

## **PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA MEIA- IDADE**

Ana Sobral Canhestro<sup>1</sup> (✉ [ana.canhestro@ipbeja.pt](mailto:ana.canhestro@ipbeja.pt))

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Beja, Portugal

A atenção para a necessidade de promover o envelhecimento saudável cresceu nas últimas décadas como consequência das alterações demográficas e epidemiológicas verificadas no século XX. A Europa é o continente mais afetado pelo envelhecimento demográfico e neste contexto Portugal integra a lista dos países mais envelhecidos do mundo (Rosa & Chitas, 2010). A região Alentejo é a mais envelhecida de todo o território nacional e o Baixo Alentejo apresenta simultaneamente um elevado índice de envelhecimento e a menor esperança de vida ao nascer e aos 65 anos de todo o território nacional continental (INE, 2012; Santana, Alves, Couceiro, & Santos, 2008). O Alentejo apresenta, também, a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde, como resultado de doenças agudas e crónicas, revelando uma maior necessidade de cuidados de saúde (Santana et al., 2008).

Um estilo de vida saudável é mais importante do que os fatores genéticos na manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento e que, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma saúde precária não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (OMS, 2015; Oxley, 2009). A idade adulta é vista como uma fase fundamental para manter o foco na promoção de estilos de vida saudáveis e para se atuar ao nível da prevenção das doenças crónicas, sendo reconhecido que o estilo de vida adotado até e durante a meia-idade – entendida neste contexto cronologicamente como o período dos 45 aos 64 anos, de acordo com a classificação de Spirduso (2004) – terá um grande impacto na saúde em idade mais avançada (Sanders, 2006; Papalia, Olds, & Feldman, 2006) e de que nunca é tarde para se adotarem estilos de vida saudáveis (Davim et al., 2010).

O objetivo do estudo é identificar como diferentes fatores influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde das pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo.

## MÉTODO

O estudo, de natureza correlacional, que aqui se apresenta inseriu-se numa investigação mais ampla que teve como finalidade contribuir para um conhecimento mais profundo relativamente à promoção e à adoção de estilos de vida saudáveis e aos seus determinantes. Neste tipo de estudo, as relações entre as variáveis a ser investigadas devem ser provenientes de uma teoria (Freixo, 2012) e neste caso provém da teoria de médio alcance de Nola Pender, que deu origem ao Modelo de Promoção da Saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

### *Participantes*

Participaram neste estudo 894 pessoas de meia-idade, dos quais 54,3% são mulheres e 45,7% são homens, residentes no Baixo Alentejo, inscritas numa das catorze unidades funcionais do ACESBA. Conforme predefinido, as idades estão compreendidas entre os 45 e os 64 anos, com uma média de idade de 54 anos e um desvio padrão de 5,8 anos. Usámos um método de amostragem não probabilístico, usando a técnica de amostragem por quotas onde os sujeitos foram escolhidos por apresentarem as características procuradas (Freixo, 2012).

### *Material*

Para a recolha de dados foi construído um questionário de autorresposta, constituído por uma primeira parte contendo 29 itens sobre aspetos ligados às características e experiências individuais (fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais), e às influências interpessoais e à autoeficácia percebida. No que respeita aos comportamentos foram avaliados os comportamentos de risco (consumo de álcool – avaliado

através do AUDIT C e consumo de tabaco) e os comportamentos promotores de saúde, estes foram avaliados na segunda parte do questionário através da Escala de Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde na versão traduzida e validada para Portugal e que inclui 52 itens (Sousa, Gaspar, Vaz, Gaspar, & Dixe, 2015). A nossa opção por esta escala surgiu-nos como natural e congruente tendo em conta que é um dos instrumentos considerados apropriados para pesquisas que utilizem o Modelo de Promoção da Saúde (Walker, Sechrist, & Pender, 1995) e mede o Estilo de vida promotor de saúde no global e em cada uma das dimensões (seis subescalas): Responsabilidade em saúde; Atividade física; Nutrição; Relações interpessoais; Crescimento espiritual; e Gestão do stress. As autoras recomendam o uso de médias para o cálculo dos scores obtidos e que seja mantida a métrica entre 1 e 4 para que sejam possíveis comparações entre os resultados das diferentes subescalas (Walker et al., 1995). Tendo por base a métrica utilizada, a obtenção de um score médio superior a 2,5 foi considerada um resultado positivo (Al-Kandari, Vidal & Thomas, 2008; Zhang, Tao, Ueda, Wei, & Fang, 2013), tendo-se categorizado os scores médios obtidos da seguinte forma: elevados (quando é obtida uma média superior a 3), moderados (quando é obtida uma média entre 2,5 e 3) e baixos (quando é obtida uma média inferior a 2,5) (Al-Khawaldeh, 2014).

#### *Procedimentos*

Para aplicação dos questionários, a estratégia de contacto com os participantes foi centrada nos enfermeiros dos Centros de Saúde cujo conhecimento e proximidade com a comunidade permitiu uma elevada adesão dos participantes. Em consonância com os princípios éticos que devem nortear uma investigação desta natureza, obtivemos parecer positivo para a realização do estudo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da ULSBA; os participantes deram o seu consentimento informado tendo sido salvaguardado o seu anonimato, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas. A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 21.

## RESULTADOS

O Índice de Massa Corporal [IMC], varia entre 17,2 e 45,2 Kg/m<sup>2</sup>, com um IMC médio de 26,7 Kg/m<sup>2</sup> e um desvio padrão de 4,1 Kg/m<sup>2</sup>. Ao distribuirmos os resultados pelas classes definidas pela OMS verificamos que 36,6% das pessoas de meia-idade tem peso considerado como normal, sendo a pré-obesidade a categoria mais prevalente (43,5%). A maioria dos inquiridos (62,7%) encontra-se acima do peso recomendado, ou seja apresenta pré-obesidade (43,5%) ou obesidade (19,2%). A classe mais prevalente, em ambos os géneros, é a pré-obesidade com 41,2% das mulheres e 46,2% dos homens nessa categoria.

Quase metade (49,1%) das pessoas inquiridas reporta pelo menos uma doença crónica, sendo cinco o número máximo de doenças crónicas relatadas por três respondentes. As doenças crónicas mais referidas são a Hipertensão Arterial [HTA] (23,5%), a Diabetes (10,7%) e os Problemas músculo-esqueléticos (9,1%). Relativamente a co-morbilidades destaca-se que 6,6% dos inquiridos reportam ter HTA e Diabetes. A maioria dos inquiridos tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde (54,1% na classificação Muito bom e Bom, contra 7,7% na classificação de Mau ou Muito mau). As mulheres e as pessoas com doenças crónicas têm uma autoperceção da saúde mais negativa.

No que diz respeito ao consumo de tabaco a maioria declarou-se como Não fumador (54,4%), sendo de assinalar que das categorias restantes se destaca a categoria Ex-fumador (19,9%) e só depois surge a categoria Fumador (18,1%), o que significa que 74,3% da amostra refere não fumar na atualidade. Destaca-se o facto de o consumo de tabaco ser mais prevalente no género masculino. Relativamente ao consumo de álcool, no que respeita à classificação dos resultados obtidos no AUDIT C, verificamos que a categoria Consumo baixo é a que prevalece (46%), seguida da categoria Abstinente (36%) e por fim o Consumo excessivo (18%). Na análise bivariada entre o Consumo de Álcool e o Género podemos verificar que há uma maior prevalência de abstinentes entre o género feminino (51,8%), enquanto o consumo excessivo é mais prevalente nos homens (31,5%).

Os participantes apresentam um score global médio no Estilo de Vida Promotor de Saúde de 2,43, considerado baixo. Para as subescalas os

scores médios obtidos foram: Crescimento Espiritual (2,79), Nutrição (2,66), Relações interpessoais (2,62), Responsabilidade em saúde (2,30), Gestão do stress (2,23) e Atividade física (1,90): as últimas três componentes não atingem um valor positivo, tendo scores baixos, e as três primeiras são considerados positivos embora moderados.

A análise da relação entre os diferentes fatores e o Estilo de Vida Promotor de Saúde destacam-se: o Estilo de Vida Promotor de Saúde correlaciona-se negativamente com a idade e o IMC. Existem diferenças significativas no Estilo de Vida Promotor de Saúde entre homens e mulheres e também nas pessoas com e sem doença crónica. Quanto às relações entre a Autoperceção do Estado da Saúde e o Estilo de Vida Promotor de Saúde verifica-se uma Autoperceção positiva associada a scores mais elevados no Estilo de vida Promotor de Saúde: correlação positiva e significativa entre o Nível de Escolaridade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde. Pela importância que lhe é dada na literatura destaca-se a importância desta relação, e a necessidade de continuar a promover a literacia em geral e em saúde em particular. O Rendimento Familiar mensal correlaciona-se positiva e significativamente com o Estilo de Vida Promotor de Saúde. Tendo em conta estes resultados importará ter especial atenção para os grupos com rendimento mais baixo para que não se agravem as iniquidades em saúde.

As relações entre a Autoeficácia Percebida e o Estilo de Vida Promotor de saúde mostra que a Autoeficácia se associa ao Estilo de Vida Promotor de Saúde. Confirmando que a Autoeficácia prediz a adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2011).

## DISCUSSÃO

O peso acima do recomendado pela OMS é uma realidade para a maioria das pessoas inquiridas, sendo consonante com a elevada prevalência deste problema de saúde que atinge todos os grupos etários e sociais, a nível nacional e europeu (OCDE, 2016). A prevalência de excesso de peso/obesidade na nossa amostra (62,7%) atinge valores superiores à média europeia para os adultos (52%) (WHO, 2013) e

também superiores à média nacional (51,5%) reportada pelo estudo realizado pelo Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto (Baptista et al., 2011) e também à reportada no INS 2014 (52,8%) para a população com 18 anos ou mais (INE, 2016) aspeto que pode estar relacionado com o grupo etário por nós escolhido, pois a prevalência de excesso de peso e obesidade crescem com a idade (Baptista, et al., 2011, WHO, 2013) e de facto um IMC mais elevado corresponde às pessoas mais velhas da nossa amostra. Quase metade das pessoas inquiridas reporta pelo menos uma doença crónica, uma elevada prevalência de doenças crónicas na população adulta (entre os 25 e os 74 anos) foi também reportada por Barreto et al. (2016). Das doenças crónicas referidas pelos inquiridos destacamos a HTA e a Diabetes que podem surgir isoladamente ou como co-morbilidade, destaque que damos a estas doenças crónicas deve-se à sua elevada prevalência na amostra (bem como a nível nacional) mas também porque as iniciativas transversais destinadas a reduzir a sua prevalência, através de apoio a um comportamento saudável, têm também impactos positivos num número muito maior de pessoas que sofrem de outras doenças (Crisp et al., 2014).

Os resultados relativos à Autoperceção do estado de saúde estão em consonância com os resultados do INS 2014 onde também as mulheres tinham uma perspetiva mais negativa do seu estado de saúde (INE, 2016). O estudo deste fator é de extrema importância pois é considerado como um preditor da saúde e bem-estar e também da mortalidade das pessoas (Pender et al., 2011; Stone, Schwartz, Broderick, & Deaton, 2010). Nos comportamentos de risco destaca-se o facto de o consumo de tabaco e o consumo excessivo de álcool ser mais prevalente nos homens, resultados que estão em consonância com outros estudos nacionais (Balsa, Vital, & Urbano, 2012; INE, 2016; Ribeiro, 2011; SICAD, 2015).

O Estilo de Vida Promotor de Saúde, como já referimos não atinge um valor considerado positivo (média igual a superior a 2,5), sendo categorizado como um score baixo, o mesmo acontecendo nas componentes: Responsabilidade em saúde, Gestão do stress e Atividade física onde são reportando valores ainda inferiores. Os scores obtidos nas componentes: Crescimento espiritual, Nutrição e Relações interpessoais, são considerados resultados positivos mas moderados (média entre 2,5 e 3). Em consonância com estes resultados, no que respeita à Atividade Física, o estudo de Lopes et al. (2017) destaca o sedentarismo da

população portuguesa, referindo o Alentejo como uma das regiões com maior taxa de sedentarismo na população adulta. Mas este aspeto parece não ser exclusivo do nosso país pois também em estudos realizados em diferentes países e tendo como participantes adultos de diferentes idades, a Atividade física foi a componente que obteve a média mais baixa (Al-Khawaldeh, 2014; Asrami, Hamzehgardeshi, & Shahhosseini, 2016; Chouhan, 2017).

No que respeita à correlação negativa entre a idade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde encontrámos na literatura consultada alguns resultados semelhante (e.g., Zhang et al., 2013) mas também dissonantes (e.g., Asrami et al., 2016). Face a estas diferenças e havendo autores que referem que o aumento dos constrangimentos físicos relacionados com a idade bem como as decorrentes alterações ao nível das responsabilidades pessoais, dos interesses e dos papéis podem influenciar o envolvimento das pessoas mais velhas nos comportamentos promotores de saúde (Papalia et al., 2006; Ammouri, 2008; Pender et al., 2011) consideramos que será importante desenvolver investigações futuras que aprofundem estes aspetos.

No que respeita às diferenças significativas entre género relativamente às componentes do Estilo de Vida Promotor de Saúde estudos prévios (e.g., Ammouri, 2008; Callaghan, 2006; Zhang et al., 2013) corroboram alguns dos resultados que encontrámos, havendo no entanto, outros estudos que não encontraram diferenças significativas entre géneros (e.g., Al-Khawaldeh, 2014; Nacar et al., 2014). Face às diferenças encontradas nos diferentes estudos consultados, será necessário um aprofundamento da investigação acerca dos aspetos que influenciam as diferenças de género no que respeita ao Estilo de Vida Promotor de Saúde. Verificou-se que as pessoas que referem não ter doença crónica apresentam níveis superiores ao nível do Estilo de Vida Promotor de Saúde e ao nível das seguintes componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress. Alguns destes resultados estão em consonância com o estudo de Callaghan (2006). O estudo de Sonmezer, Cetinkaya e Nacar (2012) referia, no entanto, que as pessoas com doenças crónicas apresentavam scores mais elevados no Estilo de Vida Promotor de Saúde. Também a este nível importará realizar mais investigação sobretudo tendo em conta a importância que a adoção de comportamentos promotores de saúde tem para as pessoas com doenças crónicas e o facto

de estes serem aspetos abordados habitualmente nas consultas de vigilância de algumas doenças crónicas (e.g., HTA e Diabetes), nomeadamente os aspetos ligados à nutrição e atividade física.

Os resultados obtidos na relação entre a Autoperceção do estado de saúde e o Estilo de Vida Promotor de Saúde estão em consonância com diversos estudos (e.g., Huang, Li, & Tang, 2010; Nacar et al., 2014) e apoiam a preposição de que o estado de saúde percebido influencia a adoção de uma prática regular de comportamentos promotores da saúde (Pender et al., 2011). Estudos prévios (e.g., Arras, Ocletree, & Welshimer, 2006; Sonmezer et al., 2012) encontraram uma correlação positiva e significativa entre o Nível de escolaridade e o Estilo de Vida Promotor de Saúde. No que respeita à correlação positiva entre o Rendimento e o Estilo de Vida Promotor de Saúde outros estudos (e.g., Ammouri, 2008; Zhang et al., 2013) encontraram resultados semelhantes, sendo sugerido que o ambiente social em que os adultos vivem influencia o seu acesso a recursos que promovem os comportamentos saudáveis e ao mesmo tempo cria padrões comportamentais que são normativos para aquele ambiente, sendo comum a associação entre baixo rendimento, baixo nível educacional e níveis mais baixos de comportamentos de promoção da saúde (Arras et al., 2006).

À semelhança dos nossos resultados, estudos prévios (Cid, Merino, & Stiepovich., 2008; Beal, Stuijbergen, & Brown, 2009; Agazio & Buckley, 2010) encontraram uma correlação positiva entre a autoeficácia percebida e o PEVPS. Sendo, a autoeficácia, considerada um forte preditor da adoção de comportamentos de promoção da saúde devem ser adotadas estratégias para a promover e manter (Agazio & Buckley, 2010).

Os resultados apresentados permitem-nos concluir que, do ponto de vista clínico, este grupo de pessoas de meia-idade apresenta um elevado risco para o desenvolvimento de doenças crónicas (sendo que uma grande percentagem já as apresenta, situação que pode ser agravada) manifestado numa elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade, que nos homens se conjuga com uma maior prevalência de comportamentos de risco (consumo de tabaco e de álcool). Para ambos os géneros esses aspetos são conjugados com um Estilo de vida promotor de saúde com score global negativo, com especial ênfase para a componente Atividade física.

Os resultados mostram que um envelhecimento saudável implica, intervenções que tenham em conta os fatores identificados, com o objetivo

de promoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções devem ser planeadas, implementadas e avaliadas com os participantes para que estes se tornem mais conscientes do seu estilo de vida e das consequências que este tem na sua saúde, tornando mais efetivas essas intervenções.

## REFERÊNCIAS

- Agazio, J. G., & Buckley, K. M. (2010). Finding a Balance: Health Promotion Challenges of Military Women. *Health Care for Women International*, 31, 848-868. doi: 10.1080/07399332.2010.486095
- Al-Kandari, F., Vidal, V. L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: A correlational study. *Nursing and Health Sciences*, 10, 43-50. doi: 10.1111/-j.1442-2018.2007.00370.x
- Al-Khawaldeh, O. A. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3, 27-31. doi: 10.14419/ijans.v3i1.1931
- Ammouri, A. A. (2008). Demographic differences in health promotion lifestyle of adult Jordanians. *Jordan Medical Journal*, 42(4), 2-9.
- Arras, R., Ocletree, R., & Welshimer, K. (2006). Health promoting behaviors in men age 45 and above. *International Journal of Men's Health*, 5, 65-79. doi: 10.3149/jmh.0501.65
- Asrami, F. S., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*, 8, 128-134. doi: 10.5539/gjhs.v8n8p128
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD].
- Baptista, F., Silva A. M., Marques, E., Mota J., Santos R., Vale S., ... Moreira, H. (2011). *Livro Verde da Aptidão Física*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislava, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., ... Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

- Beal, C.C., Stuijbergen, A.K., & Brown, A. (2009). Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology, Health & Medicine, 14*, 343-353. doi: 10.1080/13548500902730093
- Callaghan, D. (2006). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and selfcare in adults. *Journal of Holistic Nursing, 24*, 178-185. doi: 10.1177/0898010106289854
- Chouhan, S. (2017). Analysing health promoting life styles of medical students in Bhopal, Madhya Pradesh, India by HPLP-II. *International Journal of Community Medicine and Public Health, 4*, 195-199. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20164737
- Cid, P., Merino, J. P., & Stieповich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile, 134*, 1491-1499. doi: 10.4067/S0034-98872006001200001
- Crisp, L. N. (coord.), Berwick, D., Kickbush, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, S. (2014). *Um futuro para a saúde – Todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE, 4*, 2018-2024. doi: 10.5205/1981-8963-v4i4a6388p1961-1967-2010
- Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica. Fundamentos, métodos e técnicas* (4ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Huang, S., Li, R., & Tang, F. (2010). Comparing disparities in the Health-promoting Lifestyles of Taiwanese Workers in Various Occupations. *Industrial Health, 48*, 256-264. doi: 10.2486/indhealth.48.256
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física – IANAF, 2015-2016*. Porto: Universidade do Porto.
- Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantas, D., Ozer, A., Coskun, O., ... Yilmaze, G. (2014). Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: A Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15*(20), 8969-8974.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. (Resumo em português). Genebra: OMS.

- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Oxley, H. (2009). *Policies for Healthy Ageing: An Overview*. OECD Health Working Papers, 42, OECD Publishing.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano* (8ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Ribeiro, C. (2011). Medicina Geral e Familiar e a abordagem do consumo de álcool – Detecção e intervenções breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 355-368.
- Rosa, M. J., & Chitas, P. (2010). *Portugal: Os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18, 18-25. doi: 10.7748/nop2006.04.18.3.18.c2417
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., & Santos, R. (2008). *Envelhecimento e saúde em Portugal*. PNS em foco – Boletim informativo n.º2. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação. (2015). *Relatório Anual 2014 – A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD.
- Sonmezer, H., Cetinkaya, F., & Nacar, M. (2012). Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1241-1245. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.4.1241
- Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D.C., Gonzaga, S., & Dixe, M. A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26, 54-61. doi: 10.1111/2047-3095.12065
- Spiriduso, W. W. (2004). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Stone, A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *PNAS*, 107, 1-6. doi: 10.1073/pnas.1003744107

PROMOVER E INOVAR EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995). *Health Promotion Model – Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]* (Adult Version) – Scoring Instructions.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Physical activity and older adults: Recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. Geneva: WHO.
- Zhang, S., Tao, F., Ueda, A. Wei, C., & Fang, J. (2013). The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18, 458-465. doi: 10.1007/s12199-013-0342-x