



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
Universidade Nova de Lisboa



AS IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E AS PRÁTICAS IDADISTAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Implicações na Actividade Física dos Idosos

Ana Patrícia Figueira Costa

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Envelhecimento

Orientador:

Professor Doutor Pedro Machado dos Santos

Co-Orientador:

Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira

Julho, 2014



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Universidade Nova de Lisboa



AS IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E AS PRÁTICAS IDADISTAS EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: Implicações na Actividade Física dos Idosos

Ana Patrícia Figueira Costa

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde e Envelhecimento

Orientador:

Professor Doutor Pedro Machado dos Santos
Universidade Lusófona do Porto

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) –
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Co-Orientador:

Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Julho, 2014

***“Enquanto estiver vivo, sinta-se vivo.
Se sentir saudades do que fazia, volte a fazê-lo.
Não viva de fotografias amareladas...
Continue, quando todos esperam que desista.
Não deixe que enferruje o ferro que existe em si.
Faça com que em vez de pena, tenham respeito por si.
Quando não conseguir correr atrás dos anos, trote.
Quando não conseguir trotar, caminhe.
Quando não conseguir caminhar, use uma bengala.
Mas nunca se detenha.”***

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que directa ou indirectamente me acompanharam e que com a sua ajuda e apoio tornaram a realização deste trabalho possível.

Dedico os meus agradecimentos a diversos profissionais envolvidos, amigos e familiares, cuja cooperação e encorajamento tornaram-se essenciais para que nunca desistisse deste Trabalho, mesmo quando as dificuldades se faziam sentir.

À Professora Doutora Amália Botelho, pelo incentivo e apoio que foi dado ao longo de todo o Mestrado.

Ao Professor Doutor Pedro Machado dos Santos e ao Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira, por terem aceitado orientar este Trabalho e cujo esforço foi incansável, tendo estimulado a discussão e reflexão ao longo de muitos meses. Agradeço a sabedoria, o apoio, bem como a disponibilidade demonstradas, que contribuíram para a minha motivação e empenho.

À Directora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria, Dra. Paula Rodrigues, que autorizou e facilitou a realização do estudo nas Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo.

À Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade do Cartaxo, Dra. Corina Freire, pelo apoio e flexibilidade na utilização do seu gabinete, para a realização das entrevistas.

Aos utentes das Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo, que participaram na realização do estudo e sem os quais seria impossível a realização deste trabalho.

À minha Família, pelo apoio, carinho, amizade e encorajamento constantes, que me acompanharam durante todo este processo.

Obrigado por me terem apoiado na concretização deste Trabalho, que teve uma duração longa, mas que foi muito positivo, por tudo aquilo que me permitiu desenvolver. Apesar das dificuldades encontradas, sem elas, não seria possível a aprendizagem e experiência adquiridas. Um muito obrigado sincero!

RESUMO

O envelhecimento demográfico tem vindo a aumentar em todo o mundo. Porém, constata-se que os últimos anos de vida são, frequentemente, acompanhados de situações de incapacidade que poderiam ter sido prevenidas. Apesar da importância da actividade física na saúde, verifica-se que uma grande proporção de idosos são sedentários, aumentando o risco de incapacidade. Os profissionais de saúde podem ser influenciados por imagens negativas relativas ao envelhecimento. Tal pode conduzir a práticas de discriminação, com repercussão na forma como os idosos se vêem a si próprios e, conseqüentemente, no seu comportamento na prática de actividade física.

Este estudo tem como objectivo analisar o modo como as imagens do envelhecimento e dos idosos, bem como as práticas idadistas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde influenciam a sua prática de actividade física. Realizou-se um estudo qualitativo, com recurso à entrevista semi-estruturada e de associação livre das palavras, sendo entrevistados 18 utentes que recorreram a um Centro de Saúde.

Pelos resultados, constatou-se que uma parte considerável dos participantes ($n=8$) mencionou que a forma como são vistos pelos profissionais de saúde e como estes lidam consigo influencia a sua prática de actividade física. A imagem mais referida como favorecendo esta prática foi o facto de se considerarem pessoas com vontade de viver. Como principal prática favorecedora identificou-se o aconselhamento/educação para a saúde. A imagem mais mencionada como dificultando a actividade física foi a de os idosos serem deprimidos/tristes/aborrecidos e rabugentos/teimosos. As práticas mais identificadas como dificultando a actividade física foram: o desinteresse face aos problemas de saúde; o não encaminhamento para intervenções adequadas às necessidades; a indicação de que o problema de saúde é devido à idade, não o sendo; a postura autoritária em que só o profissional decide a opção terapêutica; e a verbalização de que o utente já tem muita idade para realizar uma actividade. Conclui-se que as imagens negativas do envelhecimento e dos idosos bem como a existência de práticas idadistas por parte dos profissionais de saúde, condicionam de forma negativa a prática de actividade física nos idosos.

Palavras-chave: Imagens, envelhecimento, idosos, idadismo, profissionais de saúde, cuidados de saúde primários, actividade física.

ABSTRACT

The aging population has been increasing around the world. However, it appears that the last years of life are often accompanied by situations of disability, which could have been prevented. Despite the importance of physical activity on health, it appears that a large proportion of elderly people are sedentary, increasing the risk of disability. Health professionals may be influenced by negative images related to aging and that may lead to discriminatory practices with repercussion in how older people see themselves and thus their behavior as related to physical activity.

This study aims to examine how the images concerning aging and older people, as well as ageist practices perceived by older people in contact with health professionals, do influence their physical activity. A qualitative study was conducted using a semi-structured interview and techniques of free word association. Eighteen primary care elderly users were interviewed.

A considerable proportion of the sample ($n=8$) mentioned that the way health professionals see them and deal with them influences their level of physical activity. The image that most favoured this practice was that people are willing to live. Counseling/health education was identified as the main favouring practice. The image which was most often mentioned as hindering physical activity was that of elderly as being depressed, sad or bored, and grumpy or stubborn. The practices most often identified as hindering physical activity were: lack of interest regarding health problems; non-referral to appropriate intervention needs; indicating that the health problem is due to age, not being the case; authoritarian professional attitudes regarding who decides the treatment options; verbalization that the user is already too old to perform an activity. This study concludes that the negative images of aging and older people as well the existence of ageist practices by health professionals negatively affect the practice of physical activity in the elderly.

Key Words: Images, aging, elderly, ageism, health professionals, primary health care, physical activity.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	3
2. ACTIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO ACTIVO.....	5
2.1 FACTORES DE ADEÇÃO E BARREIRA À ACTIVIDADE FÍSICA.....	7
3. IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ENVELHECIMENTO...	9
3.1 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	10
4. IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E AS PRÁTICAS IDADISTAS DOS	
PROFISSIONAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NA ACTIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS...	12
4.1 IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E IDOSOS.....	12
4.1.1 Representações sociais, Estereótipos, Mitos e Crenças.....	13
4.1.2 Factores preditivos das Imagens.....	16
4.2 IDADISMO.....	17
4.2.1 Factores preditivos de Discriminação e Preconceito.....	19
4.3 IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E PRÁTICAS IDADISTAS DOS PROFISSIONAIS DE	
SAÚDE.....	23
4.4 IMPACTO DAS IMAGENS E PRÁTICAS NA ACTIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS.....	26
PARTE II	
METODOLOGIA.....	30
5. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	30
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	30
5.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO.....	31
5.2.1 Unidades Prestadoras de Cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo.	32
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	33
5.4 SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	33
5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	33
5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	36
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	37
6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	38
7. IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E IDOSOS.....	40
8. PRÁTICAS IDADISTAS.....	61
9. FACTORES (IMAGENS/PRÁTICAS) QUE FAVORECEM A PRÁTICA DE ACTIVIDADE	
FÍSICA.....	65

10. FACTORES (IMAGENS/PRÁTICAS) QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA.....	76
CONCLUSÕES.....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
APÊNDICES.....	100
APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO DO ACES LEZÍRIA	101
APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DO ACES LEZÍRIA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO.....	105
APÊNDICE III – PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO ENTREVISTADO.....	107
APÊNDICE IV – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO.....	109
APÊNDICE V – TABELAS DE FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIA DOS ESTÍMULOS “A PALAVRA ENVELHECIMENTO FAZ PENSAR EM...”, “A PALAVRA IDOSOS FAZ PENSAR EM...”, “A ABORDAGEM AOS IDOSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE É...”, “A ACTIVIDADE FÍSICA AO LONGO DA VIDA É...”, “A ACTIVIDADE FÍSICA NOS IDOSOS É...”.....	117
APÊNDICE VI – REGISTO DE RESULTADOS – FIGURAS RELATIVAS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	123
APÊNDICE VII – REGISTO DE RESULTADOS – QUADROS DE ANÁLISE RELATIVOS ÀS ENTREVISTAS.....	131

ÍNDICE DE ESQUEMAS	Pág.
Esquema 1 – Mapa Conceptual da problemática em estudo.....	28

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro 1 – Distribuição dos participantes por grupo etário/género.....	38
Quadro 2 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com o processo de envelhecimento?”.....	40
Quadro 3 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com os idosos?”.....	42
Quadro 4 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com a saúde dos idosos?”.....	43
Quadro 5 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam consigo?”.....	44

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSM - *American College of Sports Medicine Guidelines*
AHAG - *American Heart Association Guidelines*
AVD – Actividades da Vida Diária
AIVD's – Actividades Instrumentais da Vida Diária
ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
Cat. - Categorias
CES – Conselho Económico e Social de Portugal
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral da Saúde
ERS – Entidade Reguladora de Saúde
ESS - *European Social Survey*
INE- Instituto Nacional de Estatística
OMS – Organização Mundial de Saúde
RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
SNS – Serviço Nacional de Saúde
Subcat. - Subcategorias
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
WHO – *World Health Organization*

INTRODUÇÃO

Os contínuos desenvolvimentos conseguidos no campo da Medicina e da Tecnologia têm conduzido ao aumento da esperança de vida e contribuído para o envelhecimento demográfico. No entanto, apesar dos enormes progressos das ciências da saúde, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus, mostrando que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, frequentemente, relacionadas com situações susceptíveis de prevenção (DGS, 2004).

A inactividade física surge como um dos factores mais importantes de incapacidade física nos idosos (Fielding *et al.*, 2011). Por sua vez, a actividade física regular tem sido considerada como um dos factores que melhor permite contrariar estas situações de fragilidade e incapacidade (Van Praag, 2009; Wurm *et al.*, 2010; Liu & Fielding, 2011) e que mais consistentemente prediz um envelhecimento saudável (Araújo, 2011; Baert *et al.*, 2011; Ramalho *et al.*, 2011). A investigação científica tem permitido evidenciar os benefícios da actividade física moderada e regular para a protecção da saúde e prevenção da doença (Santos *et al.*, 2011), sendo os benefícios da actividade física regular para a saúde, claros e relevantes em qualquer idade (Bennett e Winters-Stone, 2011). Apesar dos benefícios da actividade física estarem reconhecidos, esta tende a diminuir com o aumento da idade, sendo a taxa de inactividade maior em pessoas com mais de 65 anos (Faria e Marinho, 2004).

Desta forma, a promoção da actividade física nos escalões etários mais velhos revela-se uma necessidade premente. O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde é um marco muito importante para a mudança de atitude por parte dos idosos para que pratiquem actividade física (Amorim e Abreu, 2010).

Constata-se também que as manifestações de envelhecimento são percebidas de forma diferente pelos indivíduos (Jentoft, 1999) e em função da idade são atribuídas novas normas, posições, oportunidades ou restrições (Atchley & Barusch, 2004). As percepções que existem documentadas sobre o envelhecimento e os idosos são fundamentalmente estrangeiras, existindo muito pouca literatura portuguesa e apesar de se verificar que na maioria, os idosos são percebidos com preconceito e discriminação, não há consenso na literatura sobre aquilo que se percebe. Além disso, destas imagens, surgem práticas idadistas¹, que são práticas de estereotipação e discriminação sistemáticas baseadas na idade. O estudo do idadismo na Europa é

¹ A palavra idadismo é um neologismo recente na língua portuguesa e que pretende traduzir o termo original em inglês "ageism". O idadismo é definido como um processo de estereotipação sistemática e discriminação contra os idosos por causa da sua idade (Butler, 1995; cit. por Stone e McMinn, 2012).

recente e Portugal insere-se no conjunto dos países europeus onde se desconhece a abrangência deste tipo de atitudes (Marques *et al.*, 2010).

Através da revisão da literatura é possível constatar a importância reconhecida da prática de actividade física na população em geral e nomeadamente quando se é idoso, bem como a importância que os profissionais de saúde têm na promoção da saúde. No entanto, a investigação sobre esta problemática está pouco desenvolvida, nomeadamente quando se procuram estudos que possibilitem compreender se as imagens percebidas pelos idosos sobre o envelhecimento no contacto com os profissionais de saúde, bem como as práticas idadistas identificadas no contexto de Cuidados de Saúde Primários influenciam a sua prática de actividade física. De facto, o campo do envelhecimento humano debate-se presentemente com a falta de modelos que permitam descrever e explicar como o funcionamento bio-comportamental e psicossocial interagem à medida que os indivíduos envelhecem (Schroots *et al.*, 1999; cit. por Fonseca, 2006). As imagens e práticas percebidas pelos idosos no contacto com os profissionais de saúde são muito importantes, pois a forma como se vê o outro pode influenciar a forma como os idosos se vêem a si próprios e influenciar o seu comportamento na prática de actividade física. E efectivamente, as percepções dos idosos acerca da imagem que têm na sociedade no seio do seu grupo permanece em parte por esclarecer (Macia *et al.*, 2009). Surgem assim questões por esclarecer, nomeadamente de que forma as imagens e práticas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde favorecem ou dificultam a sua prática de actividade física? Através deste estudo de investigação pretendeu-se analisar o modo como as imagens do envelhecimento e dos idosos bem como as práticas idadistas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde que exercem funções nos Cuidados de Saúde Primários influenciam a sua prática de actividade física.

Este relatório foi subdividido em partes, as quais se passam a referir:

- Enquadramento Teórico – que pretende enquadrar o tema em estudo, o envelhecimento demográfico, o processo de envelhecimento, a actividade física em contexto de envelhecimento activo, as imagens do envelhecimento, o idadismo, e o impacto das imagens do envelhecimento e das práticas idadistas na actividade física dos idosos.
- Metodologia – inclui o método e tipo de estudo, as técnicas e os instrumentos de recolha de informação, a descrição do campo de análise, o método de selecção e caracterização da população em estudo e o método de análise dos dados.
- Apresentação e a Discussão dos resultados – possibilita apresentar os resultados e proceder à sua discussão e interpretação, através de análise crítica e reflexiva.
- Conclusões – que pretende destacar as conclusões mais pertinentes, bem como as limitações, os pontos fortes do estudo e as sugestões/reflexões.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Nas abordagens ao envelhecimento, podem ser consideradas duas dimensões: a colectiva e a individual.

A dimensão colectiva incide sobre o envelhecimento demográfico, que permite estudar o aumento da proporção de idosos na população total. O desenvolvimento da Medicina e da Tecnologia conduziu ao aumento da esperança de vida, o que determinou o envelhecimento populacional, o qual, é o resultado da evolução conjugada da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios das populações (Mendes, 2011). Os europeus vivem vidas mais longas e saudáveis no quadro de novas configurações familiares e de novos modelos de trabalho (Comissão Europeia, 2008). E Portugal não é excepção a este panorama. Considerando os Censos (2011; cit. por INE, 2014), o índice de envelhecimento da população em 2011 era de 128 o que significa que, por cada 100 jovens, existiam 128 idosos. As previsões relativas às proporções de pessoas com 65 e mais anos projectam aumentos progressivos nas próximas décadas. Prevê-se mesmo que em 2026 haja cerca de 169 idosos de 65 e mais anos por cada 100 jovens de 0-14 anos em Portugal (Fernandes, 2007).

Por outro lado, na abordagem individual o envelhecimento engloba os aspectos fisiológicos e psicossociais do indivíduo, assentando na sua maior esperança de vida. Neste sentido, Cunha (2009) refere que o envelhecimento é um fenómeno de grande complexidade e variabilidade, com dimensões biológicas, sociais e psicológicas, sendo um processo contínuo em que ocorrem alterações irreversíveis ao longo da vida, daí que reflecta o historial da vida de cada pessoa. Apesar de universal, não é linear, nem afecta todos os indivíduos de forma semelhante e ao mesmo tempo, há diferenças de pessoa para pessoa, entre sociedades e culturas, tratando-se, portanto de um processo diferenciado e diferenciador (Cabete, 2005). E efectivamente, para Paúl (2005; cit. por Fonseca, 2006), mesmo quando se parte de uma perspectiva biológica é inevitável integrar variáveis psicológicas e sociais na explicação do processo de envelhecimento. Torna-se assim, relevante considerar Lima (2004), o qual destaca a existência de diferentes concepções sobre o envelhecimento. Por um lado, pode existir uma concepção negativista, que pode ser percebida através do modelo do declínio (Pfeiffer, 1977; cit. por Lima, 2004). Neste modelo, a terceira idade é percebida como sendo uma segunda infância, uma fase de maior dependência, e que se constitui como um período de perdas (económicas, familiares) e marcada por uma deterioração do funcionamento (físico, cognitivo, social). No entanto, a concepção do envelhecimento também pode ser

positivista, explicável pelas teorias da personalidade (Costa & McCrae, 1995; cit. por Lima, 2004), em que os traços de personalidade tendem a ser constantes ao longo do desenvolvimento. Além disso, é possível existir uma concepção intermédia, a qual é compreensível através do modelo de ciclo de vida (Baltes, 1981; cit. por Lima, 2004). Neste modelo, considera-se que ao longo do ciclo de vida existe crescimento, estabilidade e mudança no comportamento, existindo uma interacção constante entre crescimento e perdas, em que a selecção, optimização e compensação são elementos fundamentais do desenvolvimento. Desta forma, considerando Lima (2004), este modelo concebe o desenvolvimento com aspectos positivos e negativos, sendo a terceira idade um período com ganhos e perdas, em que existe um maior potencial adaptativo.

Lima (2004) salienta também a existência de outras teorias gerais sobre envelhecimento: teoria da desvinculação (Cumming & Henry, 1961), teoria da actividade (Lemon *et al.*, 1972) e a teoria da continuidade (Atchley, 1972). De acordo com a teoria da desvinculação, existe um desinvestimento nos papéis sociais como resposta natural à diminuição de capacidades e interesses e devido à diminuição dos incentivos sociais para participar. Além disso, existe um envolvimento em actividades passivas, como forma de preparação para a morte. Por sua vez, a teoria da actividade tem como principal principio que as pessoas envelhecem melhor quando participam em muitas actividades. E a teoria da continuidade reforça que as pessoas envelhecem com mais sucesso quando mantêm os hábitos, preferências e estilos de vida da meia-idade.

Considerando a entrada na velhice, de acordo com a OMS, esta depende do desenvolvimento social e humano do país e pauta-se pela idade cronológica. Na maioria dos países desenvolvidos considera-se que ocorre aos 65 anos, altura em que o indivíduo entra na reforma e passa a ser considerado idoso; já nos países em vias de desenvolvimento essa transição tem lugar aos 60 anos (OMS, 2006). A construção da noção de velhice faz-se em termos individuais mas também social e culturalmente (Veloso, 2004; Degnen, 2007) e é vista de modo diferente quando considerada no plano intergeracional ou no plano intrageracional (Hepworth, 1999). Existem imagens do envelhecimento e da velhice que daí emergem, que acabam por definir estatutos para a fase cronológica em que os indivíduos se encontram. Anteriormente, tal como referido por Guillemard (1980), existia uma velhice invisível, uma vez que o apoio aos idosos era remetido apenas para o espaço doméstico. As preocupações em contexto público eram somente dirigidas à velhice desprotegida e à mendicidade, através das instituições de beneficência (Fernandes, 1997). De acordo com a autora, as pessoas iam envelhecendo sem que isso lhes conferisse um estatuto à parte, isto é, sem que fosse instituída uma idade a partir da qual se passasse a ser velho. Porém, este conceito modificou-se, surgindo de acordo com Jones (2007) o idoso associado a um limiar de 60 ou 65 anos,

idade que surge associada à atribuição da reforma. O facto de se viver até mais tarde, conduz à reflexão se este limiar não deveria modificar-se para uma idade mais avançada, porque a maioria das pessoas com 60 ou 65 anos vivem com uma boa saúde e não se sentem idosas. Segundo Gaullier (1988; cit. por Fernandes, 2008), existe uma idade nova, ou seja, uma nova fase do ciclo de vida, situada entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita. De facto, a idade da reforma e da velhice deixaram de ser coincidentes apesar da reforma na sua génese estar indissociavelmente incorporada à velhice enquanto fase da vida onde se manifestava incapacidade para o trabalho (Fernandes, 2008). Porém, a atribuição da reforma nesta idade, conduz a um estatuto de reformado, o qual contribui para a exclusão e desvalorização social. Efectivamente, a velhice tem sido descoberta como tendo uma relação fortemente particular com a exclusão das relações sociais, a prestação de serviços e o consumo de material (ODPM, 2006). A contribuir para o referido, também a actual crise económico-financeira tem atingido fortemente os portugueses idosos visto serem uma população generalizadamente atingida pelos baixos rendimentos, o que os torna dependentes, nomeadamente em sede de custos com a saúde e da participação das famílias em sede de apoios sociais (CES, 2013). Fontes comunitárias indicam que no ano de 2011, a população com 65 e mais anos em risco de pobreza ou de exclusão social em Portugal era de 24,5% (Eurostat, 2013) e considerando a presente crise, essa percentagem terá aumentado muito significativamente (CES, 2013).

Face ao envelhecimento demográfico e à necessidade em se conseguir um envelhecimento activo, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) devido à sua importância à medida em que se envelhece, torna-se relevante enquadrar o conceito de actividade física neste contexto.

2. ACTIVIDADE FÍSICA EM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO ACTIVO

No final dos anos 90, a OMS introduziu o conceito de Envelhecimento Activo e definiu-o como “o processo de optimização de oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida à medida que se envelhece” (WHO, 2002). Este conceito contempla não só pessoas saudáveis e activas, como pessoas frágeis, fisicamente incapacitadas ou que necessitem de cuidados. E é mais abrangente que o envelhecimento saudável, pois para além da saúde são tomados em conta os aspectos sócio-económicos, psicológicos e ambientais (Ribeiro & Paúl, 2011).

Este modelo de envelhecimento activo depende de factores descritos e organizados sob a forma de “determinantes”. Um desses mesmos determinantes corresponde à esfera comportamental, a qual inclui os “estilos de vida saudáveis” que prevê a prática regular de actividade física. A actividade física vê-se assim preconizada pela OMS, no âmbito do envelhecimento activo, como parte integrante do estilo de vida saudável. A actividade

física é entendida como “qualquer actividade que intensifique o gasto energético acima daquele consumido durante o repouso e que resulte num movimento voluntário que cause a contracção muscular, podendo ser exemplificado pelo acto de andar, dançar, correr, pedalar, subir e descer escadas, nadar ou realizar jardinagem” (Matsudo *et al.*, 2005, cit. por Fernandes *et al.*, 2007).

De acordo com a OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença, existindo inúmeros factores que a influenciam, nomeadamente factores genéticos, económicos, sociais, ambientais, culturais, entre outros. Um dos actuais e mais poderosos paradigmas relativos à saúde – a “saúde comportamental” – coloca o comportamento individual na base de uma cadeia causal de responsabilidades pela saúde/doença de cada pessoa (Pessoa e Fonseca, 2001; cit. por Fonseca, 2006). O acumular de experiências consideradas favoráveis ou desfavoráveis para a sua saúde, vividas pelo sujeito, faz com que seja o seu próprio comportamento ao longo da vida a reflectir-se na forma como envelhece.

A investigação científica tem permitido evidenciar os benefícios da actividade física moderada e regular para a protecção da saúde e prevenção da doença (Santos *et al.*, 2011). Os benefícios da actividade física regular na saúde são claros e são relevantes em qualquer idade (Bennett e Winters-Stone, 2011). Evidências sugerem que, os benefícios para a saúde ocorrem mesmo quando a prática da actividade física é iniciada numa fase tardia da vida, até para indivíduos sedentários (Amorim e Abreu, 2010).

Apesar dos benefícios da prática de actividade física na saúde, a OMS advertiu em 2003 que a inactividade física é um sério problema de saúde em todo o mundo, de modo que 2 milhões de mortes são atribuídos anualmente a um estilo de vida sedentário (Ashe *et al.*, 2009). E analisando o contexto português, a população é muito pouco activa, sendo Portugal um dos países europeus com maior taxa de inactividade física. Santos e colaboradores (2011) referem que a percentagem de praticantes de actividade física regular (ou seja, os que realizam algum tipo de actividade física três ou mais vezes por semana) em Portugal é a mais baixa de entre 25 países Europeus (8% para Portugal, sendo 17% a média dos países estudados). Estudos mostram que a actividade física tende a diminuir com o aumento da idade e a taxa de inactividade é maior em pessoas com mais de 65 anos (Faria e Marinho, 2004; Klein e Becker, 2012). Com o avanço da idade, está bem descrito o declínio na actividade física voluntária a qual está associada à diminuição em diversas medidas de tolerância ao exercício incluindo a capacidade aeróbia máxima, a força muscular, e a fatigabilidade, o que conduz ao aumento do risco de fragilidade (Liu & Fielding, 2011).

Desta forma, a promoção da actividade física nos escalões etários mais velhos revela-se uma necessidade urgente e um grande desafio para as sociedades ocidentais

(Schutzer, 2004; Sampaio e Schutzer, cit. por Amorim e Abreu, 2010). A recomendação para a realização de actividade física de intensidade moderada tem sido considerada apropriada para idosos, durante 30 minutos, na maioria dos dias da semana (cinco dias da semana) (Warbuton *et al.*, 2006; American Heart Association Guidelines, American College of Sports Medicine Guidelines, cit. por Ashe *et al.*, 2009; Swiss Federal Offices of Sport and Public Health, cit. por Schmid *et al.*, 2009; Bennett e Winters-Stone, 2011). A actividade física promove o bem-estar físico, psíquico e mental para os idosos, diminuindo os riscos de doença e capacitando os idosos para a realização das tarefas do quotidiano, as quais estão dependentes dos seus níveis de aptidão física: força, flexibilidade, aptidão cardiorespiratória, coordenação, agilidade e equilíbrio (Costa, cit. por Amorim e Abreu, 2010). A actividade física regular é importante em termos de prevenção primária e secundária para diversas doenças crónicas. O treino físico estruturado não é necessário para que benefícios em saúde ocorram, e a actividade física pode ser acumulada ao longo do dia, mesmo em períodos de 10 minutos (Warburton *et al.*, 2006).

2.1 FACTORES DE ADESÃO E BARREIRA À ACTIVIDADE FÍSICA

A prática de actividade física é um comportamento complexo, dinâmico e influenciado por múltiplos factores. Para compreender a adesão ou as barreiras à actividade física é necessário ter em conta a importância de variáveis biológicas, psicossociais e ambientais. Deste modo, existem variáveis intra-pessoais (inerentes ao próprio individuo) e interpessoais (exteriores ao individuo) que influenciam a prática de actividade física.

Como **factores de adesão** identificados em relação à prática de actividade física pelos idosos, salientam-se os seguintes:

- A **socialização** (Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008);
- A **melhoria da saúde** (Costa, 2000; Freitas *et al.*, 2007; Gonçalves *et al.*, 2007; Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008; Mazo *et al.*, 2009; Eiras *et al.*, 2009);
- O **relaxamento** (Cid *et al.*, 2007; Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008);
- O **bem-estar** (Costa, 2000; Cid *et al.*, 2007; Freitas *et al.*, 2007; Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008);

A existência de diversos motivos benéficos para os idosos aderirem à actividade física e o seu reconhecimento parecem não ser suficientes, pois a maioria das pessoas idosas continua a ser sedentária (Gobbi *et al.*, 2008; Monteiro & Fogagnoli, 2010).

As **barreiras** identificadas em relação à prática de actividade física nos idosos são:

- Pertencer ao **género feminino** (Satariano, 2000, cit. por Matsudo *et al.*, 2000; Faria e Marinho, 2004; Lee e Cubin, 2009);
- Estar **casado** (Crespo *et al.*, 2000; Seiluri *et al.*, 2011);

- A **falta de indicação médica** (Eiras *et al.*, 2009; Navarro *et al.*, 2008);
- A **falta de companhia** (Matsudo *et al.*, 2000; RoperASW, 2002; Schuler *et al.*, 2006; Nascimento *et al.*, 2008; Eiras *et al.*, 2009; Monteiro & Fogagnoli, 2010);
- A **falta de informação sobre a actividade física** (entre os idosos, entre os membros da família, entre os responsáveis pelos cuidados básicos, na sociedade) (Schutzer *et al.*, 2004; Faria e Marinho, 2004; Carvalho, 2006; Cavill *et al.*, 2008);
- A **atitude negativa face à actividade física** (Gobbi, 1997; Oliveira & Duarte, 1999; Rich & Rogers, 2001; Wilcox *et al.*, 2002; Chang *et al.*, 2003; Cohen-Mansfield *et al.*, 2003; Velardi & Miranda, 2004; Schutzer *et al.*, 2004; Santos, 2006);
- A **falta de informação sobre o envelhecimento** (entre os idosos, entre os membros da família, entre os responsáveis pelos cuidados básicos, na sociedade) (Gobbi, 1997; Faria e Marinho, 2004);
- A **imagem estereotipada do envelhecimento** (Paúl, 1997; Faria e Marinho, 2004; Spirduso *et al.*, 2005);
- Ter **baixo suporte social** (McAuley *et al.*, 2008; Lee e Cubin, 2009; Logsdon *et al.*, 2009; Corder *et al.*, 2009; McAuley *et al.*, 2009; Cotter e Lachman, 2010);
- Ter **baixo suporte económico** (Lee e Cubin, 2009; Corder *et al.*, 2009; McAuley *et al.*, 2009; Eiras *et al.*, 2009; Monteiro & Fogagnoli, 2010; Borja-Santos, 2010);
- Existirem **condições ambientais inadequadas para a prática de actividade física** (físicas e sociais) (Carvalho, 2006; EU Physical Guidelines, 2008; Bakker, 2009; Lee e Cubin, 2009; McCormack, 2010; Van Cauwenberg *et al.*, 2012);
- A **história de vida/aspectos bibliográficos** (Gobbi, 1997; Paúl, 1997; Kluge, 2002; Lawrence *et al.*, 2003; Velardi & Miranda, 2004; Carvalho, 2006; Santos, 2006);
- A **baixa auto-estima** (Mazo *et al.*, 2009, Rejeski & Mihalko, 2001, Stathi *et al.*, 2002, cit. por Fernandes *et al.*, 2009);
- A **baixa auto-eficácia** (McAuley *et al.*, 2008; McAuley *et al.*, 2009; Cotter e Lachman, 2010; Liu & Fielding, 2011);
- A **insegurança dos idosos** (Humpel *et al.*, 2004; Lacerda, 2004; Carvalho, 2006; Cavill *et al.*, 2008; Eiras *et al.*, 2009; Nascimento *et al.*, 2008; Monteiro & Fogagnoli, 2010);
- Os **problemas/influências culturais** (Lawrence *et al.*, 2003; Faria e Marinho, 2004; Carvalho, 2006; Cavill *et al.*, 2008; EU Physical Guidelines, 2008);
- A **falta de oferta de locais apropriados face às necessidades específicas** (Carvalho, 2006; Schuler *et al.*, 2006; Benedetti *et al.*, 2007; Logsdon *et al.*, 2009);
- Os **baixos níveis de instrução** (Couto, 2003; Carvalho, 2006; Cerin e Leslie, 2008; Shaw e Spokane, 2008; Seiluri *et al.*, 2011);
- A **falta de saúde** (Schutzer e Graves, cit. por McAuley *et al.*, 2008; Eggermont *et al.*, 2009; Logsdon *et al.*, 2009; McAuley *et al.*, 2009; Seiluri *et al.*, 2011);

- A **falta de motivação** (Shepard, 1994, cit. por Oliveira, 2006; Weinberg & Gould, 1995, cit. por Oliveira, 2006; Nascimento *et al.*, 2008; Cavill *et al.*, 2008; Eiras *et al.*, 2009);
- A **falta de tempo devido a outras obrigações** (Nascimento *et al.*, 2008; Eiras *et al.*, 2009; Monteiro & Fogagnoli, 2010; Borja-Santos, 2010; Liu & Fielding, 2011);
- A **pressão no trabalho** (Shepard, 1994, cit. por Oliveira, 2006);

Vários autores de estudos debruçados sobre a temática das atitudes dos idosos face à actividade física revelam que estes tendem, de uma forma global, a ter uma atitude positiva face à actividade física (Oliveira & Duarte, 1999; Couto, 2003; Caetano & Raposo, 2005; Santos, 2006; Tavares, 2010). No entanto, esta atitude positiva não reflecte o número de participantes que praticam regularmente actividade física (Caetano & Raposo, 2005). Apesar dos benefícios normalmente associados à prática de actividade física, a maioria dos idosos prefere adoptar estilos de vida mais sedentários, devido a factores sociais e culturais, onde o exercício é ainda visto como inadequado para este escalão etário (Carvalho & Mota, 2002). Porém Oliveira e Duarte (1999) referem que a atitude dos idosos face à actividade física não é influenciada significativamente pela idade. Deste modo, constata-se que não existe consenso na literatura sobre esta influência, além de existirem muito poucos estudos nesta área.

Horne e colaboradores (2010) salientam que o aconselhamento dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é um factor motivador para o início da prática de actividade física. Passa-se assim, à análise da importância dos CSP, os quais podem ter um importante contributo para melhorar a prática de actividade física ao longo da vida e numa fase mais tardia da vida.

3. IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população conduz ao aumento da procura de cuidados de saúde, o que conseqüentemente tem um forte impacto sobre todo o sistema de saúde.

Considerando a Lei nº48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), a saúde é um problema fundamental na qualidade de existência do homem e da sua realização integral. Sendo um fenómeno originalmente de raiz individual, projecta-se na família, na profissão, na nação e assume relevância mundial.

Os CSP representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde (ERS, 2008), sendo os Centros de Saúde, os responsáveis por este tipo de cuidados. Estes cuidados dirigem-se para a promoção da auto-responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e acções, coordenando, sempre que necessário, as suas interacções com outras estruturas ou

profissionais (Biscaia *et al.*, 2006). Considerando Simões e Barros (2007), o objectivo dos Centros de Saúde é o de responder às necessidades de saúde da sua população. Entre estas necessidades, salientam-se a promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças.

Os Centros de Saúde, constituem a base do sistema de saúde e, enquanto tal, pautam a sua actuação pela proximidade às comunidades locais (ERS, 2008). Nesta medida, os CSP contrapõem-se aos cuidados secundários ou especializados, assegurados designadamente pelos hospitais. Note-se que o próprio Guia do Utente do Sistema Nacional de Saúde (SNS) define o Centro de Saúde como “*a unidade básica do SNS para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população*” (ERS, 2008). A evidência internacional sugere que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para os CSP têm resultados de saúde melhores e mais equitativos, e conseguem uma melhor satisfação por parte dos utilizadores do que aqueles cujos sistemas de saúde têm apenas uma fraca orientação para os CSP (Pan American Health Organization, 2007; cit. por Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

A prestação dos CSP em Portugal tem sofrido uma reforma nos últimos anos em que os centros de saúde têm sido reorganizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Esta estrutura do ACES incluem as Unidades de Saúde Familiares (USFs), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSPs), Unidades de Saúde Pública (USPs), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCCs) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAPs). A actual reforma dos CSP, tem como finalidade a melhoria dos cuidados de saúde, tornando-os mais centrados no cidadão, acessíveis e eficientes, tendo sempre presente a necessidade de melhorar a satisfação de profissionais e cidadãos (Biscaia *et al.*, 2006).

Segundo Biscaia e colaboradores (2006), ao fazer-se uma síntese dos vários estudos de satisfação do utente, pode-se dizer que os cuidados de saúde propriamente ditos são avaliados de um modo positivo. No entanto, há insatisfação em relação a alguns aspectos da gestão e organização dos serviços, tais como, a disponibilidade e acessibilidade, o atendimento por parte dos funcionários, a organização dos serviços e o tempo de espera. Os estudos de satisfação dos utentes referem que os portugueses estão satisfeitos com o seu médico de família e insatisfeitos com a organização dos serviços de saúde (Hespanhol, 2005).

3.1 PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde dos CSP assumem um papel preponderante na avaliação inicial da situação clínica, na abordagem à maioria das situações e ainda, na referenciação para cuidados secundários, quando se justifica.

Segundo Santos e Biscaia (2007), a imagem feita do Centro de Saúde é resultante do tipo de relação que se estabelece com os profissionais de saúde. Heesben (2001) aponta como componentes essenciais a um cuidar de qualidade: o acolhimento, o ouvir, a disponibilidade e a criatividade dos profissionais, associada aos seus conhecimentos científicos. De acordo com Williams e colaboradores (2000), estes revelam no seu estudo que, quando os profissionais dos CSP estabelecem uma relação centrada na pessoa, em vez de uma abordagem centrada nos profissionais, a satisfação com os cuidados recebidos é maior, a adesão aos tratamentos e a manutenção dos novos comportamentos adoptados, faz-se com maior eficácia. Estes resultados traduzem-se numa melhoria do estado físico e psicológico dos indivíduos.

E efectivamente, o papel dos profissionais de saúde em CSP é preponderante na promoção da saúde das populações. A promoção da saúde é um processo que permite às populações exercerem um maior controlo sobre a sua saúde e melhorá-la tendo um acentuado impacto nos determinantes da saúde de modo a criar os maiores ganhos em saúde para a população, contribuir significativamente para a redução das desigualdades em saúde, acrescentar direitos humanos e construir capital social (WHO, 1997). Ao encontro disto, a declaração da OMS na “Política de saúde para todos para o século XXI” afirma que todos os Estados Membros devem assegurar que os profissionais de saúde adquiram “conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde” (WHO, 1999).

Através dos CSP torna-se possível os profissionais de saúde identificarem também necessidades de cuidados secundários e desta forma a referenciação para os mesmos. Segundo Sousa (2006), existem diversas razões para referenciar pessoas para cuidados secundários, as pessoas podem ser referenciadas para diagnóstico, para investigação complementar específica, para partilha de informação, ou para uma eventual terapêutica.

Apesar de Charondière e colaboradores (2007) referirem em relação aos CSP, que existem problemas de subdiagnóstico e tratamento incorrecto ou não tratamento, que precisam de ser corrigidos, os profissionais de saúde dos CSP são considerados como ideais tendo em consideração a acessibilidade e contacto com a população em geral, na promoção de estilos de vida saudáveis. Horne e colaboradores (2010) salientam a sua influência nos níveis de actividade física dos idosos. No entanto, poucos estudos têm procurado explicar como os profissionais de saúde influenciam a actividade física em idosos (Stewart *et al.*, 1997; Stewart *et al.*, 2001; cit. por Horne *et al.*, 2010). Simões (2004) refere que os CSP representados pelos centros de saúde podem ser considerados a chave para a utilização mais eficiente e mais justa dos recursos disponíveis para a saúde. A decisão da avaliação sistemática dos resultados obtidos permitirá o aperfeiçoamento de todo o processo.

4. IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E DAS PRÁTICAS IDADISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES NA ACTIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

4.1 IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E IDOSOS

O termo **imagem** tem origem latina, “*imago*”, que significa representação de um objecto ou de uma pessoa e surge relacionado com o verbo “*imitari*” e pode apresentar diferentes configurações (Mersmann, 2003). Quando aplicado ao quotidiano do ser humano, o conceito de imagem relaciona-se com aquilo que é externo e visível (como o corpo), mas também com ideias (arquétipos, estereótipos, imaginação, imaginário) (Featherstone & Hepworth, 1996; cit. por Mersmann, 2003).

De modo mais ou menos consciente, a idade determina a interacção, uma vez que pela idade percebida se inferem um conjunto de competências e características cognitivas, funcionais, religiosas e espirituais (Cuddy & Fiske, 2002). Estas competências e características acabam por se manifestar sob a forma de imagens.

Em relação à **percepção de idade subjectiva** (ou cognitiva) que os indivíduos têm em relação a si próprios, há autores (Gwinner & Stephens, 2001) que apontam existir uma relação entre a idade subjectiva (cognitiva) velha e outros factores sócio-demográficos (como a menor escolaridade, menores rendimentos e reduzido apoio social). Porém, outros autores (Mathur & Moschis, 2005) referem existir uma escassa relação entre a idade subjectiva (cognitiva) nova ou velha da pessoa e antecedentes/acontecimentos de vida do indivíduo (educação, classe social, entrada na reforma, nascimento de um filho).

Relativamente ao conceito de **idade percebida pelos outros**, este refere-se à ideia que se faz de um indivíduo mediante a sua aparência física ou a actividades que realiza, inferindo-se daí a sua aparente idade cronológica. A investigação sugere que muitos idosos sentem uma discrepância entre a sua idade cronológica ou aquela com a qual se sentem, e a idade que lhes é atribuída (Papalia *et al.*, 2002).

Tanto a percepção da idade subjectiva (ou cognitiva) como a idade percebida pelos outros têm origem e estão na causa do conceito de idade como construção social. Ambas as percepções acabam por influenciar a identidade pessoal e social, determinando os papéis pessoais e sociais desempenhados ao longo da vida (Mathur & Moschis, 2005).

Tendo em consideração de que não existe apenas uma maneira de envelhecer, mas várias, consoante a variabilidade dos indivíduos, as imagens do envelhecimento e da velhice tenderão a reflectir estes mesmos aspectos (Atchley & Barusch, 2004; Baltes & Smith, 2003). Existem várias imagens multidimensionais relativas ao envelhecimento e idosos, tanto de natureza negativa, como positiva ou ambivalentes (podendo ser positivas e negativas em simultâneo). Os idosos são frequentemente julgados com base em percepções, noções preconcebidas e crenças profundas (Penson *et al.*, 2004). Embora a

população idosa constitui um grupo extremamente heterogéneo tem sido retratada como um grupo uniforme (Penson *et al.*, 2004). A imagem dominante na sociedade retrata os idosos como dependentes, frágeis e uma sobrecarga para os recursos da comunidade. Segundo Marques e colaboradores (2010), em Portugal os idosos são percebidos principalmente como uma ameaça económica (53%) e como um fardo para os serviços de saúde (49%). Porém, de acordo com Rosa (2012) existe uma duplicidade de perspectivas em relação à velhice, não existindo uma visão meramente negativa. A visão negativa associa a velhice à morte e acentua-a como uma fase última da vida humana, um momento em que os homens desistem dos projectos de futuro. Por sua vez, a visão mais positiva é a que associa a velhice ao privilégio de chegar a idades mais avançadas. A forma como as sociedades conceptualizam e lidam – mais ou menos conscientemente – com a velhice e o idoso, constitui um importante condicionante da maneira como se envelhece (Dias, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

4.1.1 Representações Sociais, Estereótipos, Mitos e Crenças

As **representações sociais** são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e que concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 1997). Segundo Moscovici (1976), as representações sociais constituem uma organização psicológica, uma forma particular de conhecimento na sociedade. Elas determinam o campo de comunicações possíveis, os valores e as ideias partilhadas pelos grupos e regem, por consequência, as condutas desejáveis ou admitidas (Moscovici, 1976). Em relação à formação das representações sociais pode-se dizer que elas são sociais tanto pela natureza das suas condições de produção, como pelos efeitos que produzem, como pela dinâmica do seu funcionamento (Negreiros, 1995). É percebida como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso quotidiano dos grupos sociais (Moscovici, 2001, 2003). A representação social do envelhecimento e velhice é, elaborada a partir da materialização de imagens físicas e sociais transpostas por um conhecimento empírico instituído por interesses do sistema produtivo da sociedade.

O **estereótipo** é uma imagem mental muito simplificada de alguma categoria de pessoas, instituições ou acontecimentos que é partilhada, nas suas características essenciais por um grande número de pessoas e serve para dominar o desconhecido (Gleitman, 1999). Bowd (2003) define estereótipo como esquemas de percepção pessoais baseados numa principal categorização particular e refere que podem ser positivos ou negativos. Os estereótipos positivos não deixam de ser problemáticos, até porque podem ser intra-geracionalmente discriminatórios e excluentes (McHugh, 2003; Rozanova *et al.*, 2006; cit. por Lumme-Sandt, 2011). Trata-se assim de processamento de informação que

se converte numa categoria cognitiva onde tem lugar o auto-estereótipo (sobre si mesmo) e o hetero-estereótipo (sobre os outros) (Matsumoto & Juang, 2004).

Alguns dos estereótipos são inerentemente contraditórios (Levy e Leifheit-Limson, 2009). Os membros de grupos estigmatizados tendem a assimilar os estereótipos contraditórios, que se referem a estereótipos positivos e negativos os quais se referem ao mesmo domínio. Por exemplo, existem estereótipos sobre os idosos como estes tendo uma má função cognitiva (por exemplo, serem senis) e boa função cognitiva (por exemplo, serem sábios), assim como tendo uma má função física (por exemplo, decrépito) e uma boa função física (por exemplo, ágil) (Levy e Leifheit-Limson, 2009).

Considerando um estudo realizado na Université de Montreal por Champagne e Frennet (cit. por Dinis, 1997), identificaram-se os seguintes estereótipos relativos aos idosos: - Os idosos não são sociáveis e não gostam de se reunir; - Divertem-se e gostam de rir; -Temem o futuro; -Gostam de jogar às cartas e outros jogos; -Gostam de conversar e contar as suas recordações; -Gostam do apoio dos filhos; -São pessoas doentes que tomam muita medicação; -Fazem raciocínios senis; -Não se preocupam com a sua aparência; -São muito religiosos e praticantes; -São muito sensíveis e inseguros; -Não se interessam pela sexualidade; -São frágeis para fazer exercício físico; -São na grande maioria pobres. Por sua vez, Magalhães e colaboradores (2010), referem existirem essencialmente nove estereótipos que reflectem o preconceito negativo para com os idosos, são eles: a doença, a impotência sexual, a fealdade, o declínio mental, a doença mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. Alguns dos estereótipos e atitudes negativos associados aos idosos classificam-nos como inflexíveis, solitários, religiosos, improdutivos, doentes, depressivos, senis, frágeis e sem energia (Nussbaum *et al.*, 2005). De acordo com o *European Social Survey* (ESS) o estereótipo de idoso surge igual na média dos países da Europa, isto é, pessoas com elevados padrões morais e dignas de respeito (Marques *et al.*, 2010). Considerando Marques e colaboradores (2011), em Portugal, o conteúdo do estereótipo de idoso é mais simpático do que competente. Os estereótipos minimizam as diferenças individuais e tendem a igualar todos os idosos, ignorando que cada idoso possui as suas próprias características, personalidade e forma de envelhecer (Tortosa & Motte, 2002; cit. por Magalhães *et al.*, 2010).

O **mito** é uma construção do espírito que não se baseia na realidade e por isso constitui uma representação simbólica (Martins e Rodrigues, 2004). Considerando Thornton (2002), a definição de mito não é consensual, sendo actualmente utilizado para explicar situações dúbias ou infundadas, de forma a sustentar meias-verdades ou ficções. Salgado (2000) refere mesmo que criam imagens culturais que caracterizam de forma incorrecta dados contextos. Muitos mitos acerca dos idosos continuam a sobreviver, os quais são frequentemente tomados como incompetentes, decrépitos e assexuados. Estes

mitos acerca do envelhecimento conduziram à formação de estereótipos negativos das pessoas idosas (Cavanaugh, 1997; cit. por Fonseca, 2006).

Por sua vez, a **crença** é um conjunto de informações sobre um assunto ou pessoas determinante das nossas intenções e comportamentos, formando-se a partir das informações que recebemos (Berger, 1995; Martins e Rodrigues, 2004). A crença refere-se a um objecto e à informação de que um individuo dispõe acerca dele e a que atribui alguma probabilidade de veracidade (Lima, 1996).

Na literatura (Salgado, 2000; Wilkinson & Ferraro, 2002; Nelson, 2002) constata-se que existem imagens negativas identificadas em relação ao envelhecimento que destacam a homogeneidade dos idosos, a doença e dependência funcional, a impotência e assexualidade, a fealdade, o declínio mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. De encontro ao referido, Minichiello e Coulson (2005; cit. por Henderson *et al.*, 2008) argumentam que a compreensão do envelhecimento nas sociedades ocidentais é a de que o processo de envelhecimento conduz ao aumento da incapacidade. Para explicar também a adopção de posições negativas face à idade, Bytheway (2005) refere que a gerontofobia encontra campo fértil para o seu desenvolvimento na medida em que são cada vez mais as pessoas que não querem nem desejam admitir que estão ou que irão envelhecer.

Porém, outros autores (Pasupathi *et al.*, 1995; Palmore, 1999) referem existirem imagens positivas relativas ao envelhecimento e idosos como a sabedoria, a confiança, a bondade, liberdade e serenidade.

A literatura (Palmore, 1999; Kart & Kinney, 2001) também salienta existirem imagens neutras, as quais não são positivas nem negativas. Este tipo de imagens apresenta-se sob a forma de factos ou constatações, podendo referir-se a diversas áreas, como a saúde, religião, espiritualidade, política. Estas imagens apesar de neutras, podem conter informação aceitável ou não sobre o envelhecimento.

As imagens relativas aos idosos que surgem dos estudos incidem em três ordens, biológica, psicológica e social (Harrigan & Farmer, 1992; cit. por Marco & Delgado, 2005).

Contudo, as percepções dos idosos acerca da imagem que têm na sociedade no seio do seu grupo permanece em parte por esclarecer (Macia *et al.*, 2009). De acordo com Mead (cit. por Macia *et al.*, 2009), atitudes positivas/negativas em torno da pessoa são interiorizadas e tornam-se parte da própria pessoa. Este autor refere que os indivíduos adquirem a atitude que os outros demonstram em torno deles, de modo que a auto-percepção reflecte as percepções que os outros têm em relação a si. Porém, Macia e colaboradores (2009) referem que os estereótipos relativos à idade são interiorizados durante a vida antes de se ser idoso, mas não têm um impacto na auto-percepção desde que direccionados para indivíduos que estão fora do seu grupo etário. Deste modo,

conclui-se ainda existir muito pouco conhecimento nesta área, pelo que também nem sempre se encontra consenso na literatura encontrada.

Verifica-se que as percepções que existem sobre o envelhecimento e os idosos documentadas são fundamentalmente estrangeiras, existindo muito pouca literatura portuguesa e apesar de se verificar que na maioria, os idosos são sujeitos a estereótipos negativos, não há consenso na literatura sobre aquilo que se percebe.

4.1.2 Factores preditivos das Imagens

A literatura refere como factores preditivos das imagens do envelhecimento e dos idosos: a idade, o género, a classe/estatuto social e o estado de saúde percebido.

Um dos factores preditivos das imagens sobre o envelhecimento e idosos refere-se à **idade**. Na literatura (Kite e Johnson cit. por Neto, 1996; Penson *et al.*, 2004; Marques *et al.*, 2010), fundamentalmente estrangeira, tem-se constatado que as imagens do envelhecimento e idosos tendem a ser negativas à medida que a idade aumenta, sendo os idosos percebidos de forma mais negativa, comparativamente aos mais novos.

Em relação ao **género**, Kite e Stockdale (2004; cit. por Rupp *et al.*, 2005) referem que os homens avaliam os idosos com pior performance em dimensões como a competência e intenção comportamental. Estes resultados vão de encontro ao trabalho de Deaux (1985; cit. por Rupp *et al.*, 2005), que mencionam que as mulheres tendem a ser mais carinhosas e empáticas, enquanto os homens são mais competitivos e críticos. E efectivamente, outros autores (Kite, 1996; Wilcox, 1997) corroboram os achados anteriores, os quais referem que as imagens que existem das mulheres e homens idosos consistem em atribuir à mulher características afectivas, emocionais, de empatia, dependência, enquanto ao homem atribuem-se características de assertividade, persistência, independência.

O **estatuto/classe social** é outro factor que influencia as imagens existentes sobre o envelhecimento e idosos. E existem quatro condições que influenciam a classe/estatuto social de acordo com Moody (2002): a profissão exercida, o salário/reforma auferido, as posses e o nível de instrução. De acordo com a literatura (Palmore, 1999; Jang *et al.*, 2004), quanto maior o estatuto, as imagens tendem a ser mais positivas. Jang e colaboradores (2004) verificaram uma auto-percepção mais negativa do envelhecimento e da saúde dos idosos com níveis de educação e *status* sócio-económico mais baixos. De acordo com a literatura, o baixo estatuto sócio-económico é mais fácil ser encontrado em pessoas com menor instrução (baixa escolaridade).

Em relação ao **estado de saúde percebido**, constata-se que é um factor que também influencia as imagens existentes relativamente ao envelhecimento e idosos. Muitas das representações que vão sendo construídas acerca da velhice decorrem

precisamente da avaliação que idosos, profissionais de saúde e a sociedade em geral fazem do estado de saúde associado ao decurso do envelhecimento (Flick *et al.*, 2003; cit. por Fonseca, 2006). De encontro ao referido, Jang e colaboradores (2004) verificaram uma auto-percepção mais negativa do envelhecimento nos idosos com uma percepção mais negativa do seu estado de saúde.

4.2 IDADISMO

O termo idadismo foi usado pela primeira vez em 1969 por Robert Butler que o considerou como o processo de estereotipação e discriminação sistemático relativo a idosos, baseado somente no critério da idade. Mais tarde e na actualidade, este conceito tem vindo a ser utilizado para se referir ao processo de estereotipação e discriminação sistemático, com base apenas no critério de idade, podendo constituir uma estereotipação positiva ou negativa. O conceito de ancianismo surgiu na actualidade com idêntica definição à que era dada quando o termo idadismo surgiu pela primeira vez. O “ancianismo” como conceito gerontológico, define-se como o processo de estereotipia e de discriminação sistemática, contra as pessoas por que são idosas (Staab e Hodges, 1998; cit. por Martins e Rodrigues, 2004).

O estudo do idadismo na Europa é recente e Portugal insere-se no conjunto dos países europeus onde se desconhece a abrangência deste tipo de atitudes (Marques *et al.*, 2010). A investigação indica que o idadismo é prevalente nas sociedades actuais, sendo até possivelmente mais prevalente que o sexismo e racismo, embora seja muito mais difícil de detectar (Rupp *et al.*, 2005). A discriminação com base na idade é provavelmente o preconceito social menos compreendido e menos reconhecido dos preconceitos sociais (Wait e Mdwinter, 2005; cit. por Heuvel & Santvoort, 2011).

De acordo com o ESS (cit. por Marques *et al.*, 2011), Portugal é o quarto país europeu a perceber a discriminação etária como um problema grave. Porém, dos países incluídos neste estudo, Portugal é um dos países em que o idadismo menos se faz sentir. De encontro a isto, o CES (2013) refere que em Portugal, a percentagem de portugueses que são discriminados devido à idade é uma das mais baixas da Europa.

Contudo, em Portugal, considerando o ESS, face a outros tipos de discriminação, constata-se que as experiências de discriminação etária são as mais frequentes, e que tendem a aumentar a partir dos 65 anos, ocorrendo mais frequentemente entre as pessoas com mais de 80 anos (31,6% dos entrevistados com mais de 80 anos já foi vítima de discriminação devido à idade). De uma forma geral, a atribuição idadista foca-se nas percepções de comprometimento dos processos de saúde e mentais com o envelhecimento, percepções de declínio funcional, de vulnerabilidade e de inutilidade social percebida (Kane, 2004; Kane, 2006; Kane *et al.*, 2006; cit. por Kane, 2007).

Em 1978, Butler descreve o conceito de idadismo através de três aspectos distintos e que se inter-relacionam (Wilkinson & Ferraro, 2002): atitudes preconceituosas para com os idosos, a velhice e o processo de envelhecimento (provenientes, também, de idosos); práticas discriminatórias contra os idosos; políticas e práticas institucionais que perpetuam estereótipos sobre os idosos, interferindo com uma possível satisfação com a vida e debilitando o seu sentido de dignidade.

Sendo um fenómeno complexo, para Nelson (2002; cit. por Fonseca, 2006) as manifestações do idadismo devem ser interpretadas tendo em atenção a sua componente afectiva (sentimentos face aos idosos), a componente cognitiva (crenças e estereótipos) e a componente comportamental.

Para Levy e Banaji (2002), um dos aspectos mais traiçoeiros do idadismo é que ao contrário de outros tipos de discriminação como racial, religiosa, étnica, ele ocorre de modo inconsciente, implícito, sem controlo e intenção de prejudicar o seu alvo. Nestas circunstâncias, tem lugar o que se denomina cognição social implícita, podendo falar-se, assim, de ancianismo implícito (Perdue & Gurtman, 1990; Levy, 2001; Levy & Banaji, 2002). O idadismo é inconstitucional e representa uma afronta a direitos humanos fundamentais, tal como outro tipo de ameaças mais estudadas como o racismo e o sexismo (Marques, 2011). Porém, o idadismo existe, tem efeitos no comportamento, são automáticos e possuem, muitas vezes, um efeito negativo sobre os idosos (Marques, 2011). Embora a maioria das percepções idadistas considerarem os idosos como vulneráveis, a investigação indica que existe imensa diversidade na saúde, processos mentais, capacidade funcional e resiliência nos idosos (Kane, 2007).

Actualmente, assiste-se ao *novo idadismo*, caracterizado pela preocupação, no discurso quotidiano, em se evitar qualquer declaração idadista (McVittie *et al.*, 2003).

Analisando a experiência pessoal de discriminação etária em cada um dos países, de acordo com o ESS, verifica-se que as experiências de discriminação subtil (como a falta de respeito) são mais frequentes que as de discriminação flagrante (como ser mal tratado). Quanto às experiências pessoais de discriminação (idade, sexo e raça), constata-se que apenas 17% da população portuguesa considera que foi discriminada devido à idade (Marques *et al.*, 2010).

Palmore (1999) indica existirem quatro processos psicológicos que influenciam a existência de discriminação e ancianismo: a ignorância, a personalidade autoritária, o sentimento frustração-agressão e a racionalização.

Verifica-se a tendência para se atribuir aos idosos a responsabilidade pelos problemas ou dificuldades sentidas (McGowan, 1996). Os idosos são deste modo percebidos como os responsáveis pelo seu desajustamento e inadaptação. Além disso, de acordo com Kane (2004), Ryan e colaboradores (2004) e Stein e colaboradores

(2002), quando interiorizado, esse padrão tem um efeito negativo, com repercussões ao nível da qualidade de vida, do bem-estar e do sentido de competência.

Palmore (1999; cit. por Magalhães *et al.*, 2010) identificou por parte dos idosos, quatro formas básicas de reacção ao idadismo, são elas: “a aceitação, a negação, a evitação ou a reforma”. Todas estas respostas podem acarretar efeitos prejudiciais.

A “aceitação” pode ser manifestada pelo afastamento voluntário e pela apatia (traduz uma infelicidade do idoso para com o seu papel). Tal como referido por Levy (2001), os idosos acabam por adoptar tal como os não-idosos uma comunicação verbal e não verbal que corrobora os aspectos negativos discriminatórios (como uma pior capacidade de memorizar). Esta conformidade pode resultar na redução da auto-estima, das suas habilidades pessoais, bem como na deterioração da sua saúde física e mental.

A “negação” visa recorrer a meios para “parecer jovem”, como por exemplo, omitir ou mentir sobre a idade ou recorrer à cirurgia plástica, entre outros. Segundo Jang e colaboradores (2008), os idosos são mais prováveis a usar estratégias de negação psicológica ou evitamento quando têm experiências discriminatórias.

A “evitação” pode apresentar várias formas como a segregação, o isolamento, o alcoolismo, a dependência às drogas, doença mental, ou até mesmo o suicídio.

A “reforma” reconhece o prejuízo e a discriminação e procura a sua eliminação, que pode ocorrer através de actividades que contrariam os estereótipos negativos.

4.2.1 Factores preditivos de Discriminação e Preconceito

Considerando Marques e colaboradores (2011), a análise dos principais preditores do idadismo e da percepção de discriminação mostra um reduzido valor preditivo das variáveis sócio-demográficas (género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico). As variáveis contextuais assumem um papel muito mais determinante na previsão do idadismo e da percepção de discriminação. As variáveis contextuais são a idade em que se considera que as pessoas passam a ser idosas, a identificação com a categoria de idade, a percepção do estatuto social dos idosos, a percepção de ameaça à saúde, cultural e económica, o contacto com idosos, o auto-controlo do preconceito e a percepção de similaridade. A percepção do estatuto social, o auto-controlo do preconceito, mas sobretudo a percepção de ameaça em relação às pessoas idosas surgem como os preditores mais importantes (Marques *et al.*, 2011). Considerando a autora, um menor auto-controlo do preconceito, uma percepção mais baixa do estatuto social do idoso e maiores níveis de percepção de ameaça estão associados a maiores níveis de idadismo.

A idade e o auto-controlo do preconceito surgem como os melhores preditores da experiência pessoal de discriminação. São os portugueses mais idosos e com menor auto-controlo do preconceito que relatam maior discriminação (Marques *et al.*, 2011).

A idade funciona como um marcador social importante, determinando os papéis sociais, o estatuto, o poder e as responsabilidades dos diferentes grupos etários (Marques *et al.*, 2010). A investigação empírica tem demonstrado que as pessoas mais jovens têm mais atitudes idadistas que os mais velhos. Os mais jovens geralmente possuem mais atitudes negativas sobre os idosos que os da sua idade (Bell & Stanfield, 1973a, 1973b; Kogan, 1961; Kogan & Shelton, 1962; cit. por Rupp *et al.*, 2005). Contudo, as descobertas de Kite e Stockdale (cit. por Rupp *et al.*, 2005) sugerem que esta relação não pode ser linear, pois tem-se descoberto nos indivíduos de meia-idade mais idadismo.

No que diz respeito à percepção dos limites de idade (fim da juventude e início da terceira idade), observa-se que em média os europeus consideram que as pessoas deixam de ser jovens por volta dos 40 anos e que a terceira idade tem início aos 62 anos (Marques *et al.*, 2010). Marques e colaboradores (2010), referem que em Portugal percebe-se que a juventude termina aos 35 anos e que a terceira idade começa aos 66 anos. Os entrevistados do género feminino percebem o início da idade em que se passa a ser idoso mais tarde do que os do género masculino (Marques *et al.*, 2011).

Marques e colaboradores (2011) ao considerarem o ESS, mencionam que a identificação social com a categoria de idade é influenciada pela idade e escolaridade: (i) é mais forte entre os jovens. Diminui com a idade até aos 64 anos e aumenta a partir dos 65 anos; (ii) as pessoas mais religiosas têm um sentido de pertença mais forte ao grupo de idade; (iii) é mais forte entre os que estudaram 10 a 12 anos, comparativamente com os que estudaram entre 4 e 9 anos. Constatou-se que em Portugal, a identificação social com a categoria de idade é forte e que os idosos são menos preconceituosos contra os idosos, sendo os que se identificam mais com o seu grupo etário. Relativamente à identificação social com a categoria de idade os dados indicam que no geral existe um sentimento forte de pertença ao grupo de idade no qual as pessoas se auto-categorizam.

Por outro lado, através da análise dos resultados obtidos no ESS, Marques e colaboradores (2011) indicam que a percepção do estatuto social dos idosos varia em função do género, idade e estatuto socioeconómico: (i) os portugueses do género masculino percebem o estatuto social dos idosos como sendo mais elevado; (ii) os entrevistados com mais de 80 anos percebem o estatuto social dos idosos como sendo mais baixo, comparativamente com os que têm entre 15 e 49 anos; (iii) os entrevistados que pertencem ao salariedade manual percebem o estatuto social dos idosos como sendo mais elevado, em comparação com os que pertencem ao salariedade não-manual. Verificou-se, que a meia-idade é claramente o grupo com um estatuto social mais elevado, independentemente das idades dos entrevistados e em todos os países, pelo que o grupo dos jovens é sempre percebido como tendo um estatuto superior aos dos idosos

(Marques *et al.*, 2010). No entanto, contrariamente à tendência dos países, em Portugal o grupo dos idosos é percebido como tendo um estatuto ligeiramente superior ao dos jovens (Marques *et al.*, 2010). Apenas os portugueses com mais de 80 anos pensam que a maioria considera que os jovens têm um estatuto mais elevado do que os idosos (Marques *et al.*, 2010). De acordo com Palmore (1999) as pessoas com maior estatuto tendem a apresentar menos atitudes ancianistas.

As teorias sobre preconceito e estereotipia sugerem que a percepção de ameaça inter-grupal se relaciona de forma significativa com a antipatia em relação a esses grupos (Riek *et al.*, 2006; cit. por Marques *et al.*, 2010). Segundo a literatura, o comportamento dos indivíduos tende a ser mais positivo em relação ao endogrupo e menos favorável em relação ao exogrupo (Tajfel & Turner, 1986; citado em Matsumoto & Juang, 2004). A percepção de ameaça inter-grupal pode ocorrer a diversos níveis: saúde, cultural, económica. A ameaça à saúde é influenciada pelo estatuto socioeconómico (Marques *et al.*, 2011). O salariado não-manual percebe o grupo dos idosos como sendo um peso maior para os serviços de saúde, comparativamente com o salariado manual.

De acordo com o ESS, os entrevistados consideram que as pessoas na faixa etária dos 20 são vistas principalmente com inveja e admiração (i.e., misto de preconceito hostil e benevolente), e as com mais de 70 anos, com pena e admiração (i.e., preconceito benevolente), pelo que esta última percepção tende a diminuir à medida que aumenta a idade (Marques *et al.*, 2010). Na maioria dos países entrevistados verifica-se que as pessoas na faixa dos 20 anos são vistas com mais admiração do que inveja. Porém, Portugal é o país onde são percebidas com menos inveja. Por outro lado, Portugal foi dos países analisados que considera as pessoas com mais de 70 anos com mais admiração. E tal, como noutros países, em Portugal a competência é a característica menos atribuída às pessoas com mais de 70 anos.

A variável contacto intergrupar diz respeito à quantidade e qualidade do contacto com família, amigos, idosos. Uma abordagem teórica de relevância é a hipótese de contacto intergrupar de Alport (1954; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010), a qual tem sido extensivamente utilizada para compreender os factores que podem ajudar a reduzir o preconceito e a melhorar as relações intergrupais. A hipótese de contacto propõe que o contacto com os membros individuais de um exogrupo, sobre circunstâncias apropriadas, melhora as atitudes inter-grupais e reduzem o preconceito. Contudo, segundo Magalhães e colaboradores (2010), para a melhoria das relações acontecerem teriam que se verificar alguns pressupostos, tais como: a igualdade de status entre os membros; a existência de objectivos comuns; a cooperação intergrupar e uma sustentação institucional (ao nível de normas e sanções que facilitassem o processo). Seguiram-se várias revisões desta teoria, pelo que os benefícios do contacto na redução do idadismo tem sido demonstrado num

número de estudos (Meshel & McGlynn, 2004; Allan & Johnson, 2009; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010). No entanto, vários autores (Revenson, 1989; Franco *et al.*, 2010) têm vindo a contestá-la. Contudo, tem sido sugerido que o benefício do contacto pode estar na melhor qualidade de contacto com idosos competentes. A importância de analisar não apenas a frequência mas também a qualidade de contacto é referida no estudo de Schwartz and Simmons (2001; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010). Estes autores demonstraram que o contacto de qualidade com idosos prediz atitudes mais favoráveis.

Considerando o ESS, o contacto com os idosos é afectado pelo género, idade e escolaridade: (i) os entrevistados do género masculino têm mais contacto com os idosos; (ii) o contacto aumenta à medida que a idade avança; a única excepção verifica-se entre os que têm mais de 80 anos, entre os quais, o contacto não difere do dos entrevistados com idades entre os 50 e os 79 anos; (iii) diminui à medida que aumenta a escolaridade até aos 10 a 12 anos e aumenta entre os que estudaram 13 ou mais anos (Marques *et al.*, 2011). Entre estes, o contacto é semelhante ao daqueles que têm 5 a 9 anos de escolaridade.

Os portugueses consideram importante o auto-controlo do preconceito e, quanto maior é a motivação para o auto-controlo do preconceito, menor é o preconceito directo (Marques *et al.*, 2011). Segundo estes autores, verificou-se que o auto-controlo do preconceito não variou em função do género dos entrevistados e que a idade em escalões etários não tem um efeito significativo na motivação para este auto-controlo. A escolaridade afecta significativamente a motivação para o auto-controlo do preconceito (Marques *et al.*, 2011). A motivação aumenta com os anos de escolaridade, tendo-se estabelecido uma relação linear. Os entrevistados com 0 a 3 anos de escolaridade têm uma menor motivação, comparativamente com os que estudaram 10 a 12 anos e 13 ou mais anos. Além disso, verificou-se que o estatuto socioeconómico tem um efeito significativo na motivação para o auto-controlo do preconceito: o maior estatuto esteve presente nos que tinham maior motivação para auto-controlo do preconceito.

Para avaliar a percepção de similaridade, é importante considerar-se o modelo de identidade comum. De acordo com o modelo da identidade comum (Gaertner & Dovidio, 2000; cit. por Marques *et al.*, 2011), a discriminação deve ser menor quando as pessoas do exogrupo são percebidas como indivíduos ou como partilhando um outro grupo em comum, ao invés de pertencerem apenas a grupos distintos e separados. De acordo com o ESS, Marques e colaboradores (2011) referem que a percepção de similaridade não é independente da escolaridade. A percepção de dois grupos separados que não fazem parte da mesma comunidade é mais frequente entre os que estudaram no máximo 3 anos. A percepção dos jovens e idosos como indivíduos é mais frequente entre os que estudaram 13 anos ou mais e é menos frequente entre os que estudaram no máximo 4

anos (Marques *et al.*, 2011). Por último, a percepção de um só grupo também apresenta diferenças consoante a escolaridade. É mais frequente nos que estudaram 4 anos e menos frequente nos que estudaram 10 a 12 anos.

4.3 IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E PRÁTICAS IDADISTAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dados da investigação referem que profissionais de diversas áreas de atendimento público (assistentes sociais, profissionais de saúde, professores, entre outros) tendem a perpetuar imagens em contextos com impacto significativo na vida dos idosos: sistema de saúde, acção social, atendimento geral, mercado de trabalho (Bytheway, 1995).

O idadismo é um problema pervasivo que existe na sociedade (Penson *et al.*, 2004), comum nos cuidados de saúde (Tonks, 1999; Martin *et al.*, 2009). Em relação ao sistema de saúde, vários estudos sugerem a presença de inúmeras situações ancianistas, em que a atribuição dos cuidados de saúde varia com a idade do beneficiário: os idosos tendem a receber pior tratamento do que a população em geral (Quinn, 1987; Busschbach *et al.*, 1993; cit. por Wilkinson & Ferraro, 2002). Porém, tem havido pouco investimento em serviços que façam a diferença para os idosos (Oliver, 2008). De acordo com Marques (2011) existe um desinteresse dos profissionais de saúde em relação ao envelhecimento, além de existirem dificuldades de relação e de tratamento dos idosos no SNS.

Atitudes idadistas relativas aos idosos podem afectar negativamente os cuidados, o que resulta em complicações no diagnóstico, tratamento e comunicação insatisfatória (Cheong *et al.*, 2009). Uma explicação é que o diagnóstico e tratamento dos idosos é mais complexo que nos jovens, por apresentarem multimorbilidade e sofrerem muita sobrecarga, o que dificulta o diagnóstico e o tratamento de desordens mentais bem como somáticas (Linden e Kurtz, 2009). Por outro lado, este desinteresse é explicado por Cheong e colaboradores (2009), que referem que os profissionais de saúde são susceptíveis a estereótipos idadistas devido à exposição a idosos doentes. Os idosos são muitas vezes considerados como doentes, dementes, inaptos para tomarem decisões por si o que pode ocasionar estereótipos condicionantes de toda a relação terapêutica (Cabete, 2005). O idadismo manifesta-se no dia-a-dia em diversas situações. A forma de discriminação pode ser directa, isto é, explicitamente e abertamente direccionada a pessoas com dadas características, ou indirecta. No último caso, uma acção, regulação ou comportamento parece neutro, mas tem um impacto adverso nas pessoas com dadas características, ou parece positivo mas tem resultados negativos na prática (Macnicol, 2006; cit. por Heuvel & Santvoort, 2011). E existe uma visão ambivalente dos idosos que resulta em comportamentos positivos (como o de ajudar) e negativos (como o de excluir) (Cuddy *et al.*, 2005; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010). Ambos os elementos podem

estar presentes nos cuidados de saúde a idosos (Bousfield e Hutchison, 2010). Porém, na população idosa existe uma grande diversidade nas suas habilidades, saúde e capacidades, existindo diversidade na sua resiliência e capacidade de recuperar de dificuldades físicas e psicossociais (Westerhof *et al.*, 2003; cit. por Kane, 2007).

Os profissionais não têm elevadas expectativas que os idosos recuperem de sérios desafios físicos, psicossociais ou interpessoais e que sejam resistentes a terapias que poderiam beneficiá-los. Estas crenças podem encorajar os profissionais a adoptar comportamentos que desanimam, infantilizam ou padronizam os idosos (Kane, 2007).

Nelson (2005) salienta a forma infantilizada e paternalista através da qual as pessoas comunicam com os idosos. Uma revisão da literatura sobre a linguagem idadista revela que ela assume diferentes versões: discurso simplificado, fala vagarosa, de pouca qualidade, etc. Esse tipo de linguagem tem impacto significativo na auto-estima, identidade, habilidades linguísticas e auto-eficácia do idoso (Nussbaum *et al.*, 2005). Outras manifestações do idadismo são percebidas no sistema de saúde, em situações de maus-tratos físicos, psicológicos e financeiros contra o idoso (Nelson, 2005).

Por outro lado, o simples facto de serem “mais velhos” leva, por vezes, os profissionais de saúde a atribuir certos sintomas à idade quando deveriam ser considerados como problemas passíveis de tratamento adequado (Marques, 2011). De acordo com a autora, existem comportamentos idadistas subtis, como o impedimento de actividades por parte das pessoas mais velhas ou a sua exclusão de processos de decisão que lhes dizem respeito. Além disso, indica que pessoas que não são íntimas têm acesso a pormenores, criando situações de exposição indevida dos doentes idosos. Os idosos são tratados como sendo um grupo com as mesmas necessidades, os quais estão separados de objectivos principais, e como pertencendo a outro tempo (Minichiello *et al.* 2005; cit. por Henderson *et al.*, 2008).

Reflectindo sobre o idadismo presente nos médicos, Leung e colaboradores (2011) referem que é um fenómeno crescentemente reconhecido. Muitos médicos têm percepções negativas sobre os seus pacientes idosos, especialmente aqueles com idade superior a 85 anos (Leung *et al.*, 2011). Os médicos que focam os seus cuidados na cura, tendem a considerar os idosos como merecendo menos a atenção comparativamente aos mais jovens (Rees *et al.*, 2009). Rees e colaboradores (2009) referem que os médicos priorizam no atendimento os pacientes de acordo com a sua idade, sendo mais rápidos a responder a emergências com crianças e adultos jovens do que com idosos. Por sua vez, Leung e colaboradores (2011) salientam que os médicos tendem a ser menos comprometidos quando falam com os seus pacientes idosos e padronizam-nos ao fornecer-lhes informação simplificada e ao apresentar informação à família, em vez de ao

paciente. Além disso, os médicos tendem a colocar menor esforço para salvar vidas dos pacientes idosos e a terapia de prevenção é frequentemente ignorada (Leung *et al.*, 2011).

Em relação aos enfermeiros, Roy (1996; cit. por Viegas, 2006) refere que como qualquer grupo social, os enfermeiros assimilam crenças, conceitos e mitos sobre o envelhecimento e os idosos, adquirindo estereótipos sociais que influenciam as suas práticas de enfermagem para com a população idosa. Na interação com os idosos, durante os cuidados de enfermagem, muitos estereótipos são activados pela percepção dos traços físicos característicos dos idosos, pelo tipo de comunicação verbal e não verbal, como: respostas passivas, queixas relativas a problemas de saúde, familiares, económicas, confronto com perdas (Viegas, 2006). De encontro ao referido, o estudo realizado por Simões (1997; cit. por Costa, 2005) salienta que as atitudes dos enfermeiros face aos idosos são sobretudo negativas. Porém, de acordo com Leung e colaboradores (2011), os enfermeiros que apresentam maior conhecimento ou mais tempo de experiência apresentam atitudes mais positivas em relação aos idosos.

Em relação aos psicólogos, Marques (2011) refere que os psicólogos tendem a assumir que os idosos não têm as mesmas capacidades de auto-reflexão do que as pessoas mais jovens e optam muito mais depressa pelo encaminhamento para consultas de psiquiatria do que pela psicoterapia. Muitas vezes, mesmo que não ocorram actos tão expressivos de maus-tratos, a discriminação pode ser visível no paternalismo com que são tratadas as pessoas idosas nos serviços de saúde (Marques, 2011).

Em geral, o paciente não sabe avaliar a competência do profissional, especialmente no início do acompanhamento, mas consegue fazer uma avaliação imediata da maneira como foi atendido e cuidado (Pinheiro, 2005; cit. por Barletta *et al.*, 2011). Segundo Franco e Alves (2005; cit. por Barletta *et al.*, 2011), a satisfação do paciente está associada à quantidade de informação recebida na consulta, à comunicação, à competência técnica e interpessoal. Esses aspectos fortalecem a confiança que o paciente credita ao médico. A comunicação, quando se torna terapêutica, permite o aumento da confiança, do respeito e da própria empatia entre profissional e paciente (Steganelli, 2005; cit. por Barletta *et al.*, 2011). Também a assertividade é considerada uma habilidade necessária para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica (Barletta *et al.*, 2011). A empatia é outro atributo importante para a relação profissional de saúde - paciente, uma vez que possibilita a reflexão dos sentimentos trazidos pelo paciente e a expressão de apoio por parte do profissional (Barletta *et al.*, 2011).

Os profissionais de saúde têm que tratar os pacientes de maneira a otimizar o tratamento (Penson *et al.*, 2004). Apesar de existirem estudos internacionais que têm procurado demonstrar a prevalência de atitudes idadistas face aos idosos nos serviços de saúde, Marques (2011) refere que em Portugal não existem muitos indícios

documentados sobre práticas idadistas em relação às pessoas mais velhas no sector da saúde. De facto, sabe-se muito pouco sobre como os idosos percebem o idadismo (Nelson, 2005). E de facto, em Portugal existe muito pouca documentação sobre as práticas idadistas dos profissionais de saúde face aos idosos e sobre as suas repercussões no comportamento dos mesmos.

4.4 IMPACTO DAS IMAGENS E PRÁTICAS NA ACTIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

Os profissionais de saúde têm um papel importante nos cuidados de saúde em todas as faixas etárias, incluindo os idosos (Schmid *et al.*, 2009), existindo um elevado grau de confiança dos pacientes nestes profissionais. E efectivamente, os conselhos dos profissionais podem ser um forte estímulo externo para a acção preventiva na saúde (Whitlock *et al.*, 2002, cit. por Jacobson *et al.*, 2005). A promoção da saúde é essencial para que o envelhecimento seja vivido com mais qualidade. É definida na Carta de Otawa como o processo de capacitação das pessoas para aumentar o seu controlo sobre a saúde e melhorá-la (Ågren *et al.*, 2006). De acordo com Schroots e colaboradores (1999; cit. por Fonseca, 2006) a OMS preconiza educar as pessoas, “em estilos de vida saudáveis, gestão do stress, exercício físico e nutrição adequados, e na prevenção da perda da autonomia e da doença”. Neste sentido, torna-se necessário existir uma variedade de intervenções ao longo da vida, e de acordo com a ODPM (2006) mais especificamente numa fase tardia da vida, de modo que os idosos tenham oportunidades de envelhecimento activo, nomeadamente para a prática de actividade física.

Porém, os serviços para os idosos ainda estão muito centrados nas respostas aos cuidados agudos e nos idosos frágeis, e de forma a alterar esta visão os futuros serviços devem encontrar estratégias de promoção e de bem-estar e encorajar estilos de vida saudáveis para esta população (Lopes, 2007).

Os profissionais dos CSP são considerados ideais para influenciar os níveis de actividade dos idosos devido à acessibilidade e contacto com a população (Horne *et al.*, 2010). O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, a intervenção e oferta de serviços ligados à actividade física, revelam-se assim um marco muito importante para a mudança de atitude por parte dos idosos levando-os a incluir o exercício físico nas suas actividades diárias (Amorim e Abreu, 2010).

O princípio de *empowerment*², central em promoção da saúde, reforça a importância de dar aos próprios interessados voz activa na definição das finalidades a priorizar

² *Empowerment* é um termo da língua inglesa de difícil tradução para o português. Em Promoção da Saúde é definido como um processo que ajuda as pessoas a terem controlo sobre os factores que afectam a sua saúde (Gibson, 1991).

(Almeida, 2007). Uma abordagem positiva da promoção da saúde com idosos pode facilitar a adaptação entre as suas atitudes e as atitudes das outras pessoas sobre a velhice. Segundo Squire (2005) a promoção da saúde pode proporcionar uma abordagem positiva nos cuidados de saúde aos idosos, porém também pode reflectir os preconceitos.

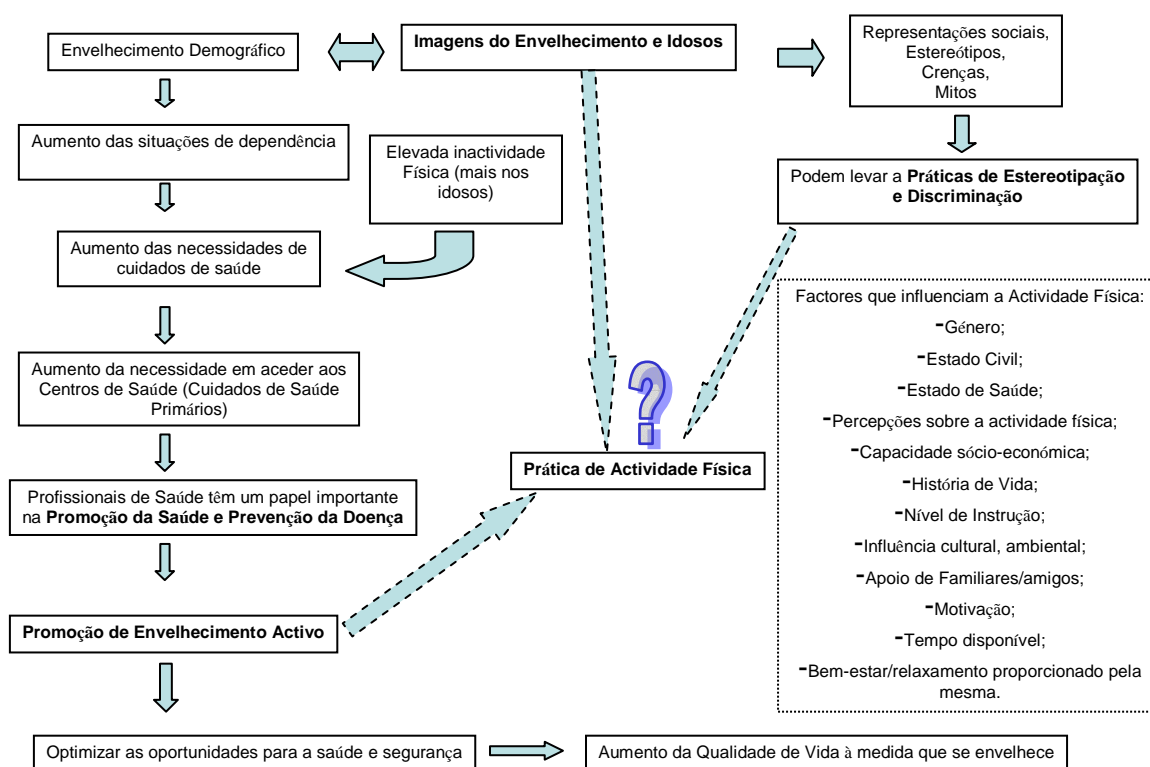
Estereótipos negativos em relação a um determinado grupo social estão usualmente associados com atitudes mais negativas em relação a esses grupos (Fiske *et al.*, 2002) e têm repercussões importantes nos comportamentos e no bem-estar dos grupos que são estigmatizados (Levy, 2003; cit. por Marques *et al.*, 2010). Bowd (2003) adverte para a redução da auto-estima e auto-eficácia dos idosos quando aceitam os estereótipos negativos sobre a sua idade. Conforme Veras (cit. por Crovador, 2007), quando o idoso se sente desvalorizado, diminui a sua participação social, gerando um sentimento de inutilidade. O idadismo pode conduzir a frustração às aspirações dos idosos para participar na sociedade, bem como à negligência dos mais vulneráveis (Bousfield e Hutchison, 2010). De acordo com Nelson (2002; cit. por Fonseca, 2006) as crenças idadistas sustentadas pelos idosos podem efectivamente levá-los a comportar-se sob formas menos activas (física e mentalmente). Desta forma, as relações entre os profissionais de saúde e os idosos ao estarem desadequadas, podem contribuir para um envelhecimento e especificamente, para uma velhice menos saudável. Conforme o processo saúde-doença começou a considerar outros aspectos além dos orgânicos, como os aspectos psicológicos e sociais (Ribeiro, 2007; cit. por Barletta *et al.*, 2011), a relação terapêutica também se tornou fundamental nas acções em saúde.

O campo do envelhecimento humano debate-se com a falta de modelos baseados em dados empíricos que permitam descrever e explicar como, em que medida, ou por meio de que mecanismos, o funcionamento bio-comportamental e psicossocial interagem à medida que os indivíduos envelhecem (Schroots *et al.*, 1999; cit. por Fonseca, 2006). Poucos estudos têm analisado a forma como os profissionais dos CSP influenciam a actividade física nos idosos (Horne *et al.*, 2010). Além disso, existe mais investigação sobre os pacientes em contexto hospitalar do que em CSP (Arber *et al.*, 2006).

Construiu-se um mapa conceptual (Esquema 1) de forma a esquematizar a problemática em estudo. Resumindo, o aumento da população idosa, com maior vulnerabilidade para situações de dependência conduz a um aumento das necessidades de cuidados de saúde e em aceder especificamente aos CSP. Neste contexto, os profissionais de saúde têm um importante papel na promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente na promoção de um envelhecimento activo, em que o incentivo à prática de actividade física se torna indispensável, de forma a optimizarem-se as oportunidades para a saúde e segurança e contribuir para a qualidade de vida à medida que se envelhece. Porém, inerentes ao envelhecimento surgem imagens nos profissionais

de saúde, como representações sociais, crenças e mitos que são percebidos pela população idosa bem como práticas idadistas que advêm das imagens existentes e que poderão influenciar as suas práticas e desta forma, influenciar a prática de actividade física da população idosa. Existem muitos factores, alguns dos quais já muito bem estudados como influenciando a prática de actividade física, contudo, desconhece-se o impacto que as imagens de envelhecimento percebidas bem como as práticas idadistas dos profissionais de saúde dos CSP influenciam a prática de actividade física dos idosos.

Esquema 1 - Mapa conceptual da problemática em estudo.



Dos estudos encontrados, não se conseguiu encontrar relação entre as imagens do envelhecimento e as práticas idadistas percebidos pelos idosos no contacto com profissionais de saúde e a sua prática de actividade física. Perante isto, torna-se relevante realizar um estudo com este intuito, uma vez que é uma área que necessita de ser desenvolvida. Torna-se assim importante reflectir sobre os cuidados que são prestados, tentando compreender se as imagens do envelhecimento e práticas idadistas dos profissionais de saúde percebidas pelos idosos, influenciam a sua actividade física.

Surgem assim questões que ainda se encontram por esclarecer: i) Que imagens e práticas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde dos CSP favorecem ou dificultam a prática de actividade física dos idosos? ii) Será que a inactividade identificada na população idosa se deve fundamentalmente às imagens e práticas percebidas pelos idosos no seu contacto com os profissionais dos CSP?

Desta forma, surgiu como **questão principal** do estudo: De que forma as imagens relativas ao envelhecimento e aos idosos bem como as práticas idadistas percebidas pelos idosos em contexto de CSP influenciam a sua prática de actividade física?

Tendo em consideração estes pressupostos e a motivação para se melhorarem as práticas dos profissionais de saúde na sua abordagem promotora da saúde pretende-se contribuir para cuidados de saúde adequados. Assim, surgem como objectivos:

Objectivo Geral: Pretende-se analisar o modo como as imagens do envelhecimento e dos idosos bem como as práticas idadistas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde que exercem funções nos CSP influenciam a sua prática de actividade física.

Objectivos Específicos:

- Identificar e caracterizar as imagens do envelhecimento e idosos percebidos pelos idosos no contacto com os profissionais de saúde dos CSP.
- Identificar e caracterizar as práticas idadistas percebidos pelos idosos no contacto com os profissionais de saúde dos CSP.
- Identificar os factores (imagens/práticas) percebidos pelos idosos no contacto com os profissionais de saúde dos CSP que i) favorecem e que ii) dificultam a sua prática de actividade física.

Barletta e colaboradores (2011) referem que se as crenças negativas que o paciente tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo são dominantes na sua percepção, então o comportamento tende a ser disfuncional e pouco adaptativo à situação. Além disso, os estudos têm referido que a discriminação está relacionada com uma pobre saúde física e mental (Barnes *et al.*, 2008). Desta forma, considerando a literatura bem como os objectivos propostos para estudo, coloca-se a seguinte **hipótese**: As imagens positivas acerca do envelhecimento e dos idosos, bem como as práticas não discriminatórias com base na idade, percebidas no contacto com profissionais de saúde dos CSP, favorecem a prática de actividade física dos idosos.

As variáveis independentes consistem nas imagens do envelhecimento e idosos, bem como nas práticas idadistas. A variável dependente é a actividade física. Existem também diversas variáveis de confundimento como o estado de saúde, tempo disponível, estatuto sócio-económico, género, estado civil, conhecimento sobre a actividade física e envelhecimento, suporte social, indicação médica, condições ambientais, história de vida, influência cultural, nível de instrução e motivação que influenciam a actividade física.

PARTE II

METODOLOGIA

Para responder às questões de investigação e cumprir os objectivos realizou-se um estudo de natureza qualitativa, de modo a ser possível compreender e aprofundar as experiências e interpretações dos sujeitos.

Neste capítulo relativo à Metodologia apresentam-se de forma pormenorizada as opções metodológicas que incluem o tipo de estudo, a caracterização do local e contexto de aplicação do estudo, a forma de selecção dos participantes, as técnicas e instrumentos de recolha de informação escolhidos, e como foi tratada a informação recolhida.

5. OPÇÕES METODOLÓGICAS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, transversal aplicado a idosos. A utilização deste tipo de estudo prende-se com o seu objectivo geral, ou seja, analisar o modo como as imagens do envelhecimento e relativas aos idosos bem como as práticas idadistas por si percebidas em prática assistencial de saúde influenciam a prática de actividade física dos idosos.

Por um lado, o estudo é de natureza qualitativa pois pretende-se estudar um fenómeno da realidade social, pretendendo-se apreender o que os sujeitos experimentam e interpretam com as suas experiências no contacto com profissionais de saúde. O tema em estudo encontra-se pouco explorado na literatura portuguesa, pelo que a intenção de compreender um fenómeno complexo na sua totalidade bem como o carácter descritivo da pesquisa que se pretende empreender são elementos que tornam propício o emprego de métodos qualitativos. Isto vem de encontro ao referido por Fortin (2006), ao mencionar que os métodos qualitativos são adoptados quando existem poucos conhecimentos sobre o tema estudado, e que os métodos de avaliação qualitativa baseiam-se nas crenças e numa abordagem holística dos seres humanos, as quais orientam o processo de investigação. São apropriados para o estudo de fenómenos específicos nos meios onde as interacções se produzem naturalmente e não comportam nem controlo rigoroso, nem manipulação de variáveis (Drew *et al.*, 1996; cit. por Fortin, 2006).

Turato (2005) refere que no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender seu significado individual ou colectivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenómenos representam para elas. O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a

saúde (Turato, 2005). Considerando Granger (cit. por Minayo & Sanches, 1993) um modelo qualitativo descreve, compreende e explica a realidade estudada.

Além disso, o estudo é do tipo exploratório uma vez que os conhecimentos prévios sobre o tema são poucos no que se refere à população portuguesa. De encontro a isto, Gil (1994) refere que as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Por outro lado, o estudo é descritivo porque procura-se descrever com base nos dados recolhidos, um fenómeno que foi ainda pouco explorado, descrevendo-se os factos e os acontecimentos da maneira como eles são observáveis. O desenho descritivo visa fornecer uma descrição e uma classificação detalhada de um fenómeno determinado (Fortin, 2006). O trabalho de descrição tem carácter fundamental num estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são recolhidos (Manning, 1979).

Neste estudo qualitativo, através da interpretação da informação recolhida, pretende-se de acordo com Patton (1980) a atribuição de significado à análise, explicando os padrões encontrados e procurando por relações entre as dimensões descritivas.

Além disso, o estudo é do tipo transversal. De acordo com Fortin (2009), o estudo transversal consiste em examinar simultaneamente um ou vários coortes³ da população ou um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um fenómeno presente no momento da investigação. As observações e medição das variáveis de interesse são feitas simultaneamente em um dado momento. Os estudos transversais têm a vantagem de serem rápidos e de baixos custos (Pereira, 1995). Jenicek e Cléroux (1982; cit. por Fortin, 2009) referem que o estudo transversal é económico, simples de organizar e fornece dados imediatos e utilizáveis, apesar de ser de alcance mais limitado que o estudo longitudinal.

5.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo decorreu nas Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo, que pertencem ao ACES Lezíria, localizadas na Lezíria do Tejo, a qual se insere na Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT). Esta opção deveu-se ao facto destas Unidades se situarem numa região com elevado envelhecimento populacional, verificando-se que a população que acede aos seus serviços é uma população maioritariamente idosa. De acordo com resultados estatísticos mais recentes da ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo), referentes ao 1º Trimestre de 2013, verificou-se que a faixa etária que registou o maior número de utilizadores foi a

³ O termo cohorte é utilizado para designar um grupo de indivíduos que têm em comum um conjunto de características e que são observados durante um período de tempo, para analisar a sua evolução.

faixa etária igual ou superior a 65 anos (39,6% do total) (INFO ARSLVT, 2013). Nesta faixa etária, o 1º Trimestre de 2013 registou 264.275 (59,52%) utentes do sexo feminino e 179.699 (40,48%) do sexo masculino. A RLVT tem registado um notório envelhecimento da população residente, sendo a Lezíria do Tejo uma das regiões da RLVT em que o envelhecimento tende a progredir mais rapidamente (ARSLVT, 2012). Considerando os Censos (2011; cit. por INE, 2014), o índice de envelhecimento da população em 2011 no Concelho do Cartaxo era de 142 o que significa que, por cada 100 jovens, existiam 142 idosos. A localização destas unidades também se tornou facilitadora para a realização deste estudo, pelo facto de ser o local de trabalho da investigadora, o que facilitou o acesso à população estudada.

Os utentes das Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo, foram entrevistados nas suas instalações, de modo a relatarem as experiências com os Centros de Saúde com que têm contactado ao longo da vida de forma a acederem-se às suas opiniões num local onde as vivências estão mais presentes. A opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde (McIntyre, 2002).

A seguir será contextualizado o campo de aplicação do estudo, de modo a melhor compreender-se a forma como estas Unidades se encontram organizadas no Concelho do Cartaxo, sendo que noutros Concelhos, as Unidades prestadoras de cuidados dos Centros de Saúde encontram-se organizadas de forma semelhante.

5.2.1 Unidades Prestadoras de Cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo

O Concelho do Cartaxo é constituído por seis unidades funcionais: duas USFs, uma UCSP, uma UCC, uma USP e uma URAP.

As duas USFs existentes no Concelho são a USF Cartaxo Terra Viva, sediada no Cartaxo e a USF D. Sancho I, sediada em Pontével. As USFs são constituídas por Médicos, Enfermeiros e Assistentes Técnicos. A UCSP do Cartaxo, sediada no Cartaxo é constituída por um único Médico, Enfermeiras e Administrativos. A estrutura é idêntica à da USF, estando localizada no mesmo edifício da USF Cartaxo Terra Viva.

A UCC do Cartaxo, sediada em Vila Chã de Ourique, integra um Médico, Enfermeiras, uma Fisioterapeuta, uma Terapeuta Ocupacional, uma Cardiopneumologista, uma Higienista Oral e uma Psicóloga. A UCC actua na prestação de cuidados de saúde e apoio social de âmbito domiciliário e comunitário, educação para a saúde e integração de redes de apoio à família.

A USP, sediada no Cartaxo, no mesmo edifício da USF Cartaxo Terra Viva é constituída por Médicos de saúde pública, Técnico de saúde ambiental e Enfermeiros com especialização em saúde comunitária/saúde pública. Esta unidade funciona como observatório, tendo a competência de elaborar planos nos domínios da saúde pública e proceder à vigilância epidemiológica da população.

A URAP é constituída por Técnicos de diagnóstico e terapêutica e Técnicos superiores de saúde, e presta serviços complementares às actividades das restantes unidades funcionais.

Os utentes do Centro de Saúde do Cartaxo encontram-se inscritos nas USFs ou UCSP para aceder aos cuidados de saúde possibilitados pelas diversas unidades.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A população em estudo consiste nos sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na USF Cartaxo Terra Viva, USF D. Sancho I e suas Extensões (extensão de Valada e Vale da Pedra) ou UCSP, do Concelho do Cartaxo, Distrito de Santarém.

5.4 SELECÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Como amostra do estudo, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por idosos (idade igual ou superior a 65 anos) do Concelho do Cartaxo, Distrito de Santarém, os quais independentemente do seu nível de funcionalidade e de escolaridade, recorrem à USF Cartaxo Terra Viva, USF D. Sancho I e suas Extensões, UCSP ou UCC para obterem cuidados de saúde. Incluíram-se no estudo participantes com capacidade de compreensão e resposta às questões, cuja participação no estudo fosse voluntária e autorizassem a gravação áudio da entrevista. Os grupos etários que se incluíram na amostra foram os seguintes: 65-74 anos; 75-84 anos; igual ou superior a 85 anos. A estipulação destes grupos vem de encontro a alguns autores (Shephard, 1987; Riley, 1988; Hansson & Carpenter, 1994; Botwinick, 1981, cit. por Simões, 1990), que estipularam como faixas etárias, as seguintes; idosos-novos (65 - 74 anos), idosos-idosos (75 - 84 anos) e muito-idosos (mais de 85 anos) nos seus estudos.

A amostra foi seleccionada nas salas de espera das USFs e suas Extensões, da UCSP e UCC através de abordagem directa aos seus utentes e com base nos critérios de inclusão referidos.

5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A escolha das técnicas e instrumentos de recolha de informação foi feita com base nos objectivos do estudo, bem como na sua qualidade. De modo a conseguir-se fazer a melhor escolha, foi necessária a consulta bibliográfica, de modo a tornar possível a selecção de técnicas e instrumentos adequados face aos objectivos propostos.

A recolha de dados foi realizada através da **entrevista**. A entrevista é definida por Haguette (1997) como um processo de interacção social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objectivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado. A entrevista é o principal método de recolha de informação nas investigações qualitativas (Fortin, 2006), por possibilitar uma abordagem em profundidade do ser humano, pela compreensão das situações em estudo (Ruquoy, 1997).

Por um lado, realizou-se a entrevista utilizando a **técnica de associação livre das palavras**. Considerando Jung (1990; cit. por Coutinho, 2001), a associação livre ou evocação livre a partir de palavras, é um tipo de investigação aberta que se estrutura na evocação de respostas dadas a partir de um estímulo indutor. A utilização desta técnica possibilitou perceber quais as percepções dos idosos relativamente às imagens do envelhecimento e práticas idadistas percebidas nos profissionais de saúde dos Centros de Saúde e as percepções que eles próprios têm acerca do envelhecimento, idoso, atendimento nos centros de saúde e actividade física. Além disso, esta técnica torna-se muito vantajosa pois permite ultrapassar algumas dificuldades metodológicas e teóricas com que se deparam frequentemente os estudos qualitativos (Vala, 1981). Sá (1998) refere que a técnica de associação livre, como técnica de recolha de dados para apreensão dos elementos constitutivos de uma representação, implica instigar os participantes a dizerem o que pensam ao serem estimulados por um termo que caracteriza o objecto da representação em estudo. Além disso, considerando Polit e colaboradores (2004), existe uma menor susceptibilidade ao fingimento (do que as medidas de auto-relato). Esta técnica é assim de fácil aplicação, em que ao fornecer-se um estímulo, que poderá ser uma palavra, um texto curto, uma frase, uma imagem, ou um som, o sujeito refere um conjunto de palavras associado ao estímulo fornecido.

Por outro lado, realizou-se a **entrevista de forma semi-estruturada (semi-dirigida)**, através da qual se pretendeu explorar e aprofundar as percepções dos idosos, no que refere as imagens do envelhecimento e dos idosos, e as práticas idadistas identificadas no contexto de prática assistencial de saúde e perceber a forma como estas influenciam a prática de actividade física dos idosos. Além disso, possibilitou compreender melhor as percepções dos idosos sobre eles próprios e sobre a actividade física.

Neste estudo, realizou-se uma entrevista semi-estruturada, a qual assume uma posição intermédia entre a entrevista não estruturada (ou não dirigida) e a entrevista estruturada (ou dirigida). Para a sua realização, utilizou-se um guião (Apêndice IV), com os pontos que se pretendeu abordar, os quais não tiveram de ser seguidos numa ordem fixa, tendo-se seguido a linha de pensamento do entrevistado, com a preocupação de se obterem informações pertinentes em relação ao que se pretende estudar. Neste modelo de entrevista, apesar de existir uma orientação clara dos objectivos, prevaleceu uma

atitude de abertura e flexibilidade por parte do investigador que permite acomodar novas ideias que se afiguram pertinentes no decorrer da entrevista, bem como uma melhor adaptação ao fluxo do discurso do entrevistado (Goetz & LeCompte, 1984).

Considerando Fortin (2006), a entrevista semi-dirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender o significado de um acontecimento. Através deste tipo de entrevista é dada ao entrevistado a oportunidade de exprimir as suas opiniões sobre o tema tratado de modo a compreender-se o seu ponto de vista. Uma das principais vantagens da entrevista reside no contacto directo com a experiência individual das pessoas (Laperrière, 2000; cit. por Fortin, 2006).

Para que se possa analisar o conteúdo de uma entrevista, é necessário que este tenha sido previamente registado, sendo que, para Gil (1999) o único modo de reproduzir com precisão respostas é registá-las durante a entrevista, mediante notações ou com o uso de um gravador. Apesar de existirem autores, como Seltiz e Cook (1987) que referem que o uso de um gravador pode inibir respostas, existem autores como May (2004) que mencionam que o uso de um gravador permite que o entrevistador se concentre na conversa e registre a linguagem não verbal do entrevistado durante a entrevista. De modo a facilitar a análise do conteúdo utilizou-se assim o gravador para gravar a entrevista semi-estruturada e a entrevista recorrendo à técnica de associação livre das palavras.

Quanto à aplicação das técnicas e instrumentos de recolha de informação, é importante referir que antes da sua aplicação foi pedida autorização à Direcção do Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria. Após a obtenção da respectiva autorização (Apêndice II), realizou-se o Pré-Teste. O Pré-teste foi realizado durante os meses de Fevereiro e Abril de 2013, tendo sido aplicado a uma amostra de dez pessoas, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 65 anos, a qual foi seleccionada por conveniência. Através da sua realização foi possível perceber que existem procedimentos indispensáveis, como o facto da investigadora se apresentar como tal e não como profissional de saúde, bem como tornou-se relevante referir que não era importante saber o local e com quem decorreu o comportamento idadista face ao idoso de modo a não existirem receios em relação à informação dada pelos sujeitos. Também se tornou importante referir que as informações dadas seriam mantidas como confidenciais e que não existem respostas certas ou erradas. Após esta informação, os sujeitos sentiam-se mais seguros para responder às questões colocadas, facilitando a obtenção da informação necessária para responder aos objectivos do estudo. Pela concretização do Pré-teste foi possível reformular questões, retirar algumas que conduziam a que fosse dada a mesma informação, tendo-se substituído conceitos utilizados como “percepcionam” por “veêm”, de modo a tornar mais fácil a compreensão das perguntas feitas. À medida que se foi aplicando o Pré-teste, foram realizadas as alterações

necessárias ao guião da entrevista, de modo que quando se aplicava novamente num novo sujeito, a investigadora consciencializava-se das alterações propostas, de forma a ocorrer uma alteração comportamental por parte da mesma.

Posteriormente, iniciou-se a recolha de informação, a qual decorreu entre Maio e Agosto de 2013. O guião de entrevista apresenta uma primeira parte que teve como objectivo caracterizar os participantes do estudo e que engloba diversas variáveis. Numa segunda parte, realizou-se a entrevista recorrendo-se à técnica de associação livre das palavras, fornecendo-se diferentes estímulos que conduz a que os participantes expressem as suas ideias, pensamentos, sentimentos através de um máximo de 10 palavras para cada estímulo fornecido. A utilização desta técnica possibilitou perceber o que os idosos sentem e pensam em relação às situações que lhes são colocadas. Foi depois realizada a entrevista, numa terceira parte, de forma semi-estruturada em que os idosos responderam às diversas questões colocadas.

Antes da aplicação de cada entrevista, a investigadora apresentou-se aos participantes como estando a realizar um trabalho de investigação, referiu o tema e os objectivos do estudo, clarificou conceitos, como o de actividade física e idosos, tendo sido garantido o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas. Além disso, demonstrou-se disponível para retirar dúvidas sobre o estudo e foi explicado aos participantes que caso preferissem não participar no mesmo, não seriam prejudicados nos cuidados de saúde. Foi apresentado um consentimento informado a solicitar a autorização para participar no estudo (Apêndice III), onde foram fornecidas as informações referidas anteriormente. Também de forma a que a informação recolhida fosse mantida em sigilo, a recolha da mesma foi realizada em gabinete que possibilitasse manter a privacidade. Cada entrevista foi codificada (numericamente), de forma a ser possível manter-se o anonimato e a confidencialidade das informações recolhidas.

5.6 MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização da entrevista aplicando a técnica de associação livre de palavras e a entrevista na sua forma semi-estruturada realizou-se a organização e tratamento dos dados num programa de texto (Microsoft *Word*). Depois, recorreu-se à análise de conteúdo dos resultados segundo Bardin (1977). De acordo com o autor, o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Segundo Bardin (1977), a técnica de análise de conteúdo, compõe-se de três grandes etapas: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos

resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização, em que se pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objectivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registo. Na última etapa faz-se a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo as suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Portanto, a codificação e a categorização fazem parte da análise de conteúdo (Caregnato e Mutti, 2005).

Considerando Bardin (2009), pela criação de tabelas, reúnem-se todas as palavras referidas pelos entrevistados, agrupando-se e descontando-se as palavras idênticas, sinónimas ou próximas a nível semântico, pretendendo-se classificar as unidades de classificação em categorias, para reunir os resultados de cada estímulo numa categoria. De acordo com o autor, um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação e se for produtivo no plano das inferências.

Após a gravação áudio de cada uma das entrevistas, fez-se uma transcrição das mesmas integralmente e posteriormente analisaram-se com o objectivo de obter os relatos significativos referentes à temática em estudo.

Inicialmente, procedeu-se à categorização, através da identificação de unidades de significação. Segundo Bardin (1977), corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base. Pretende-se ter em consideração a totalidade de um texto, passando-o pelo crivo da classificação (...) segundo a frequência da presença (ou da ausência) de itens de sentido (Bardin, 2002). De acordo com a autora, a técnica consiste em classificar os diferentes elementos segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir certa ordem na confusão inicial. Esses critérios são as próprias “categorias de fragmentação da comunicação, para que a análise seja válida” e que devem obedecer a regras: serem homogéneas, exaustivas, exclusivas, objectivas e pertinentes ao conteúdo. Posteriormente, integrou-se as unidades de significação e as categorias encontradas em temas, tendo em conta o seu conteúdo, de modo a formar uma estrutura compreensiva do fenómeno em estudo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo optou-se pela apresentação dos resultados, por temas, que pretendem caracterizar a amostra e ir ao encontro dos objectivos do estudo. Deste modo, surgiram como temas, relativos às percepções dos participantes no contacto com os profissionais de saúde dos CSP: as imagens acerca do envelhecimento e idosos; as práticas idadistas e os factores (imagens/práticas) percebidos que favorecem e dificultam a prática de actividade física.

Recorreu-se à apresentação de alguns quadros, de modo a evidenciar os resultados bem como à apresentação de extractos das entrevistas sempre que considerado esclarecedor. A discussão dos resultados foi realizada em simultâneo.

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o suporte e as perspectivas significativas para o estudo (Coutinho, 2011). A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (Esteves, 2006; cit. por Coutinho, 2011).

6. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram neste estudo 18 idosos, que frequentaram entre Maio e Agosto de 2013 uma ou mais Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos. Destes, 10 são do género masculino e 8 do género feminino (Quadro 1). Na selecção dos participantes, pretendeu-se entrevistar idosos que pertencessem a diferentes grupos etários, procurando obter-se um número idêntico de participantes por grupo etário.

Quadro 1 – Distribuição dos participantes por grupo etário/género

		Grupo Etário			Total	%
		65-74 anos	75-84 anos	≥ 85 anos		
Género	Masculino	3	5	2	10	55,5%
	Feminino	3	1	4	8	44,4%
Total		6	6	6	18	100%
%		33,3%	33,3%	33,3%	100%	

Relativamente ao estado civil (Apêndices, Figura 1), a maioria dos idosos são casados ($n=12$), 3 encontram-se divorciados, 2 são viúvos e 1 encontra-se em situação de união de facto. De facto, de acordo com dados recolhidos do INE (referentes aos censos de 2011), no concelho do Cartaxo a maioria dos idosos eram casados ($n=3054$), 1650 eram viúvos, 206 eram divorciados e 183 eram solteiros. Os dados recolhidos encontram-se relativamente de acordo com os dados do INE.

Através da análise de com quem vivem os participantes (Apêndices, Figura 2), conclui-se que a maioria ($n=13$) reside com o cônjuge, 4 idosos vivem sozinhos e apenas 1 reside com o filho. Assim, a maioria tem suporte familiar, existindo apenas 4 sozinhos. Esta informação é coerente com os dados recolhidos relativos ao estado civil.

Quanto ao nível de instrução/escolaridade, constatou-se que a maioria dos participantes ($n=13;72,2\%$) tem a 4ª Classe, 1 participante concluiu o ensino básico, 1 concluiu o liceu e apenas 2 não sabem ler nem escrever, não tendo tido a possibilidade de frequentar a escola (Apêndices, Figura 3). Nesta dimensão, a maioria dos participantes

encontra-se no 1º estadió de educação básica (4º/6ºAno) apresentando um baixo nível de escolaridade. Considerando os dados recolhidos do INE (referentes aos Censos de 2011), 961 idosos não tinham qualquer nível de escolaridade, 3384 tinham completado o 1º ciclo, 193 tinham o 2º ciclo, 225 tinham o 3º ciclo e 150 tinham o ensino secundário. Pela análise dos resultados recolhidos, estes também se encontram relativamente de acordo com os dados encontrados do INE.

Relativamente à actividade laboral, constata-se que, a maioria dos participantes não se encontra a trabalhar ($n=13;72,2\%$), existindo uma minoria ($n=5;27,7\%$) que referem que exercem uma profissão. Os que se mantêm a trabalhar dedicam-se à agricultura, actividades domésticas e comércio. De facto, de acordo com dados do INE (relativos aos Censos de 2011), 4643 idosos encontravam-se reformados e 180 constituíam população activa, estando a maioria da população idosa reformada.

Analisando as profissões principais que os participantes tiveram ao longo da sua vida e considerando-se a Classificação Nacional de Profissões, verificou-se que a maioria são trabalhadores não qualificados ($n=10$), o que vem ao encontro dos dados obtidos relativamente ao nível de instrução/escolaridade e contribui para se concluir que a população em estudo apresenta um baixo estatuto sócio-económico (Apêndices, Figura 4).

Para a análise relativa ao rendimento mensal do agregado, recorreu-se ao IAS para 2013 (Indexante dos Apoios Sociais para 2013), no valor de 419,22€. Através da análise do rendimento mensal do agregado constatou-se que a maioria dos participantes (38,8%) auferem um rendimento relativamente baixo (entre 419,22 a 628,83 euros), 4 recebem um rendimento ainda mais baixo (209,61 a 419,22 euros) e apenas 3 auferem um rendimento mais elevado (entre 1,048,05 e 2,096,10 euros) (Apêndices, Figura 5). Estes resultados corroboram os encontrados em relação à escolaridade e actividade laboral, verificando-se que a amostra apresenta um estatuto sócio-económico baixo.

Em relação à satisfação com o estado de saúde, constatou-se que 9 participantes consideram o seu estado de saúde aceitável, 5 consideram a sua saúde boa/muito boa e 4 fraca/muito fraca (Apêndices, Figura 6). Verificou-se assim, que de uma forma geral, os participantes consideram a sua saúde como satisfatória. De acordo com INS (Instituto Nacional de Saúde 05/06; cit. por Pereira e Neves, 2010) 55,8% da população residente na RLVT referiu ter uma autopercepção do seu estado de saúde muito boa ou boa, 32,3% referiu a sua saúde ser razoável e 11,9% má ou muito má. De facto, os resultados recolhidos estão em consonância com os verificados por Pereira e Neves (2010).

Relativamente ao motivo pelo qual os participantes recorreram no último ano ao Centro de Saúde, constata-se que 7 recorreram por motivo de artralguas crónicas, 4 por consulta de rotina (prevenção primária e secundária), 3 por motivo de doença aguda, 1 devido a ferida, 1 por patologia do sono, 1 devido a doença cardíaca e 1 por necessitar de

receituário crónico (Apêndices, Figura 7). Constatou-se que a maioria recorreu aos serviços, por existência de patologia crónica.

Efectivamente, considerando o estudo realizado por Gomes e colaboradores (2013), que estudaram o perfil do hiperfrequentador típico nos CSP, verificaram que o hiperfrequentador típico é um indivíduo do género feminino, na sexta década de vida, com baixa escolaridade, casado ou em união de facto, que pertence a uma família nuclear, geralmente com doença crónica.

Relativamente à frequência de contacto dos participantes com profissionais de saúde de Centros de Saúde no último ano, verificou-se que 1 das pessoas contactou duas vezes por semana, 5 pessoas uma vez por mês, 4 pessoas de três em três meses, 5 pessoas de seis em seis meses e 3 pessoas uma vez por ano (Apêndices, Figura 8). Constatou-se assim que houve um contacto frequente dos participantes com profissionais de saúde de Centros de Saúde durante o último ano, pelo que as suas respostas à entrevista tornam-se muito relevantes.

7. IMAGENS DO ENVELHECIMENTO E IDOSOS

Um dos objectivos do estudo é o de identificar e caracterizar as imagens do envelhecimento e idosos percebidos no contacto com profissionais de saúde dos CSP. As questões analisadas neste capítulo pretenderam aprofundar o conhecimento sobre as imagens do envelhecimento e idosos.

A análise deste tema incidiu sobre os resultados encontrados para os estímulos “processo de envelhecimento”, “idosos”, “saúde dos idosos”, “consigo” e nas categorias encontradas na entrevista, com a utilização da associação livre de palavras e entrevista semi-estruturada.

Relativamente ao estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com o processo de envelhecimento?”, os participantes mencionaram 26 palavras/expressões, das quais 19 (76%) foram diferentes (Quadro 2).

Quadro 2 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com o processo de envelhecimento?”

Categorias	Subcategorias	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas ao processo de envelhecimento	Sentimentos	“Vêem e lidam bem” (7); “bem, é dada atenção aos problemas” (1); “penso que vejam bem e que tenham boas práticas” (1); “é prestado um bom serviço” (1), “tenho tido uma médica excepcional, que diagnostica bem” (1); “bem, demonstram-se interessados” (1);	12	12

Percepção de visão e práticas negativas relativas ao processo de envelhecimento	Sentimentos	“Nem sempre bem, por vezes mal” (1); “apesar da diabetes, disseram-me para não me preocupar” (1); “há desinteresse” (1); “os serviços aqui não funcionam” (1); “mal, não me encaminharam para o Ortopedista quando precisava” (1); “mal, as enfermeiras querem que seja eu a fazer o penso em casa” (1)	6	10
	Necessidades	“Deveria haver mais carinho ou falar de outra maneira para os idosos entenderem” (1); “quando vou mostrar os exames, eles não estão” (1); “demoram muito a resolver uma situação” (1); “a consulta no centro de saúde deveria durar mais tempo” (1);	4	
Percepção de visão e práticas neutras relativas ao processo de envelhecimento	Sentimentos	“Não tenho razão para queixas” (2); “acho que vêm e tratam de forma razoável” (1); “os serviços não são brilhantes” (1)	4	4
Total				26

Da análise dos dados referentes ao estímulo “processo de envelhecimento”, os participantes associaram palavras/expressões como “vêm e lidam bem” (7), “bem, é dada atenção aos problemas”, “penso que vejam bem e que tenham boas práticas” (1), “é prestado um bom serviço” (1), “tenho tido uma médica excepcional, que diagnostica bem” (1) “bem, demonstram-se interessados” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas ao processo de envelhecimento, referentes a sentimentos. Também indicaram palavras/expressões como “nem sempre bem, por vezes mal” (1), “apesar da diabetes, disseram-me para não me preocupar” (1), “há desinteresse” (1), “os serviços aqui não funcionam” (1), “mal, não me encaminharam para o Ortopedista quando precisava” (1) “mal, as enfermeiras querem que faça o penso em casa” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas ao processo de envelhecimento, referentes a sentimentos. Por outro lado, referiram palavras/expressões como “deveria haver mais carinho ou falar de outra maneira para os idosos entenderem” (1), “quando vou mostrar os exames, eles não estão” (1), “demoram muito a resolver uma situação” (1), “a consulta no centro de saúde deveria durar mais tempo” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas ao processo de envelhecimento, referentes a necessidades. Além disso, mencionaram palavras/expressões como “não tenho razão para queixas” (2), “acho que vêm e tratam de forma razoável” (1), “os serviços não são brilhantes” (1) como percepção de visão e práticas neutras percebidas em relação ao processo de envelhecimento, respeitantes a sentimentos. Relativamente ao processo de envelhecimento, a categoria percepção de visão e práticas positivas teve uma percentagem de 44%, a categoria percepção de visão e práticas negativas apresentou uma percentagem de 40% e a categoria percepção de visão e práticas neutras foi de

22,2%. Constatou-se que a maioria manifestou uma percepção de visão e práticas positivas e neutras relativas ao envelhecimento.

Em relação ao estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com os idosos”, mencionaram 24 palavras/expressões, das quais 14 (77,7%) foram diferentes (Quadro 3).

Quadro 3 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com os idosos?”

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas aos idosos	Sentimentos	“Vêem e lidam bem” (8); “tenho tido um bom acolhimento” (1); “tenho a noção de que sejam sensíveis” (1); “penso que sejam positivos” (1)	11	11
Percepção de visão e práticas negativas relativas aos idosos	Sentimentos	“Por vezes podiam lidar com eles melhor” (1); “não há paciência para os idosos” (2); “os médicos trabalham muitas horas e ficam sem paciência” (1); “mal, por vezes não conseguem aceder aos sistemas informáticos para passar credenciais” (1)	5	8
	Necessidades	“Os profissionais deveriam estar mais esclarecidos, ter mais formação” (1); “Os idosos precisam de um carinho, de uma atenção maior” (1); “Os idosos deveriam ter prioridade e não ficarem tanto tempo à espera” (1)	3	
Percepção de visão e práticas neutras relativas aos idosos	Sentimentos	“Depende de profissional para profissional” (2); “Não tenho razão de queixa” (2); “não tem havido problemas” (1)	5	5
Total				24

Da análise dos dados referentes ao estímulo “idosos”, os participantes associaram palavras como “vêem e lidam bem” (8), “tenho tido um bom acolhimento” (1), “tenho a noção de que sejam sensíveis” (1), “penso que sejam positivos” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas aos idosos, referentes a sentimentos. Indicaram palavras/expressões como “por vezes podiam lidar com eles melhor” (1), “não há paciência para os idosos” (2), “os médicos trabalham muitas horas e ficam sem paciência” (1), “mal, por vezes não conseguem aceder aos sistemas informáticos para passar credenciais” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas aos idosos, respeitante a sentimentos. Também referiram palavras/expressões como “os profissionais deveriam estar mais esclarecidos, ter mais formação” (1), “os idosos precisam de um carinho, de uma atenção maior” (1), “os idosos deveriam ter prioridade e não ficarem tanto tempo à espera” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas aos idosos, referente a necessidades. Por outro lado, indicaram palavras/expressões como “depende de profissional para profissional” (2), “não tenho razão de queixa” (2), “não tem

havido problemas” (1) como percepção de visão e práticas neutras relativas aos idosos, respeitante a sentimentos. Relativamente aos idosos, a categoria percepção de visão e práticas positivas foi de 45,9%, a categoria percepção de visão e práticas negativas de 33,3% e a categoria percepção de visão e práticas neutras de 20,8%.

Deste modo, tal como na análise da questão anterior, constatou-se que a maioria tem uma percepção de visão e práticas positivas relativas aos idosos. Marques (2011) refere que em Portugal não existem muitos indícios documentados sobre práticas idadistas em relação às pessoas mais velhas no sector da saúde, de modo que estas questões possibilitam clarificar esta problemática. Analisando os resultados, esta visão positiva evidencia um sentimento de protecção em relação aos profissionais de saúde bem como a concordância com as imagens e práticas existentes nos CSP, relativas ao envelhecimento e idosos. Contudo, verificou-se que as respostas são por vezes incoerentes no sentido em que referem imagens e práticas positivas dos profissionais de saúde em relação ao envelhecimento, mas não em relação a uma população específica – os idosos. Esta incoerência pode ser explicada pelas imagens negativas que os participantes apresentam em relação às imagens e práticas dos profissionais relativas aos idosos, ou mesmo das suas imagens pessoais em relação a esta população.

Quanto ao estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com a saúde dos idosos”, mencionaram 25 palavras/expressões, das quais 14 (56%) foram diferentes (Quadro 4).

Quadro 4 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com a saúde dos idosos?”

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas à saúde dos idosos	Sentimentos	“Lidam/tratam bem”(10); “Há uns que são muito atenciosos” (2) “Há uns que encaminham para as Terapias o que é bom” (1); “demonstram preocupação” (1); “há uma boa receptividade” (1); “têm bons cuidados” (1); “são cuidadosos” (1); “são atenciosos” (1); “tenho sido bem atendido” (1).	19	19
Percepção de visão e práticas negativas relativas à saúde dos idosos	Sentimentos	“Nem sempre se faz uma avaliação bem feita da situação” (1), “mal, nem avaliam” (1), “Nem sempre atendem como gostariam, porque trabalham muitas horas” (1).	3	4
	Necessidades	“Deveria haver mais tempo, para se ser bem consultado” (1)	1	
Percepção de visão e práticas neutras relativas à saúde dos idosos	Sentimentos	“Uns acolhem-nos de uma maneira e outros de outra forma” (2)	2	2

Total		25
--------------	--	----

Através da análise dos dados referentes ao estímulo “saúde dos idosos”, os participantes associaram palavras/expressões como “lidam/tratam bem”(10), “há uns que são muito atenciosos” (2), “há uns que encaminham para as terapias o que é bom” (1), “demonstram preocupação” (1), “há uma boa receptividade” (1), “têm bons cuidados” (1), “são cuidadosos” (1), “são atenciosos” (1) e “tenho sido bem atendido” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas à saúde dos idosos, referentes a sentimentos. Também indicaram palavras/expressões como “nem sempre se faz uma avaliação bem feita da situação” (1), “mal, nem avaliam” (1), “nem sempre atendem como gostariam, porque trabalham muitas horas” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à saúde dos idosos, respeitantes a sentimentos. Por outro lado, mencionaram palavras/expressões como “deveria haver mais tempo, para se ser bem consultado” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à saúde dos idosos, referentes às necessidades. Além disso, indicaram palavras/expressões como “uns acolhem-nos de uma maneira e outros de outra forma” (2) como percepção de visão e práticas neutras percebidas em relação à saúde dos idosos, respeitantes a sentimentos. Relativamente à saúde dos idosos, a categoria percepção de visão e práticas positivas foi de 76%, a categoria percepção de visão e práticas negativas foi de 16% e a categoria percepção de visão e práticas neutras foi de 8%. A maioria tem uma percepção de visão e práticas positivas relativas à saúde dos idosos, o que é coerente face aos resultados.

Em relação ao estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêm e lidam consigo?”, mencionaram 25 palavras/expressões, das quais 18 (72%) foram diferentes (Quadro 5).

Quadro 5 – “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêm e lidam consigo?”

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas aos participantes	Sentimentos	“Bem” (2); “Maravilhosamente” (1); “Tenho sido bem tratado” (1); “Têm lidado bem comigo” (2); “Há profissionais impecáveis” (1); “Bem, são atenciosos” (1); “Sempre bem” (1).	9	9
Percepção de visão e práticas negativas relativas aos participantes	Sentimentos	“Quando tenho alguma dor nem sempre sou bem atendido” (1); “Nem sempre há disponibilidade” (1); “Não é dada atenção aos problemas” (1); “Parece que não têm tempo” (1), “Eu não me sinto à vontade para falar dos problemas” (1); “Senti-me enganado, diziam-me que tinha um problema, mas tinha outro” (1); “Há profissionais que são pouco disponíveis, não são simpáticos” (1); “Já fui mal atendida, tinha uma médica incompetente” (1)	8	8

Percepção de visão e práticas neutras relativas aos participantes	Sentimentos	“É razoável, não tenho razão de queixa” (6); “Nem sempre são aquilo que eu estava à espera” (1); “Comigo não tem havido problemas” (1)	8	8
Total				25

Através da análise dos dados referentes ao estímulo “consigo”, os participantes associaram palavras/expressões como “bem” (2), “maravilhosamente” (1), “tenho sido bem tratado” (1), “têm lidado bem comigo” (2), “há profissionais impecáveis” (1), “bem, são atenciosos” (1), “sempre bem” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas aos participantes, referentes a sentimentos. Também indicaram palavras/expressões como “quando tenho alguma dor nem sempre sou bem atendido” (1), “nem sempre há disponibilidade” (1), “não é dada atenção aos problemas” (1), “parece que não têm tempo” (1), “eu não me sinto à vontade para falar dos problemas” (1), “senti-me enganado, diziam-me que tinha um problema, mas tinha outro” (1), “há profissionais que são pouco disponíveis, não são simpáticos” (1) e “já fui mal atendida, tinha uma médica incompetente (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas aos participantes, respeitantes a sentimentos. Por outro lado, referiram palavras/expressões como “é razoável, não tenho razão de queixa” (6), “nem sempre são aquilo que eu estava à espera” (1), “comigo não tem havido problemas” (1) como percepção de visão e práticas neutras relativas aos participantes, referentes a sentimentos. Em relação aos participantes, a categoria percepção de visão e práticas positivas teve uma percentagem de 36%, a categoria percepção de visão e práticas negativas teve uma percentagem de 32% e a categoria percepção de visão e práticas neutras relativas teve uma percentagem de 32%. Pela análise das quatro questões realizadas, verificou-se que a maioria dos participantes tem a percepção de visão e práticas positivas relativas não só ao “envelhecimento”, “idosos”, “saúde dos idosos”, mas também “consigo”.

Pela aplicação do estímulo “Complete com a sua opinião: A abordagem aos idosos nos serviços de saúde é...”, os participantes mencionaram 20 palavras, das quais 10 (50%) são diferentes (Apêndices, Quadro 10). Pela análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos entrevistados tem uma percepção de visão positiva ou neutra dos serviços de saúde na sua abordagem com os idosos, tendo em consideração os sentimentos (75%) Os participantes associaram à abordagem aos idosos nos serviços de saúde, palavras como “boa” (7), “aceitável/razoável” (3) como sentimentos que se referem a aspectos relativos à percepção de visão positiva da abordagem aos idosos nos serviços de saúde. Como aspectos que se relacionam com a percepção de visão negativa da abordagem aos idosos nos serviços de saúde, indicam palavras como “pouco viável” (1), “péssima” (2), “demorada” (2) que se referem a sentimentos. Por outro lado, os entrevistados também mencionam palavras como “não é má” (1), “normal” (1),

“importante” (2), “ter tratamento adequado” (1) que se referem a uma percepção de visão neutra da abordagem aos idosos nos serviços de saúde, referentes a sentimentos. Relativamente à abordagem aos idosos nos serviços de saúde, a categoria percepção de visão positiva foi de 50%, a categoria percepção de visão negativa foi de 25% e a categoria percepção de visão neutra foi de 25%. Pela análise das respostas obtidas, constatou-se que a maioria apresentou uma percepção de visão positiva ou neutra relativamente à abordagem aos idosos nos serviços de saúde, o que vai ao encontro das suas opiniões anteriores no que respeita a prática assistencial de saúde.

Também se pretendeu que identificassem quais as imagens relativas aos idosos presentes nos profissionais de saúde de Centros de Saúde, tendo em consideração as mais referidas na literatura (Apêndices, Figura 11). Como imagens positivas, os participantes referem que são percebidos pelos profissionais de saúde dos Centros de Saúde como “carinhosos” (61,1%), como continuando “a ter uma vida normal como antes da velhice” (16,6%), como sendo “activos” (22,2%), como estando “a viver uma fase da vida especialmente boa” (5,55%), como tendo “mais sabedoria” (94,4%), “vontade de viver” (83,3%), “mais serenos” (11,1%), como “gostam de conversar e contar recordações” (83,3%) e como sendo “simpáticos” (66,6%). Assim, as imagens positivas mais referidas foram: carinhosos, como tendo mais sabedoria, a vontade de viver, o gosto por conversar e contar recordações e a simpatia. Como imagens negativas, os participantes mencionam que são percebidos pelos profissionais de saúde dos Centros de Saúde como “não cuidam do seu aspecto físico” (100%), como sendo “tristes e deprimidos” (66,6%), “aborrecidos”, “rabugentos” e “teimosos” (88,8%), “inaptos para tomarem decisões” (50%), “precisam de muito descanso” (27,7%), “doentes” (44,4%), “pobres” (38,8%), “vivem uma segunda infância” (33,3%), “inúteis e preguiçosos” (38,88%) e “dependentes” (100%). Deste modo, as imagens negativas mais referidas pelos participantes foram: não cuidam do seu aspecto físico, tristes e deprimidos, aborrecidos, rabugentos e teimosos, inaptos para tomarem decisões e dependentes. As imagens negativas como não cuidam do seu aspecto físico e dependentes, foram referidas por todos os participantes.

Solicitou-se também as opiniões/reflexões dos participantes ao pedir-se para completarem dadas frases, através da técnica de associação livre das palavras, de forma a compreender-se a sua opinião sobre o envelhecimento e os idosos.

Relativamente ao estímulo: “Complete com a sua opinião: A palavra envelhecimento faz pensar em...”, os idosos entrevistados referiram 29 palavras, das quais 25 (86,2%) são diferentes (Apêndices, Quadro 8). Os idosos associaram ao envelhecimento palavras como “actividade física” (1), “algo natural” (1), “boa-disposição” (1), “sabedoria” (1), “experiência” (1), “histórias de vida” (1) como atributos positivos do envelhecimento, que

se referem a aspectos físico, emocional/psicológico e social. Como atributos negativos do envelhecimento, os participantes indicaram as palavras “dificuldade” (1), “limitação” (1), “tristeza” (2), “morte”/ “fim de vida” (3), “sofrimento” (1) e “perda de autonomia” (1) relativos a aspectos físicos, emocional/psicológico e social. Em relação ao envelhecimento, a categoria atributos positivos foi de 27,5% e a categoria atributos negativos apresentou uma percentagem de 72,4%. Pela análise dos resultados obtidos, verificou-se que a maioria dos participantes referiu o envelhecimento utilizando atributos negativos (72,4%). Deste modo, apesar de terem uma visão positiva dos profissionais de saúde e das suas práticas em relação ao processo de envelhecimento têm uma imagem fundamentalmente negativa em relação ao mesmo. Constatou-se na maioria dos participantes, a existência de uma concepção negativista do envelhecimento, que pode ser percebida através do modelo do declínio (Pfeiffer, 1977; cit. por Lima, 2004). Neste modelo, a terceira idade é percebida como um período de perdas (económicas, familiares) e assinalada por uma deterioração do funcionamento (físico, cognitivo, social).

Por sua vez, através do estímulo: “Complete com a sua opinião: A palavra idosos faz pensar em...”, os idosos entrevistados indicaram 33 palavras, das quais 23 (69,7%) são diferentes (Apêndices, Quadro 9).

Os participantes associaram aos idosos palavras como “sabedoria” (2), “positivismo” (1), “algo natural” (1), “experiência” (3), “vontade de viver” (1), “família” (1) como atributos positivos dos idosos, referentes a aspectos emocional/psicológico e social. Como atributos negativos dos idosos indicaram palavras como “limitação da mobilidade”/ “dependência” (2), “rugas” (1), “cabelos brancos” (1), “morte” (3), “necessidades” (1), “perda de autonomia” (2), “desilusão” (1), “tristeza” (1), “angústia” (1), “velhice”/ “envelhecimento”/ “velhos” (6), “problemas” (1), “família” (1), “necessidade de cuidados” (1), isolamento (2), relativos a aspectos físicos, emocional/psicológico e social.

A categoria atributos positivos dos idosos foi de 27,2% e a categoria atributos negativos dos idosos foi de 72,7%. Assim, os participantes apesar de terem uma visão positiva dos profissionais de saúde e das suas práticas em relação aos idosos, incluindo com os próprios, têm uma imagem fundamentalmente negativa em relação aos idosos.

Através de entrevista semi-estruturada, questionou-se sobre as imagens relativas aos idosos e envelhecimento e dos factores que contribuem para as mesmas. Pela análise das imagens dos participantes relativas aos idosos, verificou-se que 6 (33,3%) consideram imagens positivas. Porém, a maioria (66,6%) tem uma imagem negativa dos idosos. O mesmo se constatou em relação às imagens do envelhecimento, verificando-se que 4 (22,2%) referem ter imagens positivas, enquanto 15 (83,3%) referem imagens negativas do envelhecimento. Verificou-se a existência de diversos factores que

contribuem para as imagens relativas aos idosos e envelhecimento, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 18).

Por um lado, as imagens identificadas relativas aos idosos, foram positivas, as quais se passam a referir: “pessoas com objectivos” (1), “são pessoas com actividade física” (1), “têm boa saúde” (2), “podem ser estimulados e têm capacidades” (1), “grande experiência de vida” (1). Por outro lado, os entrevistados mencionaram também imagens negativas, como: “coitadinhos” (2), “pessoas que precisam de ajuda” (1), “precisam de muito amor e carinho” (2), “tem que haver uma certa compreensão em relação aos velhotes” (1), “atrapalhados” (1), “vejo-os muito mal” (2), “são desprezados” (1), “acabados” (2). Quanto às imagens positivas relativas ao envelhecimento referidas pelos entrevistados, distinguem-se as seguintes: “é algo normal” (3), “é natural” (1). Como imagens negativas relativas ao envelhecimento, os participantes mencionam: “traz dificuldades” (2), “traz deformações” (1), “traz a falta do gosto de viver” (1), “é triste” (3), “traz a doença” (1), “quando estão desprezados, mete-me muita confusão” (1), “quanto mais idade, piores estamos” (1), “vejo-o péssimo” (1), “fico com medo de vir a perder aquilo que consigo fazer” (1), “vejo-o mal” (1), “entra-se na decadência” (1), “penso na morte” (1).

Como experiências pessoais positivas que contribuem para imagens positivas dos idosos e envelhecimento, os participantes referiram que se sentem com uma “boa saúde” e “bem-estar geral” (6). Como experiências pessoais negativas que contribuem para imagens negativas dos idosos e envelhecimento, os participantes mencionaram a experiência de cuidar de idosos doentes (2). Também como experiência pessoal, os entrevistados referiram que o envelhecimento reflecte tudo o que a pessoa passou ao longo da vida, incluindo vivências negativas pessoais, profissionais e que isso, na sua óptica, contribui de forma negativa para a imagem do envelhecimento (1). A experiência pessoal dos participantes de não existir compreensão para com os idosos, nomeadamente para com aqueles que apresentam mais limitações, conduz a um sentimento de indignação para com a sociedade e contribui para uma imagem negativa dos idosos (1). Além disso, os participantes referiram que existem idosos que não vivem com dignidade e que estão a viver na rua, o que contribui para a imagem negativa que têm deste grupo etário (1). Como características emocionais/psicológicas positivas, os participantes mencionaram o facto de existirem idosos com objectivos de vida e vontade de viver (2). Também o facto dos participantes percepcionarem o envelhecimento como algo natural, que aceitam com normalidade, contribui para uma imagem positiva do mesmo (4). Além disso, há entrevistados que mencionaram o facto de serem positivos, o que contribui para as suas imagens positivas em relação aos idosos (3). Como características emocionais/psicológicas negativas, os participantes referiram o medo de perder as suas capacidades à medida que a idade avança (1). Outros mencionaram que o

tempo de vida encurta à medida que se envelhece, o que contribui para a imagem negativa em relação aos idosos (2). Relativamente às características físicas positivas, os participantes referiram o facto de existirem idosos a dedicarem-se a actividades físicas (como “caiar paredes”) (2). Como características físicas negativas, os participantes mencionaram as limitações físicas que ocorrem à medida que a idade avança e que compromete a sua mobilidade (5). Relativamente a factores sociais positivos, os participantes mencionaram que o facto de ser possível casar até muito tardiamente (“como aconteceu com um familiar”) conduz a uma percepção positiva do envelhecimento (1). Como factores sociais negativos, os participantes referiram o isolamento social a que estão sujeitos os idosos e que contribui para imagens negativas como sendo percebidos como “coitadinhos” e como “pessoas que precisam de ajuda” (1). Também o facto dos idosos serem percebidos como pessoas que têm falta de apoio/suporte dos seus familiares (2), isto conduz a uma percepção negativa do envelhecimento. Há participantes que mencionaram que os idosos antigamente quando tinham problemas de saúde mais graves ficavam em casa dos filhos, que cuidavam deles, porém, actualmente, as famílias colocam-nos em lares (3). Isto contribui para uma imagem negativa em relação aos idosos. Além disso, há participantes que referiram a crise sócio-económica, como contribuindo para que os idosos actualmente tenham vidas com maiores dificuldades, em que existe uma maior necessidade de recurso a ajudas de familiares mais directos (1).

Deste modo, pela utilização da técnica de associação livre das palavras e entrevista semi-estruturada, verificou-se que a maioria dos participantes, apresentam imagens negativas relativas ao envelhecimento e idosos.

Como referido pela literatura (Harrigan & Farmer, 1992; cit. por Marco & Delgado, 2005), através do estudo realizado, foi possível identificar imagens relativas aos idosos a três níveis: biológico, psicológico e social. Mas também foi possível obter informação sobre a experiência pessoal dos participantes, o que possibilitou enriquecer os resultados obtidos. E tal como se verificou neste estudo, a literatura (Salgado, 2000; Wilkinson & Ferraro, 2002; Nelson, 2002; Minichiello e Coulson, 2005, cit. por Henderson *et al.*, 2008; Magalhães *et al.*, 2010; Kornadt e Rothermund, 2011) refere que existem imagens negativas em relação ao envelhecimento que salientam a homogeneidade dos idosos, a doença e dependência funcional, o declínio mental, a inutilidade, o isolamento, a pobreza e a depressão. De facto, as imagens encontradas nos participantes, relativas ao envelhecimento e idosos são na sua maioria, negativas, sendo as mais mencionadas aquelas que se referem às limitações físicas, ao estado de doença, declínio progressivo da sua funcionalidade e à necessidade de ajudas/apoios. Efectivamente, as imagens encontradas vão ao encontro de Marques e colaboradores (2011) que referem que, em Portugal, o conteúdo do estereótipo de idoso é mais simpático do que competente.

Também, existem autores (Pasupathi *et al.*, 1995; Palmore, 1999) que referem imagens positivas relativas ao envelhecimento e idosos como a sabedoria, a confiança, a bondade, a liberdade e a serenidade. Por sua vez, as imagens positivas encontradas neste estudo relacionaram-se não só com a sabedoria, mas também com a capacidade de realizar actividades físicas, bem como com a existência de potencial e capacidades.

Além disso, a literatura (Palmore, 1999; Kart & Kinney, 2001) salienta existirem imagens neutras, contudo, estas não foram identificadas neste estudo.

No presente estudo, os factores que mais contribuíram para as imagens encontradas, foram maioritariamente, a experiência pessoal, as características físicas e os factores sociais. Efectivamente, as características físicas e os factores sociais têm sido amplamente referidos na literatura (Fernandez-Ballesteros, 2002; Cerqueira *et al.*, 2004; Squire, 2005) como contribuindo para as imagens relativas ao envelhecimento e idosos.

De forma a melhor compreender-se as percepções dos participantes sobre a idade em que ocorreria a transição para a velhice, obtiveram-se respostas muito diversificadas. Pela análise das opiniões dos participantes relativas à questão “em que idade se passa a ser idoso?” verificou-se que 9 (50%) dos entrevistados referiu que não existe idade para se tornar idoso. Os restantes participantes deram diversas respostas: “a partir dos 50 anos” (1), “a partir dos 60 anos” (1), “a partir dos 65 anos” (1), “a partir dos 67 anos” (1), “a partir dos 70 anos” (1), “a partir dos 74 anos” (2), “a partir dos 78 anos” (1), “a partir dos 80 anos” (1), tendo sido encontrados factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso (Apêndices, Quadro 19).

Em relação à percepção “Não existe idade para se tornar idoso”, os participantes mencionaram como experiência pessoal, o facto de terem contactado com familiares idosos que apresentavam muita vontade de viver, o que faz com que não os percebam como idosos (1). Outros referiram na sua experiência pessoal, que nunca se é idoso, mas sim de uma geração diferente (1). Além disso, alguns idosos mencionaram que desde que haja uma boa saúde, não se é idoso, tendo a opinião de que não existe uma idade própria para passar-se a ser idoso (2). Outros referiram que não se sentem idosos e que por isso são da opinião de que não deve existir uma idade que se associe ao idoso (1). De acordo com alguns participantes, a idade em que se passa a ser idoso depende fundamentalmente da história de vida de cada pessoa, não existindo por isso uma idade associada ao idoso (2). Como características emocionais/psicológicas, referiram que a pessoa pode ter muita idade, mas não se sentirem idosas (1), seja por serem activas fisicamente no seu dia-a-dia ou mesmo por terem um espírito jovem. Como características físicas, indicaram que ao longo da vida se vai passando por diferentes fases, em que se vão encontrando dificuldades/limitações físicas, mas que podem acontecer em diversas idades e não numa única idade (1). Também há participantes que

mencionaram que os idosos só o são quando aparecem limitações físicas (como falta de força muscular ou dificuldade na realização de actividades do dia-a-dia) (2).

Quanto à percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 50 anos”, referiram como características físicas, que a partir dos 50 anos, já denotam limitações/dificuldades físicas, que restringem a sua mobilidade (1), o que contribui para a sua percepção.

Em relação à percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 60 anos”, os participantes referiram como experiência pessoal, sentir mais limitações/dificuldades a partir dos 60 anos, nomeadamente na dificuldade em memorizar (1).

Quanto à percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 65 anos”, os entrevistados mencionaram como experiência pessoal, que a partir dos 65 anos surgem complicações de saúde e surge um maior cansaço geral bem como uma menor paciência (1).

Em relação à percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 67 anos”, referiram como factores sociais, que se passa a ser idoso quando se deixa a actividade laboral (1).

Como percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 70 anos”, os participantes mencionaram como características físicas as limitações/dificuldades físicas que ocorrem a partir desta idade, as quais na sua opinião, são mais significativas e limitam a mobilidade e a capacidade para realizar as actividades do dia-a-dia (1).

Quanto à percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 74 anos”, indicaram como características emocionais/psicológicas, que não se sentem idosos antes dos 74 anos e que as pessoas não são idosas a não ser a partir dos 74 anos (1). Outro participante mencionou como características físicas, a dificuldade na realização de actividades físicas a partir dos 74 anos (1), o que contribuiu também para a mesma percepção.

Obtiveram-se diversas respostas, verificando-se que não existe um consenso para os limites de idade em que se passa a ser idoso. Metade dos participantes referiu mesmo que não existe idade para se tornar idoso. De uma forma geral, a maioria indicou como critérios de passagem para a velhice, a existência de limitações/dificuldades físicas, a presença de doença e a restrição para a realização de actividades.

Os dados recolhidos não vão assim ao encontro do referido por Marques e colaboradores (2010) que mencionam, considerando o ESS, que em Portugal percepção-se que a juventude termina aos 35 anos e que a terceira idade começa aos 66 anos. Além disso, também a OMS, considera para países desenvolvidos, como Portugal, que a idade de entrada na velhice é aos 65 anos. Contudo, os resultados obtidos vão ao encontro do referido por Gaullier (1988; cit. por Fernandes, 2008) que refere que existe uma idade nova, ou seja, uma nova fase do ciclo de vida, situada entre o fim do trabalho e a velhice propriamente dita. Efectivamente, a idade da reforma e da velhice deixaram de ser coincidentes (Fernandes, 2008).

Também de acordo com a literatura (Marques *et al.*, 2011), os entrevistados do género feminino percebem o início da idade em que se passa a ser idoso mais tarde do que os do género masculino. No estudo realizado, constatou-se que a maioria dos participantes do género feminino referiram que não existe idade para se ser idoso, existindo apenas duas que referem que é a partir dos 74 anos (Apêndices, Quadro 36). Em relação ao género masculino, verificou-se uma maior variabilidade de respostas, quatro referiram que não existia idade e os restantes deram respostas variadas sobre a idade de entrada na velhice, todos eles referindo idades anteriores aos 74 anos. O facto de existirem participantes do género feminino a referirem idades para a entrada na velhice mais tarde em relação aos do género masculino, corrobora o referido na literatura.

Também se analisou a percepção dos participantes “no seu processo de envelhecimento”, “em relação aos outros do seu grupo etário” e “em relação a outras pessoas de outros grupos de idade”. Ainda se investigou a sua percepção de “como acha que as outras pessoas do seu grupo etário o vêem?” e de “como acha que as pessoas de outros grupos de idade o vêem?”

Quando os participantes foram questionados “Como se vê a si próprio(a), no seu processo de envelhecimento?”, verificou-se que a maioria dos entrevistados tem uma imagem positiva de si mesmos, no seu processo de envelhecimento (61,1%) e sobressaíram diversos factores que contribuem para a imagem que os idosos têm de si mesmos, os quais são de carácter positivo ou negativo, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 13).

Relativamente à experiência pessoal positiva, os participantes referiram que o facto de terem a experiência de uma boa saúde (1), e de conseguirem realizar actividades que lhes dão prazer/alegria de viver (como as actividades hortícolas) (1) torna a sua própria imagem positiva. Quanto à experiência pessoal negativa, mencionaram que o facto de terem exercido actividades laborais, em que lidaram com situações de sofrimento, isso tem contribuído para a percepção de que têm um envelhecimento precoce (1). Também o facto dos participantes verificarem que apresentam limitações nas actividades funcionais, tem contribuído para as imagens negativas que têm de si próprios (1). Como características emocionais/psicológicas positivas, mencionaram o facto de terem auto-estima (1), de sentirem um bem-estar psicológico (2) ou o positivismo inerente a si próprios (1) o que contribui para uma imagem positiva de si mesmos. Como características emocionais/psicológicas negativas, há participantes que referiram sentirem falta de motivação para serem mais activos fisicamente (1), a presença de sentimentos de ansiedade e angústia devido à crise sócio-económica actual (1) que contribui para imagens negativas de si mesmos. Como características físicas positivas, mencionaram o facto de estarem fisicamente preparados para conseguirem realizar a maioria das

actividades do seu dia-a-dia (5), bem como o facto de considerarem que não apresentam cifose dorsal acentuada (1). Por outro lado, como características físicas negativas, os participantes referiram sentirem-se fisicamente debilitados (2), com dores físicas (1), com diminuição da força muscular (1), com maior cansaço físico (1), com limitação em realizar algumas actividades físicas (2) o que contribui para a imagem negativa de si mesmos. Como factores sociais, mencionaram apenas factores sociais negativos, que incluem falta de suporte/apoio dos filhos, que referem que têm as suas próprias vidas e menor disponibilidade para eles, sendo o maior receio, o de vir a ingressar de futuro num lar (1). Dos diversos factores referidos pelos participantes, foram as características emocionais/psicológicas positivas e as características físicas positivas que mais contribuem para as imagens positivas de si próprios, no seu processo de envelhecimento.

Apesar de neste estudo se ter verificado que a maioria apresentou uma visão positiva de si próprios no seu processo de envelhecimento, Freitas e colaboradores (2010) referem que os idosos têm por um lado a visão do envelhecimento como conduzindo à dependência e a perdas, porém, também têm uma visão positiva pela existência de capacidades e pelo facto de que é possível viver com qualidade.

Também pela análise das imagens dos participantes em relação às pessoas do seu grupo etário, verificou-se que a maioria dos participantes apresenta uma imagem positiva de si próprio em comparação aos seus pares (66,6%), tendo-se constatado a existência de diversos factores que contribuem para a imagem que os idosos têm de si mesmos, os quais são de carácter positivo ou negativo, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 14).

Relativamente à experiência pessoal positiva, um dos participantes referiu que o facto de se sentirem com uma boa saúde comparativamente às pessoas das suas idades, isso lhes confere uma imagem positiva. Quanto à experiência pessoal negativa, os participantes têm uma imagem negativa de si mesmo em relação aos seus pares, que, na sua opinião conseguiram ter maiores cuidados pessoais que aqueles que os participantes tiveram. Além disso, há entrevistados que mencionaram que a actividade laboral que tiveram, com um trabalho mais desgastante contribuiu para terem imagens mais negativas de si mesmo (2). Como características emocionais/psicológicas positivas, mencionaram que sentem um bem-estar psíquico (2) que contribui para que se sintam melhor comparativamente aos seus pares. Além disso, há um participante que referiu ser positivo, sendo este positivismo que lhe está inerente a causa de ter uma imagem positiva de si mesmo. Os participantes não referiram características emocionais/psicológicas negativas que contribuíssem para imagens negativas dos mesmos comparativamente aos seus pares. Como características físicas positivas, os entrevistados mencionaram que a visão positiva que têm em relação a si mesmos comparativamente aos outros das suas

idades advém do facto de realizarem muitas actividades físicas (6) e sentirem que apresentam melhor mobilidade física. Existe ainda um participante que referiu que o facto de não sentir dores, isso fá-lo sentir melhor comparativamente aos seus pares. Além disso, há participantes que referiram sentirem-se mais jovens fisicamente face à idade que têm (1), bem como sentirem-se fisicamente melhor por contactarem com pessoas mais novas comparativamente aos seus pares (1). Em relação às características físicas negativas, mencionaram o cansaço físico e a dificuldade em se movimentarem como factores que contribuem para uma imagem mais negativa de si em comparação com os seus pares (1). Também outros participantes (2) referiram aspectos físicos, nomeadamente o facto de ter rugas e pele flácida (1) como contribuindo para terem uma imagem mais negativa de si comparativamente aos pares. Como factores sociais positivos, os entrevistados mencionaram que o facto de terem a oportunidade para conviver e interagir com pessoas amigas (1), isso lhes permite ter uma imagem positiva de si mesmos. Outros referiram que acabam por ter uma percepção mais positiva de si próprios por sentirem que conseguem ter um envelhecimento mais activo que outros idosos, que adquirem uma postura socialmente menos activa (1). Há também participantes que mencionaram ter uma imagem mais positiva de si próprios pelo facto de conhecerem situações de pares que vivem com maiores dificuldades sócio-económicas que eles próprios (“alguns nem habitação têm, outros não têm que comer”) (1). Os idosos entrevistados não referiram factores sociais negativos.

À semelhança da questão anterior, verificou-se que para a maioria da amostra, se mantém a imagem positiva dos participantes não só face ao envelhecimento, mas também comparativamente às pessoas do mesmo grupo etário. As características físicas positivas foram dos factores mais referidos pelos entrevistados como justificando esta visão positiva. Em consonância ao encontrado no presente estudo, a literatura (Kane, 2006; Philaretou & Allen, 2001; Westerhof et al., 2003; cit. por Kane, 2007) refere que a maioria dos idosos têm uma imagem de si, como mais jovens, resilientes e capazes comparativamente aos seus pares.

Também pela análise das percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si, constatou-se que a maioria dos idosos tem como percepção, uma imagem positiva de si próprio (77,7%), tendo-se constatado a existência de diversos factores que contribuem para as percepções dos idosos em relação às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si, os quais são de carácter positivo ou negativo, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 15).

Relativamente a características emocionais/psicológicas positivas, os participantes referiram ser pessoas com uma personalidade positiva, que acaba por influenciar as

percepções que os pares têm de si (2). Porém, não referiram qualquer característica emocional/psicológica negativa. Em relação a características físicas positivas, os participantes indicaram que a realização de muitas actividades físicas (ex. actividades hortícolas, caminhadas, etc) (5), bem como um aspecto físico mais jovem/com menos traços características do envelhecimento (6) contribui para uma imagem positiva de si. Como características físicas negativas, mencionaram o cansaço físico (1), o excesso de peso (1), as maiores dificuldades/limitações na sua mobilidade (3), bem como a presença de rugas (1) como contribuindo para que os pares os percebam de forma negativa. Quanto a factores sociais positivos, o facto dos participantes se envolverem em diversas actividades sociais que lhes dão prazer (ex. como aprender a bordar/pintar/utilizar computadores, etc) (3) conferiu-lhes a percepção de serem vistos de forma positiva. Além disso, há entrevistados que referiram que o facto de terem uma boa capacidade sócio-económica para suprir as suas necessidades básicas contribui para que se sintam com uma boa imagem perante os seus pares (1). Como factores sociais negativos, mencionaram o cansaço/stress que advém da actividade laboral e que se repercute nas imagens negativas que os pares têm em relação a si (1).

Deste modo, os participantes acabaram por referir, na sua maioria, a percepção de que as pessoas do mesmo grupo etário têm uma imagem positiva de si próprios, com base fundamentalmente em características físicas positivas e factores sociais positivos. O facto da maior parte deles se verem de forma positiva, terá contribuído também, para que seja a percepção que tenham da imagem que os seus pares têm sobre si próprios.

Também pela análise das imagens dos participantes comparativamente às pessoas de outros grupos de idade, verificou-se que a maioria tem como percepção, uma imagem positiva de si próprio (77,7%), tendo-se constatado a existência de diversos factores que contribuem para as suas imagens em relação às pessoas de outros grupos etários, as quais são de carácter positivo ou negativo, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 16).

Como experiência pessoal positiva, os participantes referiram que o facto de terem um contacto frequente e em que as relações são positivas com pessoas mais jovens (1), que isso contribui para uma imagem positiva de si em relação aos outros grupos etários. Ainda como experiência pessoal positiva, os idosos mencionaram ter a experiência de conseguirem fazer uma vida normal, conforme desejam (2), bem como uma maior experiência de vida (2) o que contribui para que se vejam de forma positiva face aos outros grupos etários. Os participantes não referiram qualquer experiência pessoal negativa. Como características emocionais/psicológicas positivas, os participantes verbalizaram ter a percepção do envelhecimento como algo natural, sendo as perdas percebidas com positivismo (1), o que favorece a existência de uma imagem positiva face

aos outros grupos de idade. Por sua vez, como características emocionais/psicológicas negativas, os participantes indicaram que por ter muita idade, mencionam que sentem o medo da morte (1) o que contribui para uma imagem negativa de si face aos outros grupos etários. Como características físicas positivas, os participantes referiram que realizam muitas actividades físicas (ex. actividades domésticas, natação, ginástica, etc) (5), o que contribui para uma imagem positiva de si face aos outros grupos etários. Como características físicas negativas, os participantes indicaram o maior cansaço físico (1), a maior limitação nos movimentos (4) que contribuem para uma imagem negativa dos idosos face aos outros grupos etários. Como factores sociais positivos, os participantes mencionaram que sentem-se bem e lidam bem com pessoas de outros grupos etários quando socializam com as mesmas (3), o que favorece a existência de percepções positivas. Além disso, apresentaram imagens mais positivas de si, comparativamente aos outros grupos etários por reflectirem sobre o futuro dos mais jovens, que devido à falta de empregabilidade, acaba por ficar comprometido com a crise sócio-económica actual (1). Os participantes não mencionaram factores sociais negativos.

Constatou-se assim que a maioria referiu uma imagem positiva de si próprio face a outros grupos de idade, devido fundamentalmente à sua experiência pessoal positiva e a características físicas positivas. Em consonância com os resultados, estudos afirmam o favoritismo intergrupar, que considera a tendência de favorecer os membros do grupo de pertença em relação aos demais (Pereira *et al.*, 2002; Waldzus *et al.*, 2003).

Também pela análise das percepções dos participantes em relação às imagens que as pessoas de outros grupos de idade têm de si, verificou-se que a maioria tem como percepção, que as pessoas de outros grupos etários têm uma imagem positiva de si próprios (83,3%), tendo-se constatado a existência de diversos factores que contribuem para as percepções dos participantes em relação às imagens que as pessoas de outros grupos etários têm, as quais são de carácter positivo ou negativo, conforme contribuem para uma imagem positiva ou negativa, respectivamente (Apêndices, Quadro 17).

Como experiência pessoal positiva, os participantes referiram que o facto de gostarem de se arranjar e terem cuidados pessoais consigo mesmos (1) são percebidos pelos outros grupos de idade de forma positiva. Além disso, houve quem referisse a experiência de vida, que possibilita aos participantes lidarem bem com os outros grupos de idade (ex. através do aconselhamento) e haja uma percepção positiva dos idosos por parte de grupos mais novos (4). Também a experiência de conseguir cuidar dos familiares foi referida pelos participantes como sendo algo que lhes faz sentir como conseguindo ter uma percepção positiva por parte de outros grupos etários (1). Por outro lado, houve participantes que mencionaram que os familiares mais jovens preocupam-se com eles, o que faz com que têm uma imagem positiva de si (1). Os entrevistados não referiram

experiências pessoais negativas. Como características emocionais/psicológicas positivas, os participantes mencionaram que o facto de serem pessoas bem-dispostas e positivas (2) facilita a existência de uma percepção positiva por parte de pessoas de outros grupos de idade. Porém, não referiram qualquer característica emocional/psicológica negativa. Como características físicas positivas, indicaram que o facto de serem muito activos fisicamente, isso favoreça existirem imagens positivas por parte dos outros grupos de idade (6). Além disso, o facto dos entrevistados terem um bom aspecto físico, com menos traços características do envelhecimento, isso foi considerado por eles como favorecedor das percepções que os mais novos têm de si (1). Como características físicas negativas, os participantes referiram que o facto de terem um aspecto físico mais envelhecido (ex. cabelos brancos, rugas) (1), bem como o facto de terem mais limitações na sua mobilidade (1), isso faz com que os grupos mais novos tenham uma imagem mais negativa de si. Apesar dos participantes não terem mencionado factores sociais positivos, referiram factores sociais negativos. Como factores sociais negativos, mencionaram que gostariam de ter uma vida social mais activa, o que acaba por não acontecer com a frequência que gostariam (1) e contribui na sua opinião, para imagens negativas de si mesmos.

Deste modo, verificou-se que a maioria dos participantes, referiu ter a percepção de que os outros grupos de idade têm uma imagem positiva de si, devido fundamentalmente a experiências pessoais positivas e a características físicas positivas. Contudo, Rupp e colaboradores (2005), referem que as pessoas mais jovens tendem a possuir atitudes mais negativas a respeito dos idosos, do que estes em relação aos seus pares. Provavelmente, o facto dos participantes não se sentirem idosos e/ou a dificuldade em aceitar que possa existir qualquer tipo de imagem negativa em relação a si terá conduzido aos resultados encontrados neste estudo, os quais contrariam a literatura encontrada.

Pela análise dos resultados obtidos, em relação às percepções dos participantes sobre si próprios face aos seus pares e face às pessoas de outras idades, constatou-se que a maioria, apresentou uma percepção positiva de si. De entre as teorias gerais sobre envelhecimento referidas por Lima (2004), a teoria da actividade (Lemon *et al.*, 1972) e a teoria da continuidade (Atchley, 1972) são as que melhor permitem explicar as percepções positivas dos participantes. A teoria da actividade tem como principal principio que as pessoas envelhecem melhor quando participam em muitas actividades. E a teoria da continuidade reforça que as pessoas envelhecem com mais sucesso quando mantêm os hábitos, preferências e estilos de vida da meia-idade.

Quanto à experiência de contacto com outros idosos, verificou-se que a maioria dos participantes (72,2%) tem uma experiência de contacto positiva, 2 referem até uma experiência muito positiva e apenas 3 indicam que a sua experiência não é positiva nem

negativa, não existindo nenhum participante que refira que tenha tido uma experiência negativa (Apêndices, Figura 9). De facto, Schwartz and Simmons (2001; cit. por Bousfield, e Hutchison, 2010) referem a importância da qualidade de contacto na prevenção de atitudes idadistas. O facto da maioria dos participantes ter uma experiência de contacto positiva com outros idosos terá influenciado os resultados encontrados, no que respeita o facto dos participantes perceberem-se a si próprios de forma positiva, bem como tendo uma imagem positiva em relação aos do mesmo grupo etário e a outros grupos de idade.

Por outro lado, quanto à frequência de contacto com outros idosos, verificou-se que a maioria ($n=11$) contacta frequentemente ou muito frequentemente com outros idosos, 5 contacta regularmente e apenas 2 referem que raramente (Apêndices, Figura 10). Diversos estudos (Meshel & McGlynn, 2004; Allan & Johnson, 2009; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010) referem a importância deste contacto na redução de atitudes idadistas. Assim, o facto da maioria da amostra ter um contacto frequente com outros idosos e o facto desse contacto ser positivo terá contribuído para as imagens positivas encontradas.

Os participantes apesar de terem uma imagem negativa do envelhecimento e idosos, evidenciam, na sua maioria, que não se sentem idosos, tendo de uma forma geral, uma percepção positiva de si mesmos.

De acordo com os resultados obtidos, analisaram-se os factores preditivos das imagens do envelhecimento e dos idosos referidos na literatura: a idade, o género, a classe/estatuto social e o estado de saúde percebido.

Um dos factores preditivos das imagens sobre o envelhecimento e idosos refere-se à **idade**. Na literatura (Penson *et al.*, 2004; Marques *et al.*, 2010), tem-se constatado que as imagens negativas do envelhecimento e idosos tendem a ser mais negativas à medida que a idade aumenta. No estudo realizado, não se constatou que os participantes que mais referiram imagens negativas em relação ao envelhecimento e idosos fossem os mais idosos, a identificação destas imagens ocorreu de forma idêntica por grupo etário.

Em relação ao **género**, Kite e Stockdale (2004; cit. por Rupp *et al.*, 2005) referem que os homens avaliam os idosos com pior performance em dimensões como a competência e intenção comportamental. Tais descobertas vão de encontro ao trabalho de Deaux (1985; cit. por Rupp *et al.*, 2005), que descobriram que as mulheres tendem a ser mais carinhosas e empáticas, enquanto os homens são mais competitivos e críticos. A investigação tem demonstrado que as mulheres são menos idadistas que os homens (Kalavar, 2001; Rupp *et al.*, 2005). Porém, neste estudo, não se verificaram diferenças entre os participantes do género masculino e feminino, no que respeita a sua avaliação relativa às imagens do envelhecimento e idosos.

O **estatuto/classe social** é outro factor que influencia as imagens existentes sobre o envelhecimento e idosos. De acordo com a literatura (Palmore, 1999; Jang *et al.*, 2004),

quanto maior o estatuto, as imagens tendem a ser mais positivas. Pela análise da amostra, constatou-se que a maioria dos participantes apresenta um baixo estatuto sócio-económico, o que terá contribuído para as imagens negativas que os participantes apresentam relativamente ao envelhecimento e aos idosos.

Em relação ao **estado de saúde percebido**, constata-se que é um factor que também influencia as imagens existentes relativamente ao envelhecimento e idosos. Jang e colaboradores (2004) verificaram uma auto-percepção mais negativa do envelhecimento nos idosos com uma percepção mais negativa do seu estado de saúde. Os resultados obtidos contrariam os autores e possibilitaram perceber que a amostra, na sua maioria, apresentou uma auto-percepção negativa do envelhecimento, mas apresentou uma auto-percepção satisfatória do seu estado de saúde. No entanto, o facto do estado de saúde ser satisfatório, poderá ter contribuído para as imagens positivas percebidas pelos participantes em relação ao envelhecimento e idosos, na prática assistencial de saúde.

Também importa, de acordo com a revisão de literatura realizada, analisar as variáveis que melhor predizem a discriminação e preconceito, de acordo com os resultados encontrados e que são as variáveis contextuais. As variáveis contextuais são a idade em que se considera que as pessoas passam a ser idosas, a identificação com a categoria de idade, a percepção do estatuto social dos idosos, a percepção de ameaça à saúde, cultural e económica, o contacto com idosos, o auto-controlo do preconceito e a percepção de similaridade. A percepção do estatuto social, o auto-controlo do preconceito, mas sobretudo a percepção de ameaça em relação às pessoas idosas surgem como os preditores mais importantes (Marques *et al.*, 2011).

Analisando o factor idade, no estudo realizado, não se verificou consenso entre os participantes, sobre a idade em que se considera que as pessoas passam a ser idosas. A maioria, respondeu mesmo, que não existia idade. Neste estudo, com base nos resultados obtidos não se prevê que este factor seja relevante na predição de discriminação e preconceito.

Relativamente à identificação social com a categoria de idade, constatou-se no estudo realizado pela ESS, referido por Marques e colaboradores (2011), que especificamente em Portugal, esta é forte e que os idosos são os que se identificam mais com o seu grupo etário. Pelos resultados obtidos, verificou-se que existiu um sentimento de identificação em relação ao grupo de idade no qual as pessoas se auto-categorizam. De acordo com Marques e colaboradores (2011) a identificação social com a categoria de idade é influenciada pela idade e escolaridade, sendo mais forte entre os jovens, diminuindo até aos 64 anos e aumentando a partir dos 65 anos, sendo mais forte entre os que estudaram mais anos. O facto da amostra ter idades igual ou superior a 65 anos, contribuiu para facilitar o sentimento de identificação social, porém, existiram factores

presentes na amostra que contribuíram para que este sentimento não seja forte, como o facto da maioria da amostra apresentar um baixo nível de escolaridade bem como apresentarem imagens negativas em relação ao conceito de idosos e envelhecimento.

Por outro lado, Marques e colaboradores (2011) referem que a percepção do estatuto social dos idosos varia em função do género e estatuto socioeconómico. Considerando estes autores, os portugueses do género masculino percebem o estatuto social dos idosos como sendo mais elevado bem como os que pertencem ao salariedade manual. Como a maioria da amostra é do género masculino e pertence ao salariedade manual, conclui-se que existem factores que contribuem para a percepção por parte dos participantes como possuindo um estatuto social elevado. A percepção do estatuto social acaba assim, por contribuir pouco como preditor de idadismo.

A percepção de ameaça em relação aos idosos surge também como um importante preditor de idadismo. Verificou-se que a maioria tem uma percepção positiva de si próprios no seu processo de envelhecimento, em relação aos seus pares e a outros grupos de idade, constatando-se que a maior parte da amostra não se sente como uma ameaça à sociedade. Contudo, a maioria dos participantes mencionaram imagens relativamente aos idosos e em relação ao envelhecimento negativas, nomeadamente em relação ao seu estado de saúde, referindo-os como pessoas com mais dificuldades e limitações. Desta forma, está presente a percepção de ameaça em relação à saúde dos idosos. Além disso, também referem com muita frequência factores sociais, como o isolamento social e a necessidade do apoio de terceiros, incluindo o Estado. Por este motivo e devido à crise sócio-económica actual, mencionada pelos participantes, constata-se também que são considerados como ameaça económica.

Desta forma, conclui-se que apesar dos participantes não se sentirem idosos, demonstraram preconceito para com os mesmos, estando presente o idadismo. Acabou por se verificar que existe um baixo controlo do preconceito, provavelmente explicável pelo facto de ser uma amostra com um baixo nível de escolaridade e um baixo estatuto sócio-económico.

Por outro lado, relativamente à experiência de contacto com outros idosos, verificou-se que a maioria dos participantes referiu uma experiência positiva com esta população, o que acaba por contribuir para minimizar as atitudes idadistas.

Relativamente à percepção de similaridade, constatou-se que existe percepção de similaridade entre os participantes e os outros grupos de idade. Na maioria dos participantes não se verificou a percepção de que os mais jovens e idosos sejam grupos distintos na mesma comunidade. Provavelmente, considerando Marques e colaboradores (2011), o facto da maioria da amostra ter a 4ª classe, terá favorecido esta percepção.

8. PRÁTICAS IDADISTAS

Neste capítulo pretendeu-se compreender melhor as percepções dos participantes acerca das práticas dos profissionais de saúde, nos Centros de Saúde, nomeadamente as suas práticas idadistas. Para tal, analisaram-se algumas questões realizadas com o intuito de perceber melhor as percepções sobre a prática assistencial de saúde nos CSP.

Pela análise dos resultados da entrevista sobre as percepções relativas ao papel dos profissionais de saúde de Centros de Saúde na prevenção da doença e promoção da saúde, constatou-se que 14 (77,7%) têm uma percepção positiva, com apenas 4 (22,2%) que apresentaram uma percepção negativa. Como factores que influenciaram positivamente a prevenção da doença e promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde de Centros de Saúde, os participantes referiram o aconselhamento, a referenciação/encaminhamento para tratamentos e a avaliação/tratamento de acordo com as necessidades. Como factores que influenciaram negativamente a prevenção da doença e promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde de Centros de Saúde, os entrevistados mencionaram a avaliação/tratamento de acordo com as necessidades e o tempo disponível (Apêndices, Quadro 27).

Os participantes referiram que os profissionais de saúde têm tido um papel importante na prevenção primária, influenciando positivamente através do aconselhamento relativo a cuidados a ter, incluindo-se a prática de actividade física, a alimentação e posturas adequadas (9). Além disso, os entrevistados mencionaram que os profissionais de saúde contribuem positivamente para a prevenção da doença e a promoção da saúde através da referenciação/encaminhamento dos utentes para tratamentos (4). Também referiram que os profissionais de saúde têm tido um papel positivo na prevenção da doença e promoção da saúde, através da avaliação de acordo com as necessidades (1).

Há participantes que verbalizaram que os profissionais de saúde têm tido uma influência negativa na sua avaliação/tratamento. Os participantes mencionaram que os profissionais de saúde não vão ao encontro das necessidades específicas dos utentes (seja numa avaliação correcta do seu estado de saúde, seja no tratamento adequado das problemáticas identificadas) (4). Além disso, os entrevistados indicaram que os profissionais também actuam negativamente, pois existe falta de tempo/ disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para estarem mais tempo com os utentes que acedem ao Centro de Saúde (1).

Dos 18 entrevistados, 4 (22,2%) referiram não existirem práticas de prevenção da doença e promoção da saúde e, mencionaram que na sua opinião, isso acontece com pessoas de todas as faixas etárias. Por sua vez, 13 entrevistados (72,2%), indicaram que

os profissionais de saúde de Centros de Saúde fazem prevenção da doença e promoção da saúde em todas as faixas etárias, existindo, porém, um participante que menciona que isto ocorre apenas nas faixas etárias jovens. Conclui-se assim que a maioria dos entrevistados consideraram que os profissionais de saúde de Centros de Saúde têm um importante papel na prevenção da doença e na promoção da saúde, o que é consensual com a literatura (Horne *et al.*, 2010).

Para além da importância do papel dos profissionais de saúde na prevenção da doença e promoção da saúde, importou analisar a presença de práticas incorrectas, incluindo de idadismo na prática assistencial de saúde em CSP. Através da entrevista realizada, verificou-se que 14 (77,7%) participantes não identificaram a presença de práticas incorrectas devido à sua idade quando contactaram com profissionais de saúde de Centros de Saúde. Apenas 4 (22,2%) as identificaram, tendo todos referido como prática incorrecta face à idade o não encaminhamento para tratamento adequado face às necessidades dos utentes (Apêndices, Quadro 28). Relativamente a esta prática identificada, os participantes referiram exemplos, como o facto de não terem sido adequadamente medicados quando identificados problemas de saúde (2) ou o facto da avaliação não ter sido correcta, o que conduziu a hospitalizações posteriores à consulta médica (2). Um dos participantes mencionou que não contactou com profissionais de saúde que demonstrassem incompreensão/práticas incorrectas, no entanto, acaba por referir que existe falta de paciência da parte deles quando contactam com os idosos. Deste modo, a maioria dos participantes não identificou práticas incorrectas no contacto com profissionais de saúde de Centros de Saúde.

Em relação à existência de discriminação/preconceito face ao envelhecimento/idosos da parte dos profissionais de saúde, constatou-se que 13 (72,2%) dos participantes não identificaram a presença de idadismo no contacto com profissionais de saúde dos CSP. Apenas 5 (27,7%) dos participantes referiram que este existia. Os 5 participantes referiram imagens e práticas percebidos por eles no contacto directo com os profissionais de saúde (Apêndices, Quadro 29). Um dos participantes referiu que existe a imagem de que os idosos têm um estatuto sócio-económico mais baixo e também apresentam menores condições de higiene, sendo por isso mais sujeitos a discriminação por parte dos profissionais de saúde. Como práticas idadistas, os participantes referiram em relação ao aconselhamento que é dado pelos profissionais de saúde, que a informação dada nem sempre é clara, o que dificulta a compreensão da mesma (2). Também os participantes mencionaram que os idosos são tratados com desprezo, desvalorizando-se as suas necessidades específicas (1). Outros entrevistados verbalizaram que não são adequadamente avaliados (“os médicos de família referem um diagnóstico e depois vem-se a descobrir que é outro”) (1). Houve também participantes

que indicaram que os profissionais de saúde não demonstram simpatia, capacidade de entreajuda e não encaminham para tratamentos que os poderiam beneficiar, por atribuírem o problema que têm ao envelhecimento, apesar de não o ser (1).

Apesar de 13 dos entrevistados não terem identificado a presença de idadismo no contacto com profissionais de saúde de Centros de Saúde, 2 (15,3%) colocaram a possibilidade de que o mesmo até possa existir. De facto, o CES (2013) refere que em Portugal, a percentagem de portugueses que assumem já terem sido discriminados devido à idade é uma das mais baixas da Europa. A discriminação com base na idade é provavelmente o preconceito social menos compreendido e menos reconhecido dos preconceitos sociais e, potencialmente, o mais perigoso para uma sociedade em rápido envelhecimento (Wait e Mdwinter, 2005; cit. por Heuvel & Santvoort, 2011).

Pelo estudo realizado, pretendeu-se não só explorar as práticas idadistas identificadas pelos participantes, mas também perceber das mais referidas na literatura, as que identificavam estar presentes na prática assistencial de saúde nos Centros de Saúde (Apêndices, Figura 12). As práticas identificadas foram as seguintes: desinteresse face aos problemas (33,3%), desânimo/falta de respeito (27,7%), infantilização (33,3%), paternalismo (55,5%), omissão de informação (27,7%), atribuição do problema devido à idade, apesar de não o ser (94,4%), tratamento como existindo iguais necessidades (22,2%), desvalorização das experiências e desejos (38,8%), promoção da dependência (50%), priorização dos mais jovens no atendimento (27,7%), não referência para tratamentos que poderiam ser benéficos por se atribuir o problema ao envelhecimento (77,7%) e incentivo à inactividade física (55,5%). As práticas mais referidas pelos participantes foram: o paternalismo, a atribuição do problema devido à idade apesar de não o ser, a promoção da dependência, a não referência para tratamentos que poderiam ser benéficos por se atribuir o problema ao envelhecimento e o incentivo à inactividade física. Existem outras práticas idadistas identificadas na literatura, mas que os participantes não identificaram, como o colocar em causa a privacidade dos idosos.

De facto, os profissionais de saúde são referidos como sendo particularmente susceptíveis a estereótipos idadistas devido ao aumento da exposição a pessoas idosas e doentes (Cheong *et al.*, 2009; Kearney *et al.*, 2000, cit. por Liu *et al.*, 2012).

Em geral, o paciente não sabe avaliar a competência do profissional, especialmente no início do acompanhamento, mas consegue fazer uma avaliação imediata da maneira como foi atendido e cuidado (Pinheiro, 2005; cit. por Barletta *et al.*, 2011).

Atitudes idadistas relativas aos idosos podem afectar negativamente os cuidados do paciente, o que resulta em complicações no diagnóstico, tratamento e comunicação insatisfatória (Cheong, S. *et al.*, 2009). Também Linden e Kurtz (2009) referem que os pacientes idosos são frequentemente insuficientemente diagnosticados e tratados. E

efectivamente, no estudo realizado, alguns dos participantes referiram o facto de não serem adequadamente avaliados e o não encaminhamento para tratamento adequado face às necessidades, como atitudes idadistas. O simples facto de serem “mais velhos” leva, por vezes, os profissionais de saúde a atribuir certos sintomas à idade quando deveriam ser considerados como problemas passíveis de tratamento adequado (Marques, 2011). Os médicos tendem a colocar menor esforço para salvar vidas dos pacientes idosos e a terapia de prevenção é frequentemente ignorada (Leung *et al.*, 2011). Efectivamente, muitos médicos têm percepções negativas sobre os seus pacientes idosos, especialmente aqueles com idade superior a 85 anos (Leung *et al.*, 2011). Leung e colaboradores (2011) salientam que os médicos tendem a ser menos comprometidos quando falam com os seus pacientes idosos e padronizam-nos ao fornecer-lhes informação simplificada. Também os participantes indicaram a falta de clareza na informação/aconselhamento e a desvalorização das suas necessidades específicas.

Assim, a importância do acolhimento, a intimidade e a naturalidade nas relações de ajuda devem andar de mãos dadas ao conhecimento científico, a fim de resgatar a saúde e a dignidade do paciente, funções primárias do atendimento médico (Crepaldi, 1999; Ezequiel *et al.*, 2008; cit. por Barletta *et al.*, 2011). Os profissionais que trabalham com a população idosa são desafiados, por um lado, a promover as liberdades individuais (direitos naturais) e, por outro lado, a colocar a competência científica e técnica na intervenção com idosos (direitos sociais) e na defesa da justiça social e da equidade (Carvalho, 2013).

Também os participantes foram questionados sobre se, na sua opinião, contribuem para as imagens e práticas dos profissionais de saúde. Pela análise dos resultados obtidos, verificou-se que todos os entrevistados consideraram que contribuem para as imagens e práticas dos profissionais de saúde dos CSP. Todos os participantes verbalizaram que contribuem para as suas imagens e práticas de diferentes modos: pela sua postura (7), comunicação (8), através da sua relação (1) e empatia (2). Em relação à postura, os participantes indicaram que tentam ter uma postura adequada em que procuram tratar os profissionais de forma educada, o que contribui na sua óptica, para as imagens e práticas dos profissionais de saúde em relação a si próprios. Além disso, os participantes mencionaram que a sua atitude de colaboração em relação aos conselhos dados pelos profissionais de saúde também contribuirá para as imagens e práticas que estes tendem a ter em relação a eles (7). Quanto à comunicação, os participantes referiram que a forma como comunicam com os profissionais de saúde, seja através da entoação da voz, aquilo que verbalizam e argumentam, a forma como gesticulam ou mesmo as suas expressões faciais/corporais, contribui para as imagens e práticas dos profissionais de saúde (8). Destes 8 participantes, 2 mencionaram que contribuem para

as imagens e práticas dos profissionais de saúde, por vezes de forma negativa, pelo facto dos utentes ficarem magoados por não conseguirem marcação de consulta médica, ou mesmo por acharem que a sua situação clínica foi desvalorizada e acabarem por transferir a sua mágoa na forma como comunicam com os profissionais. Relativamente à relação, um dos participantes referiu que o facto de já ter trabalhado anteriormente num Centro de Saúde, que isso tem sido factor facilitador na relação que se estabelece com os profissionais de saúde, que a reconhecem como pertencendo à instituição e que contribui para imagens e práticas positivas (1). Quanto à empatia, os participantes referiram que quando existe empatia e boa disposição, isso é favorecedor das imagens e práticas dos profissionais de saúde, que no seu parecer tendem a ter imagens e práticas positivas (2). Dos 18 participantes, apenas 2 mencionaram que podem contribuir para imagens e práticas negativas por parte dos profissionais de saúde. Os restantes referiram que tentam passar uma boa imagem e tentam ter práticas adequadas, de forma a que os profissionais também os vejam de forma positiva e adquiram práticas que os favoreçam (Apêndices, Quadro 30). Desta forma, se conclui que a maioria dos participantes conseguiu identificar diversos factores que contribuem para as imagens e práticas dos profissionais de saúde e a maioria referiu que tentam ter boas relações com estes.

9. FACTORES (IMAGENS/PRÁTICAS) QUE FAVORECEM A PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA.

Neste capítulo, pretendeu-se perceber as opiniões dos participantes acerca da prática de actividade física no contacto com os profissionais de saúde, bem como as suas percepções pessoais sobre este tipo de prática.

Primeiramente tentou-se perceber qual a opinião dos entrevistados acerca das imagens e práticas dos profissionais de saúde em relação à prática de actividade física ao longo da vida. Assim, aquando do estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com a actividade física ao longo da vida”, os participantes mencionaram 21 palavras/expressões, das quais 17 (80,9%) foram diferentes (Apêndices, Quadro 6).

Através da análise dos dados referentes ao estímulo “actividade física ao longo da vida”, os participantes associaram palavras/expressões como “lidam bem” (1), “bem, os médicos informam sobre os estilos de vida correctos” (1); “acho que actuam de forma positiva” (4); “acho que os profissionais lidam como deve de ser” (1); “os médicos transmitem que se deve ser fisicamente activo” (1); “acho que lidam bem, dizem-me para fazer caminhadas” (1); “tem sido bom, têm-me motivado para a actividade” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas à actividade física ao longo da vida, referentes a sentimentos. Também indicaram palavras/expressões como “os utentes nem

sempre têm vontade de seguir os conselhos” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas à actividade física ao longo da vida, referentes a necessidades. Por outro lado, referiram palavras/expressões como “podiam lidar um pouco melhor” (1), “não lidam bem” (1), “acabam por não ter atenção com a actividade física dos utentes” (1), “penso que nem sempre seja bem vista” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física ao longo da vida, referentes a sentimentos. Além disso, mencionaram palavras/expressões como “podiam incentivar mais à actividade física” (1), “se não formos nós doentes a queixar-se, não encaminham” (1), “não ligam àquilo que precisamos, temos de ser nós a dizer” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física ao longo da vida, referentes a necessidades. Também indicaram palavras/expressões como “depende do profissional, uns acompanham melhor que outros” (1), “não sei responder” (2) como percepção de visão e práticas neutras relativas à actividade física ao longo da vida, referentes a sentimentos. Relativamente à actividade física ao longo da vida, a categoria percepção de visão e práticas positivas teve uma percentagem de 52,3%, a categoria percepção de visão e práticas negativas teve uma percentagem de 33,3% e a categoria percepção de visão e práticas neutras foi de 14,2%. Constatou-se assim, que a maioria dos participantes apresentou uma percepção de visão e práticas positivas ou neutras.

Questionou-se também os participantes acerca da sua percepção sobre as imagens e práticas dos profissionais de saúde em relação à actividade física nos idosos.

Relativamente ao estímulo “Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com a actividade física nos idosos”, os participantes mencionaram 21 palavras/expressões, das quais 15 (71,4%) foram diferentes (Apêndices, Quadro 7).

Através da análise dos dados referentes ao estímulo “actividade física nos idosos”, os participantes associaram palavras/expressões como “lidam bem” (5), “lidam de forma positiva” (3), “há uns anos era pior, agora é melhor” (1), “lidam bem, incentivam-nos” (1), “acho que aconselham os idosos, lidam bem” (1), “até há pouco incentivavam a fazer-se exercício” (1), “Penso que façam bem, encaminham para a actividade física” (1), “penso que vêem e lidem bem com essa situação”(1), “os idosos são incentivados e isso é bom” (1) como percepção de visão e práticas positivas relativas à actividade física nos idosos, referentes a sentimentos. Também mencionaram palavras/expressões como “há uma certa relutância no atendimento, nomeadamente dos idosos” (1), “acho que eles não vêem muito bem a actividade física da pessoa” (1), “tenho dificuldades em andar e nem sempre compreendem bem esta dificuldade” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física nos idosos, referentes a sentimentos. Por outro lado, indicaram palavras/expressões como “eles não encaminham para o que uma pessoa

necessita” (1) como percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física nos idosos, referentes a necessidades. Também referiram palavras/expressões como “penso que haja algum incentivo, mas não por todos” (1), e “não sei responder, só tenho sido incentivado no privado” (1) como percepção de visão e práticas neutras relativas à actividade física nos idosos, referentes a sentimentos. Relativamente à actividade física nos idosos, a categoria percepção de visão e práticas positivas teve uma percentagem de 71,4%, a categoria percepção de visão e práticas negativas teve uma percentagem de 19% e a categoria percepção de visão e práticas neutras foi de 9,5%. Constatou-se assim, que a maioria tem uma percepção de visão e práticas positivas ou neutras relativas à actividade física nos idosos. De facto, de acordo com Amorim e Abreu, 2010, o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, a intervenção e oferta de serviços ligados à actividade física, revelam-se um marco muito importante para a mudança de atitude levando a incluir o exercício físico nas actividades diárias.

Realizaram-se também algumas questões aos participantes, no sentido de perceber as suas opiniões em relação à prática de actividade física.

Quanto ao estímulo “Complete com a sua opinião: A actividade física ao longo da vida é...”, os participantes mencionaram 25 palavras, das quais 12 (48%) são diferentes (Apêndices, Quadro 11). Pela análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos entrevistados tem uma percepção positiva da actividade física ao longo da vida, tendo em consideração os atributos positivos da actividade física (88%). Os participantes associaram à actividade física ao longo da vida, palavras como “saudável” (1) como aspecto físico que se refere a atributos positivos relativos à actividade física ao longo da vida. Também mencionaram palavras como “bom/boa” (3), “faz bem” (1), “importante”, “necessária”, “primordial”, “essencial” (15), como aspectos psicológicos que se referem a atributos positivos da actividade física ao longo da vida. E indicaram palavras como “bem aceite” (1) e “normal” (1) como aspectos sociais relativos a atributos positivos da actividade física ao longo da vida. Além disso, utilizam palavras como “precária”, “somos pouco dados à actividade física” (2), “mais fácil nos jovens” (1) como aspectos sociais relativos a atributos negativos da actividade física ao longo da vida (Apêndices, Quadro 11). Relativamente à actividade física ao longo da vida, a categoria atributos positivos teve uma percentagem de 88% e a categoria atributos negativos apresentou uma percentagem de 12%. Deste modo, constatou-se que a maioria tem uma percepção positiva da actividade física ao longo da vida.

Quanto ao estímulo “Complete com a sua opinião: A actividade física nos idosos é...”, os participantes mencionaram 21 palavras, das quais 12 (57,1%) são diferentes (Apêndices, Quadro 12). Pela análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos entrevistados tem uma percepção positiva da actividade física nos idosos, tendo em

consideração os atributos positivos da actividade física (85,7%). Os participantes associaram à actividade física nos idosos, palavras como “saudável” (1) como aspecto físico que se refere a atributos positivos relativos à actividade física nos idosos. Os entrevistados também referiram palavras como “importante”, “necessária”, “indispensável”, “essencial” (13), “boa”, “faz bem” (3) como aspectos psicológicos que são relativos a atributos positivos da actividade física nos idosos. Os participantes indicaram palavras como “é uma obrigação” (1) como aspecto social que é relativo a atributos positivos da actividade física nos idosos. Além disso, os entrevistados mencionaram palavras como “há a necessidade de descansar o mais possível” (1) como aspecto físico relativo a atributo negativo da actividade física nos idosos. Também indicaram palavras como “complicada” (1) como aspecto psicológico relativo atributo negativo da actividade física nos idosos. E utilizaram palavras como “muito precária” (1), “devia ser cada vez maior” (1) como aspectos sociais relativos a atributos negativos da actividade física nos idosos (Apêndices, Quadro 12). Relativamente à actividade física nos idosos, a categoria atributos positivos teve uma percentagem de 85,7% e a categoria atributos negativos teve uma percentagem de 14,2%. Assim, verificou-se que a maioria dos participantes tem uma percepção positiva da actividade física nos idosos. Apesar da existência de imagens negativas que caracterizam os idosos como sendo doentes, com mais limitações nas actividades físicas, e de autores, como Dionísio (2001) referir que a própria inactividade decorrente da chegada à idade da reforma é grandemente percebida como a chegada à idade da doença, onde a participação social é abolida e onde se tenta fazer passar a ideia – conformada e consolada – de uma passagem do trabalho para o descanso merecido, os resultados demonstram que, de uma forma geral, existe uma percepção positiva da importância da actividade física nos idosos.

Através da análise da prática de actividade física realizada pelos participantes, verificou-se que 13 (72,2%) praticam actividade física, existindo apenas 5 (27,7%) que referiram não praticar. Constatou-se assim que a maioria dos entrevistados realizam actividade física no seu dia-a-dia apesar de Portugal ser considerado um dos países europeus com maior taxa de inactividade física. Os resultados encontrados vêm corroborar os estudos (Faria e Marinho, 2004; Klein e Becker, 2012) que mostram que a actividade física tende a diminuir com o aumento da idade. De facto, foram os participantes que apresentaram idade igual ou superior a 85 anos que mais referiram não praticar actividade física (Apêndices, Quadro 37).

Dos 13 participantes que praticam actividade física no seu dia-a-dia, verificou-se que 7 (53,8%) dedicam-se a actividades hortícolas/agricultura, 5 (38,4%) praticam caminhada, 4 (30,7%) dedicam-se às suas actividades domésticas, 2 (15,3%) praticam ginástica e 1 (7,6%) pratica natação (Apêndices, Quadro 20). Constatou-se assim, que a maioria dos

participantes pratica como actividades físicas, as caminhadas e as actividades hortícolas/agricultura. Tendo em consideração que a região onde o estudo foi aplicado é sobretudo rural, compreende-se estes resultados recolhidos.

Pela análise das percepções dos participantes relativamente ao impacto da actividade física na saúde, constatou-se que todos os participantes têm uma percepção positiva do impacto da actividade física na saúde, o que tem vindo a contribuir para a sua prática. E, verificou-se a existência de diversos factores positivos que contribuíram para as suas percepções (Apêndices, Quadro 21). Os participantes não identificaram factores que contribuíssem para que a actividade física tivesse um impacto negativo na saúde. Como experiência pessoal positiva, os participantes mencionaram que a realização de actividade física possibilita-lhes manter uma boa saúde (7). Como características emocionais/psicológicas positivas, os participantes referiram a maior estimulação cognitiva (3), bem-estar psicológico (5), bom humor (1) possibilitados pela actividade física. Como características físicas positivas, os participantes verbalizaram que a realização de actividade física contribui para uma melhor mobilidade (12), melhor circulação sanguínea (3), maior força muscular (1), menor dor (1). Como factores sociais positivos, os participantes referiram que a actividade física contribui para a socialização/convívio (4). Os factores que mais contribuíram para as suas percepções de impacto positivo da actividade física na saúde foram: a experiência pessoal positiva, as características emocionais/psicológicas positivas e as características físicas positivas.

De forma a compreender-se se a prática de actividade física alguma vez tinha sido recomendada, através dos resultados obtidos, verificou-se que 13 (72,2%) participantes referem que a actividade física já lhes foi recomendada, existindo apenas 5 (27,7%) que mencionaram que a mesma nunca lhes foi recomendada. Dos 13 participantes, 10 (76,9%) indicaram que esta recomendação foi feita através de profissional de saúde do CS, 3 (23,0%) referiram que foi através de profissional de saúde do Hospital, enquanto 2 (15,3%) mencionaram que foi através de um profissional de saúde de consultório privado. Analisando as circunstâncias em que foi recomendada esta prática, constatou-se que dos 13 participantes, 10 obtiveram a recomendação em consulta médica/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutica no CS, 2 em consulta médica no Hospital e 2 em consulta médica em consultório privado (Apêndices, Quadro 22). Deste modo, se verificou, que à maioria foi recomendado praticar actividade física através de aconselhamento por profissional de saúde do CS. Efectivamente, os profissionais de saúde dos CSP são considerados como ideais na promoção de estilos de vida saudáveis. Horne e colaboradores (2010) salientam a sua influência nos níveis de actividade física dos idosos.

Analisou-se também a importância dada pela amostra à faixa etária mais importante para a realização de actividade física. Através da questão “Existe alguma faixa etária em

que considere mais importante a realização de actividade física?” verificou-se que 13 (72,2%) participantes referiram que na sua percepção é importante praticar actividade física em qualquer idade/ ao longo de toda a vida, 3 (16,6%) mencionaram que a partir dos 65 anos é que se torna importante, 1 (5,5%) indicou que a partir dos 40 anos é que a prática é relevante e 1 (5,5%) referiu que a mesma é importante até aos 65 anos. A maioria dos participantes referiu assim que na sua óptica, a prática de actividade física é importante em qualquer idade, ao longo de toda a vida.

Como factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física em qualquer idade, os entrevistados mencionaram a sua experiência pessoal, características emocionais/psicológicas, características físicas e factores sociais. Os participantes referiram da sua experiência pessoal, que a actividade física deve ser realizada ao longo da vida de modo a que a pessoa se sinta capacitada para a realização das actividades do dia-a-dia (actividades laborais, de lazer, etc) (2), para se ter uma boa saúde (5) e uma maior longevidade/esperança de vida (1). Como características físicas, os entrevistados mencionaram que a realização de actividade física acaba por ter efeitos benéficos ao longo da vida, seja em termos físicos (melhora a força muscular, a circulação sanguínea, as amplitudes de movimento, a função cardíaca) (4). Como características emocionais/psicológicas, os participantes referiram que a actividade física possibilita a estimulação cognitiva (3). Como factores sociais, mencionaram a importância da realização de actividade física para o convívio/socialização (1). A maioria dos participantes que mencionou que em qualquer idade é importante a actividade física, referiu principalmente o factor experiência pessoal.

Como factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física a partir dos 65 anos, os entrevistados referiram a sua experiência pessoal, características emocionais/psicológicas, características físicas e factores sociais. Os entrevistados mencionaram da sua experiência pessoal que a actividade física é importante quando se inicia a velhice, de modo a ter-se uma boa saúde (1). Como características emocionais/psicológicas, os participantes referiram que a actividade física a partir dos 65 anos é importante para o bem-estar psicológico (1). Como características físicas os entrevistados indicaram o facto dos idosos terem uma menor actividade física face aos mais jovens, por isso beneficiam mais com a sua prática (3).

Como factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física a partir dos 40 anos os participantes referiram características físicas, justificando que é a partir desta idade que denotam que existe maior diminuição de força muscular (1).

Como factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física até aos 65 anos, os participantes mencionaram que

enquanto não são idosos, têm uma maior capacidade física para realizar actividade física e que por isso pensam que essa seja a melhor idade para realizar actividade física (1) (Apêndices, Quadro 23).

Constatou-se assim, que acaba por não existir um consenso entre todos os participantes sobre a faixa etária mais importante para a prática de actividade física. Contudo, a maioria referiu que é importante em qualquer idade/ao longo de toda a vida. De facto, a actividade física tem efeitos benéficos na saúde, com o resultado de que as pessoas que praticam, melhoram e/ou mantêm a sua saúde de forma mais efectiva (Yang *et al.*, 2008; cit. por Klein e Becker, 2012). Os benefícios da actividade física regular na saúde são claros e são relevantes em qualquer idade (Bennett e Winters-Stone, 2011). Contudo, verifica-se no estudo que ainda há participantes que estabelecem uma idade, com base em dificuldades/limitações existentes, nomeadamente físicas. Apesar dos benefícios da actividade física estarem amplamente reconhecidos na literatura, existe ainda a percepção errónea de que é relevante a sua prática, só a partir de dada idade.

Pela análise dos resultados obtidos à questão: “Qual o impacto que a actividade física regular e moderada tem quando se é idoso?”, constatou-se que todos os participantes têm a percepção de que a actividade física regular e moderada tem um impacto positivo na saúde. E de facto, a actividade física moderada e regular confere muitos benefícios na saúde dos idosos e é um factor determinante para uma boa saúde (Horne *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2011). A recomendação para a realização de actividade física de intensidade moderada tem sido considerada apropriada para idosos, durante 30 minutos, na maioria dos dias da semana (cinco dias da semana) (Warbuton *et al.*, 2006; American Heart Association Guidelines, American College of Sports Medicine Guidelines, cit. por Ashe *et al.*, 2009; Swiss Federal Offices of Sport and Public Health, cit. por Schmid *et al.*, 2009; Bennett e Winters-Stone, 2011).

Como factores que contribuíram para a percepção do impacto positivo da actividade física regular e moderada na saúde dos idosos, surgiram a experiência pessoal (6), as características emocionais/psicológicas (6), as características físicas (14) e os factores sociais (2). Como experiência pessoal, os participantes indicaram que a actividade física moderada e regular conduz a que se tenha uma boa saúde (6). Como características emocionais/psicológicas, os participantes mencionaram a importância que a actividade física moderada e regular tem na estimulação cognitiva (6). Como características físicas, os participantes indicaram que a prática de actividade física moderada e regular melhora a força muscular (1), a circulação sanguínea (1), a mobilidade física (12) e a capacidade para realizar as actividades do dia-a-dia (1). Como factores sociais, os participantes referiram a importância do convívio, possibilitado pela realização de actividade física (2) (Apêndices, Quadro 24). Com efeito, a actividade física promove o bem-estar físico,

psíquico e mental para os idosos, diminuindo os riscos de doença e capacitando os idosos para a realização das tarefas do quotidiano, as quais estão dependentes dos seus níveis de aptidão física: força, flexibilidade, aptidão cardiorespiratória, coordenação, agilidade e equilíbrio (Costa; cit. por Amorim e Abreu, 2010).

Analisaram-se os factores motivadores à prática de actividade física dos participantes e constatou-se que 11 (61,1%) referiram a melhoria do estado de saúde, 4 (22,2%) indicaram a melhoria de bem-estar, 1 (5,5%) mencionou o convívio e 1 (5,5%) referiu o avanço da idade, como justificação para a necessidade de praticar actividade física pois referiu que a não prática conduz a um envelhecimento precoce e menor longevidade. Dos 18 participantes, apenas 5 (27,7%) verbalizaram que nada os motiva a realizar actividade física, pois referem sentir-se pior de saúde com a sua prática.

Com o avanço da idade, está bem descrito o declínio na actividade física voluntária a qual está associada à diminuição em diversas medidas de tolerância ao exercício incluindo a capacidade aeróbia máxima, a força muscular, e a fatigabilidade, o que conduz ao aumento do risco de fragilidade (Liu & Fielding, 2011). Deste modo, a literatura evidencia que a prática de actividade física é relevante em qualquer idade, sendo fundamental nos idosos, de forma a minimizar situações de fragilidade. E de facto, a maioria dos entrevistados considera a sua importância, nomeadamente na saúde.

Como causas que contribuíram para motivar a prática de actividade física dos entrevistados, estes indicaram a experiência pessoal, as características emocionais/psicológicas, as características físicas e os factores sociais. Como experiência pessoal, mencionaram a melhoria do estado de saúde (10). Como características emocionais/psicológicas, referiram que sentem um bem-estar psicológico (3). Como características físicas, mencionaram a melhoria da mobilidade física (2). Como factores sociais, os participantes indicaram que a prática de actividade física favorece o convívio (1) (Apêndices, Quadro 26). Deste modo, verificou-se que a principal causa motivadora para a prática de actividade física foi a experiência pessoal dos participantes. Os factores motivadores encontrados pelos participantes para a prática de actividade física vão ao encontro aos que referiram anteriormente quando referiram a importância da actividade física ao longo da vida, e nomeadamente nos idosos.

Analisando as respostas dos participantes à questão: “Acha que a forma como os profissionais de saúde o vêem/lidam consigo influencia a sua prática de actividade física?”, constatou-se que 8 (44,4%) participantes consideraram que esta influência existe. Contudo, 10 (55,5%) consideraram que esta influência não existe. Considerando a percepção do modo como os profissionais de saúde influenciam a sua prática de actividade física, os participantes referiram a postura, a comunicação e a relação que se estabelece. Os entrevistados mencionaram que quando contactam com profissionais de

saúde, as suas posturas influenciam a sua prática de actividade física. Alguns dos participantes indicaram que posturas correctas/adequadas, que demonstrem educação e cuidados adequados na intervenção, como influenciando positivamente as suas práticas de actividade física (2). Por outro lado, referiram que a forma como os profissionais comunicam, o que verbalizam, como gesticulam, as suas expressões faciais, influenciam a sua prática de actividade física. Os participantes mencionaram especificamente que o aconselhamento dos profissionais de saúde e a argumentação dada pelos mesmos influencia muito a prática de actividade física (5). Alguns dos entrevistados (1) referiram que a comunicação dos profissionais de saúde nem sempre é a mais correcta e reflecte a sobrecarga que os profissionais têm nos serviços onde exercem funções. Além disso, mencionaram que a relação com os profissionais de saúde é de uma forma geral positiva, contudo, alguns participantes (1) referiram que a relação com os Administrativos é por vezes difícil, pela sua conduta ser incorrecta.

Considerando Sequeira (2010), a acção dos profissionais é fundamental para os cuidados com competências: cognitivas (informação), instrumentais (saber fazer) e pessoais (saber lidar com). De facto, Franco e Alves (2005) referem que a satisfação do paciente está associada à quantidade de informação recebida, à comunicação, à competência técnica e interpessoal. Esses aspectos fortalecem a confiança que o paciente credita ao médico (Robertson *et al.*, 2008; cit. por Barletta *et al.*, 2011). Nelson (2005) salienta a forma infantilizada e paternalista através da qual as pessoas comunicam com os idosos. Uma revisão da literatura sobre a linguagem idadista revela que ela assume diferentes versões: discurso simplificado, fala vagarosa, de pouca qualidade, etc. A melhoria na comunicação com os idosos deve ancorar-se, sobretudo, numa escuta genuína (não acabando, por exemplo, as frases por eles) e, sempre que possível, numa interacção face-a-face que privilegie o contacto visual (*The Gerontological Society of America*, 2012). A comunicação, quando se torna terapêutica, permite o aumento da confiança, do respeito e da própria empatia entre profissional e paciente (Steganelli, 2005; cit. por Barletta *et al.*, 2011). Também a assertividade é considerada uma habilidade necessária para o profissional de saúde e para o estabelecimento de uma comunicação terapêutica (Barletta *et al.*, 2011). A empatia é apontada como outro atributo importante para a relação profissional de saúde - paciente, uma vez que possibilita a reflexão dos sentimentos trazidos pelo paciente, assim como possibilita a expressão de apoio por parte do profissional (Barletta *et al.*, 2011). Deste modo, verificou-se que os resultados encontrados acabaram por ir ao encontro da literatura encontrada.

Há participantes que indicaram que não são influenciados pelos profissionais de saúde e que apesar de serem estimulados a praticar actividade física, atribuem a sua não prática a factores pessoais (como a falta de tempo, estado de saúde) (6). Outros

entrevistados mencionaram que os profissionais de saúde não influenciam a sua prática de actividade física, porque apesar de os incentivarem a praticar, acabam por não orientar com maior especificidade que actividades devem fazer e como fazer (1). Há participantes que referiram que não são influenciados pelos profissionais de saúde, dizendo que não são estimulados pelos mesmos para a prática de actividade física, mas reconhecem os benefícios da mesma, o que os conduz à prática (3) (Apêndices, Quadro 31).

Assim, constatou-se que a maioria dos participantes referiram que não são influenciados pelos profissionais de saúde de CS. No entanto, destes 10, 6 participantes acabaram por admitir que não se sentem influenciados pelo facto dos seus factores pessoais estarem acima da influência que é atribuída ao aconselhamento pelo profissional de saúde dos CS e apenas 1 mencionou que não foi estimulado à prática de actividade física. Desta forma, conclui-se que a maioria dos participantes foram aconselhados pelos profissionais de saúde de CS a praticarem actividade física, porém, devido a factores fundamentalmente pessoais (falta de tempo, estado de saúde, falta de conhecimento) acabaram por não colocar em prática os conselhos dados.

Foi também realizada a questão: “De que modo acha que os profissionais de saúde, na forma como o vêem/lidam consigo favorecem a sua prática de actividade física? Em que situações?”. Dos 18 entrevistados, 8 (44,4%) referiram que as imagens que os profissionais de saúde têm de si e as suas práticas favorecem a sua prática de actividade física. Contudo, 10 (55,5%) entrevistados referiram que na sua percepção, as imagens que os profissionais de saúde têm de si e as suas práticas não favorecem a sua prática de actividade física. Destes 10, 1 (10%) participante mencionou que apesar de ter como percepção que os profissionais de saúde não favorecem a sua prática de actividade física, acabou por referir as imagens e práticas que o têm favorecido, traduzindo a presença de alguma incoerência. Assim, constatou-se que 9 (50%) acabaram por admitir que existem imagens que os profissionais de saúde têm de si bem como práticas profissionais que reconhecem que favorecem a sua prática de actividade física. Deste modo, verificou-se que devido à diversidade de respostas, se torna difícil concluir se as imagens e práticas acabam por ser mais facilitadoras ou dificultadoras da actividade física dos participantes.

Considerando a percepção do modo como os profissionais de saúde favorecem a prática de actividade física dos participantes, os entrevistados mencionaram imagens que existem de si quando contactam com os profissionais bem como as suas práticas profissionais. Analisando as imagens referidas pelos entrevistados, constatou-se que se percebem geralmente de forma positiva, o que contribui na sua óptica para que os profissionais de saúde favoreçam a sua prática de actividade física (9). Os participantes referiram como imagens existentes quando contactam com profissionais de saúde e que favorecem a sua prática de actividade física, o facto de serem percebidos como: pessoas

que podem continuar a ter uma vida normal (1), pessoas fisicamente activas e que se esforçam por o ser (2), pessoas com vontade de viver (5), pessoas simpáticas (3), pessoas com sabedoria (2), pessoas com capacidade de explicarem os seus problemas (2), pessoas educadas (1), pessoas doentes (1) e pessoas dependentes (1). Os participantes indicaram como práticas dos profissionais de saúde e que favorecem a sua prática de actividade física, as seguintes: a disponibilidade/atenção demonstrada (4), a simpatia/boa disposição (1), o aconselhamento/educação para a saúde (8), a comunicação correcta/adequada (verbal e não verbal), existindo cuidados na forma em como é expressa (2) (Apêndices, Quadro 32).

Desta forma, é possível compreender que existem imagens e práticas identificadas no contexto de prática assistencial de saúde, que os participantes reconhecem que podem influenciar a sua prática de actividade física. Efectivamente, poucos estudos têm analisado a forma como os profissionais dos cuidados de saúde primários influenciam a participação na actividade física nos idosos (Horne *et al.*, 2010). A imagem mais referida pelos participantes como favorecendo a prática de actividade física, foi o facto de serem percebidos como pessoas com vontade de viver. Provavelmente, a imagem de pessoas com vontade de viver, poderá facilitar a percepção dos idosos como pessoas com capacidades e potencialidades e deste modo, favorecer a actividade física.

Como principal prática favorecedora da prática de actividade física, identificou-se o aconselhamento/educação para a saúde. De acordo com estudo realizado por Horne e colaboradores (2010), o aconselhamento dos profissionais de saúde dos CSP foi descoberto como sendo factor motivador para a iniciação de actividade física. E de facto, o *National Institute of Clinical Excellence* (NICE; cit. por Horne *et al.*, 2010) recomenda que os profissionais dos CSP devem ter a oportunidade, sempre que possível, de identificar os adultos inactivos e aconselhá-los a 30 minutos de actividade física moderada em 5 ou mais dias da semana. Deste modo, os resultados obtidos vêem reforçar as recomendações referidas na literatura.

Analisando a percepção dos participantes sobre o que mais influencia a sua actividade física identificaram-se os seguintes factores: o estado de saúde ($n=12$), o bem-estar/relaxamento ($n=12$), o tempo disponível ($n=3$), a percepção dos benefícios da actividade física (físico, mental e social) ($n=3$), o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde ($n=1$), a motivação ($n=1$) e a necessidade de conviver/socializar ($n=1$) (Apêndices, Quadro 34). O estado de saúde e o bem-estar/relaxamento foram os factores mais referidos como influenciando a prática de actividade física.

Considerando a literatura (Cotter e Lachman, 2010; McCormack, 2010; Seiluri *et al.*, 2011; Van Cauwenberg *et al.*, 2012) os participantes identificaram determinados factores, que na sua opinião são os que mais influenciam a sua prática de actividade física: estado

de saúde (83,3%), género (33,3%), estado civil (33,3%), percepções da actividade física (94,4%), percepções dos idosos/envelhecimento (83,3%), apoio de familiares/amigos (66,6%), influência cultural (50%), bem-estar/relaxamento proporcionado pela actividade física (88,8%), tempo disponível (83,3%), capacidade sócio-económica (33,3%), história de vida (66,6%), nível de instrução (44,4%), indicação do profissional de saúde (61,1%), condições ambientais (38,8%), motivação (77,7%) (Apêndices, Figura 13). Deste modo, verificou-se que os participantes ao considerarem os factores referidos na literatura, acabaram, na maioria, por referir não só o estado de saúde e o bem-estar/relaxamento, mas também as percepções da actividade física e dos idosos/envelhecimento, a história de vida, a indicação do profissional de saúde e a motivação.

Dos factores referidos anteriormente, solicitou-se aos participantes que referissem os três factores que acabam por influenciar mais a sua prática de actividade física, tendo sido os seguintes: estado de saúde ($n=16;94,4\%$), género ($n=1;5,55\%$), estado civil ($n=1;5,55\%$), percepções da actividade física ($n=4;27,7\%$), percepções dos idosos/envelhecimento ($n=3;16,6\%$), apoio de familiares/amigos ($n=2;11,1\%$), bem-estar/relaxamento proporcionado pela actividade física ($n=13;72,2\%$), tempo disponível ($n=6;38,8\%$), nível de instrução ($n=1;5,55\%$), história de vida ($n=5;27,7\%$) e motivação ($n=2;11,1\%$) (Apêndices, Figura 14, Quadro 35). Pelos resultados obtidos constatou-se que os participantes quando têm de referir os três factores que para si influenciam mais a sua prática de actividade física, acabam por não dar tanta importância a factores que tinham referido anteriormente como: a influência cultural, a capacidade sócio-económica, a indicação do profissional de saúde e as condições ambientais. O estado de saúde e o bem-estar/relaxamento proporcionado pela prática de actividade física foram os factores que referiram como mais influenciando a sua prática. De facto, a literatura encontrada (Eiras *et al.*, 2009; Mazo *et al.*, 2009) tem sido coerente na menção à adesão à prática de actividade física devido à melhoria da saúde. Também os estudos (Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008) têm referido a sua importância no bem-estar e no relaxamento.

10. FACTORES (IMAGENS/PRÁTICAS) QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA.

Neste capítulo, pretendeu-se analisar as imagens e práticas percebidas pelos participantes no contexto de prática assistencial de saúde em CSP que dificultam a sua prática de actividade física.

Analisando os factores que dificultam a actividade física, dos 18 participantes, 17 (94,4%) identificaram dificuldades/barreiras à prática de actividade física, existindo apenas 1 (5,5%) participante que não identificou dificuldades/barreiras a este tipo de prática. Como dificuldades/barreiras à prática de actividade física, os participantes

indicaram a falta de tempo (3), o estado de saúde (14), a cultura (1) e as condições climáticas (1). Em relação à falta de tempo, os participantes mencionaram a dificuldade em gerir os cuidados à família com outras actividades que possibilitam a prática de actividade física (3). Quanto ao estado de saúde (14), os participantes referiram o cansaço físico (7), as dores (6), a situação de doença (4), as limitações de amplitudes articulares que limitam a capacidade para realizar actividades da vida diária (1). Relativamente à cultura, verbalizaram que existem pessoas de todas as faixas etárias (desde crianças a idosos) que criticam o facto de existirem idosos a praticar actividades físicas como andar de bicicleta (1). Além disso, os entrevistados mencionaram as condições climáticas que dificultam a actividade física, nomeadamente a actividade hortícola (1) (Apêndices, Quadro 25).

Através da entrevista, verificou-se que a maioria dos participantes identificaram o estado de saúde, como a principal dificuldade/barreira à prática de actividade física. Além disso, constatou-se que em determinadas condições de saúde, por exemplo, em situações de osteoporose, doença cardíaca ou algias vertebrais ainda existe a percepção de que não é bom os idosos realizarem actividade física. Efectivamente, a prática de actividade física reduz o risco de mortalidade e morbidade de diversas condições crónicas: hipertensão arterial, cardiopatia isquémica, obesidade, diabetes, osteoporose, síndrome metabólica, perturbações mentais (Santos *et al.*, 2011), algias vertebrais e artroses (Araújo, 2011).

Por outro lado, analisou-se a opinião dos entrevistados sobre o modo como as imagens que os profissionais de saúde têm de si e as suas práticas dificultam a sua prática de actividade física. Dos 18 entrevistados, verificou-se que 10 (55,5%) têm como opinião, que as imagens que os profissionais de saúde têm de si e as suas práticas não dificultam a sua prática de actividade física. Contudo, 8 (44,4%) mencionaram que essas imagens e práticas dos profissionais dificultam a sua prática de actividade física.

Analisando o modo como os profissionais de saúde dificultam a sua actividade física, os participantes indicaram imagens e práticas que acabam por dificultar, na sua óptica, essa mesma actividade. Como imagens que dificultam a prática de actividade física dos entrevistados, os participantes verbalizaram que os profissionais de saúde vêem os idosos como: deprimidos/tristes/aborrecidos (6), rabugentos/teimosos (5), pobres (1), inúteis/preguiçosos (1), doentes (2), pessoas que não são capazes de tomarem decisões (1) e pessoas dependentes (1). Como práticas dos profissionais de saúde que dificultam a prática de actividade física, os participantes referiram: a falta de aconselhamento/incentivo para a prática de actividade física (1), o desadequado aconselhamento de que quanto maior é o peso, menor actividade física se deve praticar (1), a existência de uma postura de desinteresse em relação aos problemas manifestados pelo utente (3), uma

avaliação percebida pelo utente como inadequada, (1), o não encaminhamento para intervenções adequadas, após identificação dos problemas (2), o incentivo a que a pessoa se torne mais dependente (1), a indicação de que o problema de saúde que se tem é devido à idade, não o sendo (2), o desânimo/ falta de respeito para com os idosos, que acabam por não seguir os conselhos dados (1), uma postura autoritária/arrogante, em que só o profissional é que decide a opção terapêutica (2), a falta de empatia na relação profissional de saúde-utente (1), a verbalização de que o utente já tem muita idade para fazer uma actividade (2), a desvalorização das vontades dos utentes (1).

Constatou-se que apesar da maioria dos participantes referir que na sua opinião, os profissionais de saúde não dificultam a sua prática de actividade física, acabaram por mencionar imagens e práticas que reconhecem que os profissionais de saúde dos CSP assumem e que sentem que dificulta a sua prática (Apêndices, Quadro 33).

De facto, as imagens e práticas que reconhecem que os profissionais de saúde dos CSP assumem, encontram-se de acordo com a literatura, a qual evidencia a necessidade destes melhorarem a sua forma de ver e lidar com a população idosa. Charondièrre e colaboradores (2007) referem em relação aos CSP, que existem problemas de subdiagnóstico e tratamento incorrecto ou não tratamento, que precisam de ser corrigidos. Os profissionais devem ouvir as necessidades dos seus pacientes, mostrar empatia e evitar o idadismo durante as consultas (Horne *et al.*, 2010). Estereótipos negativos em relação a um determinado grupo social estão usualmente associados com atitudes mais negativas em relação a esses grupos (Fiske *et al.*, 2002) e têm repercussões importantes nos comportamentos e no bem-estar dos grupos que são estigmatizados (Levy, 2003; cit. por Marques *et al.*, 2010). Neste sentido, se compreende que a prática de actividade física, como forma de comportamento possa ser afectada por imagens e práticas discriminatórias. Desta forma, as relações entre os profissionais de saúde e os idosos ao estarem desadequadas, podem contribuir para um envelhecer menos saudável. O facto dos participantes terem identificado imagens do envelhecimento e práticas nos profissionais de saúde de CSP que influenciam a sua actividade física, permite compreender que esta influência até possa existir, contudo, são necessários mais estudos, com amostras de maiores dimensões que possibilitem confirmá-la.

Quanto à opinião dos participantes se as suas respostas vão ao encontro de outros idosos, verificou-se que 11,1% considera todos os idosos, 27,7% mais de metade dos idosos, 27,7% metade dos idosos e 33,3% menos de metade dos idosos. Constatou-se que a maioria considerou que as suas opiniões vão ao encontro de metade ou mais de metade dos idosos, o que é explicável pelo facto da maior parte se identificar com as pessoas dos seus grupos etários. Contudo, uma percentagem ainda significativa de participantes (33,3%) considerou que as suas opiniões vão ao encontro de menos de

metade dos idosos, o que pode explicar-se pelo facto de uma parte dos participantes não se identificarem com estes, provavelmente por estereótipos existentes, ou mesmo por alguns recorrerem pouco aos CSP (Apêndices, Figura 15).

Em suma, ao analisarem-se as entrevistas, constatou-se que a maioria dos participantes apresentou imagens relativas ao envelhecimento e idosos de carácter discriminatório. O facto da amostra apresentar estereótipos relativos ao envelhecimento e idosos, justificou alguns participantes referirem por vezes não saberem o que responder ou o “não sei”. Verificou-se a tentativa de evitamento de se falar sobre os idosos e o envelhecimento, possivelmente com o receio de demonstrar atitudes idadistas e que é próprio do novo idadismo referido por McVittie e colaboradores (2003). Também o facto dos participantes apresentarem uma baixa escolaridade, terá contribuído para uma maior dificuldade em responder às questões. Além disso, alguns participantes demonstraram sinais de depressão, apresentando uma baixa auto-estima, o que poderá ter contribuído para uma maior insegurança nas suas respostas.

Pela análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos participantes não se sentem idosos, tendo imagens negativas relativas aos mesmos, contudo, vêem-se de forma positiva relativamente às pessoas do seu grupo etário e em relação aos outros grupos etários, até mesmo, pelo facto, da maioria se sentirem fisicamente activos.

A maioria dos entrevistados referiu que não identifica a existência de discriminação/preconceito face ao envelhecimento e idosos por parte dos profissionais de saúde de Centros de Saúde, contudo, acabam por identificar práticas de discriminação no contexto dos CSP. Denotou-se que os participantes, quando questionados directamente sobre práticas incorrectas e de discriminação neste contexto, na sua maioria, não admite que possam existir. Porém, quando questionados sobre a forma como os profissionais de saúde, na forma como vêem/lidam com o entrevistado, influenciam a sua prática de actividade física, acabam, em parte, por referir imagens e práticas que indiciam a presença de discriminação/preconceito. O facto da investigadora ser profissional de saúde nas Unidades de cuidados de saúde do Cartaxo, onde foi realizada a recolha da informação e poder ter sido reconhecida pelos utentes como tal, poderá ter contribuído para algum receio por parte dos entrevistados a responderem com maior sinceridade em relação às práticas dos profissionais de saúde. No entanto, logo no início da entrevista os participantes foram esclarecidos que as suas respostas eram confidenciais e eram apenas recolhidas para fins de estudo. Além disso, foram obtidas em gabinete, de forma a assegurar-se o sigilo da informação recolhida.

Pela análise das entrevistas, verificou-se que apesar de ter sido explicado o conceito de actividade física aquando da entrega do consentimento informado a cada um dos participantes, alguns que referiram que não praticavam actividade física, acabaram

por mencionar actividades físicas em que estavam envolvidos no seu dia-a-dia. Desta forma, se percebe que os participantes demonstraram por vezes, dificuldade em compreender o conceito de actividade física, apesar de terem sido esclarecidos no início da entrevista e de se ter reforçado que poderiam retirar dúvidas sobre o estudo.

Apesar da maioria da amostra apresentar um baixo nível de escolaridade e sócio-económico, a maioria, reconheceu os benefícios da prática de actividade física, constatando-se que são amplamente reconhecidos não apenas na literatura, mas também pela população idosa. Contudo, verificou-se que ainda existem algumas percepções de que a actividade física não é benéfica em determinadas doenças e condições de saúde, como a osteoporose, doença cardíaca e algias vertebrais.

CONCLUSÕES

A finalidade central deste trabalho foi a de analisar o modo como as imagens do envelhecimento e dos idosos, bem como as práticas idadistas percebidas pelos idosos no contacto com profissionais de saúde que exercem funções nos CSP influenciam a sua prática de actividade física. Por isso, traçaram-se como objectivos para a sua condução: identificar e caracterizar as percepções que os idosos que recorrem aos CSP têm sobre as imagens que os profissionais de saúde possuem sobre o envelhecimento e os idosos; identificar as práticas percebidas no contacto com estes profissionais, nomeadamente, as de cariz discriminatório e tradutoras de preconceito face ao envelhecimento e idosos; e identificar os factores (imagens/práticas) percebidos no contacto com os profissionais de saúde dos CSP que favorecem e dificultam a prática de actividade física dos idosos.

O envelhecimento demográfico na Europa e em Portugal tem vindo a aumentar progressivamente e envelhecer com saúde é provavelmente um dos maiores desejos manifestados pela sociedade actual. Ao envelhecimento está associada uma maior vulnerabilidade, que se traduz numa diminuição progressiva das capacidades de manutenção do equilíbrio homeostático. Neste sentido, existe uma predisposição para o aparecimento de doenças crónicas e conseqüentemente para alterações da funcionalidade. O grande desafio é assim, o de fazer com que somente as transformações normais do envelhecimento ocorram, minimizando-se as limitações funcionais que possam ocorrer. Neste sentido, o envelhecimento deve ser pensado numa perspectiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas de controlo e redução das perdas e não apenas nos efeitos negativos da velhice (Fonseca, 2005; cit. por Sequeira, 2007). Efectivamente, expectativas mais positivas acerca das capacidades e da saúde dos utentes relacionam-se também com padrões mais favoráveis de interacção e com melhores níveis de saúde (Marques, 2011). Desta forma, a prática assistencial de saúde assume um papel preponderante, e sendo os CSP,

o pilar do SNS, a existência de práticas promotoras da saúde é fundamental. Os profissionais dos CSP são considerados como ideais para influenciar os níveis de actividade dos idosos devido à acessibilidade e contacto com a população em geral (Horne *et al.*, 2010). A promoção da saúde pode proporcionar uma abordagem positiva face aos cuidados de saúde dos idosos, porém, também pode reflectir os preconceitos e estereótipos (Squire, 2005). Torna-se assim, necessário mudar a forma como se pensa o envelhecimento bem como os comportamentos. A forma como as sociedades conceptualizam e lidam – mais ou menos conscientemente – com a velhice e o idoso, constitui um importante condicionante da maneira como se envelhece (Dias, 2005; Fernández-Ballesteros, 2009).

No trabalho empírico que se desenvolveu optou-se por uma metodologia qualitativa, com recurso à técnica de associação livre das palavras e à entrevista semi-estruturada, para aceder às experiências dos entrevistados e melhor compreensão da problemática em investigação.

Pela análise dos resultados recolhidos, verificou-se que a maioria dos entrevistados no contacto com profissionais de saúde dos CSP apresenta uma percepção de visão e práticas positivas ou neutras em relação ao processo de envelhecimento e idosos. E de facto, de acordo com Marques (2011) em Portugal não existem muitos indícios documentados sobre práticas idadistas em relação às pessoas mais velhas no sector da saúde, daí a importância da análise das percepções sobre esta questão.

Das imagens positivas referidas na literatura, os participantes no estudo mencionaram que são frequentemente percebidos nos CSP como carinhosos, tendo mais sabedoria, vontade de viver, gosto de conversar e contar recordações, e simpatia. As imagens negativas mais referidas foram: não cuidam do seu aspecto físico; tristes e deprimidos; aborrecidos, rabugentos e teimosos; e inaptos para tomarem decisões. Todos os participantes no estudo referiram existirem as imagens de que não cuidam do seu aspecto físico e serem dependentes. Deste modo, as imagens mais referidas foram de carácter negativo.

Analisando as percepções pessoais dos participantes sobre o envelhecimento e os idosos, a maioria tem como percepção imagens negativas em relação a ambos os conceitos, tendo-se constatado que as mais mencionadas se referem às limitações físicas, ao estado de doença, ao declínio progressivo da funcionalidade e à necessidade ajudas/apoios. De facto, os resultados encontrados vão de encontro a diversos autores (Salgado, 2000; Wilkinson & Ferraro, 2002; Nelson, 2002; Minichiello e Coulson, 2005, cit. por Henderson *et al.*, 2008; Magalhães *et al.*, 2010; Kornadt e Rothermund, 2011), os quais salientam a existência de imagens negativas. As imagens positivas encontradas no presente estudo estão em consonância com as já encontradas na literatura (Pasupathi *et*

al., 1995; Palmore, 1999), tendo sido também encontrada no presente estudo a imagem relativa à capacidade para realizar actividades físicas e a existência de potencial e capacidades, que não tinham sido encontradas na literatura. Este estudo vem assim contribuir para o reconhecimento de mais imagens relativas ao envelhecimento e idosos.

Em relação à idade em que se passa a ser idoso, os entrevistados demonstraram com as suas respostas, que não existe consenso em relação a esta idade. Metade referiu mesmo que não havia idade específica, constatando-se que a maioria não se sentem idosos. Na sociedade actual, a idade da reforma tem coincidido com a idade em que se passa a ser idoso, aos 65 anos. Porém, a idade cronológica não é capaz, por si só, de dar suporte suficiente para retratar o panorama real das capacidades físicas ou de saúde do indivíduo (Carvalho, 2003). A maioria dos idosos são pessoas saudáveis, apenas com as transformações normais do próprio envelhecimento.

Relativamente à visão que os entrevistados têm de si próprios, no seu processo de envelhecimento, constatou-se que a maioria apresentou uma imagem positiva de si próprios. Freitas e colaboradores (2010) referem que os idosos têm por um lado a visão do envelhecimento como conduzindo à dependência e a perdas, porém, também têm uma visão positiva pelo facto de ser possível viver com qualidade. Também se verificou que a maioria, apresenta uma imagem positiva de si próprio em comparação aos seus pares. A literatura (Kane, 2007) encontra-se em consonância com estes resultados. Por outro lado, constatou-se, que a maioria da amostra referiu ter como percepção que as pessoas do seu grupo etário têm uma imagem positiva de si próprios. O facto da maior parte deles se verem de forma positiva, terá contribuído também, para que seja a percepção que tenham da imagem que os seus pares têm sobre si próprios. Também a maioria tem também uma imagem positiva de si próprios comparativamente a outros grupos de idade. Em consonância com os resultados obtidos, estudos afirmam o favoritismo intergrupar, que considera a tendência de favorecer os membros do grupo de pertença em relação aos demais (Pereira *et al.*, 2002; Waldzus *et al.*, 2003). Além disso, a maior parte da amostra mencionou ter a percepção de que outros grupos de idade têm uma imagem positiva de si. Contudo, Rupp e colaboradores (2005) referiram que os mais jovens tendem a ter mais atitudes negativas em torno dos idosos, o que parece contrariar os resultados recolhidos. Constatou-se que as características físicas positivas, foram dos factores mais referidos pelos entrevistados para justificar as suas percepções positivas. Provavelmente o facto de os participantes se sentirem, na sua maioria, fisicamente activos, terá contribuído para as mesmas.

Dos factores preditivos das imagens do envelhecimento e idosos referidos na literatura (Penson *et al.*, 2004; Rupp *et al.*, 2005; Fonseca, 2006; Marques *et al.*, 2010), conclui-se que o baixo estatuto sócio-económico dos participantes é aquele que mais

poderá ter influenciado as imagens negativas em relação aos idosos e envelhecimento no presente estudo. Por sua vez, as variáveis referidas na literatura (Marques *et al.*, 2011) que melhor terão contribuído para a discriminação/preconceito foram: a percepção de ameaça em relação aos idosos e o baixo controlo do preconceito. Os participantes referem perceber-se como uma ameaça à saúde, social e económica. Verificou-se a percepção de ameaça relativamente à sua saúde, por serem percebidos como pessoas com limitações e dificuldades. Também se constatou que os entrevistados se percebem como uma ameaça social devido ao isolamento social e à necessidade de apoio de terceiros. Por outro lado, têm a percepção de ser uma ameaça económica, por sentirem que estão a contribuir para a crise sócio-económica actual. Por sua vez, o baixo controlo do preconceito contribuiu para a demonstração de discriminação/preconceito por parte da amostra, o que é explicável pelo baixo nível de escolaridade da maioria dos entrevistados.

Em relação às percepções dos participantes sobre o papel dos profissionais de saúde dos CSP na prevenção da doença e promoção da saúde, constatou-se que a maioria, tem uma percepção positiva relativa a este papel, o que é consensual com a literatura (Horne *et al.*, 2010).

A maioria da amostra não identificou práticas incorrectas face à idade, tendo havido apenas quatro entrevistados que mencionaram o não encaminhamento para tratamento adequado face às necessidades dos utentes. Os resultados encontrados vão ao encontro de Charondiére e colaboradores (2007) e Marques (2011), que referem o facto dos profissionais de saúde nem sempre encaminharem os utentes para tratamentos que poderiam beneficiar.

E de facto em consonância com os resultados recolhidos anteriormente, no presente estudo, constatou-se que a maioria dos idosos apresentam estereótipos em relação ao envelhecimento, tendo-se verificado que a maioria “protegeu” as práticas dos profissionais de saúde e, apenas uma minoria referiu que de facto, percepcionou práticas discriminatórias e preconceituosas face ao envelhecimento e idosos. O idadismo, acontece de forma, frequente e inconsciente, não existindo na maioria das vezes, a intenção de prejudicar, o que tornou ainda mais difícil a sua identificação. Com efeito, a literatura (Heuvel & Santvoort, 2011; CES, 2013) refere o facto de o idadismo ser um fenómeno social pouco reconhecido. No entanto, como imagens discriminatórias identificadas por alguns entrevistados, foi referido que existe a percepção de que têm uma baixo estatuto sócio-económico, o que corrobora com a literatura (Dinis, 1997; Salgado, 2000; Wilkinson & Ferraro, 2002; Nelson, 2002; Magalhães *et al.*, 2010), que refere a imagem dos idosos como pobres. Por outro lado, como práticas idadistas dos profissionais de saúde dos CSP, foram referidas: a falta de clareza na informação/aconselhamento, a desvalorização das necessidades específicas, a avaliação

desadequada (por exemplo, o diagnóstico errado da situação) e o não encaminhamento para tratamentos que os poderiam beneficiar. Os entrevistados atribuíram mais ênfase a determinadas práticas nos CSP e que foram: o paternalismo; a atribuição do problema devido à idade apesar de não o ser; promoção da dependência; a não referenciação para tratamentos que poderiam ser benéficos por se atribuir o problema ao envelhecimento e o incentivo à inactividade física. A literatura (Bartels & Smith, 2002; Cuddy & Fiske, 2002; Wilkinson & Ferraro, 2002; Nelson, 2005; Linden & Kurtz, 2009; Marques, 2011; Leung *et al.*, 2011) tem sido consensual na menção destas práticas idadistas na prática assistencial de saúde.

Em relação à actividade física ao longo da vida e nos idosos, a maioria dos participantes referiu ter uma percepção de visão e práticas positivas ou neutras por parte dos profissionais de saúde dos CSP. De facto, de acordo com Amorim e Abreu (2010) o aconselhamento por parte dos profissionais de saúde, a intervenção e oferta de serviços ligados à actividade física, revelam-se um marco muito importante para a mudança de atitude levando a incluir o exercício físico nas actividades diárias.

Também os próprios entrevistados, demonstraram na sua maioria, uma percepção positiva da actividade física ao longo da vida/em qualquer idade e nos idosos. De encontro aos resultados encontrados, a literatura (Amorim e Abreu, 2010; Bennett e Winters-Stone, 2011) demonstra-se coerente sobre os benefícios da actividade física na saúde e em qualquer idade. Há assim, reconhecimento da importância da prática de actividade física em todas as idades, incluindo nos idosos, apesar dos estereótipos existentes na literatura, que remetem para a existência de limitações, doença e mais dificuldades nas actividades físicas e de autores como Dionísio (2001), referirem que a fase de velhice é uma fase de repouso e inactividade. Contrariando assim a inactividade física que era expectável encontrar, face à literatura (Faria e Marinho, 2004; Santos *et al.*, 2011; Klein e Becker, 2012), a qual refere que os portugueses são particularmente sedentários nomeadamente a partir dos 65 anos, no presente estudo, verificou-se que a maioria da amostra pratica actividade física. Também a maioria referiu, que foi aconselhado a praticá-la por um profissional de CS. E de facto, Horne e colaboradores (2010) referem a importância do aconselhamento da prática de actividade física pelos profissionais de saúde dos CSP. Além disso, constatou-se que a maioria da amostra reconhece especificamente a importância da actividade física para a melhoria do estado de saúde, o que é consensual com os benefícios referidos por Amorim e Abreu (2010).

Quanto à influência sobre a prática de actividade física da forma como os profissionais de saúde vêem e lidam com os participantes, a maioria ($n=10$) referiu que esta influência não existe. Analisando as respostas dos 10 participantes que referiram que não existia influência, verificou-se que 6 referiram que os factores pessoais (tempo

disponível, estado de saúde, falta de conhecimento) tinham maior influência que os profissionais de saúde, na sua prática de actividade física. Contudo, 8 mencionaram que a forma como os profissionais de saúde vêem e lidam com a amostra influencia a sua prática de actividade física e apontam o modo como esta influência ocorre, através da postura, comunicação e relação. Em consonância ao verificado, diversos autores (Muller, 2009 cit. por Barletta *et al.*, 2011; *The Gerontological Society of America*, 2012) reforçam a importância da postura, da comunicação e da relação dos profissionais de saúde.

Metade dos participantes no estudo referiu que existem imagens que os profissionais de saúde têm de si e práticas que reconhecem que favorecem a sua prática de actividade física. A imagem mais referida como favorecendo a prática de actividade física foi o facto de serem pessoas com vontade de viver. De facto, esta imagem pode favorecer a imagem dos idosos como pessoas com capacidades e potencialidades e logo, favorecer a actividade física. Não foi encontrada literatura relativa a imagens do envelhecimento e dos idosos favorecedoras da prática de actividade física, pelo que o resultado encontrado contribui para um maior conhecimento nesta área de investigação. Por sua vez, como principal prática favorecedora da prática de actividade física, identificou-se o aconselhamento/educação para a saúde. A literatura (Horne *et al.*, 2010) demonstra-se consensual com a importância deste aconselhamento.

Analisando os factores referidos pelos entrevistados como influenciando mais a sua prática de actividade física, constatou-se que foram mais referidos: o estado de saúde e o bem-estar/relaxamento proporcionados pela actividade física. O aconselhamento dos profissionais de saúde não foi considerado tão importante, pela maioria da amostra. A literatura (Cardoso *et al.*, 2008; Cardoso & Borges, 2008; Eiras *et al.*, 2009; Mazo *et al.*, 2009) tem-se mostrado consensual com a importância atribuída ao estado de saúde e ao bem-estar/relaxamento como factores que influenciam a prática de actividade física.

No presente estudo, como principal dificuldade/barreira à actividade física, a maioria dos participantes identificou o estado de saúde. Alguns participantes ($n=5$) referiram mesmo que a actividade física não é benéfica, admitindo até que agrava o seu estado de saúde. Ainda existe a percepção por parte dos entrevistados de que a actividade física não é benéfica em determinadas condições, como as algias vertebrais, doença cardíaca ou na osteoporose. Porém, a sua importância está amplamente reconhecida na literatura (Araújo, 2011; Santos *et al.*, 2011). Alguns dos participantes mencionaram que profissionais de saúde dos CSP os desincentivaram para a prática face a estas condições/doenças.

A maioria dos participantes referiu que as imagens que os profissionais de saúde têm de si, e as suas práticas não dificultam a sua prática de actividade física. Porém, 8 acabam por referir imagens e práticas que dificultam. A imagem mais referida foi dos

idosos como deprimidos/tristes/aborrecidos e rabugentos/teimosos. Não foi encontrada literatura relativa a imagens do envelhecimento e dos idosos dificultadoras da prática de actividade física, pelo que este resultado contribui para um maior conhecimento nesta área de investigação. Por sua vez, como práticas mais referidas, foram indicadas as seguintes: o desinteresse face aos problemas de saúde; o não encaminhamento para intervenções adequadas às necessidades; a indicação de que o problema de saúde é devido à idade, não o sendo; a postura autoritária em que só o profissional decide a opção terapêutica; e a verbalização de que o utente já tem muita idade para realizar uma actividade. Existe literatura (Fiske *et al.*, 2002; Charondière *et al.*, 2007; Horne *et al.*, 2010; Marques *et al.*, 2010) a corroborar com estes resultados encontrados.

Apesar de a maioria da amostra referir que as imagens que os profissionais de saúde têm de si e as suas práticas não dificultarem a sua prática de actividade física, constatou-se que uma parte significativa da amostra indicou imagens e práticas que a dificultam. Neste sentido, os resultados presentes no estudo estão em consonância com Marques e colaboradores (2010), os quais referem que estereótipos negativos em relação a um determinado grupo social estão usualmente associados com atitudes mais negativas em relação a esses grupos e têm repercussões importantes nos comportamentos e no bem-estar dos grupos que são estigmatizados.

Conclui-se assim, que as imagens negativas do envelhecimento e dos idosos bem como a existência de práticas idadistas por parte dos profissionais de saúde dos CSP condicionam de forma negativa a prática de actividade física nos idosos, apesar de se verificar que outros factores, nomeadamente, o estado de saúde possam influenciar mais esta prática que a própria actuação destes profissionais. Por outro lado, conclui-se que os profissionais de saúde dos CSP têm um importante papel no aconselhamento/educação para a saúde, que os idosos reconhecem como condicionando de forma positiva a sua prática de actividade física.

Na sociedade actual, o processo de envelhecimento normal é frequentemente percebido como um processo patológico, em vez de ser percebido como algo natural. Nos atendimentos aos idosos, permanece frequentemente a visão destes como estando em declínio biológico e mental, com problemas de saúde, existindo a imagem de que se encontram “à espera da morte”. Os idosos são muitas vezes considerados como doentes, dementes, inaptos para tomarem decisões por si o que pode ocasionar estereótipos condicionantes de toda a relação terapêutica (Cabete, 2005). E tal como referido por Cheong e colaboradores (2009), os profissionais de saúde são referidos como sendo particularmente susceptíveis a estereótipos idadistas devido ao aumento da exposição a pessoas idosas e doentes. Esta negatividade atribuída aos idosos deve-se fundamentalmente ao desconhecimento e falta de compreensão em relação ao

envelhecimento. No entanto, as imagens negativas, criadas pela sociedade, acabam por condicionar a forma como a população envelhece. A sociedade portuguesa actual, incluindo os profissionais de saúde, contribuem para restringir a actuação dos idosos, nomeadamente na sua participação, o que vai condicionar a construção da imagem do envelhecer pela população. Existem ainda barreiras culturais a serem ultrapassadas, sendo que a consciencialização da população idosa como pessoas iguais a outras, com capacidades e potencialidades, é um processo de consciencialização difícil.

É comum receberem-se famílias que trazem os seus idosos para serem consultados, e do início ao fim da conversa torna-se difícil ouvir a voz do idoso. A família, que se faz acompanhar do idoso, de uma forma muito frequente, assume as suas falas e vontades, mesmo sem o ouvir, apesar deste conseguir expor as suas necessidades. E em consonância ao constatado, Marques (2011) refere que os idosos se fazem muitas vezes acompanhar de uma terceira pessoa que assume um papel preponderante na relação com os profissionais de saúde, favorecendo ainda mais esta postura passiva. Além disso, é frequente ouvir os idosos queixarem-se que os seus familiares não querem que realizem actividades domésticas em casa, de modo a “evitarem esforços”, quando as mesmas são uma forma de actividade física, sendo benéficas por possibilitarem a manutenção da sua funcionalidade, desde que realizadas de forma moderada. Em consonância com a experiência da realidade assistencial da investigadora, Marques (2011) menciona que os idosos referem principalmente o facto de os seus filhos desvalorizarem as suas capacidades para a realização de tarefas domésticas ou para a gestão dos seus bens.

Os profissionais de saúde dos CSP têm um importante papel na desmistificação dos problemas de saúde dos utentes e na compreensão de se os mesmos são próprios do envelhecimento. Porém, o que se constata na prática assistencial de saúde é que muitos dos problemas referidos pelos idosos não são próprios do envelhecimento, apesar destes referirem que os profissionais de saúde com que contactam lhes indicarem que são e por vezes, não os encaminharem para especialidades/tratamentos adequados. O simples facto de serem “mais velhos” leva, por vezes, os profissionais de saúde a atribuir certos sintomas à idade quando deveriam ser considerados como problemas passíveis de tratamento adequado (Marques, 2011). Deste modo, como referido por Cuddy e colaboradores (2005; cit. por Bousfield e Hutchison, 2010) a visão do envelhecimento e dos idosos conduz a comportamentos positivos (como a necessidade de ajudas aos idosos) e negativos (como a sua exclusão).

Porém, os idosos apresentam as suas necessidades específicas e personalidade própria, sendo essencial que haja respeito pelos mesmos. De facto, a população idosa não é homogéna, existe diversidade e heterogeneidade. Em consonância com o referido,

Quaresma (1991) menciona que o envelhecimento é um processo que se constrói ao longo da vida. Apesar de se verificar a existência de imagens negativas face ao envelhecimento e idosos, constata-se que o envelhecimento é um processo que depende de cada um, das acções ao longo da vida, sendo que cada pessoa tem a sua história, o seu percurso individual, de modo que os idosos não constituem um grupo homogéneo, mas sim diferenciado. A maioria dos idosos não apresentam limitações na capacidade de realização das actividades da vida diária, verificando-se que apresentam capacidades de aprendizagem e que podem melhorar o seu funcionamento intelectual. Porém, é importante que estejam integrados em ambientes apropriados e recebam estímulos adequados. Constata-se que na maioria, o declínio da capacidade física dos idosos se deve à inactividade bem como à expectativa de doenças. Os idosos devem praticar actividade física de forma moderada e regular, tendo em consideração as suas necessidades específicas e sob orientação especializada. É importante a consciencialização dos idosos como responsáveis pelo seu processo de envelhecimento.

Deste modo, os idosos podem não procurar a ajuda dos profissionais de saúde com o receio de serem estigmatizados. Se os idosos perceberem a deterioração física e mental como estando para além do seu controlo, é provável que reduzam os seus mecanismos ou actividades de adaptação e desistam (Squire, 2005). Por isso, é indispensável a educação para comportamentos que promovam a saúde e o envelhecimento activo à medida que se envelhece. Torna-se relevante existirem acções educacionais/culturais que possibilitem oferecer dignidade à população idosa.

Olhar a longevidade como uma ameaça do ponto de vista da saúde, social e económica é algo que precisa ser mudado, pois este olhar da sociedade sobre a população idosa coloca sérias questões éticas. A questão ética que se impõe é que a prestação de cuidados de saúde deve ser apropriada a todas as pessoas que necessitem. As instituições de saúde devem ter profissionais habilitados e qualificados para lidarem adequadamente com todas as pessoas, independentemente da sua idade. É importante pensar sobre a forma como se age e actuar em função do bem-estar de todas as pessoas, incluindo os idosos, que acabam por ser sujeitos a discriminação pela sociedade portuguesa. O aumento do conhecimento sobre o envelhecimento pela própria sociedade é fundamental de forma a promover-se uma sociedade mais inclusiva, em que os idosos possam participar sem preconceitos e discriminações. A melhor compreensão dos idosos e o estabelecimento de uma prática eficaz com os mesmos, possibilitará construir boas práticas de intervenção. É essencial que se construa uma imagem real do envelhecimento e idosos, sem preconceitos e que possibilitem um envelhecer com dignidade. Na formação dos profissionais de saúde é fundamental não apenas o saber fazer, que advém da sua formação técnica, mas também saber ser e estar com os outros, seja qual for a

sua idade da população com que actuam. As atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e utentes que acedem aos serviços têm impacto na forma como as pessoas se vêem a si e aos outros, e no seu processo de envelhecimento. Desta forma, se compreende que a forma como se interage contribui para a forma como se envelhece.

Este trabalho de investigação, apesar de ter sido aplicado em determinado contexto físico, num período de tempo, dá importantes contributos para compreender como as imagens do envelhecimento e idosos, bem como as práticas idadistas identificadas pelos idosos no contacto com os profissionais de saúde dos CSP têm implicações na sua prática de actividade física.

Considerando a natureza qualitativa do estudo, torna-se pertinente a análise relativa à sua qualidade. Analisando as manifestações de ausência ou debilidade de validade constatou-se nesta investigação que: existe uma quantidade insuficiente de provas em relação às opiniões dos participantes sobre as imagens do envelhecimento e idosos bem como relativamente às práticas idadistas, não sendo possível a generalização de resultados; o facto do estudo ter sido transversal não permite tirar conclusões sobre o comportamento das variáveis ao longo do tempo; a subjectividade da interpretação da informação recolhida; o facto da investigadora ser profissional de saúde no contexto de prática assistencial de saúde, podendo ter sido identificada como tal, o que poderá ter contribuído para influenciar os resultados recolhidos. A validação no presente estudo foi reforçada: pela interação/integração da investigadora entre os participantes; pelo aconselhamento dado pelo Orientador nos cuidados a ter para a realização das entrevistas; pela realização de entrevista de forma semi-estruturada e utilizando a técnica de associação livre das palavras; e pela documentação dos procedimentos. Por sua vez, a fidelidade nesta investigação foi reforçada: pelo relato/transcrição textual de todas as entrevistas; pela transcrição imediata das entrevistas; e pela existência de um diário de campo, com registo das análises e interpretações provisórias.

Após a elaboração deste trabalho de investigação, seria interessante dar continuidade ao mesmo, de forma a: colmatar as limitações identificadas neste estudo; e abordar não só os idosos, mas também os profissionais de saúde dos CSP e relacionar os seus comportamentos/práticas com as suas imagens, de modo a aprofundar o conhecimento sobre esta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ågren, G. et al (2006). *Healthy Ageing: A Challenge for Europe*. The Swedish National Institute of Public Health. ISBN 91-7257-481-X.
- Allan, L. e Johnson, J. (2008). Undergraduate Attitudes Toward the Elderly: The Role of Knowledge, Contact and Aging Anxiety. *Educational Gerontology*, 35 (1), 1-14.
- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise... *Fórum Sociológico*, nº17 (II Série), 17-24.
- 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.
- Amorim, R. e Abreu, V. (2010). Programas de exercícios físicos para Idosos acima dos 90 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 7, 412-425.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In *Manual de Envelhecimento Activo* (coord. Oscar Ribeiro e Constança Paul). Lidel: Lisboa. ISBN: 978-972-757-739-2.
- Arber, S. et al (2006). Patient characteristics and inequalities in doctor's diagnostic and management strategies relating to CDH: A video-simulation experiment. *Social Science & Medicine*, 62, 103-115.
- ARSLVT (2012). População e Perfil Social. Departamento de Saúde Pública.
- ARSLVT (2013). Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/>
- Ashe, M. et al (2009). Older Adults, Chronic Disease and Leisure-time Physical Activity. *Gerontology*, 55 (1), 64-72.
- Atchley, R. & Barusch, A. (2004). The scope of social gerontology. In R. Atchley & A. Barusch (coord.). *Social forces and aging: an introduction to social gerontology* (10th ed). Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2-23.
- Baert, V. et al (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10, 464-474.
- Bakker, W. (2009) – *Vision of a Sustainable Fitness Club*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Engenharia e Design Industrial da Universidade Técnica de Delft.
- Baltes, P. & 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.
- Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2002). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.
- Barletta, J. et al (2011). A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista*, 17 (3), 396-413.
- Barnes, L. et al (2008). Perceived Discrimination and Mortality in a Population-Based Study of Older Adults. *American Journal of Public Health*, 98 (7), 1241-1247.
- Bartels, S. & Smyer, M. (2002). Mental disorders of aging: An emerging public health crisis. *Generations: Journal of the American Society of Aging*, 26 (1), 14-20.
- Bedimo-Rung, A. et al (2005). The significance of parks to physical activity and public health: a conceptual model. *American Journal of Preventive Medicine*, 28 (2), 159-168.
- Belgrave, L. (1993). Discrimination against older women in health care. *Journal of Women and Aging*, 5, 181-199.
- Benedetti, T. et al (2007). A Public Policy Proposal of Physical Activity For The Elderly . *Florianópolis*, 16 (3), 387-98.
- Bennett, J. e Winters-Stone, K. (2011). Motivating older adults to exercise: what works?. *Age and Ageing*, 40, 148-149.
- Bento, J. (2001). Desporto, corporalidade, saúde, vida. In O, Guedes (Ed), *Idosos, esporte e atividades físicas*. Brasil, 11 – 25.
- Berger, L. e Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Biscaia, A. et al (2006). Os Cuidados de Saúde Primários. In *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 21-30.
- Borja-Santos, R. (2010) – Mais de metade dos portugueses não pratica desporto. *Jornal Público*. Consultado em 12 Outubro 2012 em: <http://desporto.publico.pt/noticia.aspx?id=1429994>.
- Bowd, A. (2003). Stereotypes of Elderly Persons in Narrative Jokes. *Research on Aging*, 25 (1), 22-35.

- Bourdieu, P. (1999). *A miséria do mundo*. Tradução de Mateus S. Soares (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Bousfield, C. e Hutchison, P. (2010). Contact, Anxiety, and Young People's Attitudes and Behavioral Intentions Towards the Elderly. *Educational Gerontology*, 36 (6), 451-466.
- Butler, R. (1969). Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Bytheway, B. (2005). Ageism and age categorization. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 361-374.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência, 175. ISBN: 972-8383-89-04.
- Caetano, L. & Raposo, J. (2005). Atitude dos Idosos Face à Actividade Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5 (1 e 2), 143-155.
- Caregnato, R. e Mutti, R. (2005). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Universidade federal do Rio Grande do Sul Programa de pós graduação em educação (FACED).
- Cardoso, A. et al (2008). Factores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Movimento*, 14 (1), 225-239.
- Cardoso, A. e Borges, L. (2008). Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Porto Alegre*, 14 (01), 225-239.
- Carvalho, J. & Mota, J. (2002). *A actividade física na terceira idade: justificação e prática*. Câmara Municipal de Oeiras, Divisão do Desporto.
- Carvalho, R. (2003). Actividade Física e Envelhecimento. In: Duarte, E.; Lima, S.T. (Org.). In: *Actividade física para pessoas com necessidades especiais: experiências e intervenções pedagógicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 81-90.
- Carvalho, J. (2006). A actividade física na terceira idade e relações intergeracionais. In XI congresso ciências do desporto e educação física dos países de língua portuguesa - mesa redonda. FCDEF-UP, Portugal. *Revista Brasileira Educação Física e Esporte*, 20, 5, 71-72.
- Carvalho, M. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Cavill, N. et al (2008). *Actividade Física e Saúde na Europa. Evidências para a acção*. Trad. CIAFEL. ISBN 978-972-8687-35-9.
- Cerclé, A. & Somat, A. (1999). O intergrupo. In A. Cerclé & A. Somat. *Manual de Psicologia Social*. Lisboa: Instituto Piaget, 97-119.
- Cerin, E. e Leslie, E. (2008). How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine*, 66 (12), 2596-2609.
- Cerqueira, M. et al (2004). *Envelhecer em família. Cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.
- Chang, M. et al (2003). The association of physical-performance level with attitude toward exercise in older adult. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 254-264.
- Charondiére, P. et al (2007). Os centros de saúde em Portugal: a satisfação dos utentes e dos profissionais. Ministério da Saúde - Missão para os cuidados de saúde primários.
- Cheong, S. et al (2009). Attitudes Towards the Elderly among Singapore Medical Students. *Ann Acad Med Singapore*, 38 (10), 857-61.
- Cid, L. et al (2007). Actividade física e bem-estar psicológico – perfil dos participantes no programa de exercício e saúde de rio maior. *Motricidade*, 3 (2), 47-55.
- Cohen-Mansfield, J. et al (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community – dwelling population. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11, 242 – 253.
- Comissão Europeia. (2008). Comunicação da comissão ao parlamento europeu, ao conselho, ao comité Económico e social europeu e ao comité das regiões. Bruxelas. COM (2008) 412 final.
- Conselho Económico e Social (CES) de Portugal (2013). Parecer de Iniciativa sobre as Consequências Económicas, Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População, 1-27.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. ISBN 978-972-99646-7-1.
- Corder, K. et al (2009). Invited Commentary: Physical Activity Over the Life Course – Whose Behavior Changes, When, and Why?. *American Journal of Epidemiology*, 170 (9), 1078-1081.
- Costa, L. (2000). *A Recuperação do Património Lúdico e a sua Utilização como Actividade física para Pessoas Idosas: estudo dos aspectos motivacionais que favorecem a continuidade da*

sua prática. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciência do Desporto - Universidade do Porto (não publicada).

- Costa, M. (2005). Cuidados de Enfermagem aos Idosos: Percursos de formação e de investigação. In *Envelhecer em Portugal* (coord. Constança Paul e António Fonseca). Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1.

- Cotter, K. e Lachman, M. (2010). Psychosocial and behavioural contributors to health: Age-related increases in physical disability are reduced by physical fitness. *Psychol Health*, 25 (7), 805-820.

- Coutinho, M. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.

- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Almedina. ISBN 978-972-40-4487-3.

- Couto, L. (2003). *Actividade física no idoso - Estudo da influência dos factores demográficos e psicossociais*. Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências do Desporto, apresentada na Universidade do Porto (não publicada).

- Cuddy, A. & Fiske, S. (2002). Doddering but dear: Process, content, and function in stereotyping of older person. In T. Nelson (Ed.), *Ageism – Stereotyping and prejudice against older persons*, 3-26. Cambridge: Bradford Book.

- Cunha, M. (2009). *Animação Sócio-cultural na Terceira Idade – Recurso Educativo de Intervenção*. Chaves: Ousadias.

- Crespo, C. et al (2000). Race/ethnicity, social class and their relation to physical activity during leisure time: results from the third national health and nutrition examination survey, 1988-1994. *American Journal Preventive Medicine*, 18 (1), 45-53.

- Crovador M. (2007). Actividade física e imagem corporal do idoso. 3ª Edição. Consultado em 16 de Outubro de 2012 em: http://redebonda.cbj.g12.br/ielusc/revista_edf/numero03/numero03_art03.php

- Degnen, C. (2007). Minding the gap: the construction of old age and oldness amongst peers. *Journal of Aging Studies*, 21, 69-80.

- Dias, I. (2005). A velhice como construção social. In I. Dias, *Envelhecimento e violência contra os idosos*. *Sociologia*, 15, 249-273.

- Dionísio, B. (2001). Os velhos ao espelho e o reflexo dos outros: Imagens, percepções e atitudes em torno da velhice. *Fórum Sociológico*, nº5/6 (2ª série), 241-255.

- Dinis, C. (1997). Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Direcção Geral de Saúde (2004). Circular normativa Nº 13/DGCG.

- Eggermont, L. et al (2009). Physical Activity and Executive Function in Aging: The MOBILIZE Boston Study. *J Am Geriatr Soc*, 57 (10), 1750-1756.

- Eiras, S. et al (2009). Motivadores e Barreiras para a prática de Actividade Física em idosos. *Anais do XVI Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso de Ciências do Esporte*.

- Elley, C. et al (2003) – Effectiveness of counseling patients on physical activity in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 326 (7393), 793–798.

- Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2008). Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS.

- Erikson, E. (1976). *Infância e Sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

- EU Physical Activity Guidelines (2008). Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels, 1-38.

- Eurostat (2013). Disponível em: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

- Faria, L e Marinho, C. (2004). Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 93-104.

- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras. Celta Editora.

- Fernandes, A. (2007). Envelhecimento e Perspectivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos, Lisboa, Instituto do Emprego e Formação Profissional, Estudos, 37.

- Fernandes, A. et al (2007). Envelhecimento Activo e Estilos de Vida Saudáveis: A Actividade Física. *Fórum Sociológico*, nº17 (II Série), 43-51.

- Fernandes, A. (2008). *Questões Demográficas: Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN 978-972-772-825-1.
- Fernandes, H. et al (2009). A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. *Motricidade*, 5 (1), 33-50.
- Fernández-Ballesteros R. (2002). Social support and quality of life among older people in Spain. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 645-659.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo – Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fielding, R. et al (2011). The Lifestyle Interventions and Independence for Elders Study: Design and Methods. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 66A (11), 1226-1237.
- Fiske, S. (2002). What we know about bias and intergroup conflict, the problem of the century. *Current Directions In Psychological Science*, 11 (49), 123-128.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. ISBN 972-54-0150-6.
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de Investigação, da concepção à realização*. Lusociência. ISBN 978-972-838-31-07
- Franco, S. et al (2010). Estereótipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Rev Med Chile*, 138, 988-993.
- Freitas, C. et al (2007). Aspectos Motivacionais que Influenciam a Adesão e Manutenção de Idosos a Programas de Exercícios Físicos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 9 (1), 92 - 100.
- Freitas, M. et al (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 44 (2), 407-12.
- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs*, 16(3), 354-61.
- Gil, A., (1994). *Como elaborar projectos de pesquisas*. São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Gil, A. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1253. ISBN: 972-31-0817-8.
- Gobbi, S. (1997). Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2 (2), 41-49.
- Gobbi, S. et al (2008). Comportamento e Barreiras: Atividade Física em Idosos Institucionalizados. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 451 - 458.
- Goetz, J. e LeCompte, M. (1984). *Ethnography and Qualitative Design in Educational Research*. New York: Academic Press.
- Gomes, J. et al (2013). Perfil do Hiperfrequentador nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Med Port*, 26 (1), 17-23.
- Gonçalves, A. et al (2007). Atividade física na fase da meia idade: motivos de adesão e de continuidade. *Movimento*, 75 - 88.
- Greenberg, J. et al (2002). *Ageism :Denying the face of the future*. In T. D. Nelson (Ed.). *Ageism:Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: Massachussets Institute of Technology Press.
- Guillemard, A. (1980). *La vieillesse et l'État*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Gwinner, K. & Stephens, N. (2001). Testing the implied mediational role of cognitive age. *Psychology & Marketing*, 18 (10), 1031-1048.
- Haber, D. (2003). *Health Promotion and Aging*. Springer Publishing Company.
- Haguette, T. (1997) *Metodologias qualitativas na Sociologia*. 5ª Edição. Petrópolis: Vozes.
- Henderson, J. et al (2008). Older people have lived their lives: First year nursing students' attitudes towards older people. *Contemporary Nurse*, 30, 32-45.
- Hepworth, M. (1999). In defiance of an ageing culture. *Aging and Society*, 19, 139-148.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hespanhol, A. (2005). A imagem dos serviços de saúde e dos médicos de família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 185-191.
- Heuvel, W. & Santvoort, M. (2011). Experienced discrimination amongst European old citizens. *Eur J Ageing*, 8, 291-299.

- Hirayama, M. (2006). *Atividade física e doença de parkinson: mudança de comportamento, auto-eficácia e barreiras percebidas*. Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro - Universidade Estadual Paulista (não publicada).
- Horne, M. et al (2010). The influence of primary health care professionals in encouraging exercise and physical activity uptake among White and South Asian older adults: Experiences of young older adults. *Patient Education and Counseling*, 78, 97-103.
- Hummel, C. (2001). Représentations de la Vieillesse: chez les jeunes adultes et des octogénaires. *Gérontologie et Société*, 98, 239-252.
- Hummert, M. et al (1994). Stereotypes of the elderly held by young, middle-age and elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 240-249.
- Humpel, N. et al (2004). Perceived environment attributes, residential location, and walking for particular purposes. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(2), 119-125.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Disponível em: www.ine.pt.
- Jacobson, D. et al (2005). Physical Activity Counseling in the Adult Primary Care Setting. *Am J Prev Med*, 29 (2), 158-162.
- Jang, Y. et al (2004). Individual differences in the effects of disease and disability on depressive symptoms: The role of age and subjective health. *International Journal of Aging and Human Development*, 59 (2), 125-137.
- Jang, Y. et al (2008). Perceived Discrimination and Psychological Well-Being: The Mediating and Moderating Role of Sense of Control. *Int J Aging Hum Dev*, 66 (3), 213-227.
- Jentoft, A. (1999). Enfermedades Prevalentes en Edades Avanzadas in Herrero, F. et al (Eds.). *Salud Pública y Envejecimiento, problemas de la geriatría en el año 2000*. Coruña: Fundación Pedro Barrié de la Maza.
- Jodelet, D. (1997). *Les Représentations Sociales*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Jones, R. (2007). A Journey through the Years: Ageing and Social Care. *Ageing Horizons*, 6, 42-51.
- Jorge, I. & Simões, M. (1995). A Qualidade dos Cuidados na perspectiva do Utente. *Servir*, 43 (6), 290-296.
- Kalavar, J. (2001). Examining ageism: Do male and female college students differ? *Educational Gerontology*, 27, 507-513.
- Kane, M. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30, 767-784.
- Kane, M. (2007). Imagining Recovery, Resilience, and Vulnerability at 75: Perceptions of Social Work Students. *Educational Gerontology*, 34 (1), 30-50.
- Kart, C. & Kinney, J. (2001). *The realities of aging: An introduction to gerontology* (6th ed.). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Kite, M. (1996). Age, gender, and occupational label: A test of social role theory. *Psychology of Women Quarterly*, 20 (3), 361-374.
- Klein, T. e Becker, S. (2012). Age and exercise: a theoretical and empirical analysis of the effect of age and generation on physical activity. *J Public Health*, 20, 11-21.
- Kluge, M. (2002). Understanding the essence of a physically active lifestyle: a phenomenological study of women 65 and older. *Journal of Aging and Physical Activity*, 10 (4), 4 - 21.
- Kornadt, A. e Rothermund, K (2011). Contexts of Aging: Assessing Evaluative Age Stereotypes in Different Life Domains. *Journal of Gerontology*, 66B (5), 547-556.
- Lacerda, A. (2004). A Influência dos Factores Ambientais na Prática de Actividade Física em Idosos: estudo em idosos residentes no Concelho da Maia. Porto: A, Lacerda. Dissertação de Mestrado apresentada à FCDEF – UP.
- Lawrence, R. et al (2003). Promoting physical activity for older adults. The challenges for changing behavior. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3sii), 172 – 183.
- Lee, Y. (2009). Measures of Student Attitudes on Aging. *Educational Gerontology*, 35 (2), 121-134.
- Lee, R. e Cubbin, C. (2009). Striding Toward Social Justice: The Ecologic Milieu of Physical Activity. *Exerc Sport Sci Rev*, 37 (1), 10-17.
- Levy, B. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The Gerontologist*, 41 (5), 578-579.
- Levy, B. & Banaji, M. (2002). *Implicit ageism*. In T. Nelson (Ed.), *Ageism – Stereotyping and prejudice against older persons*. USA: Bradford, 49-75.

- Levy, B. e Leifheit-Limson, E. (2009). The Stereotype-Matching Effect: Greater Influence on Functioning When Age Stereotypes Correspond to Outcomes. *Psychol Aging*, 24 (1), 230-233.
- Levy, B. et al (2009). Age Attributions and Aging Health: Contrast Between the United States and Japan. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64 B (3), 335-338.
- Leung et al (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41, 308-314.
- Lima, M. (1996). Atitudes. In J. Vala & M. Monteiro (Coords). *Psicologia Social (2a Ed.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 167-199.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psicologica*, 35, 133-145.
- Linden, M e Kurtz, G. (2009). A Randomised Controlled Experimental Study on the Influence of Patient Age on Medical Decisions in Respect to the Diagnosis and Treatment of Depression in the Elderly. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-4.
- Liu, C. & Fielding, R. (2011). Exercise as an intervention for Frailty. *Clin Geriatr Med*, 27 (1), 101-110.
- Liu, Y. et al (2012). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 1-12.
- Logsdon, R. et al (2009). Making Physical Activity Accessible to Older Adults With Memory Loss: A Feasibility Study. *The Gerontologist*, 49 (S1), S94-S99.
- Lopes, L. (2007). Envelhecimento Activo: Uma Via para o Bem-Estar. *Fórum Sociológico*, nº17 (II série), 65-68.
- Lumme-Sandt, K. (2011). Images of ageing in a 50+ magazine. *Journal of Aging Studies*, 25, 45-51.
- Macia et al (2009). Perception of Age Stereotypes and Self-Perception of Aging: A Comparison of French and Moroccan Populations. *J Cross Cult Gerontol*, 24, 391-410.
- Magalhães, C. et al (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, III (2), 7-16.
- Manning, P. (1979). *Metaphors of the field: varieties of organizational discourse*, In *Administrative Science Quarterly*, 24 (4), 660-671.
- Marco, M. & Delgado, B. (2005). Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. Madrid, IMSERSO. Estudios I+D+I, n.º9. Acedido em 28 de Dezembro de 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsersoestudiosidi-09.pdf>.
- Marques, S. et al (2010). Idadismo na Europa: Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português, Relatório I. European Research Group on Attitudes to Age e Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Universitário de Lisboa.
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Relógio D'Água Editores.
- Marques, S. et al (2011). Idadismo na Europa: Uma abordagem psicossociológica com o foco no caso português, Relatório II. European Research Group on Attitudes to Age, Centro de Investigação e Intervenção Social do Instituto Universitário de Lisboa e Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa.
- Martin, R. et al (2009). Retrospective analysis of attitudes to ageing in the Economist: apocalyptic demography for opinion formers? *BMJ*, 339, 1-4.
- Martins, R. e Rodrigues, M. (2004). Estereótipos sobre Idosos: uma representação social gerontofóbica. *Millenium Revista do ISPV*, 29, 249-254. Consultado em 1/12/2012 em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/32.pdf>
- Mathur, A., & Moschis, G. (2005). Antecedents of cognitive age: A replication and extension. *Psychology and Marketing*, 22 (12), 969-994.
- Matsudo, S. et al (2000). Actividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7 (1).
- Matsudo, S. et al (2000). Efeitos benéficos da actividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Actividade Física & Saúde*, 5 (2), 60-76.
- Matsumoto, D. & Juang, L. (2004). *Culture and psychology*. Belmonte:Wadsworth/Thomson Learning.
- May, T. (2004). *Pesquisa social: questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed.
- Mazo, G. et al (2009). Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. *Psicologia para a América Latina*. Versão On-line ISSN 1870-350X.

- McAuley, E. et al (2008). Pathways from Physical Activity to Quality of Life in Older Women. *Ann Behav Med*, 36 (1), 13-20.
- McAuley, E. et al (2009). Trajectory of Declines in Physical Activity in Community-Dwelling Older Women: Social Cognitive Influences. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64B (5), 543-550.
- McCormack, G. et al (2010) – Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research. *Health & Place*, 16 (4), 712-726.
- McGowan, T. (1996). *Ageism and discrimination*. In J. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged*. San Diego: Academic Press, 1, 71-80.
- McIntyre, S. (2002). A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: *Avaliação e Divulgação*. Porto: Edição Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente; CCRN – Comissão da Coordenação da Região do Norte. In McIntyre, T. (2002). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes nos serviços de saúde na região norte (Março de 1999). Porto: ARS Norte e Universidade do Minho.
- McVittie, C. et al (2003). Committed to (un) equal opportunities?: “New Ageism” and the older worker. *British Journal of Social Psychology*, 42, 595-612.
- Mendes, F. (2011). *Segurança Social - o Futuro Hipotecado*. 1ª Edição, Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Relógio D' Água Editores.
- Mersmann, B. (2003). Image. In H. Arlt & D. G. Daviau (Eds.), *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*. Oxford: UNESCO-Eolss Publishers. Pesquisado a 27 de Dezembro de 2012 em: <http://www.eolss.net>
- Minayo, M. & Sanches, O. (1993). Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade. *Cad. Saúde Pública*, 9 (3), 239-248.
- Minichiello, V. et al (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Aging and Society*, 20, 253-278.
- Ministério da Saúde (2013). Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude>.
- Monteiro, C., & Fogagnoli, A. (2010). Nível de conhecimento sobre actividade física e barreiras enfrentadas pela terceira idade do Centro de Apoio do Idoso de Mamborê. *Revista electrónica Efdeportes*, 14 (140).
- Moody, H. (2002). *Aging: Concepts and controversies* (4th ed.). California: Sage Publications, Inc.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse. Son image et son public* (2ªed.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (2001). Das representações colectivas às representações sociais: Elementos de uma história. In Jodelet (Org.) - *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 45-46.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis: RJ Vozes, 408. ISBN: 853-262-896-6.
- Navarro, F. et al (2008). Percepção de idosos sobre a prática e a importância da actividade física em suas vidas. *Rev Enferm*, 29 (4), 596-603.
- Nascimento, C. et al (2008). Nível de Actividade Física e as Principais Barreiras Percebidas por Idosos de Rio Claro. *R. da Educação Física/ UEM*, 19 (1), 109 - 118.
- Negreiros, M. (1995). *As Representações Sociais da Profissão de Serviços Sociais – Uma Análise empírica em contexto autárquico*. Lisboa: Investigar o Agir.
- Nelson, T. (2002). Preface. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, ix-xv. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Nelson, T. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221.
- Netto, M. (1996). *Gerontologia e o problema do envelhecimento: Visão Histórica*. São Paulo: Atheneu.
- Nussbaum, J. et al (2005). Ageism and ageist language across the life span: Intimate relationships and non-intimate interactions. *Journal of Social Issues*, 61(2), 287-305.
- Office of Deputy Prime Minister (ODPM) (2006). *A Sure Start to Later Life: Ending Inequalities for Older People*. London: ODPM Publications, 2006. ISBN 1 85112 812 3.
- Oliver, D. (2008). “Acopia” and “social admission” are not diagnoses: why older people deserve better. *J R Soc Med*, 101, 168-174.
- Oliveira, S. & Duarte, A. (1999). As atitudes dos idosos face à actividade física. In J, Mota & J, Carvalho (Eds.), *A qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física*. Porto: FCDEF-UP. Actas do Seminário.

- Oliveira, A. (2006). *Factores Determinantes e Barreiras para a prática de actividade física nos idosos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa.
- OMS (Organização Mundial de Saude / World Health Organization) (2006). *Definition of an older or elderly person*. Acedido em 8 de Dezembro de 2012, de <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and Positive* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Pan American Health Organization (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington, D.C: PAHO.
- Papalia, D. et al (2002). *Adult development and aging* (2nd ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Pasupathi, M. et al (1995). Ageism in interpersonal settings. In B. Loo & D. Maluso (Eds.), *The social psychology of interpersonal discrimination*. New York: The Guilford Press, 160-182.
- Patton, M. (1980) *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage, 381.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e o meio ambiente*. Editora Almedina.
- Penson, R. et al (2004). Too Old to Care? *The Oncologist*, 9, 343-352.
- Perdue, C. & Gurtman, M. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pereira, M. (1995). *Epidemiologia – Teoria e Prática*. (1a.Ed). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.
- Pereira, M. et al (2002). Imagens e significado e o processamento dos estereótipos. *Estudos de psicologia*, 7(2), 389-397.
- Pereira, M. e Neves, P. (2010). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2010). Perfil de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo.
- Pinguart, M. (2002). Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317-336.
- Polit, D. et al (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. (5a. Ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN: 857-307-984-3.
- Quaresma, M. (1991). Velhice ou Envelhecimento? *Servir*, 30 (2), 19-21.
- Ramalho, J. et al (2011). Energy expenditure through physical activity in a population of community-dwelling Brazilian elderly: cross-sectional evidences from de Bambuí Cohort Study of Aging. *Cad. Saúde Pública*, 27, 399-408.
- Rees, J. et al (2009). Nurses' Perceptions of Ethical Issues in the Care of Older People. *Nursing Ethics*, 16(4), 436-452.
- Revenson, T. (1989). Compassionate stereotyping of elderly patients by physicians. *Psychology and Aging*, 4, 230-234.
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo*. In O. Ribeiro (coord.), Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa: Lidel.
- Rich, S. & Rogers, M. (2001). Stage of exercise model and attitudes toward exercise in older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 93(1), 141-144.
- Rodrigues, C. (2001). Estereótipos sobre a pessoa idosa: Uma abordagem geracional. In A. Sequeira (Ed.), *Actas das 1ªs Jornadas em Reabilitação e Inserção Social*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- RoperASW (2002). Exercise Attitudes and Behaviors: a Survey of Adults Age. *AARP*, 50-79.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Maria João Valente Rosa. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Rupp, D. et al (2005). The Multidimensional Nature of Ageism: Construct Validity and Group Differences. *The Journal of Social Psychology*, 145 (3), 335-362.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador. In Albarello, L. e colaboradores (Coord). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ryan, E. et al (2004). Communication beliefs about youth and old age in Asia and Canada. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 19, 342-360.
- Sá, C. (1998). *A construção do objecto de estudo de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Salgado, C. (2000). *Gerontología Social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Sallis, J. (2003). New thinking on older adults' physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 25 (3sii), 110 – 111.

- Santos, S. (2006). *Motivação para a Prática de Actividade Física em Mulheres Idosas: Estudo com Idosos em Lares e Centros de Dia*. Dissertação de Mestrado apresentada à FCDEF – UP.
- Santos, O.; Biscaia (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal – A satisfação dos Utentes e dos Profissionais*. Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários (1.^a ed). Lisboa.
- Santos, O. et al (2011). Physical activity and body mass index in the adult Portuguese Population. *Biomedical e Biopharmaceutical Research*, 8 (2), 227-245.
- Schmid, M. et al (2009). Health promotion in primary care: evaluation of a systematic procedure and stage specific information for physical activity counselling. *Swiss Med Wkly*, 139 (45-46), 665-671.
- Schuler, P. et al (2006). Barriers and motivations to exercise in older african american and european american women. *Californian Journal of Health Promotion*, 4(3),128-134.
- Schutzer, K. et al (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine*, 39, 1056-1061.
- Seefeldt, V. et al (2002). Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Medicine*, 32(3),143-168.
- Seiluri, T. et al. (2011). Changes in occupational class differences in leisure-time physical activity: a follow-up study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14 (8), 1-8.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos: Com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Shaw, B. e Spokane, L. (2008). Examining the Association Between Education Level and Physical Activity Changes During Early Old Age. *J Aging Health*, 20 (7), 767-787.
- Silva, R. (1998). A Falsa Dicotomia Qualitativo-Quantitativo: Paradigmas que Informam nossas Práticas de Pesquisa. In Biasoli-Alves, Z. & Romanelli, G. (Coord.). *Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa, 159-174.
- Simões, A. (1990). Alguns Mitos Respeitantes ao Idoso. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 109-121.
- Simões, J. (2004). Medicina Familiar, Centros de Saúde e Limitações de Recursos. *Revista Acção Médica*, 68 (4), 236 - 244. Disponível em: http://www1.interacesso.pt/~csgois/artigo_mfcslr_am_2004.htm.
- Simões, J. e Barros, P. (2007). *Retrato do sistema de saúde*. Portugal: European Observatory.
- Sousa, J. (2006). Onde muitos ralham e poucos têm razão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 665 - 668.
- Sousa, L. et al (2008). How images of old age vary with age: an exploratory study among the Portuguese population. *Reviews of Clinical Gerontology*, 18 (1), 77-90.
- Spidurso, W. et al (2005). *Physical dimensions of aging (2ª Edição)*. Champaign illois: Human Kinetics.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Lusociência. ISBN 972-8383-87-8.
- Stein, R. et al (2002). The effects of age stereotype priming on the memory performance of older adults. *Experimental Aging Research*, 28, 169-181.
- Stone, T. e McMinn, B. (2012). What's in a Word? Ageism: "the bias against older people by the (temporarily) young?" *Nursing and Health Sciences*, 14, 433-434.
- Tavares, A. (2010). *Idosos e Actividade Física - programas, qualidade de vida e atitudes*. Dissertação de Mestrado apresentado à Secção Autónoma de Ciências da Saúde - Universidade de Aveiro (não publicado). Aveiro.
- The Gerontological Society of América (2012). *Communicating with older adults. An evidence-based review of what really works* (e-book). Edição do autor.
- Thornton, J. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301-312.
- Tonks, A. (1999). Medicine must change to serve an ageing society. *BMJ*, 319, 1450-1.
- Tshuchiya, A. (1999). Age-related preferences and age weighting health benefits. *Social Science & Medicine*, 48, 267-276.

- Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 39 (3), 507-14.
- Vala, J. (1981). Grupos Sociais e Representação Social da Doença. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, II (4), 329-342.
- Van Cauwenberg, J. et al (2012). Physical environmental factors related to walking and cycling in older adults: the Belgian aging studies. *BMC Public Health*, 12 (142), 1-13.
- Velardi, M. & Miranda, M. (2004). Motivos de adesão ao projecto sénior para a vida ativa. In M, Safons & M, Pereira (org.), *Educação física para idosos: por uma prática fundamentada*. VII Seminário Internacional sobre atividade física para a terceira idade.
- Veloso, E. (2004). *Políticas e contextos educativos para os idosos: um estudo sociológico numa Universidade da Terceira Idade em Portugal*. Tese apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho com vista a obtenção do grau de Doutor em Educação.
- Viegas, L. (2006). *Atitudes dos Enfermeiros para com as Pessoas Idosas: um estudo exploratório*. In Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-89042.
- Waldzus, S. et al. (2003). Towards tolerance: representations of superordinate categories and perceived in-group prototypicality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 31-47.
- Walker, A. e Maltby, T. (2012). Active Ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21, S117-S130.
- Warburton, D. et al (2006). Prescribing exercise as preventive therapy. *Canadian Medical Association Journal*, 174 (7), 961-974.
- Warburton, D. et al (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174, 801-809.
- WHO (World Health Organization) (1997). The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, Indonesia. Retirado de: <http://www.who.int/hpr/docs/jakarta/english.html>.
- WHO (World Health Organization, Regional Office for Europe) (1999). The health for all policy frame work for the WHO European Region. Copenhagen. Retirado de: <http://www.ensp.unl.pt/saboga/default.asp?send=bibliografia.htm>, pp.178-202.
- WHO (World Health Organization) (2002). Active ageing: A policy framework [em linha]. Madrid: World Health Organization, consultado em 30 de Outubro de 2012, disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Wilcox, S. (1997). Age and gender in relation to body attitudes: Is there a double standard of aging? *Psychology of Women Quarterly*, 21, 549-565.
- Wilcox, S. et al (2002) *Gender, physical activity, and aging*. In R, Shephard (Ed.), *Physical activity patterns, assessment, and motivation in older adults*, 14-22.
- Wilkinson, J. & Ferraro, K. (2002). Thirty years of ageism research. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press, 339-358.
- Williams, G. et al (2000). Research on Relationship-centered Care and Healthcare outcomes from the Rochester Biopsychosocial program: A Self-Determination Theory Integration. *Families, Systems & Health*, 18(1), p. 79 - 90.
- Wurm, S. et al (2010). On the importance of a positive view on ageing for physical exercise among middle-aged and older adults: Cross-sectional and longitudinal findings. *Psychology & Health*, 25 (1), 25-42.

APÊNDICES

APÊNDICE I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRECÇÃO DO ACES LEZÍRIA

Ana Patrícia Figueira Costa
Praceta João Caetano Brás, nº3, 4ºA
2005-517 Santarém

À
Directora do Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria
Ex^{ma} Dra. Paula Cristina Lopes Rodrigues
Avenida José Saramago, 15-17
Apartado 221
2001-903 Santarém

Cartaxo, 5 de Fevereiro de 2013

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo nas unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo.

Eu Ana Patrícia Figueira Costa, Fisioterapeuta nas unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo, funcionária nº 700007, frequento o Mestrado em Saúde e Envelhecimento na Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa e pretendo desenvolver um trabalho de investigação que tem por tema **As Imagens do Envelhecimento e as Práticas Idadistas dos Profissionais de Saúde: Implicações na Actividade Física dos Idosos** o qual se desenvolve sob orientação do Prof. Doutor Pedro Machado dos Santos, venho por este meio referir que pretendo aplicar os instrumentos de recolha de informação (entrevistas) em horário não laboral, de modo a que as actividades/programas em que me encontro integrada no Concelho do Cartaxo em horário laboral não sejam afectadas nem os utentes que as integram.

A questão de investigação de partida colocada é: De que forma as imagens relativas ao envelhecimento e aos idosos bem como as práticas idadistas percebidas em prática assistencial de saúde influenciam a prática de actividade física dos idosos?

Objectivo Geral – Compreender como as imagens do envelhecimento e dos idosos bem como as práticas idadistas percebidas em prática assistencial de saúde influenciam a prática de actividade física dos idosos.

Através da investigação pretende-se que os idosos identifiquem as imagens e as práticas idadistas encontradas nos Centros de Saúde com que contactaram. Além disso, pretende-se clarificar que não existem respostas certas nem erradas, pelo que o que se pretende compreender são as suas percepções.

Como **Objectivos Específicos**:

Na sociedade portuguesa actual, em contexto de prática assistencial de saúde pretende-se:

1. Identificar e caracterizar as imagens do envelhecimento e idosos expressas pelos idosos;
2. Identificar e caracterizar as práticas idadistas expressos pelos idosos;
3. Identificar os factores (imagens/práticas) que favorecem a prática de actividade física expressos pelos idosos;
4. Identificar os factores (imagens/práticas) que dificultam a prática de actividade física expressos pelos idosos;

Pretende-se seleccionar a amostra nas salas de espera das unidades de prestação de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo através de abordagem directa aos seus utentes. Como amostra do estudo, propõe-se utilizar uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por idosos (idade igual ou superior a 65 anos), do Concelho do Cartaxo, Distrito de Santarém, os quais recorrem às unidades de prestação de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo. Pretendem-se incluir no estudo participantes que demonstrem capacidade de compreensão e resposta às questões colocadas, cuja participação no estudo seja voluntária.

Na abordagem directa aos utentes que se encontrem nas unidades de prestação de cuidados do Centro de Saúde, pretendo identificar-me como investigadora, referir quais os objectivos do estudo e solicitar aos sujeitos que assinem o consentimento informado de modo a concederem a sua autorização para a participação no mesmo, pretendendo-se explicar que caso os utentes preferam não participar no estudo, não serão prejudicados nos cuidados de saúde. Nesta abordagem pretende-se clarificar a informação que está contida no consentimento informado e demonstrar-me disponível para retirar dúvidas relativas ao estudo bem como garantir o anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

Para a recolha de informação pretende-se realizar a **entrevista**, recorrendo à **técnica de associação livre das palavras** e à **entrevista semi-estruturada**. Segue em apêndice o guião da entrevista, ainda sujeita a ajustes de acordo com o pré-teste.

Para além da caracterização da amostra, através da realização das entrevistas pretende-se ter em consideração as seguintes dimensões de análise:

-Imagens do envelhecimento e dos idosos identificados nos idosos entrevistados e que os idosos identificam na prática assistencial de saúde;

- Práticas idadistas identificadas pelos idosos na prática assistencial de saúde;

-Imagens do envelhecimento e dos idosos e a forma como interferem na prática de actividade física dos idosos.

- Práticas identificadas nos profissionais de saúde e a forma como interferem na prática de actividade física dos idosos.

Anexa-se também a Declaração da Faculdade a comprovar o tema de Tese proposto no âmbito do Mestrado sob orientação do Doutor Pedro Machado dos Santos.

A resposta aos instrumentos de recolha de informação pretende-se que seja anónima, confidencial e voluntária por parte dos participantes.

Através da realização do trabalho de investigação pretende-se aumentar os conhecimentos na área do Envelhecimento, pretendendo-se realizar o mesmo no Concelho do Cartaxo, pois é um Concelho que apresenta um índice de envelhecimento superior à média nacional, sem prejuízo para a Instituição onde o mesmo se pretende aplicar.

Encontro-me disponível para esclarecer quaisquer dúvidas sobre o estudo através do e-mail: fisioanapatticia@gmail.com ou presencialmente.

Com os melhores cumprimentos e Grata por toda a atenção dispensada,

Pede deferimento,

A Fisioterapeuta,

(Licenciada em Fisioterapia pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Pós-Graduada em Psicogerontologia pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Mestranda em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa)

**APÊNDICE II – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DO ACES
LEZÍRIA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE
INVESTIGAÇÃO**



ACES - Lezíria



C/C:

Exma Senhora

Dr^a Ana Patrícia Figueira Costa

Praceta João Caetano Brás, nº 3 4º A

2005 – 517 Santarém

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

Presidente C. Clínico

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo nas Unidades prestadoras de cuidados do Centro de Saúde do Cartaxo

Em resposta ao pedido de V. Exa. supramencionado, autorizo a realização do estudo conforme proposto.

Deverá este ACES ser informado da data de início e fim da colheita de dados.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora Executiva

Paula Rodrigues

**APÊNDICE III – PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
AO ENTREVISTADO**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Código_____

O trabalho de investigação que se está a realizar tem por tema “**As Imagens do Envelhecimento e as Práticas Idadistas em Cuidados de Saúde Primários: Implicações na Actividade Física dos Idosos**” (Mestrado em Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa). Foi autorizado pela Direcção do Agrupamento de Centros de Saúde – ACES LEZÍRIA e desenvolve-se sob orientação do Prof. Doutor Pedro Machado dos Santos e Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira. Deste modo, venho solicitar a sua autorização para participar no estudo através da realização de entrevista, com recurso a gravador de voz.

O **objectivo geral** do estudo é compreender como as imagens do envelhecimento e dos idosos bem como as práticas idadistas/discriminatórias percebidas no contacto com os profissionais de saúde influenciam a prática de actividade física dos idosos.

Pretende-se através de entrevista que identifique as imagens do envelhecimento e saber a opinião que retira do contacto com os profissionais de saúde que prestam cuidados em Centros de Saúde. A duração da entrevista é de cerca de 40 minutos. Nesta entrevista, o conceito de idosos refere-se às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos e o termo actividade física é usado, neste estudo, para descrever qualquer movimento corporal que implique gasto de energia. Através deste método, pretende-se apenas recolher a sua opinião, não existindo por isso respostas certas ou erradas.

As suas respostas são **anónimas e confidenciais** e destinam-se apenas a este estudo. A participação no estudo é muito importante para que se adquiram mais conhecimentos na área do envelhecimento. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento, sem que os cuidados de saúde prestados sejam comprometidos.

Caso tenha dúvidas, não hesite em solicitar mais informações.

Muito obrigada pela atenção dispensada e colaboração!

Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu, _____ tomei conhecimento das informações referidas anteriormente e aceito participar de forma voluntária e esclarecida neste estudo.

Data de aplicação do consentimento

Assinatura da investigadora

APÊNDICE IV – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

GUIÃO DA ENTREVISTA

Código_____

1ª - Parte - Caracterização da População

1. Sexo: F M

2. Qual é a sua data de nascimento? _____

3. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro(a);
- Divorciado(a);
- Casado(a);
- União de Facto;
- Viúvo(a);
- Outro: _____

4. Com quem vive?

- Cônjuge; Idade: _____
- Sozinho (a);
- Filho (s);
- Outra situação: _____

5. Qual é o seu nível de instrução/escolaridade?

<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever, não andou na escola.	<input type="checkbox"/> 4ª Classe
<input type="checkbox"/> Sabe ler/escrever, mas não andou na escola	<input type="checkbox"/> Básico (5º/6ºano)
<input type="checkbox"/> 1ª Classe	<input type="checkbox"/> Liceu (7º/8º/9º ano)
<input type="checkbox"/> 2ª Classe	<input type="checkbox"/> Secundário
<input type="checkbox"/> 3ª Classe	<input type="checkbox"/> Ensino Superior especificar _____ (licenciatura, mestrado, doutoramento)

6. Encontra-se a trabalhar?

6.1 Sim Não

Se sim, qual a profissão? _____

Se não, qual foi a sua profissão principal? _____

7. Qual é o nível de rendimento mensal do agregado familiar:

- Menos de 209,61 euros (menos de 42.023\$);
- 209,61 a 419,22 euros (de 42.023\$ a 84.046\$);
- 419,22 a 628,83 euros (de 84,046\$ a 126,069\$);
- 628,83 a 1,048,05 euros (de 126,069\$ a 210,115\$);
- 1,048,05 a 2,096,10 euros (de 210,115\$ a 420,230\$);
- Mais de 2,096,10 euros (mais de 420,230\$);
- Não sabe;
- Prefere não responder.

8. Em geral considera que a sua saúde é:

- Muito boa
- Boa
- Aceitável
- Fraca
- Muito Fraca

9. No último ano, quantas vezes contactou com profissionais de saúde de Centros de Saúde?

- Uma vez por mês;
- De três em três meses;
- De seis em seis meses;
- Uma vez por ano;
- Outro: _____

9.1 No último ano, qual foi o motivo/razão por que recorreu aos serviços de Centros de Saúde?

2ª Parte - Associação Livre de Ideias (com gravação):

2.1 Quando contacta com serviços de Centros de Saúde, na sua opinião, como acha que os profissionais de saúde vêem e lidam com:

- O processo de envelhecimento;
- Os idosos;
- A saúde dos idosos;
- Consigo;
- A actividade física ao longo da vida;
- A actividade física nos idosos;

2.2 Complete as seguintes frases com a sua opinião:

A palavra envelhecimento faz pensar em _____

A palavra idosos faz pensar em _____

A abordagem aos idosos nos serviços de saúde é _____

A actividade física ao longo da vida é _____

A actividade física nos idosos é _____

3ª Parte - Guião da Entrevista relativo às Percepções dos Idosos (com gravação):

3.1 Como se **vê** a **si próprio(a)**, no seu processo de envelhecimento? Porquê?

3.2 Como se **vê** a **si próprio(a)** em relação aos outros do seu **grupo etário**? Porquê?

3.3 Como acha que as outras **pessoas do seu grupo etário** o **vêem a si**? Justifique.

3.4 Como **se vê** em relação a outras pessoas de **outros grupos de idade**? Porquê?

3.5 Como acha que as **pessoas de outros grupos de idade o/a vêem**? Justifique.

3.6 Como **vê** os **idosos**? Porquê? E o **envelhecimento**? Porquê?

3.7 Na sua opinião, em que **idade** se passa a ser **idoso**? Justifique.

3.8 Com que **frequência** se relaciona com outras **pessoas do seu grupo etário**?

- Muito Frequentemente (todos os dias)
- Frequentemente (3 a 5 vezes por semana)
- Regularmente (1 a 3 vezes por semana)
- Raramente (1 a 3 vezes por mês)

3.9 Da sua **experiência**, as **relações** com as **pessoas do seu grupo etário** têm sido:

- Muito Positivas
- Positivas
- Nem positivas, nem negativas
- Negativas
- Muito Negativas

4. Pratica **actividade física** no seu **dia-a-dia**? Como?

4.1 Qual o impacto que a **actividade física** pode ter sobre a **saúde**? Porquê? Praticar actividade física tem benefícios? Se sim, quais?

4.2 A prática de **actividade física** já foi **recomendada por alguém**? Se sim, por quem e em que circunstâncias?

4.3 Existe alguma **faixa etária** em que considere ser mais importante a realização de **actividade física**? Qual? Porquê? E ao longo de toda a vida? Porquê?

4.4 Qual o impacto que a **actividade física regular e moderada** tem quando se é idoso? Porquê?

4.5 Quais as **dificuldades/barreiras** que encontra à prática de **actividade física**? Explícite.

4.6 Existe **algo que o/a motive** a praticar **actividade física**? Se sim, o quê e porquê?

4.7 Acha que os **profissionais de saúde** dos Centros de Saúde têm tido um papel importante na **Prevenção da Doença e Promoção da Saúde**, como por exemplo pelo incentivo a estilos de vida saudáveis? Porquê? Verifica isso em pessoas de todas as idades ou em alguma faixa etária específica?

4.8 Alguma vez se sentiu **incompreendido(a) / tratado(a) de forma incorrecta** devido à sua **idade** quando contactou com profissionais de saúde dos Centro de Saúde? Se sim, aconteceu de forma clara? Se sim, como aconteceu?

4.9 Acha que existe **discriminação/preconceito** face ao **envelhecimento/idoso** da parte dos **profissionais de saúde**? Se sim, que tipo de discriminação? Se sim, em que situações isso se verificou.

5. Das percepções que se referem a seguir, refira as que pensa estarem presentes na forma como os **profissionais de saúde** de Centros de Saúde o **vêm a si** ou a outros **idosos** (peço-lhe para ter em atenção todos):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Os idosos não cuidam do seu aspecto físico | <input type="checkbox"/> Os idosos são carinhosos e amorosos |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são tristes e deprimidos | <input type="checkbox"/> Os idosos continuam a ter uma vida normal, como antes da velhice. |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são aborrecidos, rabugentos, teimosos | <input type="checkbox"/> Os idosos são activos e esforçam-se por o ser. |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são inaptos para tomar decisões | <input type="checkbox"/> A velhice é uma fase da vida especialmente boa (devido a uma maior maturidade, tempo para usufruir do que antes não foi possível). |
| <input type="checkbox"/> Os idosos precisam de muito descanso | <input type="checkbox"/> Os idosos têm mais sabedoria |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são doentes | <input type="checkbox"/> Os idosos têm vontade de viver. |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são pobres | <input type="checkbox"/> Os idosos têm mais serenidade. |
| <input type="checkbox"/> A velhice é uma segunda infância | <input type="checkbox"/> Os idosos gostam de conversar e contar recordações. |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são inúteis e preguiçosos | <input type="checkbox"/> Os idosos são simpáticos. |
| <input type="checkbox"/> Os idosos são dependentes, precisam da ajuda de outros. | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma. |

5.1 Das práticas que se referem a seguir, refira as que pensa estarem presentes na forma como os **profissionais de saúde** de Centros de Saúde **lidam consigo** ou com outros **idosos** (peço-lhe para ter em atenção todas):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Os profissionais demonstram desinteresse face aos problemas. | <input type="checkbox"/> Os profissionais tratam os idosos como um grupo com as mesmas necessidades. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais desanimam/faltam ao respeito aos idosos. | <input type="checkbox"/> Os profissionais desvalorizam as experiências e desejos dos idosos. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais infantilizam os idosos. | <input type="checkbox"/> Os profissionais promovem situações de dependência nos idosos. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais têm uma atitude condescendente/paternalista (excluem os idosos da decisão). | <input type="checkbox"/> Os profissionais têm como prioridade atender pessoas mais jovens em detrimento das mais idosas. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais colocam em causa a privacidade dos idosos. | <input type="checkbox"/> Os profissionais tendem a não encaminhar os idosos para tratamentos que os poderiam beneficiar, por atribuírem o problema ao envelhecimento. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais omitem informação aos idosos. | <input type="checkbox"/> Os profissionais referem que os idosos já têm muita idade para realizar actividades que até poderiam fazer. |
| <input type="checkbox"/> Os profissionais atribuem o problema de saúde que a pessoa tem devido à sua idade, apesar de não o ser. | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Nenhuma. |

5.2 Acha que de alguma forma **contribui** para a forma como os **profissionais** de saúde o/a **vêem e lidam consigo**? De que forma? Em que situações isso ocorreu?

5.3 Acha que a forma como os **profissionais de saúde o/a vêem/lidam consigo influencia** a sua prática de **actividade física**? Porquê? Se acha que sim, como influenciam e em que situações?

5.4 De que **modo** acha que os **profissionais de saúde**, na forma como o/a vêem/lidam consigo **favorecem** a sua prática de **actividade física**? Em que situações?

5.5 De que **modo** acha que os **profissionais de saúde**, na forma como o/a vêm/lidam consigo **dificultam** a sua prática de **actividade física**? Em que situações?

5.6 **O que** é que para **si influencia mais** a prática de **actividade física**? Porquê?

5.7 Dos **factores** que se referem a seguir refira os que pensa que **mais influenciam** a sua prática de **actividade física**? (peço-lhe para ter em atenção todos)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estado de Saúde | <input type="checkbox"/> Tempo disponível |
| <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Capacidade sócio-económica |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> História de vida |
| <input type="checkbox"/> Percepções sobre a actividade física | <input type="checkbox"/> Nível de instrução |
| <input type="checkbox"/> Percepções sobre os idosos e o envelhecimento | <input type="checkbox"/> Indicação do profissional de saúde |
| <input type="checkbox"/> Apoio de familiares/amigos | <input type="checkbox"/> Condições ambientais |
| <input type="checkbox"/> Influência cultural | <input type="checkbox"/> Motivação |
| <input type="checkbox"/> Bem-estar/Relaxamento proporcionado pela actividade física | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

5.8 Dos **factores** que referiu anteriormente, diga-me os **três** que pensa que **influenciam mais** a sua prática de **actividade física**?

5.9 Acha que as suas respostas/opiniões anteriores vão de encontro à **opinião de outros idosos**:

- Todos os idosos
- Mais de metade dos idosos
- Metade dos idosos
- Menos de metade dos idosos
- Poucos idosos

Obrigada pela atenção dispensada!

**APÊNDICE V – TABELAS DE FREQUÊNCIA DE
OCORRÊNCIA DOS ESTÍMULOS “A PALAVRA
ENVELHECIMENTO FAZ PENSAR EM...”, “A PALAVRA
IDOSOS FAZ PENSAR EM...”, “A ABORDAGEM AOS
IDOSOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE É...”, “A ACTIVIDADE
FÍSICA AO LONGO DA VIDA É...”, “A ACTIVIDADE FÍSICA
NOS IDOSOS É...”**

“A palavra envelhecimento faz pensar em...”

Palavra	Frequência de Ocorrência
Idoso, ser velho, ser mais velho, velhice	4
Morte/fim de vida	3
Precisar de alguém, ajudas, apoios	3
Suporte familiar	2
Dificuldade, limitação	2
Tristeza	2
Dificuldades económicas	2
Actividade física	1
Algo natural	1
Boa-disposição	1
Sabedoria	1
Experiência	1
Histórias de vida	1
Sufrimento	1
Perda de autonomia	1
Lar	1
Complicações	1
Peso na sociedade	1

Os entrevistados referiram 25 palavras/expressões diferentes, havendo 29 entradas.

“A palavra idosos faz pensar em...”

Palavra	Frequência de Ocorrência
Velhice, envelhecimento, velhos	6
Experiência	3
Morte	3
Sabedoria	2
Limitação da mobilidade, dependência	2
Perda de autonomia	2
Isolamento	2
Positivismo	1
Algo natural	1
Vontade de viver	1
Família	1
Rugas	1
Cabelos brancos	1
Necessidades	1
Desilusão	1
Tristeza	1
Angústia	1
Problemas	1
Família	1
Necessidade de cuidados	1

Os entrevistados referiram 23 palavras/expressões diferentes, havendo 33 entradas.

“A abordagem aos idosos nos serviços de saúde é...”

Palavra	Frequência de Ocorrência
Boa	7
Aceitável, razoável	3
Pouco viável	1
Péssima	2
Demorada	2
Não é má	1
Normal	1
Importante	2
Ter tratamento adequado	1

Os entrevistados referiram 10 palavras/expressões diferentes, havendo 20 entradas.

“A actividade física ao longo da vida é...”

Palavra	Frequência de Ocorrência
Importante, necessária, primordial, essencial	15
Bom, boa	3
Precária, somos pouco dados à actividade física	2
Saudável	1
Faz bem	1
Bem aceite	1
Normal	1
Mais fácil nos jovens	1

Os entrevistados referiram 12 palavras/expressões diferentes, havendo 25 entradas.

“A actividade física nos idosos é...”

Palavra	Frequência de Ocorrência
Saudável	1
Importante, necessária, indispensável, essencial	13
Boa, faz bem	3
É uma obrigação	1
Há a necessidade de descansar o mais possível	1
Complicada	1
Muito precária, devia ser cada vez maior	1

Os entrevistados referiram 12 palavras/expressões diferentes, havendo 21 entradas.

**APÊNDICE VI – REGISTO DE RESULTADOS – FIGURAS
RELATIVAS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Figura 1 – Distribuição dos participantes por estado civil

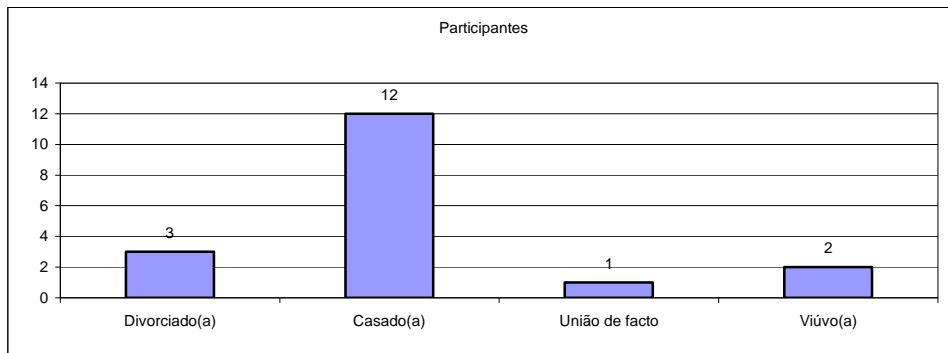


Figura 2 – Distribuição dos participantes por com quem vive

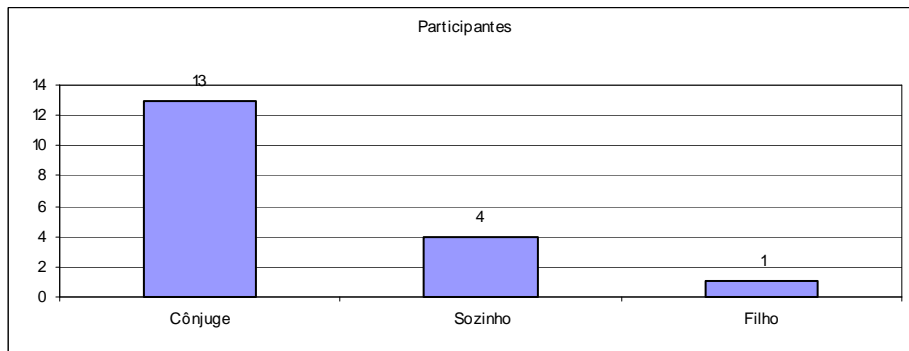


Figura 3 – Distribuição dos participantes por nível de instrução/escolaridade

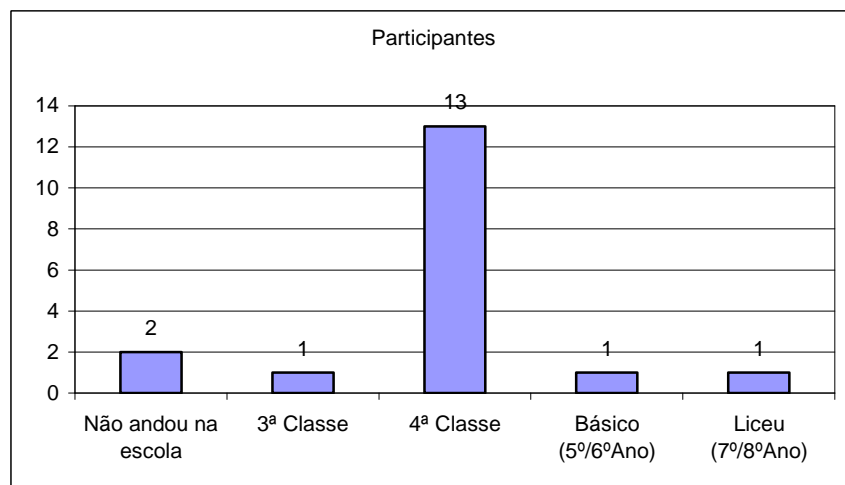


Figura 4 – Distribuição dos participantes pela principal actividade laboral exercida ao longo da vida

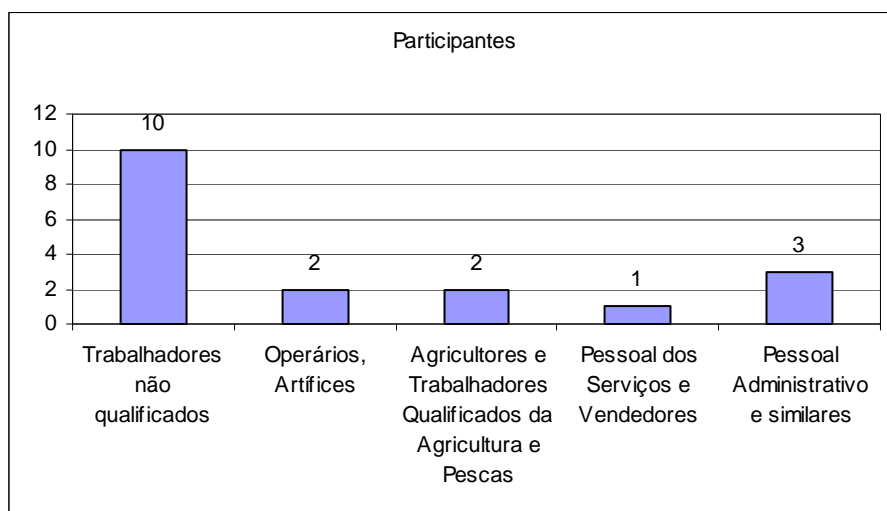


Figura 5 – Distribuição dos participantes pelo rendimento mensal do agregado

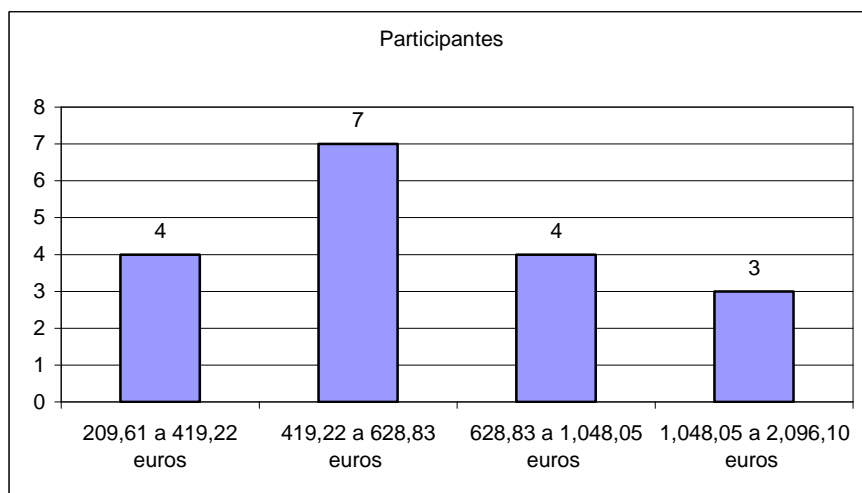


Figura 6 – Distribuição dos participantes pela satisfação com o estado de saúde

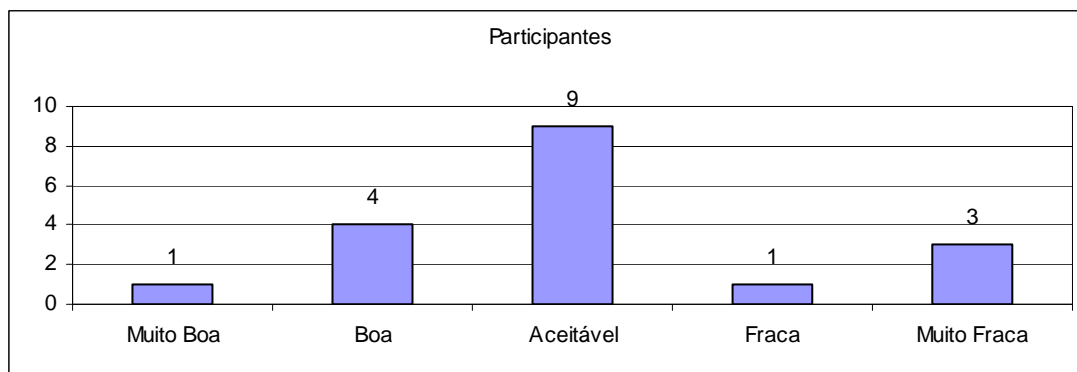


Figura 7 – Distribuição dos participantes pelo motivo pelo qual recorreram no último ano ao Centro de Saúde

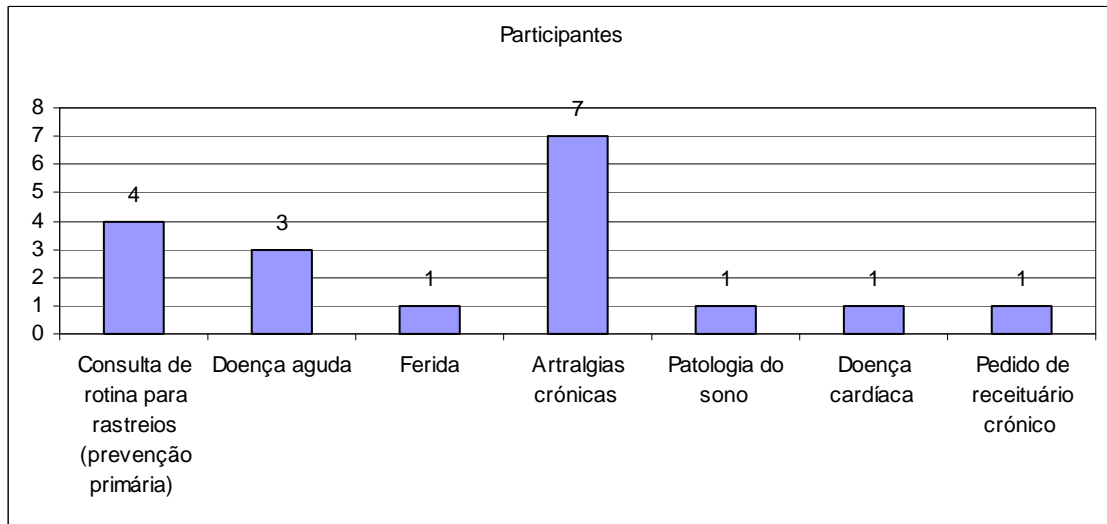


Figura 8 – Distribuição dos participantes pela frequência de contacto com o Centro de Saúde no último ano

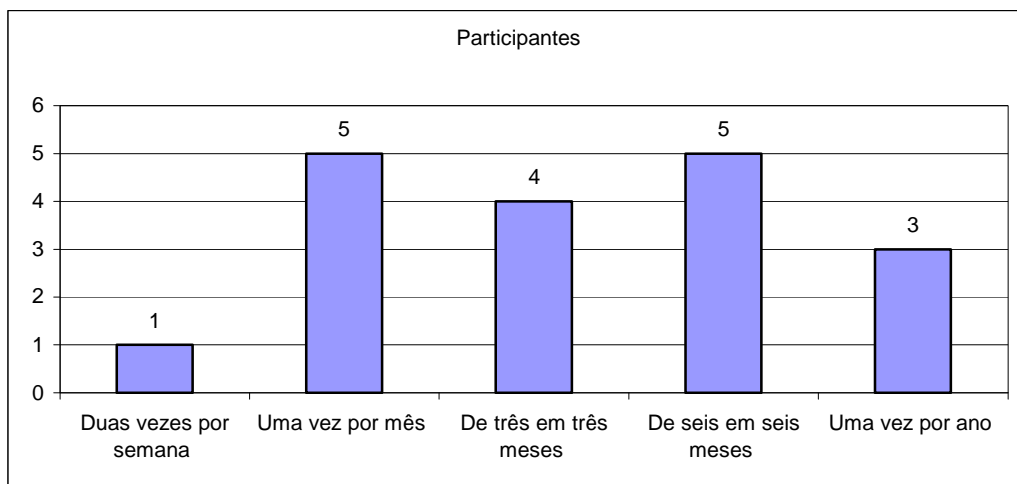


Figura 9 – Distribuição dos participantes pela experiência de contacto com outros idosos

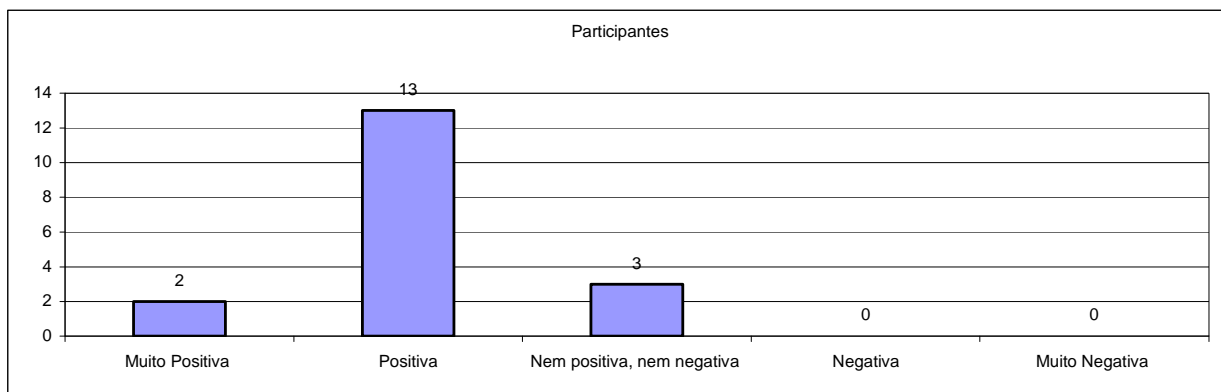


Figura 10 – Distribuição dos participantes pela frequência de contacto com outros idosos

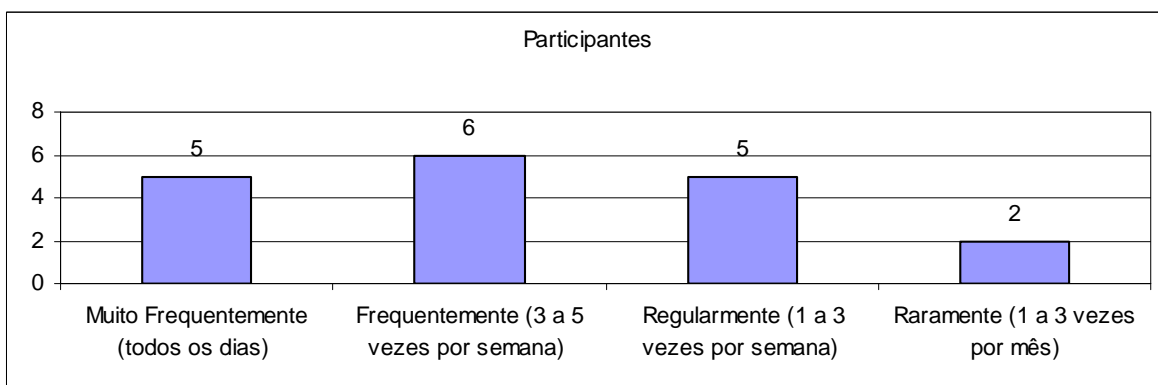


Figura 11 – Distribuição das imagens identificadas pelos participantes no contacto com profissionais de saúde de Centros de Saúde

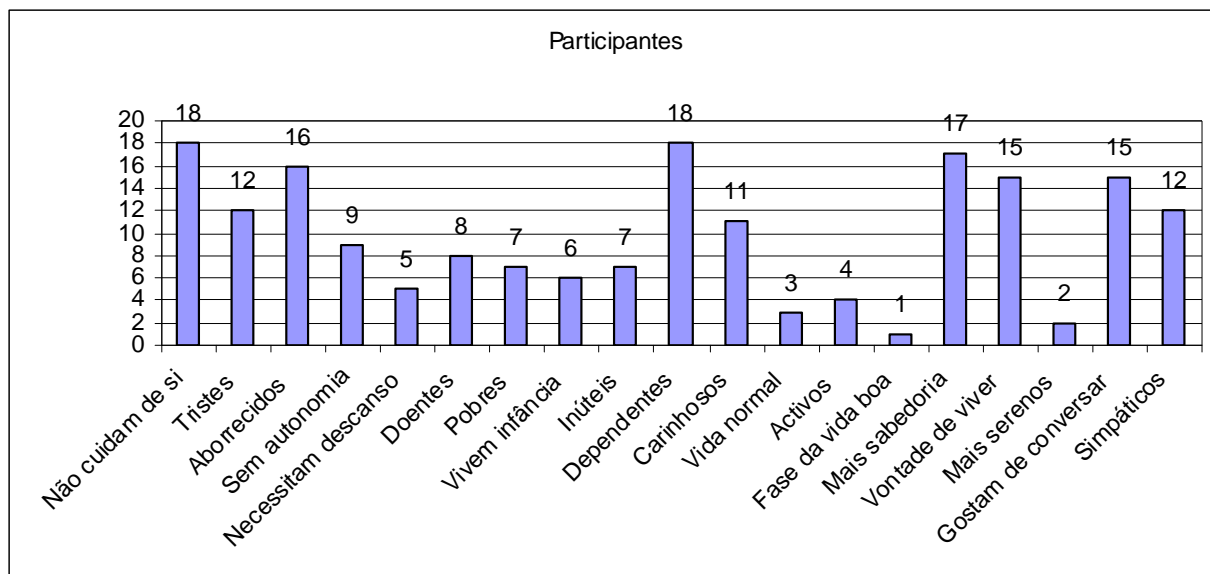


Figura 12 – Distribuição das práticas idadistas identificadas pelos participantes no contacto com profissionais de saúde de Centros de Saúde

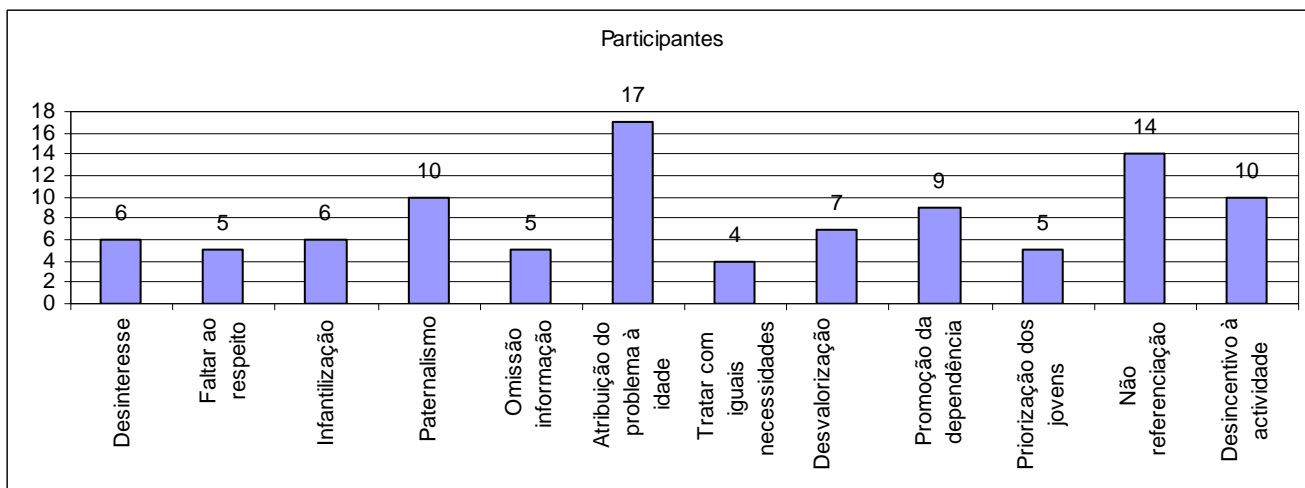


Figura 13 – Distribuição dos participantes pelos factores referidos na literatura como mais influenciando a sua prática de actividade física

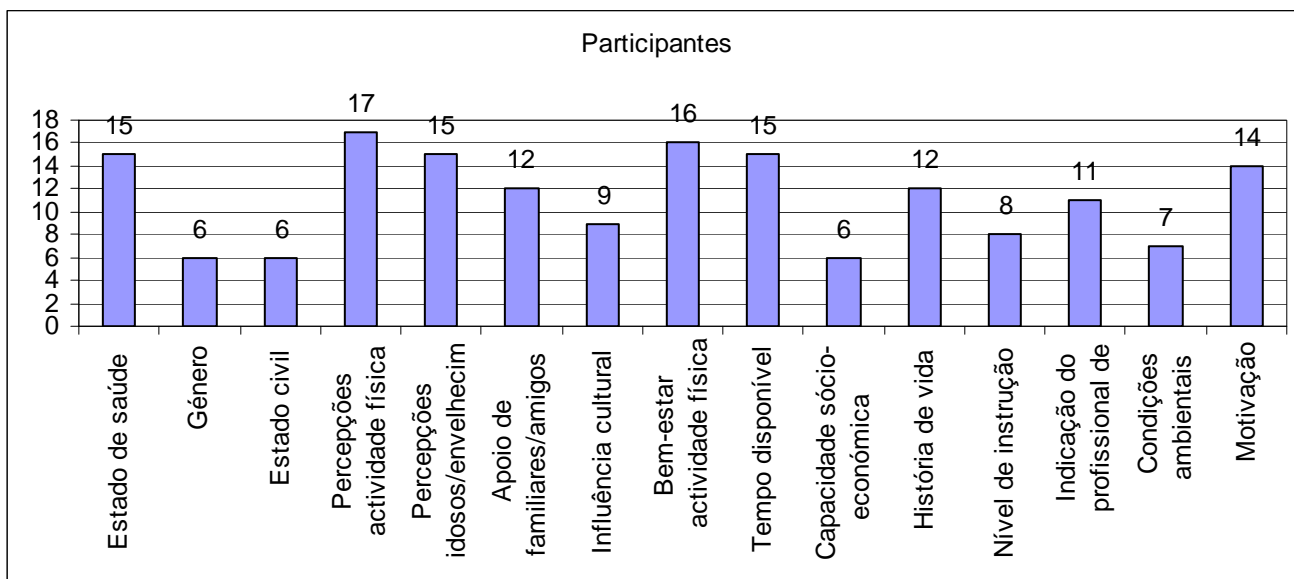


Figura 14 – Distribuição dos participantes pelos factores que mais influenciam a sua prática de actividade física

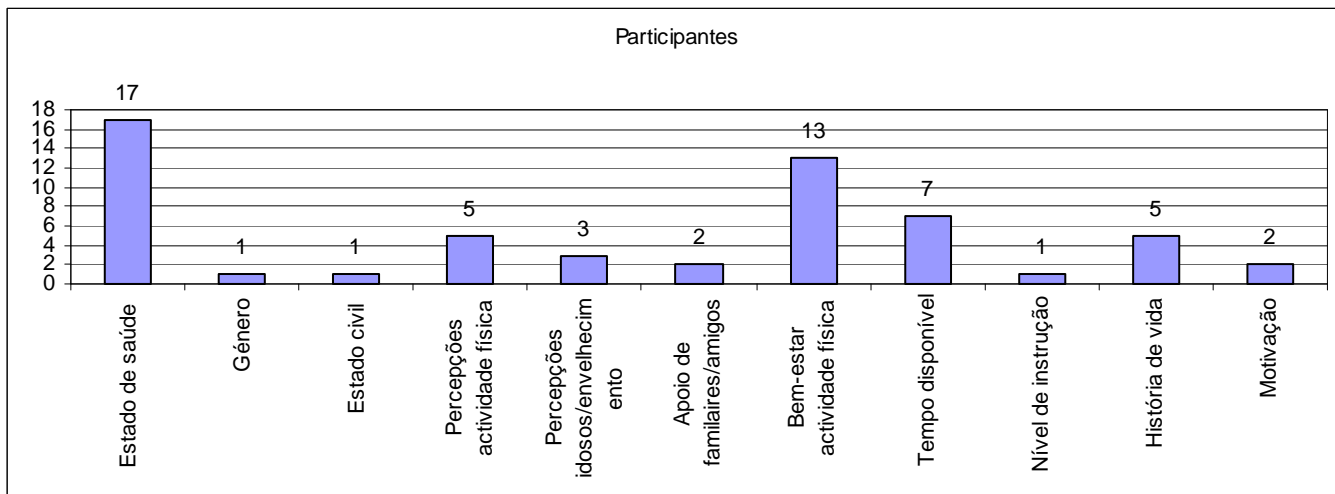
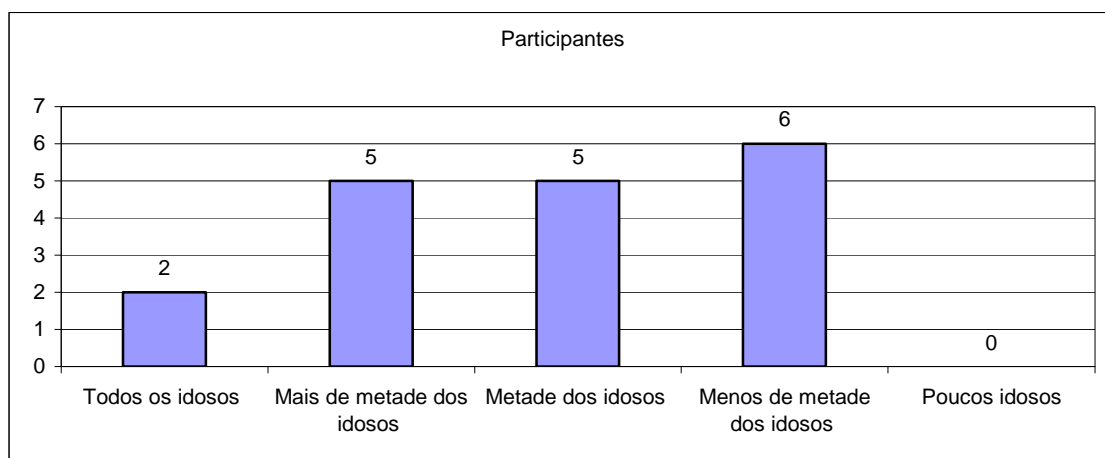


Figura 15 – Distribuição dos participantes de acordo com a sua opinião relativamente à correspondência das suas respostas com a população idosa



**APÊNDICE VII – REGISTO DE RESULTADOS – QUADROS
DE ANÁLISE RELATIVOS ÀS ENTREVISTAS**

Quadro 6 – Resultados da entrevista sobre as percepções dos participantes relativas às imagens e práticas dos profissionais de saúde em relação à actividade física ao longo da vida.

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas à actividade física ao longo da vida	Sentimentos	“Lidam bem” (1); “Bem, os médicos informam sobre os estilos de vida correctos” (1); “acho que actuam de forma positiva” (4); “acho que os profissionais lidam como deve de ser” (1); “os médicos transmitem que se deve ser fisicamente activo” (1); “Acho que lidam bem. Dizem-me para fazer caminhadas” (1); “Tem sido bom, têm-me motivado para a actividade” (1)	10	11
	Necessidades	“Os utentes nem sempre têm vontade de seguir os conselhos” (1)	1	
Percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física ao longo da vida	Sentimentos	“Podiam lidar um pouco melhor” (1); “não lidam bem” (1); “Acabam por não ter atenção com a actividade física dos utentes” (1); “Penso que nem sempre seja bem vista” (1)	4	7
	Necessidades	“Podiam incentivar mais à actividade física” (1); “Se não formos nós doentes a queixar-se, não encaminham” (1); “Não ligam àquilo que precisamos, temos de ser nós a dizer” (1)	3	
Percepção de visão e práticas neutras relativas à actividade física ao longo da vida	Sentimentos	“Depende do profissional, uns acompanham melhor que outros” (1); “não sei responder” (2)	3	3
Total				21

Quadro 7 – Resultados da entrevista sobre as percepções dos participantes relativas às imagens e práticas dos profissionais de saúde em relação à actividade física dos idosos.

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão e práticas positivas relativas à actividade física dos idosos	Sentimentos	“Lidam bem” (5); “lidam de forma positiva” (3); “há uns anos era pior, agora é melhor” (1); “lidam bem, incentivam-nos” (1); “Acho que aconselham os idosos, lidam bem” (1); “Até há pouco incentivavam a fazer-se exercício” (1); “Penso que façam bem, encaminham para a actividade física” (1); “Penso que vêm e lidem bem com essa situação”(1); “Os idosos são incentivados e isso é bom” (1)	15	15

Percepção de visão e práticas negativas relativas à actividade física dos idosos	Sentimentos	“Há uma certa relutância no atendimento, nomeadamente dos idosos” (1); “Acho que eles não vêm muito bem a actividade física da pessoa” (1); “tenho dificuldades em andar e nem sempre compreendem bem esta dificuldade” (1)	3	4
	Necessidades	“Eles não encaminham para o que uma pessoa necessita” (1);	1	
Percepção de visão e práticas neutras relativas à actividade física dos idosos	Sentimentos	“Penso que haja algum incentivo, mas não por todos” (1); “Não sei responder, só tenho sido incentivado no privado” (1)	2	2
Total				21

Quadro 8 – Complete com a sua opinião: “A palavra envelhecimento faz pensar em...”

Categorias	Subcat.	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos do Envelhecimento	Físico	“Actividade física” (1)	1	8
	Emocional/ Psicológico	“Algo natural” (1), “boa-disposição” (1), “sabedoria” (1), “experiência” (1), “histórias de vida” (1)	5	
	Social	“Suporte familiar” (2)	2	
Atributos Negativos do Envelhecimento	Físico	“Dificuldade” (1), “limitação” (1)	2	21
	Emocional/ Psicológico	“Tristeza” (2), “morte”/“fim de vida” (3), “sofrimento” (1), “perda de autonomia” (1)	7	
	Social	“Idoso”, “ser velho”, “ser mais velho”, “velhice” (4), “precisar de alguém”/“ajudas”/“apoios” (3), “dificuldades económicas” (2), “Lar” (1), “complicações” (1), “peso na sociedade” (1)	12	
Total				29

Quadro 9 – “Complete com a sua opinião: A palavra idosos faz pensar em...”

Categorias	Subcat.	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos dos Idosos	Físico	-		9
	Emocional/ Psicológico	“Sabedoria” (2), “positivismo” (1), “algo natural” (1), “experiência” (3), “vontade de viver” (1)	8	
	Social	“Família” (1)	1	
Atributos Negativos dos Idosos	Físico	“Limitação da mobilidade”/“dependência” (2), “rugos” (1), “cabelos brancos” (1)	4	24
	Emocional/ Psicológico	“Morte” (3), “necessidades” (1), “perda de autonomia” (2), “desilusão” (1),	9	

		“tristeza” (1), “angústia” (1).		
	Social	“Velhice”, “envelhecimento”, “velhos” (6), “problemas” (1), “família” (1), “necessidade de cuidados” (1), “isolamento” (2)	11	
Total				33

Quadro 10 – “Complete com a sua opinião: A abordagem aos idosos nos serviços de saúde é...”

Categorias	Subcat.	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Percepção de visão positiva da abordagem aos idosos nos serviços de saúde	Sentimentos	“Boa” (7), “aceitável”, “razoável” (3)	10	10
Percepção de visão negativa da abordagem aos idosos nos serviços de saúde	Sentimentos	“Pouco viável” (1), “péssima” (2), “demorada” (2)	5	5
Percepção de visão neutra da abordagem aos idosos nos serviços de saúde	Sentimentos	“Não é má” (1), “normal” (1), “importante” (2), “ter tratamento adequado” (1)	5	5
Total				20

Quadro 11 – “Complete com a sua opinião: A actividade física ao longo da vida é...”

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos da Actividade Física ao longo da vida	Físico	“Saudável” (1)	1	22
	Psicológico	“Bom”/“boa” (3), “faz bem” (1), “importante”, “necessária”, “primordial”, “essencial” (15).	19	
	Social	“Bem aceite” (1), “normal” (1)	2	
Atributos Negativos da Actividade Física ao longo da vida	Físico	-		3
	Psicológico	-		
	Social	“Precária”, “somos pouco dados à actividade física” (2), “Mais fácil nos jovens” (1)	3	
Total				25

Quadro 12 – “Complete com a sua opinião: A actividade física nos idosos é...”

Categorias	Subcategoria	Palavras (frequência)	Total subcat.	Total cat.
Atributos Positivos da Actividade Física nos idosos	Físico	“Saudável” (1)	1	18
	Psicológico	“Importante”, “necessária”, “indispensável”, “essencial” (13), “boa”, “faz bem” (3)	16	
	Social	“É uma obrigação” (1)	1	
Atributos Negativos da Actividade Física nos idosos	Físico	“Há a necessidade de descansar o mais possível” (1)	1	3
	Psicológico	“Complicada” (1)	1	
	Social	“Muito precária” (1), “devia ser cada vez maior” (1)	1	
Total				21

Quadro 13 – Resultados da entrevista acerca das imagens dos participantes no processo de envelhecimento e dos factores que contribuem para as mesmas.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Imagens dos participantes no processo de envelhecimento	Positivas (11)	
	Negativas (7)	
Factores que contribuem para as imagens dos participantes no processo de envelhecimento	Positivos (8)	Experiência pessoal (2)
		Características emocionais/psicológicas (4)
		Características físicas (6)
		Factores sociais
Factores que contribuem para as imagens dos participantes no processo de envelhecimento	Negativos (10)	Experiência pessoal (2)
		Características emocionais/psicológicas (2)
		Características físicas (7)
		Factores sociais (1)

Quadro 14 – Resultados da entrevista acerca das imagens dos participantes comparativamente às pessoas do seu grupo etário e dos factores que contribuem para as mesmas.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Imagens dos participantes comparativamente às pessoas do seu grupo etário	Positivas (12)	
	Negativas (6)	
Factores que contribuem para as imagens dos participantes comparativamente às pessoas do seu grupo etário	Positivos (12)	Experiência pessoal (1)
		Características emocionais/psicológicas (3)
		Características físicas (8)
		Factores sociais (3)
Factores que contribuem para as imagens dos participantes comparativamente às pessoas do seu grupo etário	Negativos (6)	Experiência pessoal (3)
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas (3)
		Factores sociais

Quadro 15 – Resultados da entrevista acerca das percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si e dos factores que contribuem para as mesmas.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si	Positivas (14)	
	Negativas (4)	
Factores que contribuem para as percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si	Positivos (14)	Características emocionais/psicológicas (2)
		Características físicas (9)
		Factores sociais (4)
Factores que contribuem para as percepções dos participantes	Negativos (4)	Características emocionais/psicológicas

relativas às imagens que as pessoas do mesmo grupo etário têm de si		Características físicas (3)
		Factores sociais (1)

Quadro 16 – Resultados da entrevista acerca das imagens dos participantes comparativamente às pessoas de outros grupos de idade e dos factores que contribuem para as mesmas.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Imagens dos participantes comparativamente às pessoas de outros grupos de idade	Positivas (14)	
	Negativas (4)	
Factores que contribuem para as imagens dos participantes comparativamente às pessoas de outros grupos de idade	Positivos (14)	Experiência pessoal (5)
		Características emocionais/psicológicas (1)
		Características físicas (6)
		Factores sociais (4)
Factores que contribuem para as imagens dos participantes comparativamente às pessoas de outros grupos de idade	Negativos (4)	Experiência pessoal
		Características emocionais/psicológicas (1)
		Características físicas (4)
		Factores sociais

Quadro 17 – Resultados da entrevista acerca das percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas de outros grupos de idade têm de si e dos factores que contribuem para as mesmas

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas de outros grupos de idade têm de si	Positivas (15)	
	Negativas (3)	

Factores que contribuem para as percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas de outros grupos de idade têm de si	Positivos (15)	Experiência pessoal (7)
		Características emocionais/psicológicas (2)
		Características físicas (7)
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções dos participantes relativas às imagens que as pessoas de outros grupos de idade têm de si	Negativos (3)	Experiência pessoal
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas (2)
		Factores sociais (1)

Quadro 18 – Resultados da entrevista relativamente às imagens dos participantes relativas aos idosos e envelhecimento e dos factores que contribuem para os mesmos.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Imagens relativas aos idosos	Positivas (6)	
	Negativas (12)	
Imagens relativas ao envelhecimento	Positivas (4)	
	Negativas (15)	
Factores que contribuem para as imagens dos idosos e envelhecimento	Positivos (6)	Experiência pessoal (6)
		Características emocionais/psicológicas (9)
		Características físicas (2)
		Factores sociais (1)
Factores que contribuem para as imagens dos idosos e envelhecimento	Negativos (12)	Experiência pessoal (5)
		Características emocionais/psicológicas (3)
		Características físicas (5)
		Factores sociais (7)

Quadro 19 – Resultados da entrevista relativos à idade em que se passa a ser idoso e dos factores que contribuem para essa percepção.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Não tem idade (11)	
	A partir dos 50 anos (1)	

	<p>A partir dos 60 anos (1)</p> <p>A partir dos 65 anos (1)</p> <p>A partir dos 67 anos (1)</p> <p>A partir dos 70 anos (1)</p> <p>A partir dos 74 anos (2)</p>	
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Não existe idade para se tornar idoso”	Experiência pessoal (7)
		Características emocionais/psicológicas (1)
		Características físicas (3)
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 50 anos”	Experiência pessoal
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas (1)
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 60 anos”	Experiência pessoal (1)
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 65 anos”	Experiência pessoal (1)
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 67 anos”	Experiência pessoal
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas
		Factores sociais (1)
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 70 anos”	Experiência Pessoal
		Características emocionais/psicológicas
		Características físicas (1)
		Factores sociais
Factores que contribuem para as percepções relativas à idade em que se passa a ser idoso	Percepção: “Passa-se a ser idoso a partir dos 74 anos”	Experiência Pessoal
		Características emocionais/psicológicas (1)
		Características físicas (1)
		Factores sociais

Quadro 20 – Resultados da entrevista relativos à prática de actividade física nos idosos e tipos de actividades físicas realizadas

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Prática de Actividade Física	Sim (13)	
	Não (5)	
Tipos de Actividades Físicas realizadas	Caminhada (5) Natação (1) Ginástica (2) Actividades domésticas (4) Actividades hortícolas/agricultura (7)	

Quadro 21 – Resultados da entrevista sobre a percepção do impacto da actividade física na saúde e dos factores que contribuem para a mesma.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepção do impacto da actividade física na saúde	Positivo (18)	
	Negativo (0)	
Factores que contribuem para a percepção do impacto da actividade física na saúde	Positivos (18)	Experiência pessoal (7)
		Características emocionais/psicológicas (9)
		Características físicas (17)
		Factores sociais (4)

Quadro 22 – Resultados da entrevista sobre a recomendação da prática de actividade física

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Recomendação da Prática de Actividade Física	Sim (13)	
	Não (5)	

Profissional de saúde que recomenda a Prática de Actividade Física	Profissional de saúde do CS (10) Profissional de saúde do Hospital (3) Profissional de saúde de consultório privado (2)	
Circunstâncias de recomendação da Prática de Actividade Física	Consulta com médico/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutica no CS (10) Consulta médica no Hospital (2) Consulta médica em consultório privado (2)	

Quadro 23 – Resultados da entrevista sobre as percepções relativas à faixa etária mais importante para a prática de actividade física e dos factores que contribuem para as mesmas.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepções sobre a faixa etária mais importante para a prática de actividade física	Qualquer idade/ao longo de toda a vida (13)	
	A partir dos 40 anos (1)	
	Até aos 65 anos (1)	
	A partir dos 65 anos (3)	
Factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física	Qualquer idade	Experiência pessoal (8) Características emocionais/psicológicas (3) Características físicas (4) Factores sociais (1)
Factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física	A partir dos 40 anos	Características físicas (1)

Factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física	Até aos 65 anos	Características físicas (1)
Factores que contribuem para a percepção da faixa etária mais importante para a prática de actividade física	A partir de 65 anos	Experiência pessoal (1)
		Características emocionais/psicológicas (1)
		Características físicas (3)

Quadro 24 – Resultados da entrevista relativos à percepção sobre o impacto da actividade física regular e moderada nos idosos e dos factores que contribuem para essa percepção.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepção do impacto da actividade física regular e moderada na saúde	Positiva (18)	
	Negativa (0)	
Factores que contribuem para a percepção do impacto da actividade física regular e moderada na saúde	Positivos (18)	Experiência pessoal (6)
		Características emocionais/psicológicas (6)
		Características físicas (14)
		Factores sociais (2)

Quadro 25 – Resultados da entrevista relativos à percepção sobre as dificuldades/barreiras à prática de actividade física.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Identificação das dificuldades/barreiras à prática de actividade física	Falta de tempo (3)	
	Estado de saúde (14)	
	Cultura (1)	
	Condições climáticas (1)	

Quadro 26 – Resultados da entrevista relativos aos factores que motivam à prática de actividade física e as causas que contribuem para os mesmos.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Identificação dos factores que motivam à prática de actividade física	Estado de Saúde (11)	
	Bem-Estar (4)	
	Convívio (1)	
	Idade (1)	
Causas que contribuem para os factores motivadores da prática de actividade física	Experiência pessoal (10)	
	Características emocionais/psicológicas (3)	
	Características físicas (2)	
	Factores sociais (1)	

Quadro 27 – Resultados da entrevista sobre as percepções relativas ao papel dos profissionais de saúde de Centros de Saúde na Prevenção da Doença e Promoção da Saúde e dos factores que influenciam essa percepção.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria (frequência)
Percepções relativas ao papel dos profissionais de saúde de Centros de Saúde na Prevenção da Doença e Promoção da Saúde	Positiva (14)	
	Negativa (4)	
Factores que contribuem para as percepções do papel dos profissionais de saúde de Centros de Saúde na Prevenção da Doença e Promoção da Saúde	Positivos (14)	Aconselhamento (9)
		Referenciação/encaminhamento para tratamentos (4)
		Avaliação/tratamento de acordo com as necessidades (1)
		Tempo Disponível

Factores que contribuem para as percepções do papel dos profissionais de saúde de Centros de Saúde na Prevenção da Doença e Promoção da Saúde	Negativos (4)	Aconselhamento
		Referenciação/encaminhamento para tratamentos
		Avaliação/tratamento de acordo com as necessidades (4)
		Tempo Disponível (1)
Identificação da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde por faixa etária	Todas as faixas etárias (13) Somente nos jovens (1)	

Quadro 28 – Resultados da entrevista sobre a identificação de práticas incorrectas devido à idade dos participantes, presentes no contacto directo com profissionais de saúde de Centros de Saúde.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Identificação de práticas incorrectas devido à idade dos participantes, presentes no contacto directo com profissionais de saúde de Centros de Saúde	Sim (4)	
	Não (14)	
Tipos de práticas incorrectas devido à idade dos participantes, presentes no contacto directo com profissionais de saúde de Centros de Saúde	Não encaminhamento para tratamento adequado face às necessidades (4)	

Quadro 29 – Resultados da entrevista sobre a identificação da presença de idadismo face ao envelhecimento/idosos da parte dos profissionais de saúde.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Identificação de idadismo no contacto com profissionais de saúde de Centros de Saúde	Sim (5)	
	Não (13)	
Identificação de manifestações de idadismo presentes no contacto directo com profissionais de saúde de Centros de Saúde	Imagens (1)	
	Práticas (5)	

Quadro 30 – Resultados da entrevista relativos às percepções dos participantes sobre o seu contributo para as imagens e práticas dos profissionais de saúde dos Centros de Saúde.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção dos idosos sobre o seu contributo para as imagens e práticas dos profissionais de saúde de Centros de Saúde	Sim (18)	
	Não (0)	
Identificação do modo como os idosos contribuem para as imagens e práticas dos profissionais de saúde de Centros de Saúde	Postura (7)	
	Comunicação (8)	
	Relação (1)	
	Empatia (2)	

Quadro 31 – Resultados da entrevista relativos à percepção dos participantes acerca da influência das imagens que os profissionais de saúde têm de si e das suas práticas na sua prática de actividade física.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção relativa à influência	Sim (8)	

das imagens que os profissionais de saúde têm dos idosos e das suas práticas na prática de actividade física dos participantes	Não (10)	
Percepção do modo como os profissionais de saúde influenciam a prática de actividade física dos participantes	Postura (2)	
	Comunicação (5)	
	Relação (1)	

Quadro 32 – Resultados da entrevista relativos à percepção dos participantes acerca do modo como os profissionais de saúde, com as suas imagens relativas aos idosos/envelhecimento e práticas favorecem a sua prática de actividade física.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção de que os profissionais de saúde, com as suas imagens relativas aos idosos e práticas favorecem prática de actividade física dos participantes	Sim (8)	
	Não (10)	
Percepção do modo como os profissionais de saúde favorecem a prática de actividade física dos participantes	Imagens (18)	
	Práticas (15)	

Quadro 33 - Resultados da entrevista relativos à percepção dos participantes acerca do modo como os profissionais de saúde, com as suas imagens relativas aos idosos/envelhecimento e práticas dificultam a sua prática de actividade física.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção de que os profissionais de saúde, com as suas imagens relativas aos idosos e práticas dificultam a prática de actividade física dos participantes	Sim (8)	
	Não (10)	

Percepção do modo como os profissionais de saúde dificultam a prática de actividade física dos participantes	Imagens (17)	
	Práticas (18)	

Quadro 34 – Resultados da entrevista relativos à percepção dos participantes, sobre o que mais influência a sua prática de actividade física e dos factores que contribuem para essa percepção.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção sobre o que mais influência a prática de actividade física dos participantes	Estado de Saúde (12)	
	Bem-estar/relaxamento (12)	
	Tempo disponível (3)	
	Percepção dos benefícios da actividade física (físico, mental e social) (3)	
	O aconselhamento por parte dos profissionais de saúde (1)	
	Motivação (1)	
	Necessidade de conviver/socializar (1)	

Quadro 35 - Resultados da entrevista relativos à percepção dos participantes, sobre os três factores que mais influenciam a sua prática de actividade física.

Categoria	Sub-categoria (frequência)	Sub-categoria
Percepção sobre os três factores que mais influenciam a prática de actividade física dos participantes	Estado de Saúde (16)	
	Tempo disponível (6)	
	Percepções sobre os idosos e o envelhecimento (3)	
	Percepções sobre a actividade física (4)	

	Bem-estar/ Relaxamento (13)	
	História de vida (5)	
	Nível de instrução (1)	
	Apoio de familiares/amigos (2)	
	Género (1)	
	Estado civil (1)	
	Motivação (2)	

Quadro 36 – Resultados da entrevista relativos às percepções sobre os limites de idade por género.

Percepções sobre os limites de idade	Género	
	Feminino	Masculino
Percepção “Não existe idade para se tornar idoso”	7	4
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 50 anos”	-	1
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 60 anos”	-	1
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 65 anos”	-	1
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 67 anos”	-	1
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 70 anos”	-	1
Percepção “Passa-se a ser idoso a partir dos 74 anos”	2	-

Quadro 37 - Resultados da entrevista relativos à prática de actividade física por grupo etário.

Prática de Actividade Física	Grupo Etário			Total
	65-74 anos	75-84 anos	≥ 85 anos	
Sim	5	5	3	13
Não	1	1	3	5
Total	6	6	6	18