



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**A importância do lazer e da ocupação de tempos
livres para a qualidade de vida das pessoas idosas
do concelho de Castelo Branco**

Filipa Margarida Tavares Lopes dos Santos Balrôa

(M6234)

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão em Unidades de Saúde
(2º Ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Arminda do Paço

Covilhã, maio de 2014

Dedicatória

Aos meus pais e ao João.

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível com o apoio e colaboração de um amplo número de pessoas, às quais eu não podia deixar passar sem agradecer e manifestar a minha gratidão.

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Arminda do Paço, pela sua sabedoria, orientação, disponibilidade e incentivo constante, sem os quais este trabalho não teria sido possível.

Aos colegas e amigos pelo apoio e incentivo demonstrado ao longo de todo o tempo, especialmente à Maria.

A todos os que colaboraram comigo na realização de questionários e em especial à USALBI e aos seus colaboradores, aos meus formandos e aos idosos que tornaram possível este estudo.

Finalmente, agradeço à minha família e principalmente ao João, pela compreensão de tempo ausente e pelo seu apoio incondicional.

A todos o meu muito obrigada.

Resumo

O envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida é uma realidade e um tema atual. Assim, é fundamental perceber de que forma é que os idosos passam o seu tempo livre, se têm alguma ocupação e avaliar a qualidade de vida dos mesmos.

A presente dissertação tem como objetivo averiguar se a ocupação de tempos livres e o lazer contribuem para a satisfação com a Qualidade de Vida (QV) dos idosos do concelho de Castelo Branco.

Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa adaptada do WHOQOL-BREF (Brief Version of World Health Organization Quality Of Life), instrumento de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela OMS (Organização Mundial da Saúde).

Os participantes deste estudo foram 176 indivíduos, sendo 64% mulheres e 36% homens o que revela alguma desigualdade na repartição do género. A amostra foi constituída maioritariamente por indivíduos entre os 66 e 75 anos (54%), a idade mínima foi 52 anos e a máxima 91 anos de idade.

O estudo revelou que a ocupação de tempos livres tem influência na qualidade de vida das pessoas idosas, principalmente no domínio físico. Observou-se em todos os domínios (geral, ambiental, físico, social e psicológico) uma qualidade de vida satisfatória, com uma melhoria nos indicadores dos indivíduos que ocupam os seus tempos livres. À medida que se envelhece aumenta a predominância de doenças e de perda de vitalidade física, social e psicológica. Para atenuar esse problema é necessário que o idoso permaneça ativo, ocupando os seus tempos livres da melhor forma possível para conseguir um envelhecimento bem-sucedido.

Conclui-se assim, que se os idosos envelhecerem com autonomia e independência, a sua qualidade de vida pode minorar os efeitos de deletério do processo de envelhecimento, próprio de cada indivíduo.

Palavras-chave

Idosos, lazer, qualidade de vida, estilo de vida

Abstract

The aging of population and the increasing life expectancy is a reality and a current theme. Thus it is crucial to understand how the elderly spend their free time, if they have any occupation and, thus, assess to their quality of life.

This dissertation aims to investigate if the occupation of free time and leisure contribute to the satisfaction of quality of life (QoL) of the elderly in the Castelo Branco municipality.

It was used the Portuguese version adapted from the WHOQOL-BREF (Brief Version of World Health Organization Quality Of Life) instrument for assessing the quality of life, developed by WHO.

The study participants were 176 individuals, 64% were women and 36% men which reveals some inequality in the distribution of gender. The sample consisted mostly of individuals between 66 and 75 years (54%), the minimum age was 52 years and maximum 91 years old.

The study revealed that leisure activities have influence on the quality of life of older people, particularly in the physical domain. It was observed in all areas (general, environmental, physical, social and psychological) satisfactory quality of life, with an improvement in those of the individuals who occupy their leisure time. As people get older increases the prevalence of diseases and physical, social and psychological losses. This to minimise this it is necessary that the elderly remain active, occupying their free time in the best way possible to achieve successful aging.

We conclude that, if the elderly get old with autonomy and independence, their quality of life can alleviate the deleterious effects of the aging process, specific to each individual.

Keywords

Elderly, leisure, occupation, quality of life

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Lista de figuras	vii
Lista de tabelas	viii
1. Introdução	1
2. Envelhecimento	2
2.1 Envelhecimento ativo e bem-sucedido	5
3. Qualidade de vida	8
4. Ocupação de tempos livres e lazer	11
4.1 Conceito de lazer.....	12
4.2 Benefícios do lazer	14
5. Metodologia.....	17
5.1 Amostra	17
5.2 Variáveis em estudo	21
6. Considerações finais	33
6.1 Conclusões e futuras linhas de investigação.....	33
6.2 Limitações de estudo	35
Bibliografia.....	36
Websites	40
Anexos	41

Lista de figuras

FIGURA 1 - ESTRUTURA DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL POR GRUPOS ETÁRIOS EM 1981, 1991, 2001, 2011.....	2
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AO GÉNERO	22
FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE.....	23
FIGURA 4 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO.....	25
FIGURA 5 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O ESTADO CIVIL	26
FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A QUESTÃO SE ESTÁ ATUALMENTE DOENTE	27

Lista de tabelas

TABELA 1 - COMPARAÇÃO ENTRE 1960 E 2011 DA POPULAÇÃO DO CONCELHO DE CASTELO BRANCO.....	17
TABELA 2 - DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF	20
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA RELATIVAMENTE AO GÉNERO	22
TABELA 4 - SEXO POR GRUPO ETÁRIO	23
TABELA 5 - GRAU DE INSTRUÇÃO POR SEXO E GRUPO ETÁRIO	24
TABELA 6 - ESTADO CIVIL POR SEXO E GRUPO ETÁRIO	25
TABELA 7 - ESTADO DE SAÚDE POR GRUPO ETÁRIO	26
TABELA 8 - DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA.....	28
TABELA 9 - FIABILIDADE	28
TABELA 10 - DESCRIÇÃO DOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA, TENDO EM CONTA A OCUPAÇÃO DOS TEMPOS LIVRES	29
TABELA 11 - OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES.....	30
TABELA 12 - OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES (S/N).....	30
TABELA 13 - QUALIDADE DE VIDA VERSUS OCUPAÇÃO DE TEMPOS LIVRES	31
TABELA 14 - TEST T PARA VARIÁVEIS INDEPENDENTES	32

1. Introdução

Nos últimos anos Portugal tem enfrentado uma realidade que começa a provocar um impacto social preocupante: as taxas de natalidade e de mortalidade têm vindo a diminuir drasticamente e, por conseguinte, a população portuguesa está a envelhecer a ritmo acelerado (OMS [Organização Mundial da Saúde], 2002; RDH [Relatório de Desenvolvimento Humano], 2013).

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial que se acelerou nos últimos anos. O envelhecimento, cada vez mais ampliado, tem sido alvo de muitas questões no sentido de se conseguir que este prolongamento no ciclo de vida seja vivido com qualidade. Assim, a forma como o envelhecimento se processa tem vindo a despertar interesse devido ao impacto que tem na qualidade de vida do idoso; por outro, as atividades de lazer e ocupação do dia-a-dia dos idosos têm vindo a assumir uma maior importância.

Uma vez que envelhecer é um processo contínuo e inevitável, com o qual nos deparamos diariamente, torna-se pertinente a investigação deste fenómeno. Este estudo pretende assim investigar em que medida a ocupação ativa dos tempos livres e o lazer são importantes para a Qualidade de Vida dos idosos do concelho de Castelo Branco, colocando-se a seguinte questão global de investigação: será que as atividades de lazer e a forma como os idosos ocupam os seus tempos livres influenciam a sua qualidade de vida?

Este trabalho pretende averiguar que tipo de atividades de ocupação de tempos livres e lazer os idosos realizam e se estas podem contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Neste sentido realça-se a relevância de entidades como as universidades seniores que têm desempenhado um papel de destaque na ocupação e valorização dos idosos. Especificamente será aqui realçado o caso da USALBI (Universidade Sénior Albicastrense).

O trabalho que se segue apresenta a seguinte estrutura: numa primeira fase irá proceder-se ao enquadramento do problema, a uma revisão da literatura e a fundamentação teórica, na qual se abordarão temas como o envelhecimento demográfico (ativo e bem sucedido), a qualidade de vida, e a ocupação de tempos livres e o lazer, onde se aprofunda o conceito e dimensões do lazer, bem como os seus benefícios.

Posteriormente, apresenta-se o estudo empírico, que vai desde a descrição da amostra, ao método de recolha de dados, às variáveis em estudo e aos procedimentos estatísticos. Neste capítulo apresentam-se os objetivos do estudo, bem como as questões de investigação. De seguida serão analisados os resultados obtidos. Por fim, serão apresentadas as conclusões do estudo, as futuras linhas de investigação e as limitações do estudo em causa.

2. Envelhecimento

Moschis (2003) refere que a velocidade a que a população está a envelhecer é provavelmente a mais importante alteração demográfica da história da humanidade. O mesmo autor prevê que atualmente no mundo existam 600 milhões de pessoas com mais de 60 anos e que este número possa quadruplicar em 2050. Peters (2010) refere que as previsões apontam que em 2050 haverá, em todo o mundo, mais pessoas com mais de 60 anos, do que com idade inferior a 15 anos. Os avanços na saúde pública e nos cuidados de saúde permitem às pessoas viverem mais tempo, pelo que a proporção de indivíduos mais idosos na população mundial está a aumentar rapidamente (DiPietro *et al.*, 2012).

Portugal não é (nem será) exceção à regra e tem vindo a confrontar-se com questões preocupantes relacionadas com o crescente aumento da população idosa. Comprovando estes dados, o INE (2012) confirma que, ao nível das características demográficas da população, se agravou o seu envelhecimento na última década e, em 2011, Portugal tinha cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Este valor (19%) contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior. Ainda segundo a mesma fonte, entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (ver figura1).

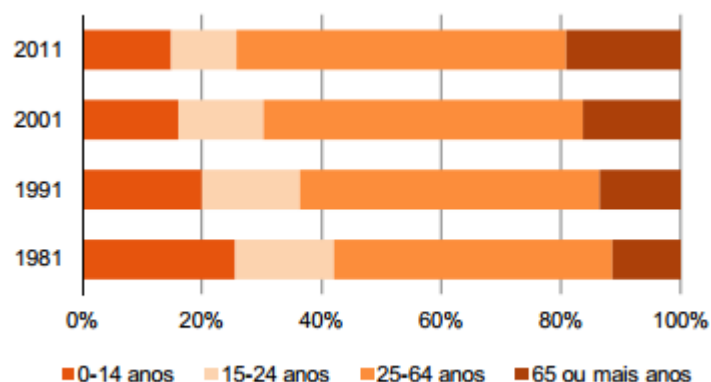


Figura 1 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011

À semelhança de muitos países do mundo, a população portuguesa tem vindo então a tornar-se progressivamente mais envelhecida (Perista, 2012). Este facto incontornável deve-se a vários fatores interligados, sendo os principais (i) o aumento da esperança média de vida e (ii) a diminuição da taxa de natalidade. O envelhecimento da população é um fenómeno global

(Drolet, 2010), mas tem-se acentuado mais rapidamente nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (os ditos países “emergentes”) (OMS, 2002; RDH, 2013).

O envelhecimento da população de um país é um fenómeno extremamente importante pois implica uma alteração qualitativa e quantitativa nos rácios populacionais, os quais, por sua vez, geram dinâmicas e efeitos sociológicos, culturais e macroeconómicos específicos, com enormes repercussões no tecido social, conduzindo desta forma, a alterações nos padrões de criação e redistribuição da riqueza gerada e alocação de recursos. Aos níveis político, económico, social e cultural, esse facto implica mudanças consideráveis no posicionamento e no papel desempenhado pelos principais agentes que compõem a sociedade. Também de forma incontornável somos confrontados com fatores paralelos adicionais geradores de instabilidade, insegurança, incerteza e empobrecimento das populações face a um futuro que, cada vez mais, é sentido como menos previsível e seguro (referimo-nos, por exemplo, à crise económica que eclodiu em 2008 e que atualmente ainda persiste).

Em Portugal, como noutros países, tem vindo a aumentar a preocupação com a forma como a população envelhece. O crescente número de trabalhos académicos focando o estudo sobre a qualidade de vida nas diferentes fases do processo de envelhecimento, é disso reflexo. Também se denota um aumento da preocupação com as franjas mais desfavorecidas e frágeis da população, idosos incluídos, que apesar de não terem um papel muito visível e preponderante nas decisões da sociedade, não deixam de ter um lugar e um papel social e cultural reconhecidamente importante.

Paralelamente ao envelhecimento da população, a esperança de vida tem vindo a aumentar e torna-se imprescindível perceber se os anos de velhice são vividos com qualidade, o que remete para diversas definições do que é envelhecer, e sobretudo, do que é um “bom” envelhecimento (Almeida, 2007). Assim, a sociedade depara-se com um “novo” (velho) problema social: envelhecer com qualidade de vida. Com base neste panorama, tem que existir um maior compromisso nos cuidados de saúde e sociais (Firmino, 2006).

À medida que se envelhece aumenta a predominância de doenças e de perdas físicas, sociais e psicológicas. Com o passar dos anos, estas perdas, podem refletir-se em sofrimento (tanto para os indivíduos como para os seus familiares). No entanto, se os idosos envelhecerem com autonomia e independência a sua qualidade de vida pode ser melhor.

Envelhecer é um processo universal e próprio de todos os indivíduos de qualquer espécie animal. O organismo envelhecido poderá sobreviver adequadamente mas, quando submetido a situações de *stress* (físico ou psicológico), pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostase (Firmino, 2006).

O envelhecimento começa assim que somos gerados e faz inevitavelmente parte do ciclo de vida das pessoas. No entanto, os sinais e sintomas físicos e mentais da velhice só se manifestam de forma clara a partir de determinada idade (Fonseca, 2005), havendo uma perda progressiva de funcionalidade nos diversos órgãos e sistemas (Blanco, 2006).

Para Sequeira (2007), a velhice está relacionada com modificações biológicas, psicológicas e sociais que acontecem ao longo da vida, sendo difícil encontrar uma idade a partir da qual se possam considerar uma pessoa «velha». Por sua vez Fonseca (2006) entende o envelhecimento como um método de natureza individual que para ser explicado tem que ter em conta as modificações biológicas, psicológicas e sociais relativas a cada indivíduo. De acordo com Robert (1994), o processo de envelhecimento e as mudanças que ocorrem em cada idoso são sentidas de forma particular por cada um: tudo depende da história e da vivência de cada idoso.

Assim, o processo de envelhecimento e a vivência da velhice são experiências particulares a cada idoso. É complexo identificar o seu começo porque as suas dimensões (biológica, social ou psicológica), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000). Complementarmente, Santos (2002, p. 23) refere que o envelhecimento é *“um processo complexo cujo funcionamento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diversas teorias e não menos pontos de vista, a maioria deles procedentes de aspetos particulares da velhice carecendo ainda de funcionamento lógico”*.

Este fenómeno global é acompanhado pelas alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais. Gutches (2010) afirma que o envelhecimento está associado a uma quebra significativa dos domínios cognitivos do ser humano, como a velocidade de processamento, a memória do trabalho e a memória a longo prazo. Estes acontecimentos reforçam, mais ainda, a urgência de desenvolver meios para melhor atender às dificuldades deste grupo populacional em crescimento. Salienta-se também a conveniência de promover um envelhecimento associado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida (Sousa *et al*, 2003). Mas o objeto central do problema refere-se à qualidade de vida de quem envelhece e à importância de manter uma vida condigna (Paúl, 1996). O conceito “velhice” tem associado uma imagem inerentemente negativa. Mas o envelhecimento varia de pessoa para pessoa e não é possível indicar uma data específica de quando se inicia. As pessoas são diferentes, logo têm necessidades diferentes. No entanto Fonseca (2005) considera que a terceira idade tem início a partir dos 65 anos (a idade anteriormente associada à reforma), mas hoje em dia já se fala em 3ª e 4ª idade; a 3ª idade considera-se a geração que está na reforma, mas que é autónoma, enquanto que a 4ª idade representa-se por uma população mais dependente. As pessoas não envelhecem da mesma forma ou com o mesmo ritmo e intensidade: é um processo heterogéneo e de cariz individual.

Segundo Zimerman (2000) envelhecer é passar para uma nova fase da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva e saudável. Como em todas as outras fases da vida, envelhecer também pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Porém, estas alterações poderão ser mais marcantes e mais difíceis de lidar na população idosa. É fundamental ajudar o idoso a adaptar-se à nova realidade, pois a sua capacidade de adaptação influencia o seu sucesso ou insucesso (Oliveira, 2008). Esta nova adaptação vai desde a promoção de uma vida saudável à manutenção das atividades na terceira idade. É assim importante que o idoso envelheça num ambiente ativo e saudável.

O envelhecimento caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais (Figueiredo, 2007). Estas mudanças são inevitáveis pois o envelhecimento é uma etapa de frequentes perdas afetivas (declínio e deterioração das capacidades funcionais, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, perda de pessoas queridas, etc.). Assim sendo, o desafio principal do envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai obrigar a um maior esforço por parte do idoso para se adaptar a essas situações e para manter a qualidade de vida desejada.

Ainda, segundo o mesmo autor (Figueiredo, 2007), a reforma marca a perda de papéis sociais ativos, mas não a deterioração mental. O grande desafio centra-se em reorganizar o quotidiano (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). O idoso deverá dispersar-se da profissão e concentrar na vida familiar e em ocupações de tempos livres que fomentem o envolvimento e a participação social.

Com base nestas constatações sobre o grande número de alterações (impostas e/ou desencadeadas pelo processos de reforma laboral) com as quais os indivíduos adultos são confrontados após o “fim” das suas vidas ativas, como podemos então encarar o processo de envelhecimento sob uma perspetiva mais positiva e enriquecedora, uma vez que há necessidade de que o processo de envelhecimento seja o mais positivo e gratificante possível?

Assim, nos últimos anos surgiu o conceito de “envelhecimento ativo” e “envelhecimento bem-sucedido” como forma de procurar repensar a velhice como uma fase em que a qualidade de vida e a felicidade são possíveis.

2.1 Envelhecimento ativo e bem-sucedido

Para a OMS (2002, p. 99), o envelhecimento ativo é definido como *“o processo pela qual se otimizam as oportunidades do bem-estar físico, social e mental durante toda a vida com o objetivo de aumentar a esperança da vida saudável, a produtividade e a qualidade de vida na*

velhice”. Para esta entidade, a Qualidade de Vida no envelhecimento está associada ao facto da pessoa usufruir de bem-estar físico, emocional, e social e a “pessoa idosa” é definida como pessoa com idade igual ou superior a 65 anos.

As perspetivas atuais sobre o envelhecimento com “qualidade de vida” não o equacionam somente como um estado de saúde física e psicológica, mas defendem também a presença de níveis de atividade, de procura de desafios e de continuação do processo de valorização pessoal e envolvimento social.

De acordo com García *et al.* (2011, p.94), *“O envelhecimento bem-sucedido é considerado um conceito multidimensional que inclui e transcende a boa saúde e que é composto de uma gama vasta de fatores bio-psico-sociais; por exemplo, Rowe e Khan definem-o com os seguintes componentes: baixa probabilidade de doença e seus défices associados, níveis altos de funcionamento físico e mental e participação social alta”*.

Nas várias investigações consultadas sobre o conceito de “envelhecimento bem-sucedido”, tornou-se muito evidente que a definição deste conceito não é consensual entre os inúmeros investigadores, sendo este encarado e conceptualizado de formas diferentes (ex. DiPietro, 2012; García, 2011; Nimrod, 2007).

Nosraty *et al.* (2012) alertam para as dificuldades metodológicas e teóricas associadas ao conceito de “envelhecimento bem-sucedido”. Segundo estes investigadores, *“O aumento da longevidade é uma das grandes conquistas da nossa civilização, mas isso também deu azo a discussões sobre o bom/bem-sucedido envelhecimento. O conceito de envelhecimento bem-sucedido atraiu muito debate, mas ainda não há uma definição universalmente aceite ou ferramenta-padrão de medição para esse conceito. A Enciclopédia do Envelhecimento define o envelhecimento bem-sucedido como: sobrevivência (longevidade), saúde (ausência de deficiências) e satisfação com a vida (a felicidade). Parece que as principais fontes de dificuldade residem na ambiguidade do significado de ‘sucesso’, na complexidade do processo de envelhecimento, e nas rápidas mudanças que ocorrem na sociedade, e as características de mudança da população mais velha”* (Nosraty *et al.*, 2012, p.1). Nos seus estudos os autores concluíram também que a ausência de doença era o critério mais usado para medir um envelhecimento bem-sucedido.

Estudos realizados por Fonseca (2006) indicam que se compararmos indivíduos que ainda exerçam uma atividade e aqueles que já se encontram reformados, estes últimos encontram-se com mais frequência doentes fisicamente e com redução de mobilidade. Pode ainda acontecer que os reformados consigam olhar para esta nova etapa com o despertar de novos interesses, como uma mudança, em vez de considerarem que é uma paragem.

O “envelhecimento ativo” é percebido como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança que visa melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (OMS, 2002). Nos últimos anos têm sido desenvolvidos projetos para estabelecer melhores condições para promover uma maior qualidade de vida para os indivíduos que vivenciam este processo de envelhecimento.

3. Qualidade de vida

A “Qualidade de Vida” (QV) é hoje um tema obrigatório e incontornável na área da Saúde. A qualidade de vida está cada vez mais a ser proposta como o fator/dimensão central a explorar na pesquisa em melhoria da saúde e intervenções preventivas na velhice (Martin *et al.*, 2012). Chen e Fu (2008, p. 871) enfatizam a importância de centrar o foco no bem-estar dos idosos quando afirmam que *“Com o aumento da população idosa na sociedade, torna-se crescentemente imperativo analisar como as pessoas idosas podem experienciar uma maior qualidade de vida e bem-estar psicológico”*.

Paúl e Fonseca (2005) também colocam a tónica no crescente envelhecimento da população e na forma como este tem vindo a fomentar gradualmente o interesse pela qualidade de vida da população mais idosa. A qualidade de vida passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento e surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas.

A difusão do estudo da Qualidade de Vida pelas inúmeras áreas científicas é uma tendência mais recente que tem dois objetivos: perceber pormenorizadamente a sua construção e identificar estratégias que aumentem a qualidade de vida dos indivíduos (Carneiro e Eusébio, 2012). Canavarro *et al.* (2006) são da mesma opinião e acrescentam que a qualidade de vida, enquanto objeto de estudo, tem merecido a atenção de diversas investigações nas últimas décadas.

De acordo com a OMS, a definição da qualidade de vida é a seguinte: *“Qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação com seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos. Trata-se de um conceito amplo, que inclui a saúde física, o estado psicológico, crenças pessoais, relações sociais e suas relações com o ambiente”* (OMS, 2002, p.98).

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) (1998) define o conceito de qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição/estado na vida, no contexto da cultura e de valores em que vive, e como foi referido anteriormente em relação aos seus objetivos, expectativas, preocupações e padrões. Este conceito abrange a saúde física, o estado psicológico e os relacionamentos dos indivíduos no seu ambiente, tal como a definição da OMS. Desta forma, a qualidade de vida é um instrumento de pesquisa abrangente que permite analisar o bem-estar do indivíduo numa série de variáveis relativas à condição humana.

Para Fernandes (1996), a qualidade de vida no campo da gerontologia está relacionada com a forma como as pessoas experienciam e percebem o próprio envelhecimento e vivem a velhice. Assim, o efeito da satisfação global com a saúde é importante nos níveis de qualidade de vida.

Então coloca-se a questão: se a qualidade de vida é um aspeto importante para os idosos, que fatores/variáveis a influenciam e determinam positiva ou negativamente?

Muitas investigações procuram dar resposta a esta questão. Entre esses estudos, sublinha-se o conhecido e clássico modelo de qualidade de vida de Wilson e Cleary (Wilson e Cleary, 1995). Este modelo analisa o papel que certos fatores têm ao influenciar o nível de qualidade de vida e é composto por inúmeras variáveis distribuídas em 5 níveis:

- 1) Variáveis biológicas-fisiológicas e clínicas (diagnósticos médicos e variáveis laboratoriais);
- 2) Estado sintomático (a percepção de estados físicos, emocionais e cognitivos anormais);
- 3) Estado funcional (capacidade do indivíduo de desempenhar tarefas específicas);
- 4) Avaliação subjetiva da sua saúde geral que o indivíduo faz dos níveis anteriores (nível 1, 2 e 3);
- 5) Percepção subjetiva relacionada com o quanto feliz e satisfeito o indivíduo está na sua vida (nível de qualidade de vida global que o indivíduo sente que tem).

Halvorsrud *et al.* (2010), baseando-se no modelo de análise de Wilson e Cleary (1995), investigaram a relação entre diversos fatores preditores da qualidade de vida em idosos doentes: sintomas depressivos, função física, satisfação com a saúde, idade e condições ambientais e qualidade de vida. Constatou que:

- A realização de atividade física encontrava-se relacionada com uma maior qualidade de vida;
- Existe uma relação entre a quantidade de sintomas depressivos e uma baixa qualidade de vida em idosos que vivam em ambiente comunitário (não institucionalizados);
- A falta de energia (anergia) entre idosos está também relacionada com baixa qualidade de vida, maiores problemas de saúde, distúrbios do sono, diminuição da participação social e taxas elevadas de hospitalização e morte;
- As dimensões da qualidade de vida consideradas mais importantes foram: ter energia, ser feliz, ter sentidos a funcionar bem e não ter dores.

Este estudo concluiu que os exercícios e programas de ativação que promovem o bem-estar físico e aumentam a energia devem ser considerados prioritários. As investigações de Molzahn *et al* (2010) obtiveram resultados muito semelhantes no que diz respeito às dimensões da qualidade de vida estudadas e medidas a implementar com os idosos.

Jacob (2007) ao fazer uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos observou que esta depende dos seguintes aspetos:

- a) Possuir autonomia para executar as atividades do dia-a-dia;
- b) Manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular;
- c) Ter recursos económicos suficientes;
- d) Realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente.

Autores como Carneiro e Eusébio (2012), ao estudarem a QV identificam vários domínios para medir o conceito. Assim, no domínio físico, incluem o estado de saúde presente (se está ou não doente) e vetores como a energia, o sono e o descanso, a capacidade de trabalho, a mobilidade e a independência para a realização das tarefas quotidianas. Por sua vez, as condições ambientais (tais como atividades sociais, contacto e apoio, finanças, qualidade percebida de apoios na vizinhança e segurança) são aspetos importantes para os idosos que vivem em casa ou em lares. Mas os idosos padecem de várias doenças crónicas e incapacidades com diferentes sintomas. Ao nível da prestação/estruturação dos serviços, este conceito-chave, a Qualidade de Vida, coloca o foco na satisfação das necessidades dos clientes/utentes/pacientes, para os quais estas estruturas estão (ou deveriam estar) direcionadas/alinhadas.

No entanto, não podemos esquecer que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais, isto é, a maior ou menor qualidade de vida está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que os idosos vivem. Acrescentar, ainda, que se está a analisar um público muito específico, os idosos, que estão sujeitos a estas e outras situações próprias do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida.

De acordo com vários autores (Silva, 2009; Santos, 2003), é possível conseguir um envelhecimento saudável através de medidas preventivas, as quais englobam um envelhecimento mais ativo a nível físico, social e mental e integração familiar e social.

Atualmente é necessário pensar em estratégias para apoiar a ideia de “viver mais e melhor”, e para proporcionar uma qualidade de vida superior. De facto este é um aspeto importantíssimo, uma vez que *“Os ganhos em saúde podem traduzir-se de diferentes modos, nomeadamente, ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos (acrescentar anos à vida) e diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou as suas sequelas, e aumento da funcionalidade física e psicossocial (acrescentar vida aos anos), entre outros”* (Fonseca et al., 2009, p.377).

4. Ocupação de tempos livres e lazer

As atividades de lazer estão no “coração” da teorização da gerontologia social (Janke, Davey e Kleiber, 2006), pois são uma dimensão que, como se verá de seguida, confere inúmeros benefícios (físicos, psicológicos, sociais) para os idosos.

O conhecimento profundo da forma como o idoso interage com o ambiente que o rodeia e, por sua vez, a forma como este ambiente atua sobre o idoso, ora como facilitador ou como obstáculo (ecologia do envelhecimento¹), é importante para compreender as suas dificuldades, desejos, necessidades, preferências, problemas de adaptação e estratégias de *coping*² e resiliência. No processo de trocas/intercâmbios entre o idoso e o ambiente físico e humano circundante, as atividades de tempos livres e lazer revestem-se de um papel muito especial pois são um agente facilitador (entre outros) da adaptação e desenvolvimento do idoso.

Segundo Whahl, Iwarsson e Oswald (2012, p. 306), “*Há consenso na literatura gerontológica de que os recursos pessoais e do ambiente contribuem para um envelhecimento adequado*”. A ecologia do envelhecimento posiciona a idade avançada (velhice) como uma fase crítica no curso de vida do indivíduo, a qual é profundamente influenciada pelo ambiente físico e social que rodeia o idoso. Nas trocas entre o idoso e o ambiente que o rodeia, Whahl *et al.* (2012) delinearam um modelo conceptual que valoriza numerosos aspetos nesta inter-relação, dos quais se sublinham os seguintes (pela sua pertinência para o tema do lazer):

- O sentimento de pertença (reflete um sentimento de ligação positiva com as outras pessoas e com o ambiente);
- Ser agente proativo (refere-se ao processo de se tornar um agente de mudança na sua própria vida através de comportamentos intencionais e proativos).

Ao encarar os indivíduos idosos como *agentes ativos* e não meramente passivos (reformulação conceptual verificada nas teorias do envelhecimento mais atuais) essa mudança conceptual irá alterar a forma como se encara a velhice e o ser idoso e, assim, podem definir-se novas estratégias para satisfazer as necessidades e manifestações existenciais dos idosos em termos de desenvolvimento físico, psicológico/emocional e social.

¹ Estudo da relação dinâmica idoso-ambiente.

² Estratégias de esforço físico ou cognitivo, através das quais o indivíduo procura fazer frente a um dano ou ameaça. Deriva do inglês *to cope* que significa lidar ou enfrentar algo.

A ocupação de tempos livres e lazer insere-se, desta forma, num processo ativo de envelhecimento em que se pretende para cada idoso que o seu envelhecimento seja o mais bem-sucedido possível.

A OMS (2002) afirma que o termo “ativo” se refere ao indivíduo que participa ativamente na sociedade (envolvendo-se em questões civis, espirituais, culturais e economia), que coopera e intervém para o seu desenvolvimento de forma útil. Por natureza, o indivíduo está preparado e adaptado para a realização de atividades, as quais são fundamentais para a promoção e manutenção da saúde e do bem-estar. Optando pela inatividade, esta terá como consequência a perturbação do equilíbrio funcional, mental e psicossocial. A inatividade na população idosa está diretamente relacionada com o sedentarismo, embora este conceito esteja mais associado à falta regular de exercício físico.

Silva (2009) menciona que com o aumento da população idosa torna-se fundamental desenvolver não só infraestruturas de apoio, como também, implementar atividades que promovam o bem-estar físico, social e psicológico de todos os idosos.

4.1 Conceito de lazer

Nos dicionários, a palavra “lazer” tem origem do latim *licere*, ou seja, “ser lícito”, “ser permitido”: corresponde ao tempo de folga, de passatempo, de ócio, de descanso, distração ou entretenimento, de uma pessoa.

A ocupação de tempos livres e lazer engloba muitas atividades diversas, as quais o indivíduo desenvolve de livre vontade: seja para repousar, divertir-se, entreter-se, ou ainda, para melhorar a sua formação, a sua participação social ou a sua capacidade criadora.

Como sabemos, o idoso tem muito tempo livre (quer se encontre a residir em contextos institucionais, na sua casa de origem ou de familiares) e uma das formas privilegiadas de ocupar o seu tempo livre é através de atividades de lazer.

De facto o lazer está associado ao bem-estar físico e psicológico dos idosos, ao fomentar um desenvolvimento contínuo, particularmente ao promover uma participação ativa e sentimento de pertença grupal e desempenho de papéis (Janke, Davey e Kleiber, 2006).

Deve ter-se em consideração que os *padrões de envolvimento* em atividades de lazer vão-se alterando ao longo do ciclo de vida do indivíduo. A entrada na reforma bem como alterações na saúde física e mental na vida adulta avançada irão causar efeitos significativos nos comportamentos de lazer (Janke *et al.*, 2006).

Santos *et al.*, (2003, p. 349) refere que “*para além das estratégias gerais de coping que o indivíduo utiliza, o lazer pode beneficiar os mecanismos para lidar com uma situação indutora de stress*”.

O lazer é um comportamento muito variável, uma vez que depende de vários fatores do indivíduo, como por exemplo: idade, sexo, estado físico, capacidade económica e nível sociocultural.

No que diz respeito a atividades ocupacionais, estas abrangem atividades religiosas, voluntariado, cuidar de familiares e relações sociais com vizinhos e familiares (Ribeiro *et al.*, 2009).

O lazer é associado a algo positivo que pode ser realizado de diversas formas durante o tempo de repouso, de forma a ocupar o tempo. É considerado lazer todo o tipo de ações onde um indivíduo escolhe de livre vontade passar o tempo livre, tais como: repouso, divertimento, atividades recreativas e ocupacionais, que têm como objetivo aumentar o nível de conhecimento, ou de informação e promover a participação sem obrigações profissionais, familiares ou sociais (Fonseca, 2005). É fundamental para prevenir estados depressivos, melhorar as relações sociais e aumentar a autoestima (uma vez que promove a valorização pessoal e auxilia a integração do idoso na sociedade).

Esta é uma fase da vida em que é necessário que a pessoa aceite as alterações decorrentes do envelhecimento, desenvolvendo novos interesses com o intuito encontrar novas situações. O lazer, juntamente com a saúde, a habitação e a alimentação são necessidades básicas de condição de vida digna de qualquer indivíduo (Newton e Dornelles, 2002).

O conceito de lazer é, no entanto, um conceito ambíguo, pois depende da vontade e dos critérios de satisfação de cada indivíduo. Mas parece consensual que as atividades ocupacionais e de lazer são fundamentais para melhorar a qualidade de vida, pois ajudam a evitar a inércia e o retrocesso, proporcionando ao idoso um equilíbrio físico, psíquico, emocional e social.

O lazer está interligado com a qualidade de vida do idoso, pois ajuda na resolução de problemas e no equilíbrio necessário para alcançar o bem-estar. As atividades de lazer devem estar focadas para o sujeito, ou seja, as atividades devem proporcionar ao idoso satisfação, e devem ter como objetivo o aumento da autoestima, desenvolvimento pessoal e bem-estar físico e mental (Fonseca, 2006).

4.2 Benefícios do lazer

O idoso, ao praticar uma atividade de que gosta, sente emoções positivas e simultaneamente sente-se descontraído. As investigações de Newall *et al.* (2013, p. 921) são conclusivas a este respeito. Estes autores, baseados nos resultados das suas investigações, afirmam taxativamente que “(...) *O lazer vai promover emoções positivas que, por sua vez, irão desfazer os efeitos negativos das emoções negativas*”. Este facto é de extrema importância, uma vez que o idoso tem que possuir estratégias (*coping*) para lidar com muitos fatores negativos e de mudança nesta fase da vida.

O envolvimento em atividades de lazer tem sido considerado, desde há muito, “(...) *um ingrediente importante na ‘receita’ para alcançar uma velhice bem-sucedida. Inicialmente formalizada como a ‘Teoria da Atividade’, esta perspetiva sustém que uma grande participação num estilo de vida ativo é um antídoto para a perda de papéis ‘produtivos’ que resulta a transição para a reforma*” (Silverstein e Parker, 2002, p. 528).

A ocupação de tempos livres e o lazer constituem estratégias que servem de amortecedor para os idosos poderem lidar adequadamente com os acontecimentos/fatores negativos da sua vida (Santos *et al.*, 2003; Silverstein e Parker, 2002). Entre os muitos fatores negativos no processo de envelhecimento, destaca-se a solidão como um dos que mais consequências nefastas induz, constituindo um fator de risco com um impacto extremamente negativo na saúde dos idosos, estando associado a problemas psicológicos como a depressão (Capioppo *et al.*, 2006, p.141). A solidão está também associada a riscos psicossociais como hostilidade, baixo suporte social, elevado *stress* percecionado, aumento da mortalidade (Bennett, 2002), entre muitos outros.

O lazer na velhice não deve ser visto como a realização passiva de atividades de menor importância para ocupar os largos períodos de tempo disponíveis nesta fase da vida, mas como um fator muito importante e promotor de mudanças e crescimento. Mcguire *et al.* (1996), para exemplificar que os idosos ainda podem ser indivíduos ativos e desempenhar papéis de relevo, apresentam como metáfora o exemplo literário de Ulisses, que se aventurou à descoberta de novos mundos, já numa idade avançada (50 anos, idoso segundo os padrões da Antiguidade).

As atividades de lazer têm inúmeras vantagens para o idoso, uma vez que:

- Promovem estados de atividade (física, mental, social) significativa, que “ativa” o idoso, levando-o a sair da sua passividade e isolamento;
- Permitem a aquisição de sentimentos de mais-valia e melhoria do amor-próprio (autoestima);
- Fortalecem os vínculos emocionais com outros seres humanos (idosos ou não);

- Proporcionam um aumento de conhecimentos (por exemplo através da leitura).

Ao ativar o idoso, o lazer ajuda a combater a solidão e o sedentarismo. O sedentarismo está identificado como um aspeto extremamente negativo na vida dos idosos pelo que é importante minorá-lo e criar estratégias para, na medida do possível, promover estilos de vida e ocupação que impliquem a menor passividade e sedentarismo possível. Dogra e Stathokostas (2012) alertam para este facto afirmando que estar sentado por períodos prolongados (i.e., comportamento sedentário) pode comprometer a saúde dos adultos. Um estilo de vida fisicamente inativo e baixos níveis de desempenho cardiorrespiratório conduz a um risco acrescido de desenvolver várias doenças crónicas bem como uma causa de mortalidade. Mediante a análise de vários estudos, sustentam que o comportamento sedentário está emergindo como um contribuidor independente potencialmente importante para a relação entre estilo de vida e saúde.

As atividades revestem-se de um papel muito importante na prevenção e combate de problemas nos idosos uma vez que a manutenção de atividades pode mitigar o impacto que os declínios sociais, funcionais e cognitivos têm na qualidade de vida dos indivíduos idosos (um critério de envelhecimento bem-sucedido). Ou seja, o envolvimento em atividades pode compensar os défices em outras áreas da vida (Silverstein e Parker, 2002).

As atividades de lazer promovem, desta forma, uma ligação ativa à vida e a todas as suas dimensões existenciais (individual, participação, relação com os outros, usufruto das possibilidades ao dispor, etc.). Como refere Chen e Fu (2008, p. 872), *“As atividades de lazer, que por natureza são sociais ou solitárias, promovem diferentes efeitos. Por um lado, participar em atividades sociais aumenta significativamente a satisfação com a vida, bem-estar psicológico, felicidade e funções físicas e diminui a mortalidade. Atividades mais solitárias, como ler, promove um sentimento de ligação com a vida”*.

Janke *et al.* (2006) consideram que é importante analisar de que forma o envolvimento em atividades de lazer pode prever a saúde física e mental dos idosos, sendo também necessário determinar que tipos de atividades terão o maior impacto no funcionamento físico e mental. Assim, saber exatamente que tipos de atividades de lazer são as mais adequadas para as características específicas de cada idoso em particular, assume especial importância.

Tendo os idosos cada vez mais tempo para viver, torna-se evidente, de acordo com McGuire *et al.*, (1996, p. 6) que *“Uma preocupação principal dos gerontologistas é a qualidade de vida dos idosos. A utilização do lazer, simplesmente definido como as atividades livremente escolhidas para preencher o tempo e substituir o que foi perdido através da reforma parece um importante elemento na qualidade de vida. No entanto, esta perspetiva sobre as atividades falha no reconhecimento da poderosa força que elas [as atividades de lazer] podem ser. Para além de serem meramente um substituto do que foi perdido, o lazer pode*

fornecer novos caminhos de crescimento e desenvolvimento. As pessoas que selecionam esta postura não são estranhos ou super-empresendedores. Eles são, em vez disso, indivíduos dedicados a viver”. Para estes autores (Mcguire et al, 1996, p. 4), “As atividades de lazer são veículos. Elas podem ser os navios nos quais os indivíduos embarcam numa viagem à semelhança de Ulisses”.

Esta perspectiva baseia-se na ideia de que cada ano de vida fornece ocasiões de crescimento e desenvolvimento. Os profissionais/técnicos (animadores, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares) que são capazes de auxiliar os idosos a utilizarem o lazer para contribuir para a qualidade de vida, podem aumentar essas oportunidades. Partilha-se desta ideia, pois acredita-se que é possível um envelhecimento bem-sucedido, mesmo apesar das inúmeras e inevitáveis vicissitudes (perdas, patologias, incapacidades) que ocorrem nesta fase da vida. No fundo, cada vez mais, há uma ênfase em dotar o idoso de “ferramentas” (atividades e instrumentos de lazer) para que tenha mais poder (*empowerment*) e condições para ativar-se, agir, crescer, desenvolver-se, afirmando-se.

Existem vários projetos que visam criar condições para que a população idosa possa ter oportunidades para poder exercer esse envelhecimento ativo e positivo. Um projeto de boas práticas de referência nacional neste âmbito é o “Espaço das Idades” na cidade da Covilhã apresentado por Paço (2013). Neste estudo de caso refere-se que é preciso em primeiro lugar compreender minuciosamente as necessidades e especificidades das pessoas idosas antes de se proceder a qualquer intervenção. Este espaço reúne num mesmo local uma série de valências dando apoio económico e logístico a diferentes atividades agrupadas nas seguintes áreas: saúde, atividades lúdicas, sociais, educação, sessões informativas sobre várias áreas (prevenção da violência contra os idosos, Alzheimer, cancro, problemas cardíacos). O objetivo é prevenir a solidão dos idosos que utilizam esses recursos e espaços e também fornecer algum apoio social.

Como foi demonstrado através da literatura atrás referida, a ocupação do tempo de lazer com as atividades corretas tem implicações significativas para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos idosos (Santana et al., 2012).

5. Metodologia

Com a evolução da sociedade e o conseqüente envelhecimento das populações, torna-se cada vez mais pertinente analisar a qualidade de vida e a ocupação do tempo livre, na terceira idade.

Assim, os objetivos da presente investigação são:

- Analisar as várias dimensões da qualidade de vida percebida pelos idosos residentes em Castelo Branco;
- Averiguar de que forma os idosos residentes em Castelo Branco ocupam os seus tempos livres;
- Verificar se existe alguma relação entre a ocupação dos tempos livres e a qualidade de vida dos idosos residentes em Castelo Branco.

Por sua vez, as questões de investigação que estão subjacentes ao presente estudo podem ser definidas da seguinte forma:

- Como é que os idosos do concelho de Castelo Branco avaliam a sua qualidade de vida?
- Como é que os idosos do concelho de Castelo Branco ocupam os seus tempos livres?
- Existirá alguma relação entre a qualidade de vida e a ocupação dos tempos livres?
- Existirão diferenças na qualidade de vida dos idosos consoante a forma como ocupam os seus tempos livres?

5.1 Amostra

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o número de pessoas envelhecidas em Portugal tem vindo a aumentar, e esta tendência tende a ser mais acentuada nas regiões do Interior como é o caso de Castelo Branco (ver tabela 1). Esta situação, e de acordo com a mesma fonte, está a ocorrer em todos os países desenvolvidos e em especial nos países em desenvolvimento. Nos últimos censos, 2011, está bem representada a preocupante realidade que é o aumento da população idosa e a redução da população jovem (INE, 2011).

Tabela 1 - Comparação entre 1960 e 2011 da população do concelho de Castelo Branco

Grupos etários	Total		0-14		15-64		+65	
	1960	2011	1960	2011	1960	2011	1960	2011
Habitantes	63.091	56.109	16.468	7.107	40.605	35.646	6.018	13.356

Fonte: INE

Tendo em conta a tabela anterior, pode concluir-se que no concelho de Castelo Branco a população está a diminuir e a taxa de envelhecimento tem vindo a aumentar. Em relação a

este concelho verifica-se uma ligeira diminuição do número de habitantes de 63.091 para 56.109, mas em relação à freguesia de Castelo Branco verifica-se um ligeiro aumento de habitantes de 31.637 para 35.006, mas, em termos de índice de envelhecimento verifica-se o seguinte: 188 idosos por cada 100 jovens (INE, 2011).

Como foi referido na revisão da literatura as pessoas têm necessidades diferentes e ilimitadas e que não podem ser satisfeitas na sua grande maioria, dada a escassez de recursos (Ferreira, 2002). Por isso, é necessário que as pessoas, neste caso as mais idosas, possam ocupar o tempo livre da melhor forma com menos recursos e o que mais lhes convêm para a satisfação das necessidades. O ideal seria conseguir alocar a atividade de lazer certa para cada idoso ao menor custo possível, combatendo a solidão e proporcionando uma maior qualidade de vida aos indivíduos. Com este propósito foram sendo criadas um pouco por todo país as Universidades Seniores que visam *“criar e dinamizar regularmente atividades sociais, culturais, educacionais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. Quando existirem atividades educativas será em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto da formação ao longo da vida”* (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade - RUTIs)³. São lugares privilegiados de inserção e participação social da terceira idade, onde se fomenta uma cultura de aprendizagem, se fazem várias atividades, desde formação, visitas de estudo, oficinas, dinamização de blogues, grupos de música ou teatro, exercício físico, voluntariado, entre outras e onde os seniores se sentem ativos, úteis e participativos. Para além destas organizações existem muitas outras que são fundamentais para apoiar a vida ativa dos idosos.

Nesta investigação em particular destaca-se o caso da USALBI, Universidade Sénior Albicastrense, que é um dos modelos de formação de adultos considerado uma resposta social ao problema do envelhecimento, e tem como objetivos a melhoria da qualidade de vida dos seniores (desenvolvendo o convívio benéfico entre eles), combater a exclusão social e proporcionar aos mais velhos a possibilidade de aprenderem ou ensinarem (formação ao longo da vida).

Esta Universidade pretende:

- Incentivar a participação e organização dos seniores em atividades culturais, de aprendizagem e de lazer
- Divulgar a história, as ciências, as tradições, a solidariedade, as artes, a tolerância, os saberes e os demais fenómenos socioculturais entre os seniores
- Promover a educação não formal de adultos
- Ser um polo de informação e divulgação de serviços e direitos dos seniores

³ <http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi?naction=4&mn=EkpFuVZlEynEumlwll>,
acedido em 28/04/2014

- Desenvolver as relações interpessoais e sociais entre as diversas gerações
- Fomentar o voluntariado, na e para a comunidade
- Trabalhar em articulação com outras instituições, particulares ou públicas.

Parte dos participantes neste estudo são precisamente os utilizadores (alunos) da USALBI.

Assim, a população em estudo nesta investigação foram as pessoas, do concelho de Castelo Branco, com mais de 50 anos e a amostra foi constituída por alunos da USALBI e por outros indivíduos cujas respostas foram angariadas fora desta instituição.

A amostra é considerada não probabilística, por conveniência; no entanto, houve uma especial atenção para garantir uma heterogeneidade ao nível da idade, do sexo, da atividade, da profissão, das habilitações literárias e da ocupação do tempo livre.

5.2 Método de recolha dos dados

O método de recolha dos dados utilizado foi o inquérito através de questionário, com intervenção pessoal da investigadora e de outros entrevistadores instruídos pela própria investigadora. Note-se que previamente foi levado a cabo um pré-teste do instrumento com indivíduos do mesmo *target* da amostra.

O questionário foi aplicado a 176 indivíduos portugueses, de ambos os sexos, com mais de 50 anos, distribuídas pelo concelho de Castelo Branco, durante os meses de Janeiro e Fevereiro do corrente ano. Destes, 176 indivíduos, 105 frequentam a USALBI.

O questionário aplicado teve por base o WHOQOL-BREF⁴ (Anexo I). Este questionário, segundo Canavarro (2006), é um instrumento de pesquisa desenhado pela OMS que inclui na sua estrutura quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiental) da Qualidade de Vida (ver tabela 2). O inquérito fornece ainda um indicador global que permite aferir a avaliação global da qualidade de vida e a satisfação com a saúde.

⁴ Uma versão abreviada do WHOQOL

Tabela 2 - Domínios do WHOQOL-BREF

DOMÍNIOS	
Domínio I – Domínio Físico	Nº da questão
Dor e desconforto	3
Dependência de medicação ou de tratamentos	4
Energia e fadiga	10
Mobilidade	15
Sono e repouso	16
Actividades da vida quotidiana	17
Capacidade de trabalho	18
Domínio II – Domínio psicológico	Nº da questão
Sentimentos positivos	5
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	6
Pensar, aprender, memória e concentração	7
Imagem corporal e aparência	11
Auto-estima	19
Sentimentos negativos	26
Domínio III – Relações sociais	Nº da questão
Relações pessoais	20
Actividade sexual	21
Suporte (apoio) social	22
Domínio IV – Meio ambiente	Nº da questão
Segurança física e protecção	8
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	9
Recursos financeiros	12
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14
Ambiente no lar	23
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24
Meio de transporte	25

Fonte: Adaptado de Fleck et al. (2000)

Fazem parte dos elementos demográficos os dados com informação acerca do sexo, idade, estado civil, como ocupam o tempo (não faz nada, ler, tomar conta dos netos, lida da casa, USALBI) e se estão, ou não, atualmente doentes (Canavarro e Serra, 2006).

O tratamento estatístico dos dados e a análise foram elaborados com recurso ao *software* de estatística SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0, para ambiente Windows. Foi ainda criada uma base de dados, os dados foram codificados e tratados, e foram apresentados os principais outputs sob a forma de tabela e/ou gráfico de forma a facilitar a visualização dos resultados.

5.2 Variáveis em estudo

A escala da Qualidade de Vida WHOQOL-BREF (denominada “Brief Version of World Health Organization Quality Of Life”) é uma versão simplificada da escala WHOQOL, sendo que esta versão mais curta tem muitas vantagens ao nível da rapidez de aplicação. Esta versão permite a avaliação de diferentes domínios de dimensão humana: físico, psicológico, social e ambiental, demonstrando validade para ser aplicada a idosos. Esta escala foi uma versão abreviada do WHOQOL-100 (o facto de este ser constituído por 100 questões, torna-se uma desvantagem). A necessidade de instrumentos curtos que requeressem pouco tempo para o seu preenchimento, mas com características satisfatórias fez com que fosse desenvolvida a versão WHOQOL-BREF que é uma escala de medida genérica, o que proporciona uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, junto de pessoas com idade igual ou superior a 18 anos ou que exerçam o papel social de adulto (Canavarro *et al.*, 2006, Skevington *et al.*, 2004).

O WHOQOL-BREF é constituído por 26 questões, sendo duas as questões gerais da qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. Esta versão foi adaptada à população portuguesa (Canavarro *et al.*, 2006).

As questões do WHOQOL-BREF utilizam quatro escalas tipo Likert (de 1 a 5), com escala de intensidade (que varia entre o nada a muitíssimo), capacidade (que varia entre o nada a completamente), frequência (que oscila entre o nunca a sempre) e finalmente avaliação (que varia de muito insatisfeito a muito satisfeito e muito má a muito boa). É atribuído 1 ao valor mais negativo e 5 ao valor mais positivo com exceção das questões 3, 4 e 26 que são enunciadas inversamente, ou seja, atribui-se 1 a valor mais positivo e 5 ao valor mais negativo (Canavarro *et al.*, 2006).

Os testes estatísticos utilizados foram o teste t-Student para as variáveis independentes, o teste de Levene para a homogeneidade de variâncias e o teste de correlação de Pearson, para além da análise das frequências, tabulações cruzadas e estatísticas descritivas.

6. Análise dos resultados

6.1 Caraterização da amostra

A amostra é constituída por 176 indivíduos e relativamente à distribuição dos inquiridos por sexo, verifica-se que a amostra é constituída por 64 homens e por 112 mulheres. A amostra é predominantemente feminina, 64%, contra os restantes 36% do sexo masculino (ver tabela 3 e figura 2). Os fatores desta desigualdade prendem-se com a maior taxa de mortalidade masculina, o que está em linha com os dados do INE (2012).

Tabela 3 - Distribuição da amostra relativamente ao género

	N	Total
Sexo	Feminino	N % do Total 112 63,60%
	Masculino	N % do Total 64 36,40%
Total	N % do Total 176 100,00%	

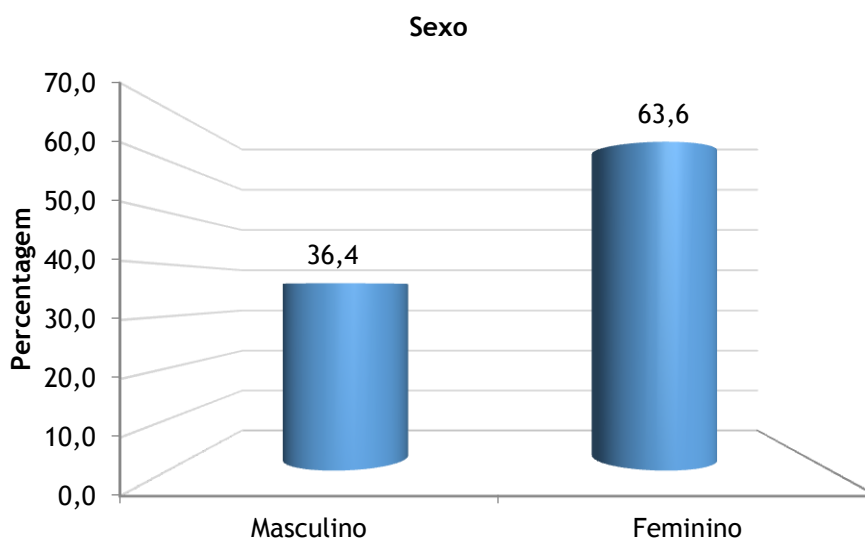


Figura 2 - Distribuição da amostra relativamente ao género

Em relação à idade verificou-se que 2,8% da amostra apresenta menos de 55 anos, 27,3% apresenta entre os 56 e os 65 anos de idade, 54% (mais de metade da amostra) apresenta

entre os 66 e os 75 anos de idade e finalmente 15,9% apresenta mais de 76 anos de idade (figura 3).

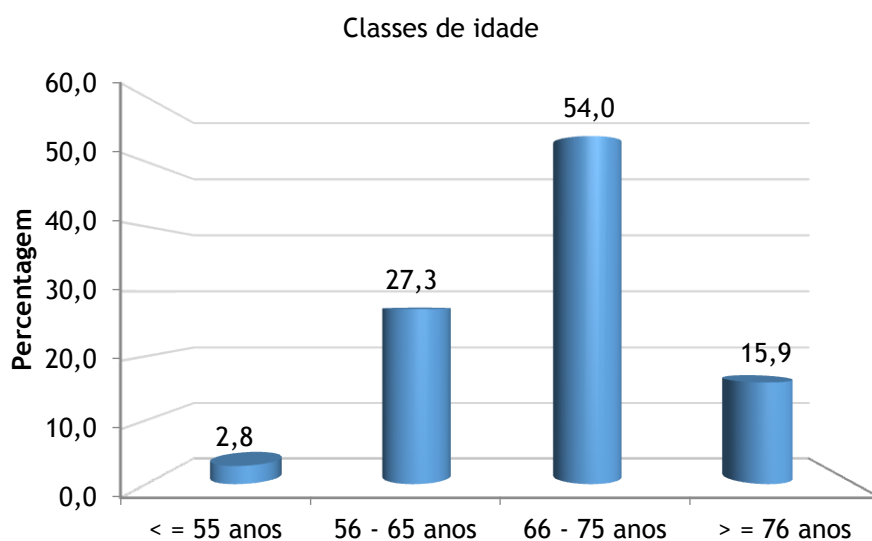


Figura 3 - Distribuição da amostra segundo a idade

A idade mínima foi 52 anos e a máxima 91 anos de idade, sendo a média de idades 69,20 anos e a mediana de 69 anos. O desvio padrão é de 0,72, ou seja, não existe grande irregularidade das idades e a variância que estabelece os desvios em relação à média aritmética é de 0,52.

Tendo em conta o sexo por grupo unitário (ver tabela 4), esta amostra de 176 indivíduos, evidencia que mais de metade dos inquiridos (54%) tem entre 66 e 75 anos (57 mulheres e 38 homens). A menor percentagem (2,8%) encontra-se nos indivíduos com menos de 55 anos (mais propriamente entre os 52 anos e os 55 anos inclusive - contando-se apenas 1 homem e 4 mulheres). 27,3% da amostra tem entre 56 e 65 anos e 15,9% apresenta idade igual ou superior a 76 anos, o que vai de encontro aos dados originados pelos Censos 2011 (INE, 2012) que a população portuguesa está a envelhecer.

Pode verificar-se que em qualquer um dos grupos etários a percentagem de mulheres é superior à percentagem dos homens (tabela 4).

Tabela 4 - Sexo por grupo etário

	N	Grupo Etário				Total
		< = 55 anos	> = 76 anos	56 - 65 anos	66 - 75 anos	
Sexo	N	4	16	35	57	112
	% do Total	2,3%	9,1%	19,9%	32,4%	63,6%
Masculino	N	1	12	13	38	64
	% do	0,6%	6,8%	7,4%	21,6%	36,4%

	Total					
<i>Total</i>	<i>N</i>	5	28	48	95	176
	<i>% do Total</i>	2,8%	15,9%	27,3%	54,0%	100,0%

Da análise do grau de instrução por sexo e por grupo etário, depreende-se a existência de uma amostra bastante heterogénea, onde se verifica que 4% não sabe ler nem escrever, 3,40% sabem ler e escrever, 9,10% tem estudos superiores ou formação pós-graduada enquanto grande parte dos inquiridos 42,60% tem apenas entre o 1º e o 4º ano (tabela 5).

Constata-se, ainda, que até aos 65 anos todos sabem ler e escrever enquanto que a formação pós graduada não se verifica nos extremos dos grupos etários, isto é, não se verifica no extremo do grupo etário inferior (<=55 anos) e também não se verifica no extremo superior (>=76 anos), verificando-se apenas dos 56 aos 75 anos.

Tabela 5 - Grau de instrução por sexo e grupo etário

Sexo / Grau de Instrução		Grupo Etário				Total
		< = 55 anos	> = 76 anos	56 - 65 anos	66 - 75 anos	
Feminino	Não sabe ler nem escrever		100,0%			5,4%
	Sabe ler e escrever		66,7%		33,3%	2,7%
	1º - 4º anos	1,9%	9,6%	21,2%	67,3%	46,4%
	5º - 6º anos		10,0%	40,0%	50,0%	8,9%
	7º - 9º anos	7,1%		57,1%	35,7%	12,5%
	10º - 12º anos	6,3%	12,5%	43,8%	37,5%	14,3%
	Estudos universitários Formação pós-graduada	12,5%		37,5%	50,0%	7,1%
Masculino	Não sabe ler nem escrever				100,0%	1,6%
	Sabe ler e escrever		33,3%		66,7%	4,7%
	1º - 4º anos		26,1%	13,0%	60,9%	35,9%
	5º - 6º anos		27,3%	18,2%	54,5%	17,2%
	7º - 9º anos		7,7%	30,8%	61,5%	20,3%
	10º - 12º anos	12,5%	12,5%	25,0%	50,0%	12,5%
	Estudos universitários Formação pós-graduada			50,0%	50,0%	6,3%
<i>Total</i>	<i>Não sabe ler nem escrever</i>		85,7%		14,3%	4,0%
	<i>Sabe ler e escrever</i>		50,0%		50,0%	3,4%
	<i>1º - 4º anos</i>	1,3%	14,7%	18,7%	65,3%	42,6%
	<i>5º - 6º anos</i>		19,0%	28,6%	52,4%	11,9%
	<i>7º - 9º anos</i>	3,7%	3,7%	44,4%	48,1%	15,3%
	<i>10º - 12º anos</i>	8,3%	12,5%	37,5%	41,7%	13,6%

	<i>Estudos universitários</i>	8,3%		41,7%	50,0%	6,8%
	<i>Formação pós-graduada</i>			50,0%	50,0%	2,3%

A figura 4 mostra que grande parte dos inquiridos (42,6%) tem entre o 1º e 4º ano de escolaridade e as percentagens menores (até 10%) sobressaem nos extremos quer superiores (estudos universitários e formação pós graduada), quer nos extremos inferiores (não sabe ler nem escrever e sabe ler e escrever).

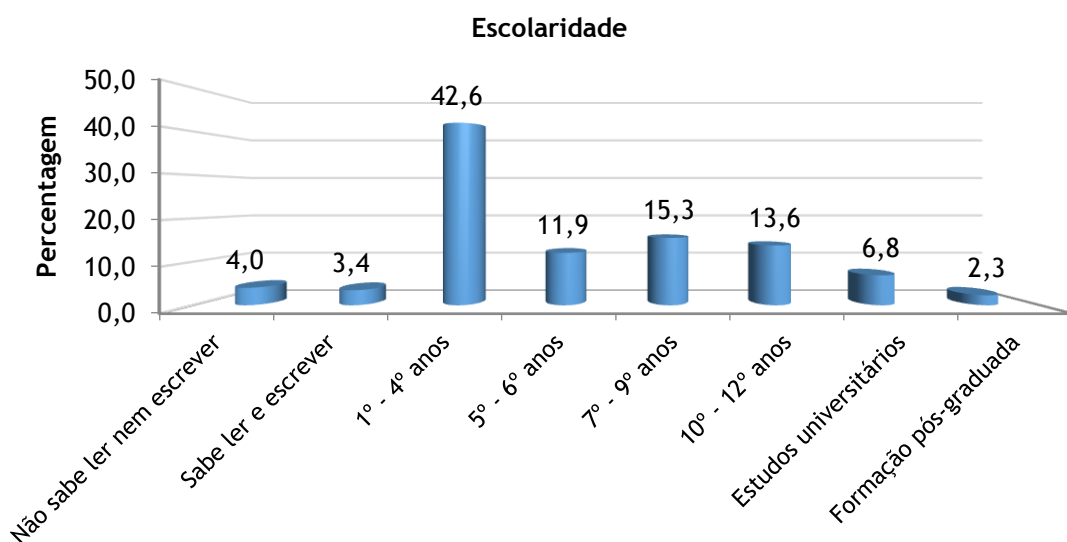


Figura 4 - Distribuição da amostra segundo o grau de instrução

No que diz respeito ao estado civil por sexo e grupo etário verifica-se que a maioria dos inquiridos de ambos os grupos é casada (68,2%) seguido do grupo dos viúvos (21,6%) onde a percentagem de mulheres viúvas (29,5%) é superior à percentagem dos homens viúvos (7,8%). Uma minoria (10%) pertence ao grupo dos divorciados, separados ou solteiros (ver tabela 6 e figura 5).

Tabela 6 - Estado civil por sexo e grupo etário

Sexo / Estado Civil		Grupo Etário				Total
		< = 55 anos	> = 76 anos	56 - 65 anos	66 - 75 anos	
Feminino	Casado(a)	3,1%	9,4%	32,8%	54,7%	57,1%
	Divorciado(a)	11,1%		44,4%	44,4%	8,0%
	Separado(a)				100,0%	1,8%
	Solteiro(a)		50,0%	50,0%		3,6%
	Viúvo(a)	3,0%	24,2%	24,2%	48,5%	29,5%
Masculino	Casado(a)		17,9%	19,6%	62,5%	87,5%
	Divorciado(a)			100,0%		1,6%
	Separado(a)	100,0%				1,6%

	Solteiro(a)		100,0%			1,6%
	Viúvo(a)		20,0%	20,0%	60,0%	7,8%
Total	Casado(a)	1,7%	13,3%	26,7%	58,3%	68,2%
	Divorciado(a)	10,0%		50,0%	40,0%	5,7%
	Separado(a)	33,3%			66,7%	1,7%
	Solteiro(a)		60,0%	40,0%		2,8%
	Viúvo(a)	2,6%	23,7%	23,7%	50,0%	21,6%

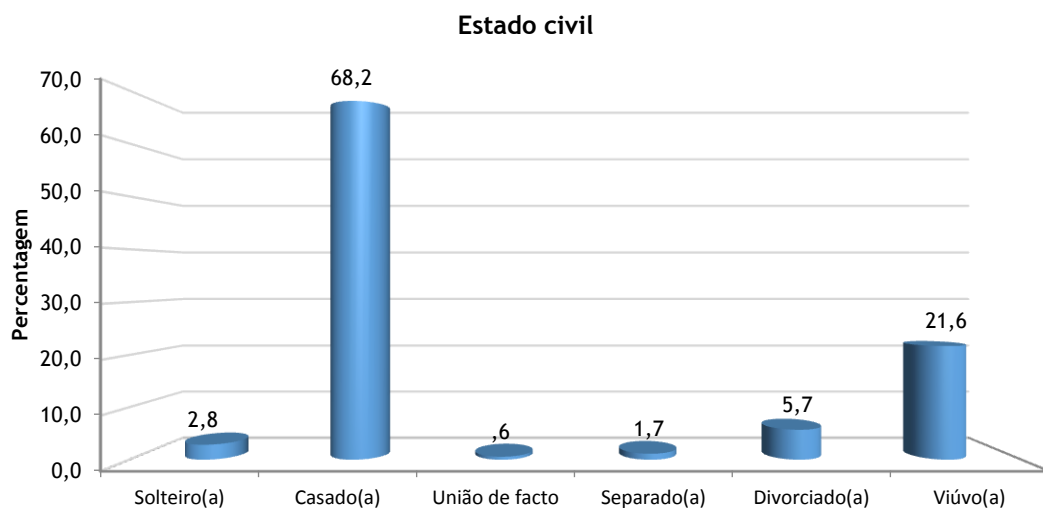


Figura 5 - Distribuição da amostra segundo o estado civil

Outra das questões colocadas, que também pode auxiliar a caracterizar a amostra, foi saber se os inquiridos estavam atualmente doentes, ao que 35,2% respondeu que sim; em contrapartida, 64,8% que afirmou não estar doente.

A análise do estado de saúde atual dos inquiridos, na amostra, com idade inferior a 55 anos, revela que (80%) atualmente está doente, enquanto nos restantes grupos etários verifica-se que as percentagens maiores (entre 60% a 70%) são indivíduos que atualmente não se encontram doentes (ver tabela 7 e figura 6).

Tabela 7 - Estado de saúde por grupo etário

Grupo Etário	Está atualmente doente?		Total
	Sim	Não	
< = 55 anos	80,0%	20,0%	2,8%
56 - 65 anos	29,2%	70,8%	27,3%
66 - 75 anos	34,7%	65,3%	54,0%
> = 76 anos	39,3%	60,7%	15,9%
Total	35,2%	64,8%	100,0%

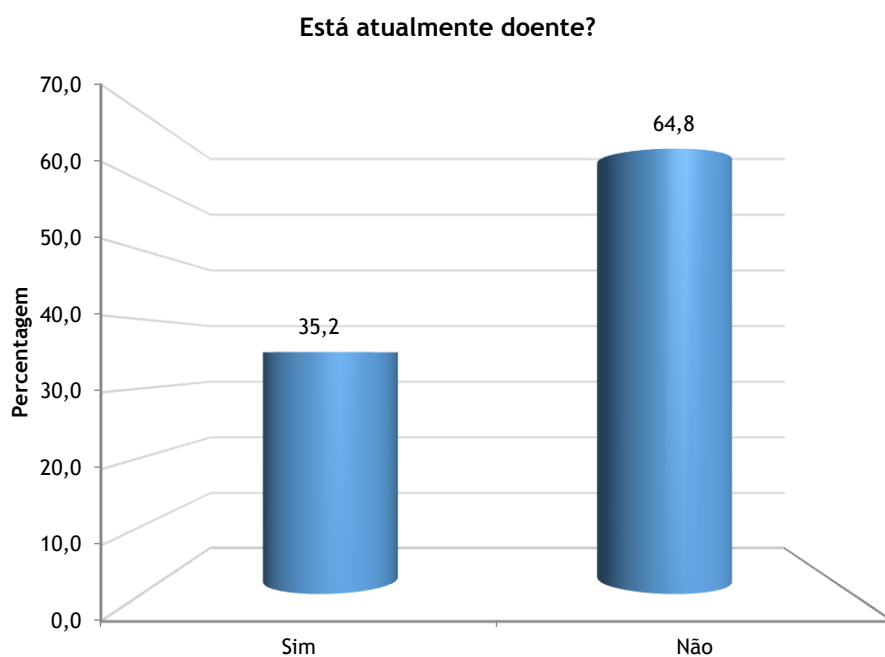


Figura 6 - Distribuição da amostra de acordo com a questão se está atualmente doente

6.2 Análise das variáveis de QV

Conforme enunciado anteriormente, a análise da qualidade de vida, diz respeito às indicações da Organização Mundial de Saúde, analisando cada um dos domínios: físico, psicológico, social e ambiental e ainda a qualidade de vida geral. Para facilitar esta análise e entendimento dos resultados, o valor mais próximo de 100 representa a melhor qualidade de vida, ou seja, quanto mais alta a pontuação, melhor a percepção (dos idosos) da qualidade de vida referente a cada domínio.

Na tabela 8 pode verificar-se que a dimensão psicológica é a que apresenta o valor mais perto de 100, com 72,68, ou seja, questões como sentimentos positivos, espiritualidade, crenças pessoais, imagem corporal ou aparência, autoestima, memória ou concentração e sentimentos negativos foram os mais valorizados pelos inquiridos. A dimensão social aparece, em seguida, com 69,20, onde é avaliada a satisfação dos inquiridos face às relações pessoais e ao apoio social (família, amigos, colegas, conhecidos) e à atividade sexual.

A dimensão física avalia a dor e o desconforto, a dependência de medicação ou tratamentos, a energia e a fadiga, a mobilidade, o sono e o repouso, as atividades da vida quotidiana e a capacidade de trabalho, e obteve a pontuação de 67,86. Já a dimensão ambiental, onde é avaliada a segurança física e a proteção, os meios de transporte, o ambiente físico, como a poluição, o ruído, o trânsito, o clima, o ambiente no lar, os recursos financeiros suficientes

para as necessidades, entre outros, é a que apresenta um valor mais baixo com 64,86. Este domínio está diretamente relacionada com a insegurança, o acesso aos serviços de saúde e à informação, bem como às condições do local onde vive.

Verifica-se assim, que todas as avaliações se encontram acima dos 60 pontos, o que significa que os idosos têm uma perceção positiva, mas não muito elevada, dos domínios da qualidade de vida. Em termos globais, verifica-se que os inquiridos em relação à dimensão geral tem uma perceção da qualidade de vida positiva (66,14) (tabela 8).

Tabela 8 - Descrição dos Domínios da Qualidade de Vida

	Média	Desvio Padrão
Dimensão Geral	66,14	2,92
Dimensão Física	67,86	3,18
Dimensão Psicológica	72,68	2,82
Dimensão Social	69,20	2,97
Dimensão Ambiental	64,86	2,57

Ao nível da fiabilidade do instrumento utilizado, a mesma foi verificada constatando-se que a escala apresenta uma consistência interna excelente, uma vez que $\alpha \geq 0.9$, ou seja tem-se um valor Alpha de Cronbach= 0,945 (ver tabela 9), o que significa que o instrumento possui as características exigidas face ao propósito da nossa investigação.

Tabela 9 - Fiabilidade

Alpha de Cronbach	Nº de itens
0,945	26

6.3 Discussão das questões de investigação

Com este estudo visa-se investigar se existirá alguma relação entre a qualidade de vida e a ocupação dos tempos livres. A primeira questão de investigação pretende saber como é que os idosos do concelho de Castelo Branco avaliam a sua qualidade de vida. Tendo em conta a tabela 8 anteriormente apresentada verifica-se que os idosos têm uma perceção positiva (acima dos 64%) dos vários domínios da qualidade de vida. O domínio psicológico apresenta a média mais elevada com mais de 70 pontos. Segue-se o domínio social, com 69 pontos e o domínio físico com 67 pontos. Em último lugar, aparece o domínio ambiental com 65 pontos. Em termos globais, verifica-se que os inquiridos em relação à dimensão geral tem uma perceção da qualidade de vida positiva (66,14).

Devido à necessidade de cumprir os objetivos de investigação e responder às questões inicialmente levantadas, houve necessidade de agrupar os respondentes em dois grupos:

indivíduos com ocupação e indivíduos com ausência de ocupação nos tempos livres. Verificou-se, assim, que os idosos que ocupam o seu tempo livre têm uma melhor (perceção da) qualidade de vida em relação aqueles que não têm qualquer ocupação (ver tabela 10).

A dimensão psicológica, para os idosos que ocupam os seus tempos livres, apresenta o valor mais elevado com 73,12, enquanto aqueles que não tem qualquer ocupação o valor é de 60,95 pontos. Segue-se a dimensão física com 68,61 pontos e 53,47, para os idosos que ocupam e para os que não têm qualquer ocupação, respetivamente.

As dimensões social e ambiental apresentam menores diferenças (aproximadamente 5 pontos) sendo também os melhores resultados para aqueles que ocupam os seus tempos livres.

Finalmente, no domínio geral, a qualidade de vida dos idosos que ocupam os tempos livres é de 66,61 pontos, enquanto que os que não ocupam os seus tempos livres apresentam uma qualidade de vida de 54,29 pontos. Esta diferença, de 12 pontos, leva-nos a concluir que os inquiridos que ocupam os seus tempos livres têm uma melhor perceção da qualidade de vida que os que não têm qualquer atividade.

Tabela 10 - Descrição dos domínios da Qualidade de Vida, tendo em conta a ocupação dos tempos livres

	Ocupa os tempos livres?	N	Média	Desvio Padrão
Média da dimensão geral	Não	7	54,29	2,79455
	Sim	168	66,61	2,90224
Média da dimensão física	Não	7	53,47	3,10741
	Sim	168	68,61	3,11946
Média da dimensão psicológica	Não	7	60,95	4,40058
	Sim	168	73,12	2,71604
Média da dimensão social	Não	7	65,71	3,21373
	Sim	167	69,28	2,96623
Média da dimensão ambiental	Não	7	60,36	2,33503
	Sim	168	65,03	2,58188

Em relação à segunda questão - *como é que os idosos do concelho de Castelo Branco ocupam os seus tempos livres* - e de acordo com a tabela 11, verifica-se que 26,35% se ocupa das tarefas da casa, 25,86% frequenta a USALBI, 18,23% passeiam, 15,76% leem, 11,33% tomam conta dos netos, 1,72% não tem qualquer atividade e 0,74% têm outras ocupações que não as referenciadas.

Tabela 11 - Ocupação de tempos livres

Ocupação de tempos livres	N	%
Não faz nada	7	1,72
Ler	64	15,76
Tomar conta dos netos	46	11,33
Passear	74	18,23
Lida da casa	107	26,35
USALBI	105	25,86
Outras	3	0,74

Como foi referido anteriormente, com base nos dados obtidos foram formados 2 grupos. Optamos por agrupar, por um lado, os idosos que têm ocupação de tempos livres e por outro, os que não têm qualquer ocupação. A tabela seguinte indica que apenas 3,98% não têm qualquer ocupação, enquanto 95,45% ocupa de forma diversificada os seus tempos livres. Apenas 1 pessoa, ou seja, 0,57% não quis responder a esta questão (ver tabela 12).

Tabela 12 - Ocupação de tempos livres (S/N)

Ocupa os tempos livres	N	%
Não	7	3,98
Sim	168	95,45
S/resposta	1	0,57

A terceira questão pretende verificar se existe alguma relação entre a ocupação dos tempos livres e a qualidade de vida dos idosos residentes em Castelo Branco.

Em termos de correlação entre a ocupação dos tempos livres e a qualidade de vida, a correlação é fraca, uma vez que $r < 0.3$ (e só para três dimensões da QV: QV geral, QV física e QV psicológica) (tabela 13). Esta correlação baixa vai em sentido inverso dos vários estudos consultados e enunciados anteriormente (isto é, que a ocupação ativa do idoso está fortemente relacionada com um aumento da perceção da qualidade de vida). Assim sendo, consideramos que esta correlação baixa se deve ao facto de a amostra de idosos que não ocupam os tempos livres ser muito reduzida. Existe uma diferença muito grande de proporção entre o número de idosos que não ocupam os tempos livres (7) face aos idosos que ocupam o tempo livre (168); julgamos que os 7 idosos que não ocupam os tempos livres não são representativos do universo de idosos que não ocupa ativamente os seus tempos livres. Em futuras investigações deverá ser analisada a qualidade de vida num número maior de idosos que não ocupa o tempo livre para dessa forma examinar de uma forma mais ampliada e significativa se a correlação se mantém baixa também nesse caso.

Contudo, apesar de baixa, pode concluir-se que existe uma relação positiva entre a qualidade de vida e a ocupação dos tempos livres. Tal como foi referido anteriormente por Fonseca (2006), se compararmos os indivíduos, da mesma idade, que ainda exerçam uma atividade e aqueles que já se encontram reformados, há uma maior probabilidade de encontrar estes últimos doentes fisicamente e com redução de mobilidade, e portanto com menos qualidade de vida. Neste caso tal situação análoga também acontece quando se compara os indivíduos com/sem ocupação ativa dos tempos livres. No entanto, e como foi referido anteriormente, o processo de envelhecimento e a vivência da velhice são experiências particulares a cada idoso, a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000).

Tabela 13 - Qualidade de Vida versus ocupação de tempos livres

	QV geral	Física	Psicológica	Social	Ambiental
Correlação	0,165	0,188	0,169	0,047	0,071
Sig.	0,029	0,013	0,025	0,535	0,347
N	175	175	175	174	175

No que respeita à última questão de investigação - *Existirão diferenças na qualidade de vida dos idosos consoante a forma como ocupam os seus tempos livres?* - Poderão visualizar-se, anteriormente, na tabela 10 os cruzamentos efetuados entre as variáveis da QV e a ocupação dos tempos livres, conforme referido anteriormente.

A significância das diferenças entre as dimensões da qualidade de vida nos indivíduos que têm uma ocupação de tempos livres *versus* os que não tem ocupação, foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes e a homogeneidade de variâncias foi avaliada com o teste Levene.

A tabela 14 apresenta o teste de Levene para a homogeneidade de variâncias. Sendo o *p-value* >0.05 , em todas as dimensões da Qualidade de Vida, conclui-se que as variâncias não são homogêneas e assim a estatística de teste a utilizar para o teste de *t*-Student é a que não assume a igualdade de variâncias.

Tabela 14 - Test t para variáveis independentes

	Teste Levene		Teste t- para igualdade de Médias					
	F	Sig.	t	Graus de Liberdade	p	Diferença Médias	Desvio Padrão	
D. geral	Igualdade assumida	0,364	0,547	-2,204	173	0,029	-2,46429	1,11815
	Igualdade não assumida			-2,282	6,551	0,059	-2,46429	1,07971
D. física	Igualdade assumida	0,065	0,799	-2,517	173	0,013	-3,02823	1,2032
	Igualdade não assumida			-2,526	6,514	0,042	-3,02823	1,19889
D. psicológica	Igualdade assumida	3,749	0,054	-2,26	173	0,025	-2,43413	1,07686
	Igualdade não assumida			-1,452	6,192	0,195	-2,43413	1,67641
D. social	Igualdade assumida	0,17	0,68	-0,622	172	0,535	-0,71343	1,14785
	Igualdade não assumida			-0,577	6,436	0,583	-0,71343	1,23617
D. ambiental	Igualdade assumida	0,298	0,586	-0,942	173	0,347	-0,93552	0,99283
	Igualdade não assumida			-1,034	6,626	0,337	-0,93552	0,90476

Na análise da existência de diferenças significativas entre a ocupação ou não de tempos livres, a única dimensão que apresenta diferenças significativas entre os dois grupos é a que corresponde à dimensão física. No entanto, deve ter-se em conta que o processo de envelhecimento é particular, específico e idiossincrático a cada idoso e é complexo identificar o seu começo porque as suas dimensões (biológica, social ou psicológica), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000).

6. Considerações finais

6.1 Conclusões e futuras linhas de investigação

O envelhecimento tem vindo a assumir uma importância cada vez maior em muitos países (incluindo Portugal), uma vez que se tem verificado um aumento da proporção de pessoas idosas e uma diminuição das pessoas mais jovens na população nacional (INE, 2013).

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a importância do lazer e da ocupação de tempos livres na qualidade de vida das pessoas idosas, do concelho de Castelo Branco, que se avalia de forma satisfatória, uma vez que a ocupação de tempos livres (seja através de atividades programadas, seja apenas pelas relações sociais) surge como um aspeto determinante para o sucesso desta nova etapa, do ciclo de vida dos indivíduos. Conclui-se, assim, que a qualidade de vida percebida pelos idosos é satisfatória e é maior quando os inquiridos participam em atividades ocupacionais. Percebemos a importância da ocupação de tempos livres e do lazer nas pessoas idosas e no modo como estes aumentam a qualidade de vida deste tipo de população.

Os participantes deste estudo foram 176 indivíduos maioritariamente entre os 66 e 75 anos (54%), a idade mínima foi 52 anos e a máxima 91 anos de idade, sendo 64% mulheres e 36% homens, o que revela, também, alguma desigualdade na repartição do género. Estamos perante uma amostra maioritariamente feminina o que está de acordo com a tendência etária atual na velhice, uma vez que a esperança média de vida é superior nas mulheres.

O estado de saúde atual dos inquiridos da amostra revela que 35,2% atualmente está doente, enquanto os restantes indivíduos (64,8%) indicam que atualmente não se encontram doentes. Face aos resultados obtidos nesta questão esperavam-se melhores resultados no grupo etário de ≤ 55 anos, uma vez que 80% indica que atualmente está doente, enquanto os grupos etários superiores as percentagens situam-se entre os 29% e os 39%. Estes resultados, na nossa opinião, podem dever-se à amostra reduzida deste grupo etário. No entanto, Otta e Fiquer (2004) frisam que as pessoas com mais idade tendem a valorizar os aspetos positivos e a minimizar os negativos e que adicionam um pequeno acréscimo no bem-estar à medida que vão envelhecendo. Acrescentam ainda que existem diferenças entre os vários indivíduos e o que o bem-estar não é interpretado por todos da mesma forma (existindo muitos fatores que intervêm na maneira como cada um vivencia o seu envelhecimento).

De referir ainda que, tendo em conta os domínios da qualidade de vida analisados (físico, psicológico, social e ambiental), foram observadas diferenças significativas ao nível dos grupos, nomeadamente no domínio físico.

Nesta investigação confirmou-se a complexidade do estudo do envelhecimento, que se define como uma inevitabilidade de limitações que condicionam de forma variável a vida humana avançada e que continuará a intensificar-se nas próximas décadas.

Verificou-se que a qualidade de vida é, em última instância, vivida como um sentimento de bem-estar pessoal, pois alicerça-se na opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua própria vida.

O idoso deve permanecer ativo para manter a autoestima e preservar a saúde, sendo indispensável promover a atividade e a interação social como contributo para um envelhecimento bem-sucedido. De acordo com Newall *et al.* (2013), o idoso ao praticar uma atividade que gosta e lhe dá prazer, sente emoções positivas e simultaneamente sente-se descontraído, o que melhora a sua qualidade de vida. Tal como no presente estudo, Santana *et al.* (2012) confirmam que o tempo de lazer preenchido com as atividades corretas têm implicações positivas significativas para o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos idosos.

Os resultados obtidos neste trabalho, em consonância com outras investigações atrás referidas sobre a QV, permitem-nos afirmar que a ocupação de tempos livres/atividades de lazer constituem um fator extremamente importante para uma saúde física e psicológica na terceira idade. Assim sendo, as consequências desta evidência constatada deveriam ser suficientes para que os diversos intervenientes na área do envelhecimento (estatais e privados) equacionem estratégias com vista a estimular a prática de atividade de lazer nos idosos. Os custos seriam seguramente muito menores uma vez que os idosos requereriam menor número de estruturas de apoio/paliativas para os apoiar/tratar. Esse facto também teria reflexo junto das famílias uma vez que estas ficariam menos sobrecarregadas pois os idosos manter-se-iam mais saudáveis e ativos durante muito mais tempo e, conseqüentemente, menos deprimidos e com menos patologias psicológicas. A ocupação de tempos livres melhora a percepção da qualidade de vida: e essa evidência comprovada é, desde há muito tempo, intuitivamente apreendida na sabedoria popular, como demonstra a expressão “parar é morrer”.

Se a ocupação de tempos livres melhora a percepção da qualidade de vida, que estratégias podem então ser criadas para otimizar e maximizar este aspeto?

O modelo clássico de prestação de cuidados gerontológicos (assente no tratamento das sequelas do envelhecimento) está definitivamente esgotado dado o seu carácter limitado na forma como encara o envelhecimento. Um envelhecimento “passivo” (em contraponto a uma conceção de envelhecimento ativo) é cada vez mais visto como um aspeto a evitar uma vez que atualmente já possuímos conhecimento das suas consequências deletérias quer física, psicológica quer socialmente. Os idosos atuais, dado o seu maior ou menor grau de dependência, necessitam que se lhes forneçam os meios com os quais possam exercer a sua

vontade/necessidade de ativação para, num segundo momento, colherem os frutos (resultado) desse processo. Constatámos que já existem conhecimentos e referências generalizadas entre os diversos intervenientes/prestadores de cuidados à terceira idade sobre a necessidade de estimular os idosos para que estes ocupem construtivamente o seu tempo livre mas parece que a tradução deste conhecimento em práticas concretas e generalizadas se mantêm ainda muito incipientes e insuficientes.

Em suma, com a realização deste trabalho pretendeu-se dar um contributo para o avanço do conhecimento científico nesta área, investigando se a ocupação de tempos livres e o lazer têm influência na qualidade de vida dos idosos.

6.2 Limitações de estudo

Toda e qualquer investigação não está isenta de limitações e a realização deste estudo também está condicionada a vários aspetos, os quais representam importantes limitações. Desde logo a reduzida amostra utilizada e o espaço temporal impedem a generalização dos resultados e das conclusões. Deste modo, impõem-se algum cuidado na generalização dos mesmos. Estes resultados apenas se podem referir à amostra em questão. De forma a minimizar esta limitação dever-se-ia replicar o estudo.

Os efeitos resultantes da amostra reduzida foram colmatados dividindo os inquiridos em dois grupos (os que frequentam a Usalbi e os que não frequentam). Outra dificuldade teve a ver com a recolha de dados, uma vez que o questionário se tornou, para a maioria dos indivíduos, de preenchimento longo, verificando-se uma grande necessidade de conversar e contar histórias das suas vidas (partilharem as suas experiências).

Poderiam, ainda, ter sido utilizadas outras variáveis como o estilo de vida, as crenças e os valores, para perceber a importância da qualidade de vida, o que abre desde já caminho para a realização de futuros estudos.

Bibliografia

ALMEIDA, M. (2007). Envelhecimento: Activo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Revista Fórum Sociológico*, 17 (2), 17-24.

BENNETT, K. (2002). Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and Ageing*, 31(3), 165-168.

BLANCO, E.H. (2006). Síndromes Geriátricas. Lisboa: Revisfarma.

CANAVARRO, M. C., & SERRA, A. (2006). WHOQOL-BREF, Versão para Português de Portugal. Universidade de Coimbra.

CANAVARRO, M. C., SERRA, A., PEREIRA, M., SIMÕES, M., QUINTAIS, L., & QUARTILHO, M. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*.

CARNEIRO, M., EUSÉBIO, C. (2012). Segmentation of the tourism market using the impact of tourism on quality of life. *Tourism & Management Studies*, (7), 91-100.

CHEN, S., FU, Y. (2008). Leisure participation and enjoyment among the elderly: individual characteristics and sociability. *Educational Gerontology*. 34, 871-889.

CAPIOPPO, J., HUGHES, M. & WAITE, L. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Ageing*. 21 (1), 140-151.

DIPIETRO, L., FIATARONE SINGH, M., FIELDING, R., & NOSE, H. (2012). Successful aging. *Journal of aging research*, 2012, 1.

DOGRA, S., & STATHOKOSTAS, L. (2012). Sedentary behavior and physical activity are independent predictors of successful aging in middle-aged and older adults. *Journal of aging research*, 2012, 1-8.

DROLET, A., SCHWARZ, N. & YOON, C. (2010). The Aging Consumer - Perspectives from Psychology and Economics. New York. Routledge.

FERNANDES, A. (1996). Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

FERREIRA, L. (2002). Utilidades, QALYS e Medição da Qualidade de Vida. Associação portuguesa de Economia da Saúde, 1.

- FIGUEIREDO, L. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- FIRMINO, H. (2006). Psicogeriatrics. Lisboa: Almedina.
- FONSECA, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- FONSECA, A. (2006). O envelhecimento - Uma abordagem psicológica. (2ª ed). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- FONSECA, A. M., NUNES, M. V., TELES, L., MARTINS, C., PAÚL, C., & CASTRO-CALDAS, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (IAQdV) - Estudo de Validação para a População Idosa Portuguesa. *Psychologica*, (50), 373.
- FONTAINE, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa. Climepsi Editores.
- GARCÍA, R., CASSINELLO, M., BRAVO, M., MOLINA, M., MARTÍNEZ, J., LÓPEZ, P., & DEL MORAL, R. (2011). Successful ageing: criteria and predictors. *Psychology in Spain*, 15 (1), 94-101.
- GUTCHESS, A. (2010). Cognitive Psychology and Neuroscience of Aging. In Drolet, Schwarz, & Yoon (Eds.), *The Aging Consumer - Perspectives from Psychology and Economics* (pp.3 - 24). New York. Routledge.
- HALVORSRUD, L., KIRKEVOLD, M., DISETH, Å., & KALFOSS, M. (2010). Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. *Research and theory for nursing practice*, 24 (4), 241-259.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - INE - (2012) Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. *Revista de Estudos Demográficos*.
- JACOB, L. (2007). Animação de idosos: atividades. Porto: Âmbar.
- JANKE, M., DAVEY, A. & KLEIBER, D. (2006). Modeling Change in Older Adults' Leisure Activities. *Leisure Sciences*. 28, 285-303.
- MARTIN, M., SCHNEIDER, R., EICHER, S., & MOOR, S. (2012). The functional quality of Life (fQOL)-Model: a new basis for quality of life-enhancing interventions in old age. *GeroPsych*, 25, 1, 33-40.
- MCGUIRE, F. A., BOYD, R., & TEDRICK, R. T. (1996). Leisure and aging: Ulyssean living in later life. Champaign, IL: Sagamore.

- MOLZAHN, A., SKEVINGTON, S., KALFOSS, M., & MAKAROFF, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Quality of Life Research*, 19(2), 293-298.
- MOSCHIS, G. (2003). Marketing to older adults: an updated overview of present knowledge and practice. *Journal of Consumer Marketing*, 20(6), 516-525.
- NEWALL, E., CHIPPERFIELD, J., & STEWART, T. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychologist*, 32, 8, 921-924.
- NEWTON, L., & DORNELLES, B. (2002). Envelhecimento Bem-Sucedido, Programa Geron. (2ªed)., Porto Alegre: PUCRS editora.
- NIMROD, G. (2007). Retirees' leisure: Activities, benefits, and their contribution to life satisfaction. *Leisure Studies*, 26(1), 65-80.
- NOSRATY, L., SARKEALA, T., HERVONEN, A., & JYLHÄ, M. (2012). Is There Successful Aging for Nonagenarians? The Vitality 90 + Study. *Journal of aging research*. 1-9.
- OLIVEIRA, J. (2008). Psicologia do idoso. Temas complementares. Porto. Livpsic-Psicologia.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). Envejecimiento activo: Un marco político. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, 74-105.
- OTTA, E., FIQUER, J. (2004). Bem-estar subjetivo e regulação de emoções. *Psicologia em Revista*, 10(15),144-149.
- PAÇO, A., (2013). Case 12: How a Municipality Can Serve the Elderly Public: The Case of the Ages Space (espaço das idades). *Best Practices in Marketing and their Impact on Quality of Life. Applying Quality of Life Research*, DOI 10.1007/978-94-007-5878-0_13.
- PAÚL, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas humanos e organizações, Lda.
- PAÚL, C., & FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal - Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- PERISTA, H., & PERISTA, P. (2012). Género e envelhecimento - planear o futuro começa agora. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Lisboa.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) (2013). Relatório de Desenvolvimento Humano - A Ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado, 19 de Março de 2013, ISBN 978-92-1-126340-4, disponível em: <http://hdr.undp.org/en/content/relat%C3%B3rio-do-desenvolvimento-humano-2013> [acedido em 10 Abril de 2014].

PETERS, E. (2010). Aging-Related Changes in Decision Making. In Drolet, Schwarz, & Yoon (Eds.). *The Aging Consumer - Perspectives from Psychology and Economics*. New York. Routledge.

RIBEIRO, P., NERI, A., CUPERTINO, A., & YASSUDA, M. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14, (3), 501-509.

ROBERT, L. (1994). *O Envelhecimento - Factos e Teorias*. Editor: Instituto Piaget.

SANTANA, J., TAVARES, M., & PEREIRA, E. (2012). Leisure and health: program of physical activity and leisure better functional ability of institutionalized elderly. In *Motricidade*, 8 (2), 725-733.

SANTOS, L. R., RIBEIRO, J. P., & GUIMARÃES, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, 21(4): 441-451.

SANTOS, P. (2002) *A depressão no idoso: estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. 2ª edição. Quarteto Editora.

SANTOS, S. (2003). Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. *Textos sobre Envelhecimento*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2 (6), 77-91.

SEQUEIRA, C. (2007) *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.

SILVA, P. (2009). Adaptação à reforma e satisfação com a vida: a importância da atividade e dos papéis sociais na realidade europeia. Departamento de Psicologia Social e das Organizações - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

SILVERSTEIN, M., & PARKER, M. G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547.

SKEVINGTON, S., LOTFY, M. & O'CONNELL, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13: 299-310.

SOUSA, L., GALANTE, H., & FIGUEIREDO, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3): 364-371.

SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. e CERQUEIRA, M. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.

WHAL, H-W., IWARSSON, S., & OSWALD, F. (2012). Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52, 3, 306-316.

WILSON, I., & CLEARY, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273 (1), 59-65.

WHOQOL GROUP (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science Medicine*, 46 (12), 1569-1585

ZIMERMAN, G. I. (2000). Velhice: aspetos biopsicossociais. Porto Alegre: Artemed.

Websites

www.amatolusitano-ad.pt/conteudos/usalbi/?id=72, acedido em 15-11-2013;

www.eapn.pt/download.php?file=493, acedido em 15-11-2013;

www.ine.pt, acedido em 15-11-2013;

www.projectotio.net, acedido em 15-11-2013, 02-01-2014;

www.rutis.com, acedido em 15-11-2013;

Anexos

Anexo I - Questionário



Ex.mo(a) Sr.(a): A informação a recolher neste questionário é anónima e destina-se a uma investigação no âmbito de uma dissertação de Mestrado sobre a ocupação e o lazer na população Sénior. Sem esta informação será impossível a realização deste trabalho, pelo que agradeço desde já a sua colaboração.

Por favor responda a todas as perguntas com um círculo em volta do que melhor lhe parecer. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeira à cabeça. Peço-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita	1	2	3	4	5

Deve por um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas. **Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2(G4)	Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5



Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

7(F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
15(F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade (capacidade de se movimentar e deslocar por si próprio(a))?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida nas últimas duas semanas?

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as	1	2	3	4	5



Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

	atividades do seu dia a dia?					
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar onde vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5



Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde

Dados sociodemográficos:

Idade ____ anos

Sexo Masculino

Profissão _____

Feminino

Escolaridade Não sabe ler nem escrever

Está atualmente doente

Sim

Sabe ler e/ou escrever

Não

1º - 4ª ano

Como é que ocupa o seu tempo livre:

5º - 6º ano

Não faz nada

7º - 9º ano

Ler

10º - 12º ano

Tomar conta dos netos

Estudos universitários

Passear

Formação pós graduada

Lida da casa

USALBI

Estado civil Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Separado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)