

Expectativas em Relação ao Envelhecimento como Preditor do Estilo de vida

Mariana Sousa Reis

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientadora: Prof. Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso

Co-orientador: Prof. Doutor Luís Miguel da Silva Pires

Co-orientadora: Dra. Joana Ramos Rodrigues

março de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Sousa Reis, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39498 de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 13/03 /2023

A handwritten signature in black ink, reading 'Mariana Sousa Reis'. The signature is written in a cursive style with a large initial 'M' and a long horizontal stroke.

Dedicatória

“Quero ser aquilo que um dia foram para a minha mãe. Ela dizia que os médicos eram anjos, e eu quero ser também o anjo de alguém.”

Para ti minha mãe, por ti!

Agradecimentos

À professora Rosa Marina, por toda orientação, apoio e motivação ao longo deste projeto. Consigo desenvolvi um novo gosto pela investigação, obrigada! Ao professor Luís, pela sua interminável paciência e disponibilidade, fazendo da estatística algo muito mais tolerável! À Dra. Joana pela sua disponibilidade, paciência e sugestões que me ajudaram a encontrar o meu caminho neste projeto. Obrigada a toda a equipa que efetivamente me orientou nesta aventura da qual gostei muito de fazer parte!

À minha mãe, que me ensinou a correr sempre pelos meus objetivos. Obrigada por teres sido e, ainda seres, o melhor modelo que me poderia guiar. Ao meu pai, por ser o meu melhor amigo, o meu suporte incondicional! Obrigada por seres o meu porto de abrigo. À minha irmã, por me guiar pelo melhor caminho e me ensinar a ser a minha melhor versão. Sem a família nada disto era possível, por isso o meu genuíno obrigada!

Ao Vasco e à Sofia, por fazerem da Covilhã a minha casa e serem a minha segunda família durante estes 6 anos. Sem vocês tudo seria mais difícil, sem vocês não estaria aqui!

À Bárbara, pelo companheirismo, paciência e apoio incondicional, obrigada! À Soraia, que me fez perceber que existem mais pessoas no mundo a pensarem igual a mim!

Ao 5º esquerdo e ao seu sofá, que me ajudou a manter a calma e a encontrar uma rotina que me deixa genuinamente feliz!

À Covilhã, por ter sido a minha casa, e como fui feliz nessa casa!

Resumo

O envelhecimento é, em parte, um conceito socialmente construído, influenciado pela cultura, pelas expectativas e experiências pessoais. As expectativas que se têm do envelhecimento, por parte dos adultos idosos, influenciam comportamentos de autocuidado e envolvimento nos cuidados de saúde essenciais para um envelhecimento de sucesso. Por outro lado, o estilo de vida saudável é um conjunto de comportamentos benéficos adquiridos desde cedo, praticados continuamente, contribuindo positivamente para a saúde e longevidade. O estilo de vida saudável não é apenas o resultado de escolhas pessoais, sendo, também, influenciado por fatores como o estatuto socioeconómico, a idade e a escolaridade. O principal objetivo deste estudo é avaliar as expectativas em relação ao envelhecimento como possíveis preditoras do estilo de vida, quando considerados outros preditores (e.g. escolaridade).

Foram incluídos 799 participantes, com idades entre os 18 e 82 anos ($M=35.12$; $DP=15.68$), sendo 221 homens e 578 mulheres. Esta investigação integrou-se no projeto “Thinking About Ageing” (TAA), cujos dados foram recolhidos aplicando a escala “38-item Expectations Regarding Aging survey” (ERA-38), o questionário sobre o estilo de vida e o questionário sociodemográfico.

A análise correlacional preliminar revelou associações significativas entre o estilo de vida, a idade, a escolaridade, e as expectativas em relação ao envelhecimento. Seguidamente, realizou-se uma regressão linear múltipla hierárquica, cujos resultados indicaram que 8,8% do estilo de vida é predito pelas variáveis anteriormente descritas. Constatou-se também que as expectativas em relação ao envelhecimento se mantêm como um preditor significativo quando consideramos primeiro os outros preditores no modelo de regressão. Os resultados sugerem, assim, que as expectativas em relação ao envelhecimento surgem como preditores do estilo de vida, sendo conseqüentemente promotoras de atitudes de saúde, contribuindo para um melhor processo de envelhecimento.

Palavras-chave

Expectativas em Relação ao Envelhecimento; Estilo de Vida; Envelhecimento; Ciclo de vida; Envelhecimento saudável.

Abstract

Aging is, in part, a socially constructed concept, influenced by culture, expectations, and personal experiences. Older adult's expectations about aging influence their self-care behaviors and involvement with health, which are essential for successful aging. A healthy lifestyle is a set of beneficial behaviors acquired early on, practiced continuously, and contributing positively to health and longevity. It is not only the result of personal choices but it is also influenced by factors such as socioeconomic status, age, and education. The main objective of this study is to assess expectations about aging as a possible predictor of lifestyle when other predictors (e.g., education) are considered.

A total of 799 participants, aged between 18 and 82 years ($M=35.12$; $SD=15.680$), 221 males and 578 females, participated in the study. This research was part of the "Thinking About Aging" (TAA) project, whose data were collected by applying the 38-item Expectations Regarding Aging survey (ERA-38), the lifestyle questionnaire, and the sociodemographic questionnaire.

Preliminary correlational analysis revealed significant associations between lifestyle, age, education, and expectations regarding aging. Next, a hierarchical multiple linear regression was performed, and the results indicated that 8.8% of lifestyle is explained by the variables described above. It was also found that expectations about aging remain a significant predictor when considering first other predictors in the regression model. The results suggest that expectations about aging emerge as a significant predictor of lifestyle and consequently promoter of health attitudes, contributing to a better aging process.

Keywords

Expectations Regarding Aging; Lifestyle; Aging; Life Cycle; Healthy Aging.

Índice

Introdução	1
Objetivos do estudo.....	5
Método	6
Participantes	6
Instrumentos.....	7
Questionário Sociodemográfico	7
38-item Expectations Regarding Aging survey (ERA-38)	8
Questionário sobre o estilo de vida (38)	8
Procedimentos	9
Análise de dados.....	10
Resultados	12
<i>Correlações entre os resultados do questionário sobre o estilo de vida, ERA-38 e variáveis sociodemográficas</i>	12
<i>Modelo de regressão linear múltipla hierárquica para o estilo de vida</i>	14
Discussão	15
Conclusão	18
Referências Bibliográficas	22

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2 – Análise estatística das variáveis em estudo

Tabela 3 - Matriz de correlação entre variáveis sociodemográficas e o estilo de vida

Tabela 4 - Matriz de correlação entre variáveis estilo de vida e a ERA-38

Tabela 5 - Sumário do modelo de regressão linear múltipla hierárquica para o estilo de vida

Tabela 6 - Coeficientes de regressão para o estilo de vida

Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
OMS	Organização Mundial da Saúde
QACS	Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde
ESE	Estatuto socioeconómico

Introdução

O envelhecimento progressivo da população tem transformado significativamente a sociedade contemporânea, criando desafios, nomeadamente na área da saúde, para os quais é necessário encontrar novas medidas e estratégias (1,2). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 2015 e 2050, a população com mais de 60 anos passará de 12% para 50% (3), ultrapassando a população com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos (4). O aumento da longevidade é uma realidade também em Portugal (2), onde a população idosa representa 23,4% da população de acordo com os Censos de 2021, tendo-se verificado um aumento de 155,3% do índice de envelhecimento entre 1961 e 2021, de acordo com os dados da PORDATA (5).

O envelhecimento é composto por um conjunto de alterações moleculares e celulares, associado a determinantes individuais, tais como fatores genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Estas alterações culminam numa perda gradual de algumas das capacidades intrínsecas da pessoa, que aumentam, por sua vez, o risco de ocorrência de diversas doenças ao longo da vida e, em última instância, a probabilidade de morrer (2,3,6). Contudo, o declínio associado ao envelhecimento não é linear e somente associado à idade, existindo diversos fatores comportamentais, ambientais e sociais, que afetam também este processo, tornando-o único e diversificado em cada indivíduo (2).

O envelhecimento é, em parte, um conceito socialmente construído, influenciado pela cultura, pelas expectativas e pelas experiências pessoais de cada um (7). A perceção que temos relativamente ao envelhecimento condiciona o nosso comportamento ao longo da vida, criando-se ideias preconcebidas que, por sua vez, influenciam a forma como envelhecemos (8). Os adultos idosos, por associarem o envelhecimento à perda inevitável de saúde, tendem a ter comportamentos mais descuidados ao nível da saúde. Isto é, ignoram sintomas que, outrora impulsionariam a busca de cuidados de saúde, mas devido à idade, desprezam-nos por percecionarem os mesmos como uma consequência natural da idade (9), sendo que muitos dos problemas associados ao envelhecimento são preveníveis (10). A perceção de inevitabilidade de perda de saúde ao longo do envelhecimento é um obstáculo à adoção de atitudes preventivas por parte dos adultos idosos (11). Há evidência de um aumento de problemas de saúde, tais como cardíacos e musculoesqueléticos, na população que, por sua vez, associa a idade à presença inevitável de doença (11). Uma visão mais negativa do envelhecimento, por parte dos adultos idosos, pode impedir comportamentos de autocuidado e um envolvimento progressivamente menor nos cuidados de saúde, essenciais para um envelhecimento de sucesso (10,11).

As expectativas em relação ao envelhecimento reportam-se à percepção individual relativamente ao processo de envelhecimento, bem como as suas expectativas em atingir ou manter a qualidade física e mental aquando do envelhecimento. Por outras palavras, as expectativas em relação ao envelhecimento retratam as crenças que as pessoas desenvolvem ao longo da sua vida e que muitas das vezes podem representar um obstáculo à vivência de um envelhecimento saudável (12). As expectativas em relação ao envelhecimento estão intimamente relacionadas com a autoimagem de cada um, surgindo assim como um construto psicológico importante, que pode influenciar a forma como planeamos o futuro, isto é, o nosso envelhecimento (10). Estudos indicam que expectativas mais positivas relativas ao envelhecimento estão associadas, por sua vez, a comportamentos mais saudáveis e preventivos (11,13). Desta forma, a avaliação deste construto psicológico surge como um instrumento de alta importância, por permitir perceber o impacto que a autopercepção tem sobre a forma como planeamos o nosso envelhecimento. Assim surgiu a criação de uma escala que avalia exatamente as expectativas em relação ao envelhecimento (ERA-38) (10).

Consequentemente, uma vez que as expectativas em relação ao envelhecimento influenciam comportamentos de saúde e preventivos, podemos perceber que a saúde é muito mais complexa, sendo um culminar de experiências, decisões e ambientes, que vão traçando o caminho para o envelhecimento, podendo este ser o mais saudável possível ou não (2,11). O envelhecimento ativo, segundo a OMS, é um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança de forma a melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de desenvolvimento (14). Promover o envelhecimento bem-sucedido implica a pessoa idosa, com a sua identidade individual, mas também toda a sociedade no sentido de se criarem contextos, dinâmicas e expectativas que promovam a qualidade de vida, o bem-estar e capacidade funcional do indivíduo (15). O envelhecimento de sucesso trata-se de um processo que se prepara e constrói ao longo da vida (2).

Com o envelhecimento progressivo da população, há uma necessidade crescente de se promover a saúde e autonomia, numa atitude mais preventiva (2). Um dos objetivos principais da atualidade é aumentar, além do alcançado aumento da expectativa de vida, a expectativa de vida saudável (16). Por outras palavras, a população vive, atualmente, mais anos, mas com problemas de saúde (16). As doenças crónicas estão amplamente associadas a fatores de risco individuais e sociais, sendo os principais o excesso de peso, os hábitos alimentares não saudáveis, o sedentarismo, o tabagismo e alcoolismo (17). De acordo com a OMS, o tabaco é responsável por 8 milhões de mortes no mundo, sendo também responsável por inúmeras doenças relativas ao sistema circulatório, digestivo, músculo-esquelético e pulmonar, com elevada relação com cancro do pulmão, pescoço e

cabeça, pâncreas, entre outros (18,19). Verifica-se também que o álcool representa 5,3% de todas as mortes a nível mundial, sendo que o seu consumo é um fator causal para mais de 200 doenças (20). Existe também uma correlação entre o número de horas de sono e a mortalidade, sendo que dormir entre 7-8h reduz 13% do risco de mortalidade (21). A má qualidade do sono está associada a diversas doenças crónicas, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, depressão e entre outras, estando, por sua vez, associado a um envelhecimento menos saudável (22,23). O sedentarismo é responsável por 7 a 8% de todas as doenças cardiovasculares e de 5% de todos os casos de diabetes tipo 2, sendo que OMS recomenda 150 a 300 minutos por semana de atividade física aeróbica moderada a fim de reduzir 20 a 30% do risco de morte prematura (24). A obesidade é, de acordo com a OMS, responsável por 10% das mortes na Europa (25) e, em Portugal, é um dos fatores de risco com maior prevalência, verificando-se em 28,7% dos portugueses entre os 25 e 74 anos, existindo também uma forte ligação entre a obesidade e estatutos socioeconómicos baixos (17,26). De acordo com a OMS, as doenças não transmissíveis são responsáveis por 86% das mortes em Portugal (27). Em Portugal, os fatores de risco modificáveis foram responsáveis por 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura, segundo a *Global Burden of Disease*, em 2016 (17). Além do mais, em 2019, um terço de todas as mortes registadas em Portugal podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente maus hábitos alimentares, excesso de consumo de álcool e baixo nível de exercício físico (26). Verifica-se que 41% dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos possuem pelo menos uma doença crónica, uma incidência que é superior à média da União Europeia (26).

Desta forma, de acordo com a OMS, o estilo de vida saudável surge como uma ferramenta essencial para se viver com menor probabilidade de doença ou morte precoce, ajudando a atingir um “estado de bem-estar físico, mental e social” (28). Assim, um estilo de vida saudável é composto por um conjunto de comportamentos adquiridos desde cedo e que são praticados ao longo da vida, e que por sua vez contribuem continuamente para um melhor estado de saúde, tendo um impacto positivo na longevidade, aumentando a probabilidade de atingir a fase final do ciclo da vida com a maior/melhor saúde possível (29,30). A escolha de certo tipo de comportamentos, tais como não fumar, consumo moderado de álcool, uma dieta saudável, manter o peso dentro dos valores recomendados para a altura, praticar exercício físico e o dormir entre 7-8h por dia, estão associados a uma diminuição substancial da mortalidade com um conseqüente aumento da qualidade de vida (21,30,31). Sendo as doenças não transmissíveis amplamente influenciadas pelos comportamentos individuais, o estilo de vida saudável surge como uma ferramenta essencial na sua prevenção (30). Contudo, o estilo de vida saudável não é apenas o resultado de escolhas pessoais, é também

amplamente influenciado por fatores envolventes, tais como o estatuto socioeconómico, a idade e a escolaridade (32,33). É um conjunto de comportamentos que estão em constante interação com o meio social, cultural e psicossocial, influenciado drasticamente pelas oportunidades socioeconómicas do meio do qual cada um está inserido (34). Populações mais instruídas, com um estatuto socioeconómico mais elevado, tendem a ter um estilo de vida mais saudável (32,33,35). Com o envelhecimento existe uma tendência para se melhorar o estilo de vida, apesar da frequência da prática de exercício físico ter propensão para diminuir ao longo da vida. Verifica-se que em Portugal, em particular, tendencialmente, existe um aumento de peso com o avanço da idade, bem como uma diminuição da atividade física, apesar de certos comportamentos aditivos, como álcool e o tabaco, serem mais prevalentes em faixas etárias mais jovens (36). Existe também relação entre a idade, o estatuto socioeconómico e o estilo de vida, sendo que jovens com maior poder económico tendem a ter estilos de vida mais saudáveis (32). Desta forma os comportamentos saudáveis são um culminar de atributos pessoais, tais como crenças e expectativas, bem como de fatores externos, surgindo num equilíbrio entre o ser individual e o ambiente social que o rodeia (13,33).

As doenças não transmissíveis, altamente influenciadas pelo estilo de vida da pessoa, estão associadas a uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, principalmente na população idosa. Pelo facto de terem uma evolução lenta e insidiosa, têm um elevado potencial de serem prevenidas, através da mudança precoce de comportamentos não saudáveis ao longo da vida (15). Muitas das doenças associadas ao envelhecimento, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças musculoesqueléticas (tais como artrose e osteoporose), distúrbios neurológicos (como doença de Alzheimer), neoplasias malignas, doenças respiratórias crónicas, entre outras, estão muito relacionadas com o estilo de vida da pessoa ao longo do seu ciclo de vida e não exclusivamente ao processo de envelhecimento (15,31). As doenças não transmissíveis, que têm maior incidência na população idosa, estão intimamente ligadas aos comportamentos de saúde de cada indivíduo.

O envelhecimento é, portanto, um processo que deve ser planeado e acompanhado desde cedo, pois um estilo de vida saudável é um processo que se constrói ao longo da vida (2). O envelhecimento ativo inicia-se desde cedo, através de atitudes de prevenção e adoção de estilos de vida saudáveis, que otimizam o nosso potencial de saúde, contrariando o estigma associado à idade e a ideia de perda inevitável de saúde. “A saúde é um recurso da vida e não apenas um objetivo a atingir” (37), portanto, deve ser encarada como uma estratégia crucial que, não só permite ao ser humano enquanto indivíduo atingir o seu potencial máximo, como também é a chave para o funcionamento e sustentabilidade da sociedade como um todo.

O aumento da longevidade com o consequente crescimento da população idosa, coloca novos desafios à sociedade, sendo essencial a reestruturação da mesma, de modo a acompanhar a transformação que vivemos. A população idosa necessita de políticas adaptadas, que ajudem na gestão sustentável dos recursos existentes e que garantam o acesso equitativo aos serviços de saúde (2). O aumento das doenças não transmissíveis acarreta novos gastos e pressões na área da saúde, sendo de extrema importância investir em medidas preventivas que possam minimizar o impacto destas doenças não só a nível individual, como também na sociedade, promovendo a sua sustentabilidade (2,15). A solidariedade e a interdependência entre gerações é crucial, pois a qualidade de vida não depende só dos riscos a que somos expostos, mas também da forma como as gerações seguintes suportam e apoiam a população idosa (15). Estas mudanças demográficas colocam diversos setores da sociedade sob pressão, principalmente o setor da saúde. A promoção de um envelhecimento saudável é a chave para a sustentabilidade económica relativa ao setor da saúde (6). O envelhecimento é uma etapa natural do ciclo de vida do ser humano, sendo que uma vida mais longa com saúde e autonomia, é um recurso incrivelmente valioso (2,6).

Objetivos do estudo

Os objetivos deste estudo são: (1) avaliar as expectativas em relação ao envelhecimento; (2) avaliar o estilo de vida; (3) analisar as o papel das expectativas em relação ao envelhecimento como possíveis preditoras do estilo de vida, quando considerados outros preditores.

Método

Participantes

Participaram no estudo 799 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e 82 anos, com uma média de idades de 35.14 (DP= 15.680). Desses 799 participantes, 221 eram do sexo masculino (27.77%) e 578 do sexo feminino (72.3%). Relativamente ao estatuto socioeconómico, a população em estudo identificou-se maioritariamente com o nível médio (n=634; 79.3%), sendo que na restante população apenas 1.1% (n=9) considerou pertencer ao nível alto e 1.9% (n=15) ao nível baixo. No que diz respeito ao nível de escolaridade, a população em estudo possuía predominantemente a licenciatura (n=335; 41.9%) e somente 1% (n=8) tem o a 4 anos de escolaridade. A amostra em questão residia predominantemente numa zona mediantemente rural (322; 40.3%). Relativamente à situação profissional atual, 51,1% (n=408) da população encontrava-se empregado, 39.3% (n=314) era estudante, 5.5 % (n=44) era reformado e 4.1% (n=33) é trabalhador-estudante. No que diz respeito ao estado civil, mais de metade dos participantes referia ser solteiro (n=463; 57.9%), sendo que apenas 27.3% (n= 218) era casado.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=799)

Variáveis	Participantes (N=799)	
	N	%
Sexo		
Masculino	221	27.7%
Feminino	578	72.3%
Escolaridade		
0-4º ano	8	1.0%
5-9º ano	27	3.4%
10º-12º ano	223	27.9%
Bacharelato	20	2.5%
Licenciatura	335	41.9%
Mestrado	153	19.1%
Doutoramento	33	4.1%
Estado civil		
Solteiro(a)	463	57.9%
União de facto	55	6.9%
Casado(a)	218	27.3%
Divorciado(a)	42	5.3%
Viúvo(a)	11	1.4%
Outro(a)	9	1.1%
Residência		
Área predominantemente rural	178	22.3%
Área mediamente urbana	322	40.3%
Área predominantemente urbana	299	37.4%
Estatuto socioeconómico		
Baixo	15	1.9%
Médio	634	79.3%
Médio-alto	141	17.6%
Alto	9	1.1%
Situação profissional atual		
Empregado	408	51.1%
Reformado	44	5.5%
Estudante	314	39.3%
Trabalhador-estudante	33	4.1%

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído com o objetivo de caracterizar a amostra em relação ao sexo, idade, estado civil, área de residência, estatuto

socioeconómico percebido, constituição do agregado familiar e contacto frequente com pessoas idosas.

38-item Expectations Regarding Aging survey (ERA-38) (10)

A ERA-38 é uma escala composta por 38 itens que avalia as expectativas de envelhecimento dos adultos idosos, para perceber a sua influência nos comportamentos de saúde e, conseqüentemente, o impacto na qualidade de vida dos mesmos (10)

Trata-se de um instrumento composto por 10 subescalas: Saúde Geral (5 itens), Função Cognitiva (4 itens), Saúde Mental (12 itens), Independência funcional (5 itens), Função Sexual (2 itens), Dor (2 itens), Sono (2 item), Fadiga (4 itens), Incontinência Urinária (1 item) e Aparência (1 item), apresentando quatro opções de resposta: Totalmente verdadeira/Um pouco verdadeira/Um pouco falsa/Totalmente falsa, pontuadas respetivamente de 1 a 4 (10). Existe uma correlação entre as pontuações mais elevadas e a expectativa de alcançar e manter elevados níveis de funcionamento físico e mental por parte dos indivíduos durante o seu processo de envelhecimento, e por sua vez pontuações mais baixas traduzem a expectativa de um declínio progressivo ao longo do envelhecimento (10).

O estudo original de construção da escala ERA-38 demonstrou boa consistência interna e evidências de validade de conteúdo e construto, com um $\alpha=0.73$, com exceção da escala da dor. A escala ERA-38, com um tempo médio de resposta com menos de 15 minutos, é considerada um método de avaliação das expectativas em relação ao envelhecimento válido e de adequada a boa confiabilidade (10). No presente estudo, foram encontrados excelentes níveis de consistência interna para o total da ERA-38 ($\alpha = .918$; $\omega = 1.000$) e níveis pelo menos adequados de consistência interna para todas as 10 subescalas ($\alpha = .833$; $\omega = .902$). Neste estudo foram usadas as subescalas relativa à saúde geral e saúde mental em específico pela sua relação teórica com o estilo de vida.

Questionário sobre o estilo de vida (38)

Para avaliar o estilo de vida utilizaram-se 5 itens retirados do Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (QACS) (38). O QACS, constituído por 28 perguntas, avalia a percepção que a pessoa tem em relação à frequência de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente quanto ao exercício físico, nutrição, autocuidado, segurança motorizada e uso de drogas ou similares. Das 28 perguntas do questionário original, foram seleccionados itens relativos ao componente exercício físico (“Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana.”), nutrição (“Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.”), dois itens sobre o uso de drogas

ou similares (“Não bebo mais do que duas bebidas alcoólicas por dia.” e “Evito fumar.”) e sobre autocuidado (“Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado.”). A resposta aos itens é feita numa escala ordinal de 5 valores, avaliada entre o “quase sempre” num extremo da escala e “quase nunca” no outro.

Esta opção de seleção de itens em vez da aplicação do questionário total, deveu-se ao facto do estudo estar inserido no projeto “Thinking about Ageing”. Como o protocolo do estudo englobava vários instrumentos, houve necessidade de redução dos itens para que o protocolo geral do estudo não fosse exaustivo para os participantes. Após a revisão da literatura, foram identificados os comportamentos considerados essenciais para se avaliar o estilo de vida como saudável ou não: fumar, consumo de álcool, controlo do peso, atividade física e sono (21,23,30,39–44). Desta forma, selecionaram-se itens relativos a cada um dos comportamentos identificados, abrangendo-se assim os pontos fulcrais de um estilo de vida considerado saudável, com a seleção de 5 dos 28 itens do questionário original.

O estudo original da construção da QACS revelou que a correlação entre as diferentes categorias e o total do QACS é moderada a forte, apesar de a correlação entre as categorias ser baixa a moderada. Os coeficientes de consistência interna das diversas categorias apresentam valores de α entre .42 e .78, onde o total apresenta um $\alpha = .76$. Desta forma, o QACS apresentou adequada fiabilidade e também evidenciou nos estudos originais validade de conteúdo e de construto, tendo características consideradas adequadas para avaliar os comportamentos de saúde de cada indivíduo (38). Neste estudo também foram encontrados adequados níveis de consistência interna para o conjunto dos 5 itens do estilo de vida selecionados ($\alpha = .695$; $\omega = .637$). Tendo em conta o número reduzido de itens, verificou-se também a correlação média entre itens, que teve um valor adequado de .313.

Procedimentos

O presente estudo encontra-se inserido no projeto “Thinking about Ageing” (TAA) – Estudo sobre Expectativas em relação ao Envelhecimento”, que permitiu também o desenvolvimento de outras duas dissertações de mestrado da Universidade da Beira Interior. O projeto foi devidamente aprovado, a 18 de janeiro de 2022, pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2022-008).

A recolha dos dados foi feita entre fevereiro e maio de 2022. O inquérito foi construído e partilhado através de uma plataforma online, o *Google Forms* (<https://www.google.com/forms/about/>). O link dava acesso ao inquérito que possuía a seguinte estrutura: consentimento informado, questões relativas ao envelhecimento, Questionário de Expectativas sobre o Envelhecimento (ERA-38), a versão portuguesa da

University of California Los Angeles Loneliness Scale 3 (UCLA LS-3), Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), questionário sociodemográfico e profissional, e por fim questões sobre o agregado familiar, interações familiares e intergeracionais, estilo de vida e envelhecimento.

A divulgação do inquérito foi realizada através de plataformas digitais tais como o *Facebook*, *Instagram*, *Whatsapp* e *Linkedin*, e também através da rede de contactos pessoais de cada elemento pertencente a este projeto, atingindo-se assim um total de 802 respostas. Ter idade igual ou superior a 18 anos e assinar o documento de consentimento informado, foram os únicos critérios de inclusão deste estudo. A participação foi de carácter voluntário, onde o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos foram devidamente assegurados.

Análise de dados

Os dados recolhidos através da plataforma *Google Forms* foram convertidos num ficheiro do *Microsoft Office Excel*, onde se procedeu a um pré-tratamento (e.g., uniformização das respostas de itens nominais). Após este pré-tratamento, foi criada uma base de dados no IBM SPSS (*IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 28, 2021), *software* utilizado para o tratamento estatístico dos dados recolhidos e utilizados nesta Dissertação.

De forma a caracterizar a amostra e efetuar a respetiva análise descritiva dos itens, foram realizadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, e frequência). Relativamente à consistência interna de todos os instrumentos, recorreu-se ao coeficiente de alfa de Cronbach (α) e ao Ômega de McDonald (ω), o primeiro por questões de comparabilidade com outros estudos e o segundo por ser a alternativa mais adequada ao alfa de Cronbach. Valores de α e $\omega \geq .6$ foram considerados como aceitáveis (45), embora Nunnally (46) recomende pelo menos α e $\omega \geq .7$ para uma consistência interna aceitável. Contudo são preferíveis valores superiores, sendo considerada boa consistência interna valores de 0.80, e valores acima de .90 e inferiores a .95 correspondem a uma excelente consistência interna (47). Para instrumentos com menos de 10 itens foi avaliada também a correlação inter-item, onde foram considerados valores adequados entre 0.2 e 0.4 (48).

Realizou-se a avaliação da normalidade da distribuição da amostra através da análise dos valores da curtose (Ku) e assimetria (Sk), onde se constataram valores próximos de uma distribuição normal de acordo com os valores propostos por Kline (49) ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 8$), tornando os dados viáveis para uso de testes paramétricos.

Primeiramente foi realizado um estudo correlacional exploratório de forma a perceber a relação entre o estilo de vida da pessoa, as expectativas em relação ao

envelhecimento, a idade, a escolaridade e por fim o estatuto socioeconómico. O coeficiente de Pearson foi usado para variáveis escalares, o coeficiente de correlação de Pearson ponto-bisserial para as variáveis escalares e variáveis nominais dicotómicas binárias, e o coeficiente de correlação de Kendall para as variáveis ordinais. Os coeficientes de correlação em questão foram interpretados de acordo com Cohen (47,50): fraca ($r < 0.30$), moderada ($0.30 < r < 0.50$) ou forte ($r \geq 0.50$). Esta análise permitiu perceber a existência de uma associação entre as variáveis em estudo e também contribuiu para a identificação das variáveis a utilizar nas análises de regressão.

Em última instância, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla hierárquica, para se perceber a possibilidade da existência de uma contribuição única das variáveis relativas às expectativas em relação ao envelhecimento para o estilo de vida, após o controlo do efeito de outras variáveis explicativas (e.g., idade, escolaridade). Previamente às análises de regressão, verificou-se também o cumprimento dos pressupostos da regressão linear múltipla (ausência de *outliers*, normalidade, homocedasticidade e linearidade dos resíduos, ausência de multicolinearidade, existência de independência, amostra de dimensão adequada) (51).

Resultados

Na tabela 2 é apresentada a análise descritiva de cada uma das variáveis relativas ao estilo de vida e à ERA. Relativamente à análise da escala ERA-38, é possível observar que os resultados relativos ao total da mesma ($M= 86.9$; $DP= 16.534$) se encontram mais próximos de pontuações mais baixas (Min.= 43; Máx.= 145). Com a média obtida nos subdomínios da escala ERA-38, podemos perceber que o subdomínio relativo à saúde geral se encontra também mais perto de níveis inferiores da pontuação ($M= 10.43$; Min.= 5; Máx.= 20). Referente ao estilo de vida verifica-se que os valores mais baixos foram relativos ao exercício físico ($M= 2.49$) e o controlo do peso ($M= 3.07$). O estilo de vida total apresenta valores ($M= 16.57$) mais próximos do valor máximo (Min.= 5; Máx.= 25).

Tabela 2 – Análise estatística das variáveis em estudo

Variáveis	M	DP	Min.- Máx.	Sw	Ku
Estilo_vida_total	16.57	4.928	5-25	-.445	-.536
Exercício_físico	2.49	1.533	1-5	.534	-1.260
Manter_peso	3.07	1.279	1-5	-.006	-1.099
Evito_álcool	3.79	1.601	1-5	-.861	-.975
Evito_fumar	3.92	1.651	1-5	-1.015	-.815
Duração_sono	3.29	1.255	1-5	-.202	-1.000
ERA_total	86.09	16.534	43-145	.101	.154
ERA_saúde_mental	31.10	6.246	14-48	.011	-.232
ERA_saúde_geral	10.43	2.627	5-20	-.004	-.123

Correlações entre os resultados do questionário sobre o estilo de vida, ERA-38 e variáveis sociodemográficas

A tabela 3 apresenta as relações entre o estilo de vida e variáveis socioeconómicas como a idade, o estatuto socioeconómico percebido e o número de anos de escolaridade. Constatou-se uma correlação negativa e fraca entre o estilo de vida e a idade ($r = -.143$, $p < .001$). Também se observaram correlações fracas, mas positivas entre o estilo de vida e a escolaridade ($r = .182$, $p < .001$) e entre o estilo de vida e o estatuto socioeconómico percebido ($r = .121$, $p < .001$). Para além destas associações entre o estilo de vida total com estas variáveis podemos destacar da tabela 3 as associações, todas significativas, entre os itens que compõem o total do estilo de vida. Destacam-se, em particular, as correlações fortes e positivas entre fumar e beber álcool ($r = .669$, $p < .001$) e entre a prática de exercício físico e manter o peso ($r = .504$, $p < .001$).

Tabela 3 - Matriz de correlação entre variáveis sociodemográficas e o estilo de vida

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Idade	1.00								
2. ESE	.061	1.00							
3. Escolaridade	.026	.182**	1.00						
4. Estilo_vida_total	-.143**	.121**	.220**	1.00					
5. Exercício_físico	-.027	.107**	.097**	.593**	1.00				
6. Manter_peso	-.022	.116**	.119**	.656**	.504**	1.00			
7. Evito_álcool	-.204**	.015	.191**	.719**	.115**	.225**	1.00		
8. Evito_fumar	-.171**	.074*	.201**	.747**	.140**	.245**	.669**	1.00	
9. Duração_sono	-.210	.110**	.114**	.634**	.262**	.333**	.298**	.343**	1.00

** A correlação é significativa no nível 0.01

* A correlação é significativa no nível 0.05.

A tabela 4 apresenta as correlações entre o estilo de vida, a escala ERA-38 e alguns dos seus subdomínios. Relativamente ao estilo de vida total verifica-se a presença de correlações positivas e fracas com a ERA total ($r = .177, p < .001$), a ERA saúde mental ($r = .229, p < .001$), e a ERA saúde geral ($r = .119, p < .001$). Considerando os itens do estilo de vida individualmente, os resultados indicaram correlações positivas fracas entre a ERA total e o consumo de bebidas alcoólicas ($r = .180, p < .001$), bem com o fumar ($r = .119, p < .001$). Verificaram-se também correlações positivas fracas entre a ERA saúde mental e o manter o peso ($r = .120, p < .001$), com o consumo de bebidas alcoólicas ($r = .200, p < .001$) e com o fumar ($r = .157, p < .001$). Por fim, apuraram-se correlações positivas fracas entre a ERA saúde mental e o consumo de bebidas alcoólicas ($r = .139, p < .001$).

Tabela 4 - Matriz de correlação entre variáveis estilo de vida e a ERA-38

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Estilo_vida_total	1.00								
2. Exercício_físico	.593**	1,00							
3. Manter_peso	.656**	.504**	1,00						
4. Evito_álcool	.719**	.115**	.225**	1.00					
5. Evito_fumar	.747**	.140**	.245**	.699**	1.00				
6. Duração_sono	.634**	.262**	.333**	.298*	.343**	1.00			
7. ERA_total	.177**	.088**	.078*	.180**	.119*	.119**	1.00		
8. ERA_saúde_mental	.229**	.107**	.120**	.200**	.157**	.184**	.901**	1.00	
9.ERA_saúde_geral	.119**	.058	.067	.139**	.082*	.042	.822**	.644**	1.00

** A correlação é significativa no nível 0.01

* A correlação é significativa no nível 0.05

Modelo de regressão linear múltipla hierárquica para o estilo de vida

Primeiramente, constatou-se que o modelo com o estatuto socioeconómico, idade e escolaridade como variáveis predictoras, explica 7,9% das variâncias do estilo de vida. Seguidamente, ao adicionar a variável ERA total ao modelo, verificou-se um aumento do poder explicativo de 0,9% para um total de 8,8% (cf., Tabela 5).

Tabela 5 - Sumário do modelo de regressão linear múltipla hierárquica para o estilo de vida^c

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Erro padrão	Estatísticas referentes à mudança no modelo		
					Mudança de R ²	Mudança de F	p (relativo a mudança de F)
1	.281 ^a	.079	.075	4.736	.079	22.659	<.001
2	.297 ^b	.088	.084	4.714	.010	8.463	.004

^a Predictores: (Constante), ESE, idade e escolaridade

^b Predictores: (Constante), ESE, idade e escolaridade e ERA total.

^c Variável dependente: variável compósita de estilo de vida.

Constatou-se também que a variável ERA total permanece como preditora significativa do estilo de vida, mesmo quando consideradas no modelo as restantes variáveis predictoras: o estatuto socioeconómico, a idade e a escolaridade [$\Delta R^2 = .010$, $\Delta F(x) = 8.463$, $p = .004$].

Desta forma, o modelo de regressão final relativo ao estilo de vida (cf. Tabela 6) tem como preditores significativos a variável estatuto socioeconómico percebido ($\beta = .095$, $p = .006$), a escolaridade ($\beta = .190$, $p < .001$), a idade ($\beta = -.113$, $p = .002$) e a ERA total ($\beta = .108$, $p < .004$).

Tabela 6 - Coeficientes de regressão para o estilo de vida ^a

Modelo 2	Coeficientes não estandardizados		Coeficientes estandardizados	T	p	Estatísticas de colinearidade	
	B	Erro padrão da estimativa	Beta			Tolerância	VIF
Constante	9,002	1,550		5.846	<.001**		
Idade	-.035	.012	-.113	-3.071	.002	.848	1.179
Escolaridade	.706	.130	.190	5.444	<.001**	.941	1.063
ESE	.898	.327	.095	2.750	.006	.963	1.038
ERA total	.032	.011	.108	2.909	.004	.833	1.200

^a Variável dependente: variável compósita de estilo de vida.

Discussão

Este estudo analisou a forma como as expectativas em relação envelhecimento podem influenciar o estilo de vida da pessoa. Os resultados obtidos indicam uma predição causal hipotética, com valor estatístico significativo, entre estas duas variáveis.

Os resultados obtidos, permitem perceber que o estilo de vida dos participantes do estudo é influenciado negativamente pela idade, isto é, pessoas com mais idade tendem a relatar um estilo de vida menos saudável. Os resultados indicam, assim, que as pessoas ao se aproximarem do envelhecimento adotam comportamentos menos saudáveis, constatando-se uma tendência progressiva para aquisição de comportamentos não saudáveis ao longo da vida, provavelmente devido a um conformismo pela inevitabilidade do envelhecimento, e por associarem o mesmo à presença inevitável de doença. Contudo, Cockerham (32), pelo contrário, verificou que com a idade as pessoas tendem a adotar estilos de vida mais saudáveis, apesar de certo tipo de atividades, como a prática de exercício físico, diminuírem gradualmente ao longo da vida. Por outro lado, os resultados obtidos podem traduzir diferenças entre as diferentes gerações/grupos etários que participaram no estudo, onde pessoas mais jovens tendem a ter um estilo de vida mais saudável. Esta tendência poderá resultar do aumento de escolaridades das gerações e, também, uma consequência do investimento atual na literacia em saúde, estando assim os mais jovens mais consciencializados relativamente aos benefícios de um estilo de vida saudável.

No que concerne à escolaridade, na amostra em estudo observou-se a existência de uma influência positiva no estilo de vida. Isto é, percebeu-se que, pelo facto de um indivíduo possuir potencialmente mais conhecimento geral, e possivelmente também sobre saúde, adquire uma tendência para possuir comportamentos considerados mais saudáveis. Estes resultados estão de acordo, por exemplo, com o referido por Mirowsky e Ross (35), que afirmam que a educação é um recurso essencial de capacitação e que por sua vez, encoraja as pessoas a terem uma vida mais saudável. Contudo, Arcaya e colaboradores (52), afirmam que a relação entre a educação e a saúde não é linear, isto é, efetivamente pessoas que não completaram o ensino secundário, quando comparadas com aquelas que o terminaram, apresentam piores níveis de saúde. Porém, o mesmo não se pode afirmar entre pessoas com ensino superior e o nível secundário, pois pessoas do ensino superior não tendem a ter melhores níveis de saúde quando comparadas com indivíduos do secundário. Surge assim uma dicotomia entre baixos e altos níveis de educação, e não propriamente um gradiente, e perceber a divisão entre estes dois níveis é essencial no tipo de estratégias a adotar numa população em particular. A educação em saúde surge como uma ferramenta essencial na compreensão e adoção de certos comportamentos em saúde. Com este estudo, reforça-se, assim, a necessidade de se

apostar na literacia em saúde, capacitando as pessoas para adquirirem comportamentos preventivos que as ajudem a alcançar melhores estados de saúde.

Relativamente ao estatuto socioeconómico, apurou-se também uma influência positiva no estilo de vida. Estilos de vida mais saudáveis estão, por sua vez, associados a estatutos socioeconómicos mais elevados, na amostra em questão. Estes achados estão em concordância com Cockerham (32), que afirma que classes tendencialmente mais elevadas têm um estilo de vida melhor, não só por terem recursos económicos que as permitem ter certos comportamentos mais saudáveis, tais como desportos de lazer e dietas de melhor qualidade, como também têm um acesso mais facilitado aos cuidados de saúde. Nesta mesma linha de pensamento, de acordo com Barreto (53) países mais pobres apresentam por sua vez piores condições de saúde, e quando implementadas políticas que melhorem as condições económicas e que promovam a proteção social, ocorre no geral um impacto positivo na saúde da população. Sudore e colaboradores (54), encontraram uma associação também entre baixos níveis de literacia nos idosos e um aumento na desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, com uma pior gestão de comorbidades e conseqüentemente uma diminuição dos resultados em saúde. Em Espanha foi realizada também uma investigação, que concluiu que quando reduzidas as desigualdades em saúde, através da literacia e do melhoramento do acesso aos cuidados de saúde, em doentes com diabetes tipo 2 com um estatuto socioeconómico mais baixo, havia uma diminuição conseqüente do risco cardiovascular, atingindo-se níveis sobreponíveis à população com contextos sociais mais favoráveis (55). Há então um fator importante que ultrapassa a conduta individual, um fator político como mediador das desigualdades em saúde, que em conjunto com a economia, atuam em sinergia tanto na diminuição ou no aumento das diferenças sociais. A presença de comportamentos considerados saudáveis estão dependentes de muitos mais fatores além da decisão individual e isolada de cada um. Um estilo de vida, saudável ou não, é em parte uma projeção do contexto social e económico no qual estamos inseridos. Uma alimentação mais saudável ou a prática de exercício físico ou o consumo de álcool, não depende só da pessoa como ser individual, mas também do meio que a rodeia. Investir no contexto socioeconómico, gerando ambientes que impulsionem o desenvolvimento de comportamento mais saudáveis, é também investir em saúde. Tal como Cockerham (32) refere, um estilo de vida saudável está inserido num contexto de potenciais oportunidades e desvantagens. Tal como a OMS (56) declara, para se travar este processo de transmissão de pobreza e desigualdades de geração em geração, é urgente transformar os ambientes tornando-os por si só mais saudáveis e seguros. Pessoas com menor escolaridade, tendem a estar inseridas em contextos socioeconómicos mais desfavorecidos, gerando-se um ciclo vicioso que perpetua as desigualdades em saúde.

Reduzir as desigualdades em saúde, é permitir um acesso equitativo aos recursos que podem ajudar a pessoa ter atitudes promotoras de saúde, promovendo a proteção social ao longo da vida, principalmente daqueles que nascem em condições por si só desfavoráveis e que tendencialmente tendem a viver neste mesmo ciclo de desigualdades. Investir em literacia, por meio de políticas públicas, é permitir o empoderamento das pessoas com ferramentas úteis, que as ajudam a sair deste ciclo vicioso, permitindo o acesso à informação que as poderá ajudar a fazer escolhas mais saudáveis (57).

Por fim, tendo sido um dos principais objetivos do estudo, constatou-se que expectativas mais positivas em relação ao envelhecimento estão associadas, por sua vez, a estilos de vida tendencialmente mais saudáveis. Indivíduos com uma percepção mais positiva relativamente ao envelhecimento, tendem a adotar comportamentos mais preventivos em saúde, o que corrobora Levy e colaboradores (11). Um conhecimento realista sobre o processo de envelhecimento, que admite as potenciais perdas associadas à idade e a necessidade de adaptação durante esta mesma fase, pode impulsionar comportamentos mais saudáveis. Perceber os medos e mitos das pessoas relativamente ao envelhecimento, é o primeiro passo para a elaboração de um plano mais direcionado, ajudando a população a atingir um envelhecimento saudável. A avaliação das expectativas relativas ao envelhecimento de cada um, pode assim surgir como uma ferramenta que auxilie na construção de políticas de saúde pública, com o intuito final de se criarem medidas efetivas de prevenção e literacia para a população.

Constatou-se também que, que o modelo criado tendo em conta a escolaridade, idade, estatuto socioeconómico e expectativas em relação ao envelhecimento, apenas explica 8,8% do estilo de vida. Isto leva-nos a pensar que existem múltiplos fatores que podem explicar o tipo de estilo de vida que possuímos. Numa perspetiva mais social, de acordo com Cockerham (32), o estilo de vida é a junção de um conjunto de oportunidades e de escolhas. De acordo com Emirbayer and Mische (58), as escolhas feitas diariamente, que podem influenciar também os comportamentos em saúde, estão inseridas num processo que envolve tanto a pessoa passada, com toda a sua bagagem e experiência, bem como a sua idealização futura, definindo assim o seu curso de ação. Por outro lado, as oportunidades, na perspetiva de Bauman (59), estão condicionadas pela disponibilidade de opções e pelas regras e normas sociais. De acordo com Madeira e colaboradores (60), uma série de teóricos consideram o estilo de vida como um *habitus*, isto é, é fruto de uma relação complexa entre o indivíduo e o coletivo, que gera práticas integradas num todo e socialmente aceites. Assim percebemos que existem uma imensidade de variedade de fatores, desde religiosos, políticos, tradicionais e históricos, que criam um ambiente que condiciona por sua vez a conduta de cada um. Perceber o estilo de vida e todos os seus fatores, é também perceber a trajetória social de cada um, bem como a trajetória histórica

do meio onde estamos inseridos. Tal como Arcaya e colaboradores afirmam (52), a trajetória de cada um influencia o tipo de comportamentos ao longo da vida, e que hábitos adquiridos desde cedo na infância podem prever as escolhas feitas ao longo da vida que influenciam por sua vez a saúde do mesmo. A investigação em saúde, principalmente no campo do estilo de vida, tende a encarar os comportamentos como fatores individuais que, segundo Madeira e colaboradores (60), ajudam na criação de narrativas que culpabilizam o indivíduo pelos seus comportamentos, esquecendo-se desta forma da componente estrutural coletiva das decisões de cada um. Avaliar o estilo de vida forma individual também limita a compreensão do mesmo, privando possíveis soluções para comportamentos não saudáveis. Não se pode encarar certos comportamentos somente como potenciais fatores de risco, deve-se encará-los como um ato que é reproduzido numa sociedade, movido pela tradição e cultura. Percebemos assim o enorme poder que programas e políticas promotoras de saúde têm sobre alterações de comportamentos. Esses programas não só promovem a literacia em saúde, como impulsionam mudanças no tecido estrutural da sociedade, promovendo o seu empoderamento, mudando mentalidades e ideias preconcebidas que vão sendo normalizadas ao longo do tempo. Mudanças efetivas de certos comportamentos não saudáveis, são possivelmente mais efetivas quando envolvem a sociedade como um todo, sempre em conjunto com uma abordagem mais individual direcionada.

Conclusão

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a relação entre as expectativas em relação ao envelhecimento e o estilo de vida, concluindo-se que expectativas relativas ao envelhecimento mais positivas estão associadas a estilos de vida considerados mais saudáveis.

Atualmente, na literatura encontrada, esta área possui pouca investigação, destacando-se o caráter inovador deste estudo, existindo assim a possibilidade de se desenvolver uma linha de investigação. Os resultados obtidos mostram a possível influência que as expectativas sobre envelhecimento possuem sobre o estilo de vida de cada um, sugerindo um novo vetor de investigação que pode ajudar na promoção de comportamentos saudáveis.

Com o crescente envelhecimento das populações, associado a um aumento das doenças não transmissíveis, torna-se cada vez mais urgente estudar novas formas que possam promover um envelhecimento mais saudável. O estilo de vida saudável é o conjunto de comportamentos que se adquirem desde cedo e continuamente, e que influenciam o processo de envelhecimento, sendo assim crucial planejar o envelhecimento atempadamente. Futuramente, a partir deste estudo, poderão desenvolver-se novos projetos visando explorar melhor esta relação, desenhando-se novas estratégias de políticas de saúde públicas com o objetivo de se proporcionarem melhores condições para um envelhecimento bem-sucedido e um melhor planeamento do mesmo.

Porém, o presente estudo apresenta limitações importantes, nomeadamente na avaliação do estilo de vida. O questionário utilizado avalia a percepção de cada um relativamente aos seus comportamentos, correspondendo assim, a uma avaliação subjetiva do estilo de vida. Além do mais, pelo número reduzido de questões utilizadas, a avaliação está também limitada, pois não são abordados todos os eixos do estilo de vida. De facto, inicialmente, ponderou-se a utilização de um instrumento mais completo para avaliação do estilo de vida, mas dada a extensão do mesmo, optou-se por um método mais simples e intuitivo. Outra importante limitação é o facto de se tratar de uma amostra de conveniência, maioritariamente composta por jovens e estudantes, apesar de abranger as várias idades. A razão pela qual a amostra é maioritariamente jovem, pode ser justificada em parte pelo facto de a recolha ter sido *online*, uma vez que geralmente a população mais idosa não possui tanta acessibilidade à internet.

A forma como nos projetamos como idosos, as expectativas que criamos relativamente ao envelhecimento, dita em parte o tipo de comportamento que adotamos ao longo da vida. O envelhecimento é um processo que começa desde cedo, e a forma como envelhecemos é um culminar de decisões e hábitos que se iniciam desde que

nascemos. A melhor forma de planejar o nosso envelhecimento é estar consciente da realidade do mesmo, percebendo os seus ganhos e perdas de forma realista. O envelhecimento deve ser encarado como uma oportunidade de se viver com saúde e autonomia, porque poder-se viver mais é um dos grandes adventos dos nossos tempos.

Referências Bibliográficas

1. ONU Portugal. Envelhecimento. Nações Unidas. 2019.
2. Direção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas C e G. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas [Internet]. Direção-Geral da Saúde, editor. Lisboa; 2006. Available from: <https://nutrimento.pt/noticias/oms-publicou- hoje-o-who-european-regional-obesity-report-2022/>
3. World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 2022.
4. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020 Sep; 139:6–11.
5. I.N.E. Indicadores de envelhecimento [Internet]. PORDATA. 2022 Jun. Available from: <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indica dores+de+envelhecimento-526>
6. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. 2015. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>
7. Teater B, Chonody JM. How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2020 Dec 28;91(4):599–625.
8. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2014 Nov 26;21(4):835–8.
9. Keller ML, Leventhal H, Prohaska TR, Leventhal EA. Beliefs about aging and illness in a community sample. *Res Nurs Health*. 1989 Aug;12(4):247–55.
10. Sarkisian CA, Hays RD, Berry S, Mangione CM. Development, Reliability, and Validity of the Expectations Regarding Aging (ERA-38) Survey. *Gerontologist*. 2002 Aug 1;42(4):534–42.
11. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Prev Med (Baltim)*. 2004 Sep;39(3):625–9.
12. Joshi VD, Malhotra R, Lim JFY, Østbye T, Wong M. Validity and reliability of the expectations regarding aging (ERA-12) instrument among middle-aged Singaporeans. *Ann Acad Med Singap*. 2010 May;39(5):394–8.
13. Weltzien M. A Lifespan Portrait of Aging Expectations and Health Behaviors. *Journal of Undergraduate Research X*. 2007.

14. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. World Health Organization. 2002.
15. Direção-Geral da Saúde. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa; 2017.
16. IHME. The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic [Internet]. IHME. 2020. Available from: <https://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>
17. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde. Portugal; 2018.
18. World Health Organization. Tobacco [Internet]. World Health Organization. 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
19. Larsson SC, Burgess S. Appraising the causal role of smoking in multiple diseases: A systematic review and meta-analysis of Mendelian randomization studies. *EBioMedicine*. 2022 Aug; 82:104154.
20. Organização Pan-Americana de Saúde. Álcool [Internet]. 2020. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>
21. Fernández-Ballesteros R, Valeriano-Lorenzo E, Sánchez-Izquierdo M, Botella J. Behavioral Lifestyles and Survival: A Meta-Analysis. *Front Psychol*. 2022 Feb 4;12.
22. Ravyts SG, Dzierzewski JM. Sleep and Healthy Aging: A Systematic Review and Path Forward. *Clin Gerontol*. 2022 Apr 21;1–13.
23. Housman J, Dorman S. The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *Am J Health Educ*. 2005 Oct 25;36(5):302–8.
24. World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva; 2022.
25. Promoção da Alimentação Saudável. OMS publicou hoje o WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. Direção-Geral da Saúde. 2022. Available from: <https://nutrimento.pt/noticias/oms-publicou-hoje-o-who-european-regional-obesity-report-2022/>
26. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE,. 2021.
27. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. World Health Organization. Geneva; 2018.
28. World Health Organization. What is a healthy lifestyle? Regional Office for Europe Copenhagen; 2002 Jul.

29. Fernández-Ballesteros R, Valeriano-Lorenzo E, Sánchez-Izquierdo M, Botella J. Behavioral Lifestyles and Survival: A Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2022 Feb 4;12.
30. Friedman SM. Lifestyle (Medicine) and Healthy Aging. *Clin Geriatr Med.* 2020 Nov;36(4):645–53.
31. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nursing Standard.* 2011 Jan 12;25(19):43–9.
32. Cockerham WC. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *J Health Soc Behav.* 2005 Mar 23;46(1):51–67.
33. Wang J, Geng L. Effects of Socioeconomic Status on Physical and Psychological Health: Lifestyle as a Mediator. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jan 20;16(2):281.
34. Frohlich KL, Corin E, Potvin L. A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociol Health Illn.* 2001;23(6):776–97.
35. Mirowsky J, Ross CE. Education, cumulative advantage, and health. *Ageing Int.* 2005 Dec;30(1):27–62.
36. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Direção-Geral da Saúde, editor. 2022.
37. Organisation mondiale de la Santé. Glossaire de la promotion de la santé. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. Genève; 1998.
38. Pais-Ribeiro J. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica.* 2012 Dec 2;22(2):387–97.
39. Fukunaga A, Inoue Y, Chandraratne N, Yamaguchi M, Kuwahara K, Indrawansa S, et al. Healthy lifestyle index and its association with hypertension among community adults in Sri Lanka: A cross-sectional study. *PLoS One.* 2020 Jan 10;15(1):e0226773.
40. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, et al. Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation.* 2018 Jul 24;138(4):345–55.
41. Leong TI, Weiland TJ, Jelinek GA, Simpson S, Brown CR, Neate SL, et al. Longitudinal Associations of the Healthy Lifestyle Index Score With Quality of Life in People With Multiple Sclerosis: A Prospective Cohort Study. *Front Neurol.* 2018 Nov 2;9.

42. Jacob ME, Yee LM, Diehr PH, Arnold AM, Thielke SM, Chaves PHM, et al. Can a Healthy Lifestyle Compress the Disabled Period in Older Adults? *J Am Geriatr Soc.* 2016 Oct;64(10):1952–61.
43. Jacob ME, Yee LM, Diehr PH, Arnold AM, Thielke SM, Chaves PHM, et al. Can a Healthy Lifestyle Compress the Disabled Period in Older Adults? *J Am Geriatr Soc.* 2016 Oct;64(10):1952–61.
44. Øvrum A, Gustavsen GW, Rickertsen K. Age and socioeconomic inequalities in health: Examining the role of lifestyle choices. *Adv Life Course Res.* 2014 Mar; 19:1–13.
45. George Darren, Mallery Paul. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference, 11.0 update.* 4^a. Allyn & Bacon, editor. 2003.
46. Nunnally JC, Nunnally JC. *Psychometric Theory.* McGraw-Hill, editor. 1978.
47. Julie Pallant. *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows (4rd ed.).* 4.^a ed. Open University Press, editor. 2010.
48. Briggs SR, Cheek JM. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *J Pers.* 1986 Mar;54(1):106–48.
49. Rex B. Kline. *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* 4.^a ed. Guilford Publications., editor. 2015.
50. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* In: Lawrence Earlbaum Associates, editor. 2^a ed. 1988. p. 78–81.
51. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics.* 5th ed. Allyn & Bacon/Pearson Education, editor. 2007.
52. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015 Dec 24;8(1):27106.
53. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet.* 2017 Jul;22(7):2097–108.
54. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *J Am Geriatr Soc.* 2006 May;54(5):770–6.
55. Barrios Quinta AM, Morilla Romero de la Osa R, Bueno Ferrán M. Reducing health inequalities among most disadvantaged type 2 diabetes patients: A cross-sectional exploratory pilot study. *Journal of Nursing Scholarship.* 2022 Nov 12;54(6):668–77.
56. Organização Mundial da Saúde. *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.* Portugal; 2010.

57. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. 2021 Apr 1;42(1):159–73.
58. Emirbayer M, Mische A. What Is Agency? *American Journal of Sociology*. 1998 Jan;103(4):962–1023.
59. Bauman Z. *Intimations of Postmodernity*. London: Routledge; 1992.
60. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde e Sociedade*. 2018 Jan;27(1):106–15.