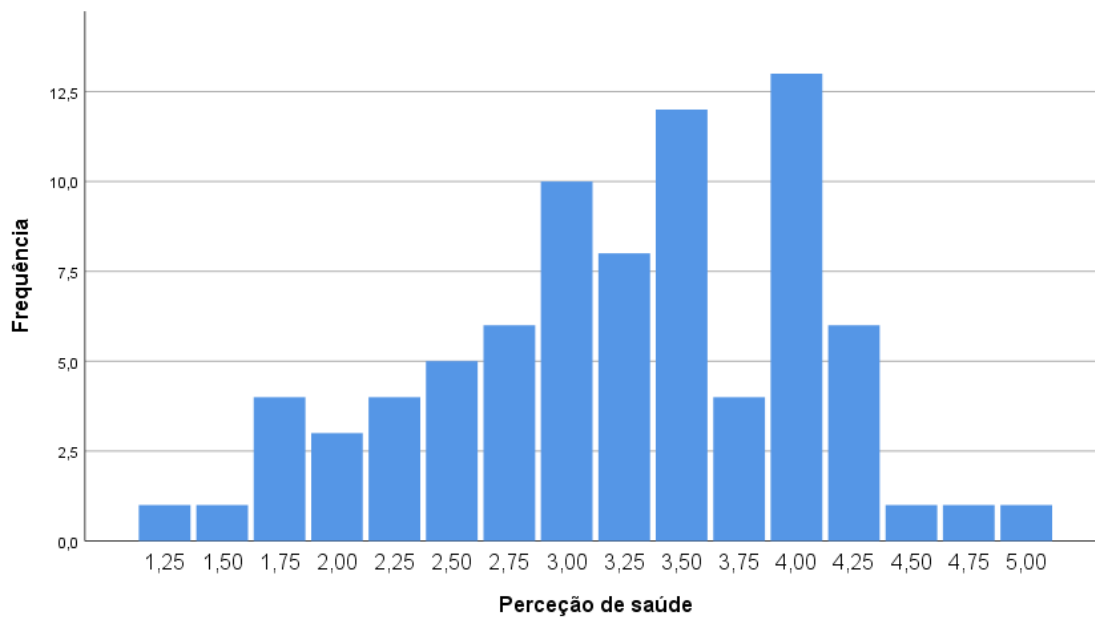
Legenda: 1-Discordo fortemente; 2-Discordo; 3- Não concordo, nem discordo; 4-Concordo; 5- Concordo fortemente

ANEXO E – Gráfico de Barras das descritivas da Identificação com o Grupo



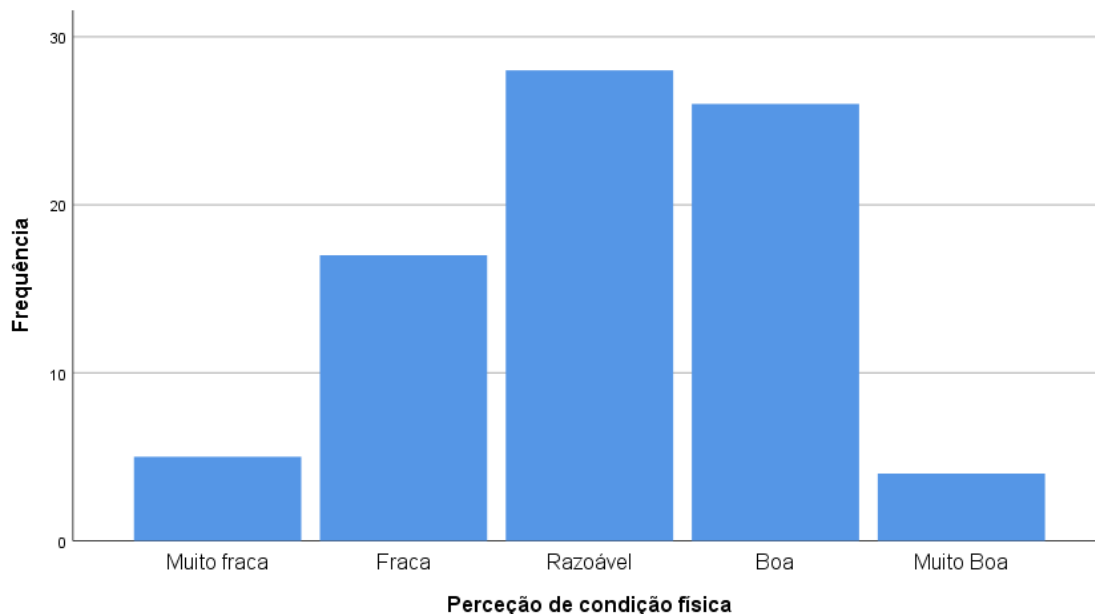
Legenda: 1-Discordo totalmente; 2-Discordo em parte; 3- Não concordo, nem discordo; 4-Concordo em parte; 5- Concordo totalmente

ANEXO F – Gráfico de Barras das descritivas da Percepção de Saúde



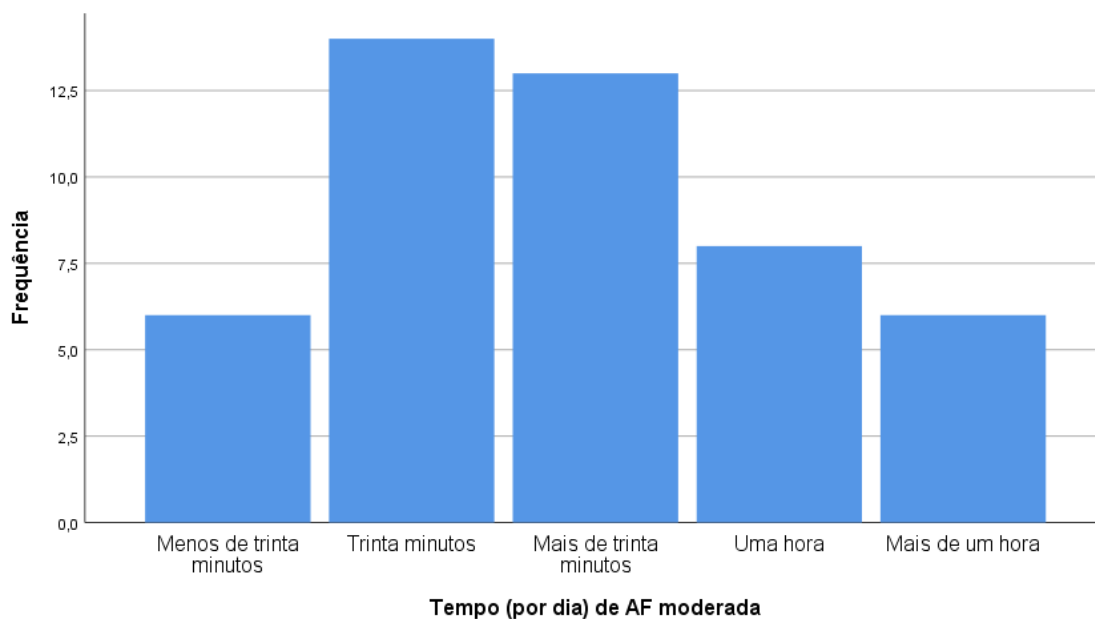
Legenda: 1-Completamente verdade; 2-Verdade; 3- Não sei; 4- Falso; 5- Completamente falso

ANEXO G – Gráfico de Barras das descritivas da Percepção de Condição Física



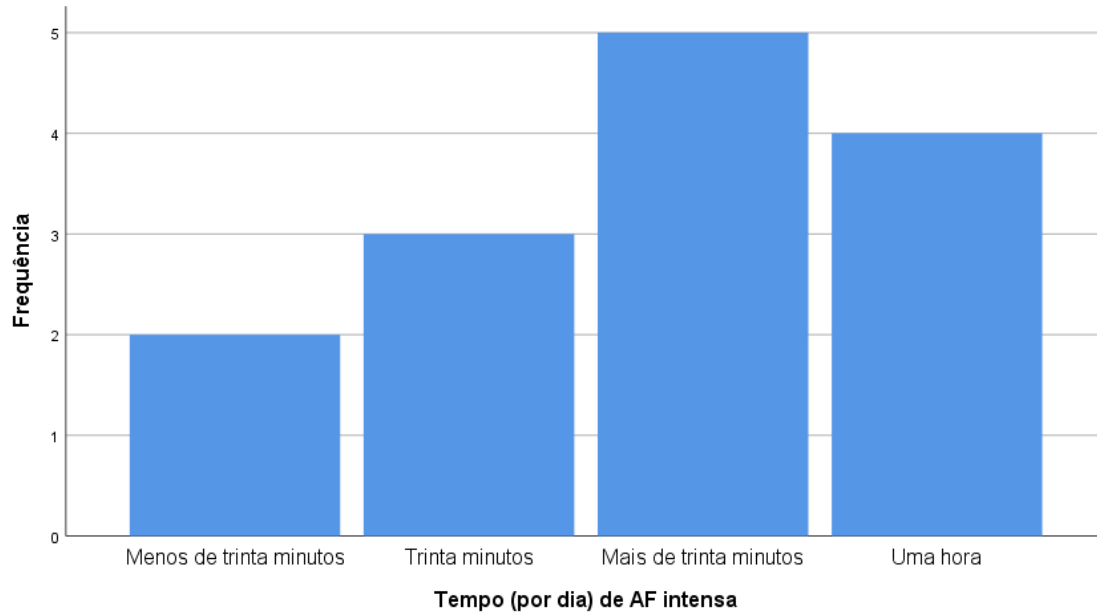
Legenda: 1-Muito fraca; 2-Fraca; 3- Razoável; 4-Boa; 5- Muito boa

ANEXO H – Gráfico de Barras das descritivas do Tempo (por dia) de Atividade Física Moderada



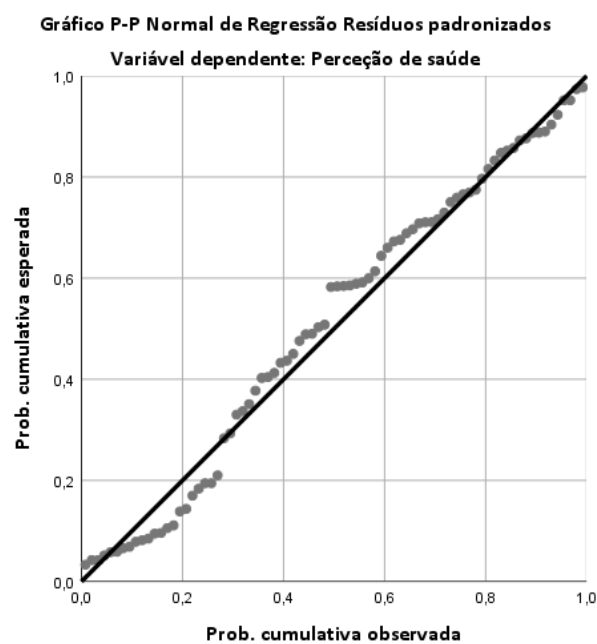
Legenda: 1-Menos de trinta minutos; 2-Trinta minutos; 3- Mais de trinta minutos; 4- Uma hora; 5- Mais de uma hora

ANEXO I – Gráfico de Barras das descritivas do Tempo (por dia) de Atividade Física Intensa

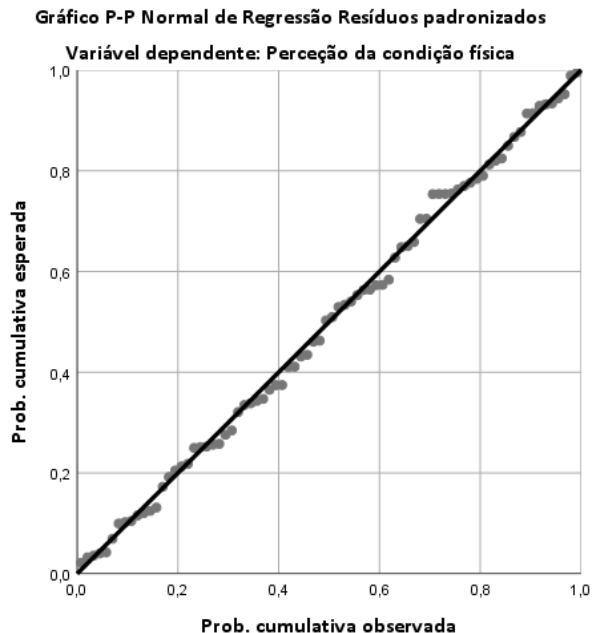


Legenda: 1-Menos de trinta minutos; 2-Trinta minutos; 3- Mais de trinta minutos; 4- Uma hora; 5- Mais de uma hora

ANEXO J - Pressuposto da Regressão Linear Múltipla, para o Modelo 1: Relação de linearidade entre a variável da percepção de saúde e as variáveis predictoras



ANEXO K - Pressuposto da Regressão Linear Múltipla, para o Modelo 2: Relação de linearidade entre a variável da percepção de condição física e as variáveis predictoras



ANEXO L - Pressuposto da Regressão Linear Múltipla, para o Modelo 3: Relação de linearidade entre a variável do tempo (por dia) de atividade física moderada e as variáveis predictoras

