



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

DILEMAS DA 4ª IDADE:

Estudo sobre qualidade de vida em Centros de Dia

Claúdia Alexandra Escaleira Araújo



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Cláudia Alexandra Escaleira Araújo

Dilemas da 4^a idade:
Estudo sobre qualidade de vida em Centros de Dia

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Maria Alice Martins da Silva Calçada Bastos
Professora Doutora Maria Isabel Soares Parente Lajoso Amorim
Professor Doutor José Miguel Gomes Costa Veiga

Fevereiro de 2023

Agradecimentos

Chegou ao fim mais uma etapa de vida. Um percurso realizado com muitos altos e baixos, onde foram superados diversos desafios que foram surgindo ao longo da elaboração da presente dissertação, sendo para mim uma prova de superação. Não poderia deixar de agradecer a várias pessoas que fizeram parte deste meu percurso e sem as quais teria sido difícil terminar esta viagem.

Não poderia deixar de agradecer aos meus orientadores. À Professora Doutora Alice Bastos, o meu agradecimento por todo o conhecimento transmitido, pelo incentivo, pela motivação e pela disponibilidade prestada ao longo desta caminhada.

À professora Doutora Isabel Amorim, coorientadora deste trabalho, obrigada pela disponibilidade e pelo incentivo dado ao longo da realização deste trabalho.

Ao Professor Doutor José Miguel Veiga, coorientador deste trabalho, obrigada pela disponibilidade que sempre demonstrou no tratamento estatístico dos dados, pela simpatia e pelas palavras de incentivo dadas.

Aos meus pais e avós. Sem eles, este objetivo de vida não seria cumprido. Obrigada por estarem presentes em todos os momentos, pelo apoio e pela força que me deram ao longo desta etapa. Obrigada por sempre acreditarem em mim.

À Fátima, minha melhor amiga. Obrigada por nunca deixares de acreditar em mim, pelo apoio dado em todos os momentos e sobretudo, por estares sempre presente.

À Maria, minha colega nesta caminhada realizada desde a licenciatura, obrigada pela experiência de vivermos a vida académica juntas. De Viana levo momentos que ficarão guardados.

A vós, dedico esta dissertação.

RESUMO

Contexto e objetivo: O envelhecimento é um processo contínuo, multidirecional e multidimensional, com alterações influenciadas por fatores genético-biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou não-normativa (Baltes, 1987/1997). Relativamente aos adultos mais velhos, Baltes e Smith (2003) observaram uma descontinuidade entre a 3ª e a 4ª idade. A distinção entre Terceira e Quarta idade pode ser realizada em função da diferença entre o potencial para uma boa qualidade de vida, característico da Terceira idade, e o potencial negativo da Quarta idade para manter e melhorar a qualidade de vida. A necessidade de contribuir para o envelhecimento ativo e saudável tem sido uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015). Embora grande parte da população envelheça em casa/comunidade, algumas pessoas precisam de apoio específico. O Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por base a prestação de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996), embora este contexto de vida não tenha sido muito investigado (Orellana et al., 2020a). O presente estudo visa analisar a Qualidade de Vida em pessoas mais velhas a frequentar Centros de Dia em função das características sociodemográficas e capacidade funcional.

Método: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, com cerca de 100 adultos com 65+ anos, a frequentar Centros de Dia. Na recolha de dados usou-se um questionário sociodemográfico (elaborado para o efeito) e a versão portuguesa dos seguintes instrumentos: Índice de Lawton (Sequeira, 2007), Índice de Barthel (Araújo et al., 2007) e WHOQOL-Bref (Canavarro et al, 2010).

Resultados: Os resultados evidenciam que os 108 participantes são maioritariamente mulheres (70,4%), com média de idades de 80,0 anos (DP = 7,57; Min= 65; Max= 96), predominantemente viúvas (54,6%), escolaridade reduzida (61,1%), dificuldade em assegurar despesas (75,9%). Em relação à capacidade funcional, observa-se que 2,8% são independentes nas AIVD e 52,7% nas ABVD. Relativamente à Qualidade de Vida observa-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0, 05$) em todos os domínios em função da capacidade funcional (ABVD e AIVD), sendo a diferença marginalmente significativa na Qualidade de Vida geral nas AIVD. Quanto às características sociodemográficas, observa-se diferenças significativas ($p < 0,05$) em alguns domínios da Qualidade de Vida (ex., psicológico e ambiente) em função da escolaridade, estado civil e rendimentos.

Conclusão: Os resultados observados, ainda que preliminares, indicam a necessidade de prestar particular atenção à avaliação e monitorização das intervenções gerontológicas em Centros de Dia.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Capacidade Funcional; 4ª idade; Centros de Dia

Abstract

Background and objective: Aging is a continuous, multidirectional and multidimensional process, with changes influenced by genetic-biological and sociocultural factors, which can be of a normative or non-normative nature (Baltes, 1987/1997). Regarding older adults, Baltes and Smith (2003) noted a discontinuity between the 3rd and 4th ages. The distinction between Third and Fourth age can be made on the basis of the difference between the potential for good Quality of Life, characteristic of Third age, and the negative potential of Fourth age to maintain and improve Quality of Life. The need to contribute to active and healthy aging has been one of the concerns of the World Health Organization (WHO, 2015). Although much of the population ages at home/community, some people need specific support. The Day Center is a social response, developed in equipment, which is based on the provision of services that contribute to the maintenance of the elderly in their social and family environment (Bonfim & Saraiva, 1996), although this living context has not been widely researched (Orellana et al., 2020a). This study aims to analyse the Quality of Life of older people attending Day Centers according to their sociodemographic characteristics and functional capacity.

Method: This is a quantitative study, with about 100 adults aged 65+, attending Day Centers. Data collection used a sociodemographic questionnaire (prepared for this purpose) and the Portuguese version of the following instruments: Lawton Index (Sequeira, 2007), Barthel Index (Araújo et al., 2007) and WHOQOL-BREF (Canavarró et al, 2010).

Results: The results show that the 108 participants are mostly women (70.4%), with a mean age of 80.0 years (SD = 7.57; Min= 65; Max= 96), predominantly widows (54.6%), low education (61.1%), and difficulty in ensuring expenses (75.9%). Regarding functional capacity, it is observed that 2.8% are independent in IADL and 52.7% in ABVD. Regarding Quality of Life, statistically significant differences were observed ($p < 0.05$) in all domains according to functional capacity (ABVD and AIVD), with a marginally significant difference in overall Quality of Life in AIVD. As for sociodemographic characteristics, significant differences ($p < 0.05$) were found in some domains of Quality of Life (e.g., psychological and environment) according to education, marital status and income.

Conclusion: The observed results, although preliminary, indicate the need to pay particular attention to the evaluation and monitoring of gerontological interventions in the Day Center.

Keywords: Aging; Quality of Life, Functional Ability, Day Centers; 4th Age

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I - REVISÃO DA LITERATURA	7
1. Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido	9
1.1. Tipologias de Envelhecimento e Gerontologia Social	9
1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido <i>versus</i> Normal <i>versus</i> Patológico	12
1.3. O Quadro de Referência do Envelhecimento Ativo e Saudável	14
2. Os Centros de Dia e Qualidade de Vida das Pessoas Idosas	21
2.1. Envelhecer em Centros de Dia	22
2.2. Qualidade de Vida em Centros de Dia: Um tópico negligenciado	27
2.2.1. A Qualidade de Vida Centrada na Pessoa	27
2.2.2. A Qualidade de Vida segundo a OMS	29
2.3. Investigação sobre Qualidade de Vida e Envelhecimento	31
3. Síntese	38
II- MÉTODO	41
1- Plano de Investigação e Participantes	43
2- Instrumentos de Recolha de Dados	43
3- Procedimentos de Recolha de Dados.....	45
4- Estratégias de Análise de Dados	45
III- RESULTADOS	47
1- Caraterização dos participantes.....	49
2- Descrição dos Centros de Dia.....	50
3- Capacidade Funcional na Vida Diária	51
4- Análise da Qualidade de Vida em função das caraterísticas sociodemográficas e capacidade funcional dos participantes	54
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caraterização sociodemográfica dos participantes	49
Tabela 2. Descrição dos Centros de Dia em função da dimensão e utilizadores.....	50
Tabela 3. Descrição das ABVD em função do grupo etário.....	51
Tabela 4. Pontuação total ABVD em função do nível de dependência	52
Tabela 5. Descrição das AIVD em função do grupo etário.....	53
Tabela 6. Pontuação total das AIVD em função do nível de dependência	53
Tabela 7. Qualidade de Vida em função da idade.....	54
Tabela 8. Qualidade de Vida em função da escolaridade	55
Tabela 9. Qualidade de Vida em função do estado civil.....	55
Tabela 10. Qualidade de Vida em função dos rendimentos	56
Tabela 11. Qualidade de Vida em função da capacidade funcional nas ABVD	57
Tabela 12. Qualidade de Vida em função da capacidade funcional nas AIVD.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais da Vida Diária

EBS- Envelhecimento Bem-Sucedido

ES- Envelhecimento Saudável

OMS- Organização Mundial de Saúde

QdV- Qualidade de Vida

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

INTRODUÇÃO

Atualmente, Portugal é um país mais envelhecido da União Europeia (Eurostat, 2021). Face aos avanços científicos e tecnológicos, com mais e melhor acesso à educação, saúde e proteção social, tem-se verificado um aumento na longevidade, o que faz com que cada vez mais pessoas atinjam a 4ª idade, ou seja, 80+ anos, como refere Baltes (1997). Um ponto da situação efetuada por Baltes e Smith (2003), evidencia que o processo de otimização é mais difícil de ocorrer na quarta idade do que na terceira.

Para compreender o futuro da população que está a envelhecer, é necessário distinguir a terceira e a quarta idade. Segundo Baltes e Smith (2003), existem duas formas de conceptualizar este assunto: (1) uma relacionada com a população - envelhecimento coletivo; (2) outra relacionada com parâmetros individuais - envelhecimento individual. O que distingue a terceira da quarta idade pelos parâmetros populacionais é a idade cronológica, onde 50% dos indivíduos que estão na mesma corte de nascimento não estão vivos. De acordo com este critério, as pessoas acima deste ponto de corte estão na velhice. Esta definição situa a transição da terceira para a quarta idade entre os 75 ou 80 anos.

De acordo com a mesma fonte, outro modo de diferenciar a terceira e quarta idade é com base em parâmetros individuais. Nos países desenvolvidos, a transição da terceira para quarta idade ocorre entre os 80 e 85 anos. Nos países em desenvolvimento, esta transição ocorre mais cedo, apresentando um Índice de Envelhecimento mais baixo. O objetivo deste enfoque é estimar a duração máxima de vida de um indivíduo, e não a média da população. De acordo com a informação disponível, excluindo as doenças que impedem o alcance de uma vida longa, uma pessoa pode viver entre os 80 e 120 anos nos países desenvolvidos. Assim sendo, a transição para a quarta idade pode ocorrer em idades diferentes.

A diferenciação entre terceira e quarta idade também pode ser realizada em função da diferença entre o potencial para uma boa qualidade de vida, característico da terceira idade, e o potencial negativo da quarta idade para manter e melhorar a qualidade de vida. Para Baltes e Smith (2003), alguns estudos mostram que os adultos mais velhos podem ser membros mais efetivos da sociedade. Por outro lado, a presença de evidências mostra que a quarta idade não é apenas a continuação da terceira idade. Verifica-se que entre os velhos muito velhos existe uma forte prevalência de disfunção e um reduzido potencial para a melhoria da funcionalidade.

No que diz respeito à qualidade de vida, esta pode ser definida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores, nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group 1994, p.28). Em termos de instrumentos de medida, esta pode ser avaliada através quer de versões longas ou breves, como é o caso da WHOQOL-100, WHOQOL-Bref ou WHOQOL-Old (Fleck et al., 2000). No entanto, é de referir que há muitas abordagens à qualidade de vida.

Em Centros de Dia, a qualidade de vida não tem sido muito investigada (Kadowaki e Mahmood, 2018; Orellana et al, 2020), pelo que é relevante investigar esta “resposta social” ao

envelhecimento, na medida em que as Políticas e as práticas podem e devem ser ajustadas a esta população.

De acordo com Bonfim e Saraiva (1996), o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem como base a prestação de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Tem como objetivos: (1) a prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; (2) prestação de apoio psicossocial e desenvolvimento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Estudos longitudinais nos EUA e EU evidenciam que os adultos, na sua maioria, continuam com os níveis de funcionamento intelectual para as atividades de vida diária ou até para o seu desempenho intelectual intactos até aproximadamente 70 anos – Longitudinal Seattle Study (LSS; Schaie, 1996); os resultados obtidos no Berlin Aging Study (BASE; Baltes & Mayer, 1999), fazendo o contraste com os idosos jovens, os nonagenários e centenários mostraram a existência de consequências negativas ao entrar na quarta idade. De acordo com os resultados obtidos com o estudo BASE, o perfil geralmente positivo da terceira idade torna-se menos positivo na quarta idade.

Para além das Políticas Sociais, estruturas de apoio amigas das pessoas idosas e Políticas de Saúde preventivas e corretivas, podem contribuir para manter e/ou melhorar a qualidade de vida da população. Mas também as pessoas têm dentro de si mecanismos que podem garantir ao longo da vida a capacidade adaptativa. Dentro desses mecanismos é de incluir a Otimização Seletiva com Compensação, proposta por Baltes e Baltes (1990). Esta teoria permite explicar os processos adaptativos que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Bastos et al., 2021). A Seleção implica a formulação de objetivos ou resultados, a Otimização envolve a utilização de recursos para alcançar com êxito os objetivos desejados e a Compensação envolve respostas comportamentais com o propósito de preservar ou recuperar o sucesso adaptativo. No entanto, pouco se sabe sobre o envelhecimento em Centro de Dia.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo geral analisar a qualidade de vida em pessoas mais velhas (na 3ª e 4ª idade) a frequentar Centros de Dia. Em termos de objetivos específicos, estabelece-se: (1) descrever as características sociodemográficas dos participantes (ex., género, idade, escolaridade, entre outros); (2) analisar a qualidade de vida em função das características sociodemográficas e da capacidade funcional dos participantes.

A presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: revisão da literatura, onde se encontram os aspetos ligados ao enquadramento do estudo. O método onde se apresenta plano de investigação e participantes, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de recolha de dados e estratégias de análise de dados. Segue-se a apresentação dos resultados, com destaque para a caracterização dos participantes, a descrição das variáveis em estudo e a análise da Qualidade de Vida em função das características sociodemográficas e

capacidade funcional dos participantes. Finalmente, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos e conclusão.

I - REVISÃO DA LITERATURA

1. Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido

Nesta secção vamos começar por analisar as tipologias do envelhecimento, a sua ligação com a Gerontologia Social, assim como alguns modelos acerca do envelhecimento bem sucedido, e posteriormente apresenta-se o quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável.

1.1. Tipologias de Envelhecimento e Gerontologia Social

Face ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade, o número de pessoas com 65 ou mais anos tem vindo a aumentar (ILC-Brasil, 2015). O envelhecimento, para Baltes (1987, 1997), é um dinâmico processo contínuo, multidirecional e multidimensional, que sofre alterações e mudanças por influência de fatores genético-biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou não-normativa, assinalado por ganhos e perdas e por interatividade entre o indivíduo e a cultura.

Na abordagem do fenómeno envelhecimento, coloca-se frequentemente a questão: a partir de que idade se considera uma pessoa idosa? A OMS (2002), a propósito do envelhecimento humano, considera a pessoa com 60 ou mais anos de idade. A nível nacional, para cálculos estatísticos (INE, PORDATA), a pessoa idosa é aquela que apresenta uma idade igual ou superior a 65 anos. Em termos de Políticas Sociais, por exemplo, para frequentar Centros de Dia, este é o valor de referência (Instituto da Segurança Social, 2017).

Segundo Rosa (2012, 2020), ao abordarmos o envelhecimento podemos referir dois conceitos diferentes: 1- envelhecimento individual e 2- envelhecimento coletivo. Relativamente ao envelhecimento individual, observa-se dois tipos de envelhecimento: o envelhecimento cronológico que como o próprio nome indica, está relacionado com a idade. Entende-se como um processo universal, progressivo e inevitável e deste modo, envelhecemos desde que somos concebidos, tratando-se de um processo que faz parte da transformação do ser humano. Quanto ao envelhecimento biopsicológico, apesar de ser um reflexo do envelhecimento cronológico, apresenta diferenças, não estando dependente da idade, é vivido de forma única por cada indivíduo, portanto, cada pessoa manifesta sinais de envelhecimento únicos.

Relativamente ao envelhecimento coletivo, há dois conceitos a ter em conta: o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal (ou da sociedade). Quanto ao envelhecimento demográfico, é de referir que existem idades onde todos os indivíduos são incluídos indiferentemente em categorias fixas: idade jovem, ativa e idosa. É através destas categorias que se desenvolve a noção de envelhecimento demográfico, que pode ser definido

como a evolução particular da composição etária da população que corresponde ao aumento da importância estatística dos idosos ou à diminuição da importância estatística dos jovens.

O envelhecimento demográfico é mais evidente na Europa, afirmando Rosa (2012) que a idade média tem vindo a aumentar e em Portugal não é exceção, sendo condicionada pela rapidez com que os níveis de natalidade e os níveis de mortalidade baixaram. Portugal é dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo. Segundo esta autora, entre 1960 e a atualidade, o número de jovens diminuiu um milhão e o número de idosos aumentou 1,3 milhões. Além disso, verifica-se que o grupo etário da Quarta idade (80 ou mais anos) quadruplicou entre 1971 e a atualidade. O Índice de Envelhecimento, segundo o PORDATA (2021), tem vindo a aumentar, sendo que em 2011, para cada 100 jovens, existiam 125,8 pessoas idosas. De acordo com a mesma fonte, em 2021, o Índice de Envelhecimento continuou a aumentar, onde para cada 100 jovens, existem 182 pessoas idosas. Ou seja, nas últimas duas décadas houve claramente um aumento de pessoas mais velhas relativamente ao número de crianças/ jovens.

O envelhecimento societal está associado ao envelhecimento demográfico, no entanto, a sociedade pode não envelhecer de acordo com o envelhecimento da população. A população pode reagir à alteração do curso dos factos, encontrando uma forma adequada de os enfrentar (Rosa, 2020). Para se entender melhor o tema do envelhecimento, é necessário ter em consideração alguns aspetos pertinentes para a compreensão do mesmo, nomeadamente a(s) área(s) científica(s) responsáveis pelo estudo/ investigação e intervenção no âmbito do envelhecimento humano designadamente a Gerontologia e a Gerontologia Social.

Relativamente às relações entre o envelhecimento e a gerontologia, para Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia é um campo de conhecimento que se ocupa do estudo, envelhecimento e do conhecimento dos mais velhos. Do ponto de vista de Neri (2008), a Gerontologia é um campo multidisciplinar e interdisciplinar que tende à descrição e à explicação de mudanças típicas no processo de envelhecimento, considerando os seus determinantes genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Abarca ainda aspetos do envelhecimento normal e patológico, tendo em conta o estudo das características dos idosos e das várias experiências da velhice e envelhecimento sucedido em diversos contextos socioculturais e históricos.

Segundo Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia tem por base de conhecimento a biologia, a psicologia e a sociologia, sendo a multidisciplinaridade uma das suas características. O facto de esta disciplina ter diferentes objetos de estudo permite que estes sejam estudados de duas perspetivas de investigação: básica e aplicada. Assim, a Gerontologia pretende melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas, sendo considerada uma disciplina interventiva e com a possibilidade de ser realizada em diferentes contextos: públicos e privados. De acordo com Neri (2008), os principais desafios da Gerontologia passam por: analisar a pesquisa e as teorias; construir e testar os modelos explicativos; conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento; conciliar os vários conceitos de idade e tempo; vencer os preconceitos dos próprios investigadores; descrever as diferenças intra e interindividuais do envelhecimento; e

integrar a velhice no curso de vida. Segundo Fernández-Ballesteros (2004), da Gerontologia, advém uma especialidade, a Gerontologia Social, que tal como a Gerontologia, tem base em conhecimentos bio-psico-sociais, dando mais destaque às bases sociais, que são analisadas com mais pormenor. Também estuda o modo as condições ambientais e socioculturais do processo de envelhecimento e velhice causam impacto, bem como as consequências sociais destes processos e as ações sociais que podem ser desenvolvidas de modo a melhorar o processo de envelhecimento. De acordo com Neri (2008), o termo Gerontologia Social foi utilizado por Clark Tibbits em 1954 pela primeira vez para caracterizar a área da Gerontologia como a área que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais, sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo. No entender de Fernández-Ballesteros (2004), existem conhecimentos da Gerontologia que são investigados pela Gerontologia Social, como por exemplo, o comportamento sociodemográfico das populações, as diferenças sociais, culturais, económicas e ambientais do envelhecimento; condições políticas, jurídicas, económicas, educativas, ambientais e sociais que possibilitam a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas mais velhas. Uma das características essenciais da Gerontologia e da Gerontologia Social é a multidisciplinaridade. Esta é considerada uma condição que necessita de várias áreas de conhecimento para a realização do seu objeto de estudo, um conjunto de saberes independentes.

Relativamente à prática gerontológica, Fernández- Ballesteros (2004) defende que o gerontólogo social deve mostrar conhecimentos bio-psico-sociais da velhice e envelhecimento, ampliando os mesmos a partir do momento que sejam necessários, quer para entender o fenómeno do envelhecimento e velhice do ponto de vista social, quer para aplicar estes conhecimentos para favorecer as pessoas mais velhas. Em Portugal, foi criada em 2007 a Associação Nacional de Gerontólogos (ANG), no sentido de representar e defender os interesses dos Gerontólogos. Tem como objetivos divulgar as atividades da Gerontologia e dos Gerontólogos junto das autoridades, das restantes profissões e do público em geral; promover a investigação em Gerontologia e defender e apoiar os interesses das pessoas idosas a todos os níveis. Deste modo, a ANG (2017), estabelece o perfil do Gerontólogo em torno de diversas áreas de intervenção, especificamente: gestor de caso, prestador de serviços e consultor.

Em síntese, o envelhecimento é um processo contínuo, multidirecional e multidimensional que sofre alterações e mudanças por influência de fatores genético-biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou não normativa, assinalado por ganhos e perdas e por interatividade entre o indivíduo e a cultura. No envelhecimento, é de destacar a existência de dois conceitos diferentes: envelhecimento individual e envelhecimento coletivo. A Gerontologia e a Gerontologia Social são disciplinas que se ocupam do estudo e conhecimento dos mais velhos, sendo um campo multi e interdisciplinar que tem ligação a diversas áreas tais como a biologia, psicologia e sociologia.

1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido *versus* Normal *versus* Patológico

Segundo Fernández-Ballesteros (2002), o envelhecimento pode ser analisado a partir de três categorias: envelhecimento patológico; envelhecimento normal (saudável) e envelhecimento ótimo/ bem-sucedido.

Por envelhecimento normal, entende-se aquele que ocorre sem o efeito da presença de patologias, seguindo o curso normal ou normativo e está essencialmente focado na saúde. Por envelhecimento patológico entende-se aquele que é influenciado e/ou antecipado devido à presença de várias patologias, frequentemente crônicas (Fernández-Ballesteros, 2002). Já o envelhecimento bem-sucedido apresenta diferentes conceitos, que serão abordados de seguida.

Segundo Rowe e Kahn (1987), o conceito de envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o bem-estar físico, pessoal e social e a manutenção da competência. Os autores defendem que o envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes: baixa probabilidade de doença; elevada capacidade funcional, física e cognitiva; e compromisso ativo com a vida. Cada um dos três comportamentos é importante, mas só a combinação destes é capaz de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido. Segundo Fonseca (2005), as primeiras definições de envelhecimento bem-sucedido surgiram por volta de 1960 e contrariam a ideia de que o envelhecimento resulta da inevitabilidade de processos de perda e declínio. Contrariamente, refere-se à capacidade de adaptação, às alterações relacionadas com o envelhecimento, ao estabelecimento de um equilíbrio entre as capacidades da pessoa e as exigências do meio ambiente.

Baltes e Baltes (1990), afirma que no envelhecimento é necessário ter em conta os múltiplos critérios associados: a extensão da vida (longevidade); saúde biológica/física; saúde mental; eficácia cognitiva; competência social e produtividade; controlo pessoal e satisfação com a vida. Segundo os autores não existe consenso quanto à inter relação e importância relativa destes múltiplos critérios. Por isso, os autores defendem que EBS deve ser contextualizado tendo em consideração sete proposições sobre o envelhecimento humano: (1) existem grandes diferenças entre envelhecimento normal, ótimo e patológico; (2) existe muita heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento; (3) existe uma reserva latente; (4) há limites na capacidade de reserva associados à idade; (5) o conhecimento baseado nas pragmáticas e na tecnologia podem compensar o declínio associado à idade nas mecânicas cognitivas; (6) com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas torna-se menos positivo; e (7) o “self” matem-se resiliente na velhice. Com base nestas proposições os autores fazem uma série de recomendações que devem ser levadas a cabo com vista à otimização do envelhecimento bem-sucedido: (1) adquirir um estilo de vida saudável, de modo a reduzir a probabilidade de doença; (2) evitar soluções simplistas; (3) aumentar/fortalecer as capacidades de reserva física, mentais e sociais dos indivíduos; (4) criação de estratégias adaptativas de forma a compensar as perdas e os limites de reserva, possibilitando um equilíbrio entre os ganhos e perdas; (5) utilização de

estratégias que facilitem ajustes à realidade, ou seja, adquirir estratégias com vista à mudança e alcance de metas e objetivos

O modelo psicológico de envelhecimento bem-sucedido proposto por os autores supracitados destaca a importância atribuída à mesma perspectiva a dois conceitos essenciais para entender o ato de envelhecer: a variabilidade interindividual e intraindividual. Em conjunto, estes conceitos emolduram o modo como os organismos se adaptam à mudança e sugerem a existência de múltiplas oportunidades de otimização do desenvolvimento psicológico. Portanto, a definição de envelhecimento bem sucedido requer a adoção de uma perspectiva simultaneamente sistémica e ecológica, isto é, baseada em indicadores objetivos e subjetivos enquadrados por um dado contexto sociocultural.

Baltes e Baltes (1990) apresentaram o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC), modelo que permite entender e explicar os processos adaptativos que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Para Baltes (1997), a Seleção implica a formulação de objetivos ou resultados, a Otimização envolve a utilização de recursos para alcançar com êxito os objetivos desejados e a Compensação envolve respostas comportamentais com o propósito de preservar ou recuperar o sucesso adaptativo. Logo, o meta-modelo de envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990) torna-se fundamental, uma vez que, confere as propriedades de plasticidade e de mudança ao indivíduo, tendo este um papel ativo no modo como envelhece.

Outro modelo de destaque é o modelo da proatividade preventiva e corretiva de Kahana e Kahana (1996; Kahana et al., 2005) que tece críticas ao modelo apresentado anteriormente. Na linha de pensamento da autora, existem dois pontos centrais, mas que ao mesmo tempo são contraditórios: a longevidade humana é um dos critérios de EBS; (2) a probabilidade de as doenças crónicas aumentarem com a idade (ex. hipertensão, diabetes, colesterol, artrite).

Para Kahana et al.,(2005), o envelhecimento bem-sucedido representa um desenvolvimento positivo na teorização gerontológica, que olha para as pessoas idosas como um grupo com muitas potencialidades para deixar de ser um grupo de dependentes. Os autores mencionados anteriormente apresentam um modelo com base na capacidade de agência humana e com os desafios de lidar com a doença crónica. O modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva (PPC) tem como base a vertente sociológica e psicológica.

O modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva concebe os idosos como agentes ativos que se envolvem em comportamentos preventivos e corretivos, maximizando a sua qualidade de vida face a situações de stress, como a doença crónica. O stress ao longo da vida e o stress recente orientam as perdas que reduzem a qualidade de vida, sendo que o stress pode ser reduzido através de adaptações proativas. Assim, Kahana et al.,(2005) referem três "outcomes"/resultados de qualidade de vida: equilíbrio afetivo/emocional, significado na vida e orientação para o futuro. A relação entre stress e os "outcomes"/resultados de qualidade de vida é ponderada pelas seguintes variáveis: recursos internos, recursos externos e adaptações proativas à medida que a incapacidade associada ao envelhecimento se vai instalando.

Para Kahana et al.,(2005), as adaptações proativas são facilitadas pela gestão dos recursos externos e internos. Para os autores, as adaptações proativas podem dividir-se em adaptações preventivas (promoção da saúde, planeamento do futuro e ajudar os outros), em adaptações corretivas (dispositivos de suporte, substituição de papel, atividade e modificações ambientais) e em adaptações emergentes (utilização de tecnologia, uso de cuidados de saúde e o autoaperfeiçoamento). Este modelo reconhece as influências dos contextos temporal (história e biografia) e espacial (caraterísticas demográficas e comunidade) sobre as oportunidades e as escolhas das pessoas idosas.

Em síntese, face ao exposto, é importante destacar a existência de diversos modelos e quadros de referência que abordam o envelhecimento de forma positiva. Para Rowe e Kahn (1987), o conceito de envelhecimento bem-sucedido abrange três componentes: baixa probabilidade de doença; elevada capacidade funcional, física e cognitiva; e compromisso ativo com a vida. Dentro do mesmo modo de envelhecimento, para Baltes e Baltes (1990), o envelhecimento bem-sucedido é definido como uma maximização de ganhos e minimização das perdas, ou seja, o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC), que permite entender e explicar os processos adaptativos que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Para Kahana et al.,(2005), EBS está associado à proatividade preventiva e corretiva.

1.3. O Quadro de Referência do Envelhecimento Ativo e Saudável

Nesta secção procura-se abordar o quadro de referência do envelhecimento ativo e saudável, colocando em destaque os elementos mais relevantes para a compreensão das diferentes facetas do envelhecimento humano (OMS, 2002, 2015). Será igualmente abordado alguns modelos do envelhecimento bem-sucedido.

Envelhecimento Ativo e Saudável

Colocando em destaque a posição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), envelhecimento ativo é concetualizado como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas vão ficando mais velhas. De acordo com o ILC-Brasil (2015), o envelhecimento ativo é referido como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Ou seja, a qualidade de vida surge como “outcome”/ resultado do envelhecimento ativo.

Para a OMS (2002), o termo “ativo” está associado à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. O objetivo do envelhecimento ativo passa por aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Segundo a OMS (2002), no que concerne à participação, este pilar está ligado à educação, às políticas de saúde e aos programas de apoio à participação em atividades sociais, culturais e espirituais, considerando os direitos humanos e as necessidades dos indivíduos para que sigam ativos na sociedade. Relativamente à segurança, este pilar abrange as necessidades e os direitos dos adultos mais velhos relativamente à segurança social, física e financeira, assegurando a proteção, a dignidade e o auxílio aos adultos mais velhos. Posteriormente, o ILC-Brasil (2015) adicionou mais um pilar: a aprendizagem ao longo da vida, onde refere que as oportunidades de mais educação são essenciais para alcançar um envelhecimento ativo, estando ligadas ao bem-estar e à saúde.

São determinantes do envelhecimento ativo e fatores transversais a cultura e o género, fundamentais na identificação das condições em que decorre a vida das pessoas. Existem também outros determinantes, que estão ligados à organização dos serviços sociais e de saúde, económicos, ambientais, comportamentais e sociais (OMS 2002, 2015).

Relativamente ao envelhecimento saudável, segundo a OMS (2015), este termo é utilizado para se referir a um estado positivo, livre de doenças, que distingue entre indivíduos saudáveis e não saudáveis. Esta distinção é problemática na velhice pois muitas pessoas apresentam uma ou mais doenças que estão controladas e têm pouca influência na sua funcionalidade. Logo, ao estabelecer o objetivo de uma estratégia de saúde pública para o envelhecimento, a OMS considera o envelhecimento saudável num sentido amplo, com base no curso de vida e nas perspetivas funcionais. Assim, o envelhecimento saudável é definido como o processo de promoção e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice.

Segundo a mesma fonte, o envelhecimento saudável começa no nascimento com a nossa herança genética. A expressão desses genes pode ser alterada na vida intrauterina e por exposições ambientais. Mas também o ser humano nasce num ambiente social. Entre as características pessoais, encontra-se as que são fixas, como o género e a etnia e outras que têm alguma mobilidade ou refletem as normas sociais, como a ocupação, o nível educacional ou a riqueza. Estas características colaboram para a posição social num determinado contexto, que define as exposições, as oportunidades e os obstáculos que se enfrenta, bem como o acesso aos recursos.

De acordo com a OMS (2015), a capacidade funcional abarca os atributos relacionados com a saúde que possibilitam a uma pessoa ser e fazer o que é importante para ela. É composto

pela capacidade intrínseca da pessoa, pelas características dos ambientes que afetam essa capacidade e as interações entre as pessoas e as características. A interação entre as características de saúde como fatores de risco fisiológicos (por exemplo, pressão alta), doenças e lesões mais vastas determinam a capacidade intrínseca da pessoa, isto é, a combinação de todas as capacidades físicas e mentais que possui. Os ambientes abrangem todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida de uma pessoa. Inclui o lar/casa, a comunidade e a sociedade em geral. No ambiente, existem diversos fatores que incluem o ambiente construído, as pessoas e as suas relações, as atitudes e os valores, as políticas de saúde e sociais, os sistemas que as suportam e os serviços que prestam. O termo bem-estar é tido em conta no sentido mais amplo e abrange questões como a felicidade, a satisfação e a plena realização.

O modelo de envelhecimento saudável concebe a resiliência como a capacidade de manter ou melhorar o nível de capacidade funcional face à adversidade. Esta capacidade abarca os componentes intrínsecos de cada pessoa e os componentes do ambiente que podem amenizar lacunas. O ambiente pode ter uma influência forte na capacidade funcional, já que, com um determinado nível de capacidade intrínseca, se pode fazer as coisas que são importantes para a pessoa.

Uma forma de avaliar a interação das pessoas com o ambiente é através da noção de ajuste entre a pessoa e o seu ambiente (OMS, 2015). Ainda assim, o ambiente não é neutro na sua relação com diferentes pessoas. Na realidade, o mesmo ambiente pode afetar as pessoas de diversas formas, devido em grande parte, ao número de características pessoais que ajudam a determinar a posição social de uma pessoa. Essas características podem influenciar o tipo de ambiente que nos rodeia e a nossa relação com ela. Quando as interações são injustas, dão lugar a injustiças na saúde. O efeito acumulativo dessas desigualdades no curso de vida influenciam consideravelmente no envelhecimento saudável.

A mesma organização defende a existência de diversas formas de promover o envelhecimento saudável, mas todas têm um objetivo: promover a capacidade funcional. Este objetivo pode ser atingido de diferentes formas: incrementando e mantendo a capacidade intrínseca ou criar condições para as pessoas com capacidade funcional diminuída fazerem as coisas que são importantes para elas.

A capacidade funcional e a capacidade intrínseca podem variar na segunda metade da vida. As trajetórias gerais podem dividir-se em três períodos: um período de capacidade relativamente alta e estável, um período de capacidade diminuída; e um período de perda significativa de capacidade. É importante ter em conta que estes períodos não dependem da idade cronológica, não são uniformes e que as trajetórias variam entre os indivíduos, podendo ser alterados completamente devido a um acontecimento inesperado. Além disso, as necessidades das pessoas em diferentes etapas do curso de vida são muito diferentes (OMS, 2015).

Em Portugal, face ao aumento da esperança média de vida, foi desenvolvida pelo governo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (DGS, 2017), com o objetivo de promover a saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como o reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma sociedade para todas as idades. Tem como eixos estratégicos: saúde; participação; segurança; medição, monitorização e investigação (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Sumariando as ideias principais, relativamente ao envelhecimento ativo e saudável, o mesmo é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida conforme as pessoas vão ficando mais velhas. Já o envelhecimento saudável concebe a resiliência como a capacidade de manter ou melhorar o nível de capacidade funcional face à adversidade.

Capacidade Funcional e Envelhecimento SaudávelErro! Marcador não definido.

Segundo a OMS (2015), as mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. Com o tempo, em termos biofísicos os danos moleculares e celulares reduzem as reservas fisiológicas, aumentando o risco de doenças e a diminuição da capacidade do indivíduo. As mudanças não são lineares nem uniformes, estando ligadas à idade. Enquanto algumas pessoas com 70 anos têm bom funcionamento físico e mental, outras apresentam fragilidades ou necessitam de apoio para satisfazer as necessidades na vida diária. Isto acontece porque muitos dos mecanismos de envelhecimento são aleatórios e as mudanças são influenciadas pelo ambiente e pelo comportamento da pessoa. Além das perdas biológicas, a velhice traz mudanças importantes. Mudanças de papéis e posição social, assim como a necessidade de lidar com a perda de relacionamentos. Assim, as pessoas idosas tendem a concentrar-se num conjunto menor, mas relevante, de objetivos e atividades, otimizar as capacidades atuais, através da prática e do uso de novas tecnologias, compensando a perda de capacidade com outras formas de executar as tarefas.

Na segunda metade da vida, pelos 60 anos, o peso da incapacidade e a morte surgem devido à perda de audição, visão e mobilidade relativas à idade e doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cancro e demência, entre outras.

O nível de funcionalidade é determinado pela avaliação das capacidades físicas e mentais e pelas interações que temos com os ambientes. As influências ambientais na saúde na velhice são distintas e incluem políticas gerais que afetam a situação económica, as atitudes ou normas da comunidade, as características físicas dos ambientes, as redes sociais e os

dispositivos de suporte que cada um tem à disposição. Para definir as estratégias de promoção de saúde na velhice, é preciso compreender o papel dos fatores contextuais, bem como a capacidade de reserva individual.

A OMS (2015), no relatório sobre saúde e envelhecimento, formulou a hipótese de que o envelhecimento é um processo valioso, embora complexo, na medida em que as pessoas idosas fazem muitas contribuições para a sociedade. O mesmo admite que as pessoas idosas sofrem perdas significativas na capacidade física, cognitiva ou na perda de familiares, amigos e papéis que desempenhavam. A saúde surge como atributo fundamental e integral que permite aos idosos alcançar coisas que acreditam ser importantes. A capacidade de adaptação é um recurso essencial e marca a diferença entre pessoas que possuem características semelhantes. Há evidências de que a resiliência varia ao longo da vida, tornando-a um alvo para Políticas Públicas de Saúde e Social.

De salientar, que de acordo com a mesma fonte, o termo envelhecimento saudável é usado para referir um estado positivo, livre de doenças, que distingue entre indivíduos saudáveis e não saudáveis. Esta distinção é problemática na velhice pois há pessoas que apresentam uma ou mais doenças controladas e têm pouca influência na sua capacidade de funcionamento. Ao estabelecer o objetivo de uma estratégia de Saúde para o envelhecimento, a OMS (2015) considera o envelhecimento saudável num sentido amplo, com base no curso/ciclo de vida e nas perspectivas funcionais. O envelhecimento saudável é definido como o processo de promoção e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. A capacidade funcional engloba os atributos relacionados com a saúde que possibilitam à pessoa ser e fazer o que é importante para ela. É composto pela capacidade intrínseca, pelas características do ambiente que afetam essa capacidade e as interações entre as pessoas e as características. A capacidade intrínseca é a combinação das capacidades físicas e mentais que uma pessoa possui. O ambiente abrange os fatores do mundo exterior que formam o contexto de vida da pessoa, estando aqui incluídos a casa, a comunidade e a sociedade. No ambiente, existem diversos fatores, incluindo o ambiente construído, as pessoas e as suas relações, as atitudes, os valores, as Políticas de Saúde e Sociais, os sistemas que as suportam e os serviços que prestam. O bem-estar é considerado no sentido mais amplo e abrange questões como a felicidade, satisfação e a plena realização.

Segundo a OMS (2015), o envelhecimento saudável começa no nascimento com a herança genética. A expressão dos genes pode ser alterada na vida intrauterina e por exposições ambientais. Mas o ser humano nasce num ambiente social. Entre as características pessoais, temos o género, a etnia e outras características que têm mobilidade ou refletem normas sociais, como a ocupação, o nível educacional ou riqueza. Estas características colaboram para a posição social em certos contextos, definindo as exposições, as oportunidades e os obstáculos, bem como o acesso aos recursos. A interação entre as características de saúde como fatores de risco fisiológicos, doenças, lesões e síndromes geriátricas determinam a capacidade intrínseca da pessoa, isto é, a combinação das capacidades físicas e mentais que possui. O facto

de as pessoas idosas conseguirem ou não realizar o que lhes interessa dependerá dessa capacidade e das outras interações com o ambiente. A combinação entre a pessoa e o ambiente e a interação entre eles é entendida como capacidade funcional do indivíduo. Uma pessoa pode ter reservas de capacidade funcional que não aproveita. Estas reservas cooperam para a resiliência. Este modelo entende a resiliência como a capacidade de manter ou melhorar o nível de capacidade funcional face à adversidade, onde os acontecimentos de vida desempenham um papel importante. Esta capacidade abarca os componentes intrínsecos de cada pessoa e os componentes do ambiente que podem amenizar lacunas. O ambiente pode influenciar a capacidade funcional, já que com determinado nível de capacidade intrínseca, a pessoa pode fazer as coisas que são importantes.

Uma forma de avaliar a interação das pessoas com o ambiente é através da noção de ajuste entre a pessoa e ambiente, ideia inspirada no trabalhos de Lawton. O ambiente não é neutro na sua relação com diferentes pessoas. O mesmo ambiente pode afetar pessoas de variadas formas, devido ao número de características que determinam a posição social. Essas características podem influenciar o tipo de ambiente que nos rodeia e a relação com ela. Quando as interações são injustas, surgem injustiças na saúde. Os efeitos dessas desigualdades no curso de vida influenciam o envelhecimento saudável. Este expressa a interação permanente entre as pessoas e o ambiente onde habitam, sendo que a interação se traduz em trajetórias de capacidade intrínseca e capacidade funcional. A experiência de observar trajetórias de capacidade intrínseca afirma que é possível avaliar as pessoas e prever as trajetórias futuras pela informação sobre hábitos, características de saúde, herança genética e fatores pessoais. Dito de outro modo, comportamentos e atitudes.

Existem variadas formas de promover envelhecimento saudável, mas para a OMS (2015) há um objetivo nuclear - promover a capacidade funcional. O objetivo pode ser atingido de duas formas: incrementando e mantendo a capacidade intrínseca ou facilitar para as pessoas com capacidade funcional diminuída fazerem o que é importante para elas. É de referir que a capacidade funcional e a capacidade intrínseca variam na segunda metade da vida. As trajetórias gerais podem dividir-se em três: uma fase de capacidade alta e estável, uma fase de capacidade diminuída; e uma de perda significativa de capacidade. Estes períodos não dependem da idade cronológica, não são uniformes e as trajetórias variam, podendo sofrer alterações devido a um acontecimento inesperado. Por conseguinte, as necessidades das pessoas em diferentes etapas do curso de vida são muito diferentes. As estratégias de saúde e bem-estar dirigidas a pessoas com elevados níveis e estáveis de capacidade intrínseca devem focar-se na promoção e manutenção da mesma pelo maior tempo possível. As estratégias alusivas ao ambiente são essenciais para estimular comportamentos saudáveis, visto que irão estimular capacidades e conhecimentos das pessoas e colocar em prática iniciativas ambientais mais amplas. O ambiente contribui para a capacidade funcional durante este período, destacando a remoção dos obstáculos que impeçam essa expressão.

As intervenções de saúde direcionadas à população que sofre de deterioração das capacidades precisam de uma abordagem diferente. Nesta fase, as doenças já estão instaladas. Logo, os serviços são necessários para ajudar a interromper, moderar ou reverter o declínio da capacidade. O papel do meio ambiente em facilitar a capacidade funcional deve alargar conforme a capacidade diminui, e as estratégias que ajudam a ultrapassar o declínio devem ser mais importantes. O ambiente como facilitador de condutas saudáveis é importante para a população idosa, mas o foco pode mudar. É de lembrar que as redes sociais são parte integrante do ambiente, e por isso devem igualmente ser objeto de intervenção intencional e deliberado.

Outro aspeto a considerar nas relações entre envelhecimento e saúde, prende-se com a necessidade de dar resposta às pessoas idosas que apresentam perda significativa de capacidade e que necessitarão de cuidados de longa duração. Os sistemas de cuidados a longo prazo permitem aos idosos manter o nível de capacidade funcional compatível com os direitos básicos, liberdade fundamental e dignidade humana. Este assunto é particularmente importante na 4ª idade. É essencial assegurar o caminho de trajetória ótima da capacidade intrínseca e permitir que desempenhem as tarefas básicas necessárias ao seu bem-estar. Embora as estratégias de saúde sejam desenhadas para atender as necessidades das subpopulações e adaptadas à estrutura e necessidades da mesma, o envelhecimento saudável assume essas etapas como parte da trajetória contínua de capacidades. As intervenções, devem por isso, ser contínuas para acompanhar os idosos na transição de etapas.

No mesmo relatório da OMS (2015), são enunciadas uma série de questões-chave para ação, de modo a garantir a saúde das populações. Por se considerar que essas questões-chave não se aplicam só à saúde mas também ao social, transcreve-se em seguida os aspetos mais relevantes:

Considere a diversidade - Devem ser feitos esforços para perceber as necessidades das populações idosas. Recolher dados mais desagregados e detalhados pode ajudar a identificar as necessidades e lacunas dos idosos em termos de serviços, descrevendo melhor o processo de E.S. e compreendendo os mecanismos determinantes da idade e capacidade funcional. O conceito mais utilizado é a abordagem centrada na pessoa. Esta abordagem pode ser útil para ajudar outros setores a ajustar as respostas ao envelhecimento. Por exemplo, a Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas dos Idosos da OMS junta autoridades municipais no mundo empenhadas em tornar as suas jurisdições em lugares melhores para os idosos viverem.

Reduzir a desigualdade - Perante as desigualdades da diversidade na velhice, as estratégias não se devem concentrar na melhoria das condições dos mais favorecidos ou dos idosos médios, devem considerar o nivelamento da capacidade funcional e geral no espectro social e a redução das desigualdades gerais observadas entre os idosos, ajudando os que estão na parte inferior. As políticas que visam nivelar o espectro social não são justas, mas trazem benefícios importantes para a saúde dos idosos.

Garantir o direito de escolha - Os idosos não são passivos no relacionamento com o ambiente. Uma série de recursos ambientais e pessoais influenciam a capacidade de tomar decisões em diferentes estágios da vida. Como acontece com a capacidade intrínseca em geral, os idosos com segurança económica, melhor educação e mais conexões sociais têm mais probabilidade de ter acesso a esses recursos. É preciso entender a ligação, pois significa que os idosos com menos níveis de capacidade intrínseca e funcional em determinada idade não tendem a ter menos segurança financeira e educação, mas também menos oportunidades de adquirir as habilidades e conhecimentos que permite tomar decisões que mais convém.

Promover o envelhecimento na comunidade - A capacidade prejudicada exige que os idosos mudem o ambiente onde vivem, quer seja fazendo adaptações nas casas, quer mudando para um ambiente mais favorável. Ao decidir onde morar, os idosos veem a sua casa ou comunidade onde vivem como vantagem de permitir que mantenham senso de conexão, segurança e familiaridade, além de se relacionar com sua identidade e autonomia. Uma resposta política comum ao envelhecimento populacional tem sido promover o envelhecimento na comunidade, isto é, a possibilidade dos idosos viverem na sua casa e comunidade de forma segura, independente e confortável, independentemente da idade, renda ou nível de capacidade intrínseca. Esta abordagem é a melhor para os idosos e pode ter vantagens financeiras em termos de gastos com saúde. Ligado às novas tecnologias, em particular, as que possibilitam a comunicação e integração, as que oferecem oportunidades de aprendizagem e que permitem monitorizar e garantir a segurança da pessoa idosa, podem tornar esse objetivo mais fácil de alcançar no futuro. O envelhecimento na comunidade pode ser estimulado pela criação de ambientes adaptados para idosos possibilitando a mobilidade e a participação em atividades básicas. As pessoas idosas têm uma perspetiva diferenciada e realista sobre as decisões que enfrentam em relação à sua casa. Foram concebidas novas formas de vida assistida e cuidado residencial que representam alternativas à ideia de ter de escolher entre morar em casa ou numa casa. Graças a essas opções, os idosos conseguem desenvolver-se de uma maneira que não seria possível na sua comunidade de origem.

Note-se que a última questão-chave incide sobre o envelhecer na Comunidade. Aqui claramente os Centros de Dia ganham relevância, na medida em podem ser vistos como parte integrante da vida na comunidade. E como tal devem ser investigados.

2. Os Centros de Dia e Qualidade de Vida das Pessoas Idosas

A presente secção inicia-se com uma análise dos Centros de Dia enquanto resposta social ao envelhecimento, bem como investigação associada. Numa segunda fase apresenta-se a investigação associada à qualidade de vida.

2.1. Envelhecer em Centros de Dia

Como resposta social ao envelhecimento, de acordo com a Segurança Social (2021), Portugal dispõe de várias tipologias de respostas sociais, entre elas: Serviço de Apoio Domiciliário; Centro de Convívio; Centro de Dia; Centro de Noite; Acolhimento Familiar; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Centro de Férias e Lazer. Segundo a Carta Social (2020), as respostas sociais relacionadas com as Pessoas Idosas mais utilizadas são a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Em 2020, existiam no País cerca de 7350 respostas sociais: ERPI, SAD e Centro de Dia, sendo que a ERPI e SAD foram as que mais surgiram entre 2000-2020.

O Instituto da Segurança Social (2017) estabelece um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas onde têm como objetivo: favorecer, através de serviços e equipamentos adequados, a manutenção das pessoas idosas no seu meio familiar e social e promover o apoio à família.

De acordo com Bonfim e Saraiva (1996), o Centro de Dia é uma resposta social desenvolvida em equipamento, que consta na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Para os autores, esta resposta social tem como objetivos: (1) a prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas; (2) prestação de apoio psicossocial, mental e emocional; (3) fomento das relações interpessoais, ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, de modo a evitar o isolamento.

Do ponto de vista da Direção-Geral da Segurança Social (2022), o Centro de Dia é uma resposta social que abrange um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar das pessoas com 65 ou mais anos que necessitem dos serviços prestados por esta resposta. Tem como objetivos: (1) assegurar a prestação de cuidados e serviços adequados à satisfação das necessidades e expectativas do utilizador; (2) prevenir situações de dependência e promover a autonomia; (3) promover as relações pessoais e entre as gerações; (4) favorecer a permanência da pessoa idosa no seu meio habitual de vida; (5) contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições e (6) promover estratégias de desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utilizador.

De acordo com Bonfim e Saraiva (1996), o Centro de Dia pode ser organizado como serviço autónomo, isto é, em um espaço próprio e de funcionamento independente; ou serviço integrado numa estrutura existente como ERPI, centro comunitário ou outra estrutura polivalente. O Centro de Dia pode prestar diferentes serviços, nomeadamente refeições; convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas; e férias organizadas. Além dos serviços

anteriormente referidos, esta resposta social pode ainda vir a fornecer serviços de refeição ao domicílio, serviços de apoio domiciliário e acolhimento temporário.

De acordo com Sousa (2018), esta resposta social pode retardar a institucionalização permanente e permite dar resposta a necessidades ligadas ao envelhecimento individual. A solidão e o isolamento com que alguns idosos se deparam e as dificuldades dos familiares em conseguirem cuidar destes são um dos motivos que levam muitos idosos e as respetivas famílias a procurar a institucionalização parcial.

No entender de Pereira (2015), a criação do Centro de Dia foi um fator que permitiu melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, de modo que as mesmas se mantenham nos seus domicílios e permite que o idoso possa continuar a estar em contacto com as pessoas que lhe são significativas. Esta resposta social, para além de promover a convivência, favorece a inclusão do idoso na vida social.

Para além dos Centros de Dia, é de referir outras respostas sociais. Segundo a Portaria n.º 67/2012, uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) é um estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que são desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem, tendo como objetivos: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; e potenciar a integração social, devendo para tal prestar serviços como alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas; cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa; higiene dos espaços; atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde e administração de fármacos, quando prescritos.

De acordo com a Portaria n.º 38/2013, o Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito com objetivos que passam por concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias; contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar; contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais; promover estratégias de desenvolvimento da autonomia; prestar os cuidados e serviços adequados às necessidades dos utentes, sendo estes objeto de contratualização; facilitar o acesso a serviços da comunidade; e reforçar as competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores.

Bonfim e Veiga (1996) referem que o SAD deve proporcionar prestação de cuidados de higiene e conforto, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, confeção, transporte e/ou distribuição de refeições e tratamento de roupas, além de ter a possibilidade de assegurar outros serviços tais como o acompanhamento ao exterior; aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; acompanhamento, recreação e convívio; pequenas reparações no domicílio e contacto com o exterior.

Relativamente aos serviços prestados das respostas sociais, verifica-se que o Centro de Dia e a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas apresentam diferenças entre elas. Enquanto que o Centro de Dia é uma resposta social que presta determinados serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar, a ERPI é um estabelecimento para alojamento coletivo que pode ser de utilização temporária ou permanente. Já resposta social SAD é uma resposta social que consta na prestação de cuidados e serviços a famílias ou pessoas que se encontrem no domicílio. No que diz respeito aos serviços prestados, observa-se que os Centros de Dia, ERPI e SAD oferecem serviços semelhantes, entre os quais alimentação, cuidados de higiene e tratamento de roupas. O serviço de refeição ao domicílio só é prestado apenas no Centro de Dia e SAD. Os restantes serviços prestados pelas respostas sociais são diferentes, pois todas elas apresentam objetivos diferentes.

No que diz respeito à investigação em Centros de Dia não abunda. Recentemente Orellana et al., (2020a), efetuaram uma revisão sistemática com o objetivo de responder a três questões: (1) *Como os Centros de Dia são percebidos?*; (2) *Quem beneficia dos Centros de Dia e como?* e (3) *Qual é a finalidade dos Centros de Dia?* Face às mesmas, foram identificados 77 artigos, divididos por três categorias: Centros de Dia e os seus clientes (46 artigos), não focado em Centros de Dia mas com questões de revisão. (10 artigos) e intervenções realizadas em Centros de Dia (21 artigos).

Relativamente à questão (1), os autores observaram que grande parte ofereciam serviços de socialização e atividades, sendo que outros forneciam serviços de saúde e reabilitação. Na literatura, foram destacados quatro objetivos do Centro de Dia: proporcionar assistência social e serviços, apoiar a independência contínua dos utentes, apoiar a saúde e necessidades da vida diária e permitir que os cuidadores familiares façam uma pausa e/ou continuem no emprego. Os serviços fornecidos pelo Centro de Dia podem ser influenciados pelos objetivos, no entanto, um número reduzido de estudos mencionaram as atividades que poderiam ser realizadas, tais como manicure, cabeleireiro e lavandaria, não referindo a sua frequência, detalhes e quem realizava as referidas atividades. Menos de metade dos artigos em questão mencionam as características dos clientes. No entanto, os que foram relatados mais vezes são a idade, sexo, estado civil e condições de vida, seguidas de saúde física e/ou mental, educação, rendimento e etnia. Os temas religião, orientação sexual ou mudança de sexo não são abordados.

Na maioria dos estudos referenciados na revisão sistemática, e respondendo à questão (2), os clientes do Centro de Dia eram na sua maioria mulheres mais velhas, viúvas ou que viviam sozinhas, sem educação superior, divorciadas ou solteiras, com rendimentos baixos, com patologias e que consomem muita medicação. Os motivos sobre a frequência do Centro de Dia, de acordo com a literatura, passam pelo isolamento social prévio e mal-estar. As razões relatadas passam por proporcionar contacto social, serviços preventivos ou a realização de atividades. No entanto, outros artigos da revisão sistemática sugerem que a frequência de Centros de Dia tem como objetivo introduzir uma base nas suas vidas após a perda do cônjuge ou a reforma, sendo que alguns participantes apenas mencionam que a resposta social atendia às suas necessidades, não especificando-as.

No que diz respeito aos resultados psicossociais positivos sobre a frequência de Centro de Dia, verificaram que este ponto foi o mais documentado na literatura fora do Reino Unido. Um estudo inglês que estava a testar e validar uma medida verificou que o facto de frequentar Centros de Dia aumentou a qualidade de vida global.

Encontraram sete intervenções que impediam o declínio ou melhoravam a saúde mental, física e cognitiva e aspetos do bem estar, bem como aumento das redes sociais. Verificaram, no entanto, que o resultado das intervenções não foram positivos, à exceção de um, onde descobriram como resultado inesperado os relacionamentos aprimorados entre clientes e entre clientes e funcionários.

Pouca investigação foi encontrada sobre a contribuição do atendimento ao Centro de Dia para apoiar relativamente à independência. Foi identificada uma combinação onde o atendimento do Centro de Dia e cuidados pessoais no domicílio apoiava pessoas com limitações funcionais a permanecerem em casa. Da perspectiva dos utentes, alguns sentiram que o atendimento os ajudou a permanecer em casa.

Para responder também à questão (2), no que diz respeito aos benefícios dos Centros de Dia, os autores afirmam que a literatura apresenta provas de que nos Centros de Dia, a presença e a participação em intervenções podem ter um efeito positivo sobre a saúde mental, a vida social, a função física e a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Afirmam também que os Centros de Dia disponibilizam contactos sociais, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoiando a gestão das condições existentes, de modo que possam prevenir o declínio de doenças.

De modo a responder à questão 3, o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consta na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar, tendo em vista a promoção de autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento. Tem como objetivos a prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, fornecimento de apoio psicossocial e na promoção das relações interpessoais, evitando o isolamento social da pessoa idosa e retardando a institucionalização permanente (Bonfim e Saraiva, 1996).

Decorrente da revisão sistemática, Orellana et al.,(2020b) desenvolveu um estudo com métodos mistos onde procedeu à análise das características de acesso e resultados da frequência dos Centros de Dia para pessoas idosas, tendo concluído que os Centros de Dia podem servir de apoio ao “ageing in place”, contribuindo para a qualidade de vida e bem estar das pessoas mais velhas

Kadowaki e Mahmood (2018) verificaram que existiam escassos estudos relacionados com a relevância dos Centros de Dia. Para combater esta falha, realizaram uma *scoping review*, tendo como base a sua pesquisa atual em Centros de Dia no Canadá e nos Estados Unidos. A principal questão colocada pelos autores foi: “Qual é a natureza e o *scoping* de pesquisa atual sobre Centros de Dia no Canadá e nos Estados Unidos?”. Uma outra questão colocada foi: “Como é que os Centros de Dia no Canadá diferem dos Centros de Dia nos Estados Unidos da América?”

Colocadas as questões e após a realização da pesquisa, que tinha como critérios de exclusão: (a) o foco do estudo não fosse considerado em Centros de Dia; (b) o estudo não foi conduzido nos Estados Unidos ou Canadá; (c) o estudo relatado sobre uma intervenção ou programa sendo implementado em um Centro de Dia por uma parte externa (ou seja, intervenções ou programas sendo testados/geridos em Centros de Dia por uma organização/pesquisador externo); (d) o estudo utilizou o Centro de Dia como amostra para estudar um tema não focado em Centros de Dia; ou (e) o estudo foi uma peça/comentário descritivo e não um estudo de pesquisa empírica, foram selecionados 58 artigos de natureza quantitativa, qualitativa e mistos.

Os autores observaram que em grande parte dos estudos a amostra é maioritariamente do sexo feminino, pessoas mais velhas, rendimentos baixos, sozinhas e em áreas rurais, tendo poucas limitações funcionais. Os autores destacaram que os participantes com limitações funcionais e maiores necessidades de saúde eram menos propensos a participar, indicando que uma parte da população idosa não beneficia dos serviços prestados por esta resposta.

Existem estudos que indicam que um dos principais motivos para os idosos frequentarem os Centros de Dia é a socialização. No entanto, outros estudos encontraram fatores que facilitam ou agem como barreiras à participação. Em alguns estudos observou-se que os níveis mais altos de participação estavam associados à participação em atividades religiosas; saber mais sobre as atividades; e ter disponibilidade de transporte.

Foi analisado o impacto da participação em Centros de Dia na saúde e bem-estar dos participantes, tendo como benefícios: fornecimento de refeições; maior independência; melhor qualidade de vida; melhoria do bem-estar mental ou psicológico; melhoria da saúde física; menor sobrecarga do cuidador; menos limitações funcionais e condições crónicas e socialização. Com esta informação, foi descoberta a importância do papel da socialização nos Centros de Dia. A população mais vulnerável (por exemplo: mulheres idosas, idosos com rendimentos baixos e de

minorias étnicas) obtêm mais benefícios da participação, indicando que os Centros de Dia beneficiam aqueles que demonstram mais necessidades.

É de salientar ainda que os estudos canadianos foram de pequena escala e centrados em aspetos específicos dos Centros de Dia. No entanto, os estudos ligados ao ambiente do Centro de Dia, na literatura canadiana mostrava-se ausente.

Em síntese, observa-se que os Centros de Dia não têm sido muito investigados.

2.2. Qualidade de Vida em Centros de Dia: Um tópico negligenciado

A qualidade de vida é um termo que apresenta, segundo Canavarro et al., (2010), diversas propostas de concetualização teórica, advindas de diferentes disciplinas. A autora refere que a qualidade de vida é entendida como um conceito amplo, que abrange aspetos da existência individual, como também o sucesso do indivíduo a alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis e o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas.

Para Canavarro et al., (2010), existem duas maneiras de categorizar os modelos de qualidade de vida: (1) os modelos que abordam a qualidade de vida como um objeto predominantemente psicológico, isto é, a qualidade de vida é vista como um resultado final individual e (2) os modelos que tratam a qualidade de vida enquanto objeto fundamentalmente social, ou seja, o resultado final da qualidade de vida é determinado pelo contexto e processos sociais.

No entanto, recentemente Boggatz (2020) publicou um livro onde dá conta da necessidade de abordar a qualidade de vida centrada na pessoa

2.2.1. A Qualidade de Vida Centrada na Pessoa

Segundo Boggatz (2020), como o número de pessoas mais velhas tem vindo a aumentar, a qualidade de vida tornou-se fulcral em determinadas áreas, como por exemplo, a nível social, de cuidados médicos e de enfermagem. Porém, a definição de qualidade de vida ainda causa algum desentendimento. É defendido que a qualidade de vida está relacionada com um fenómeno que abrange diversas dimensões: física, cognitiva, emocional e social.

Foi elaborado por alguns autores as taxonomias devido ao facto de haver variadas definições. Existem definições globais, onde se destaca a satisfação ou felicidade de vida em geral; definições componentes, que distinguem aspetos subjetivos ou objetivos da qualidade de

vida; definições de foco, que focam em um aspeto, como por exemplo, capacidade funcional e definições planeadas, onde se pode inserir a satisfação geral como aspetos individuais. Foi sugerido uma classificação seguindo o conteúdo das definições: indicadores objetivos, indicadores subjetivos, satisfação das necessidades humanas, modelos psicológicos, modelos de saúde e de funcionamento, modelos de saúde social, modelos sociais de coesão e capital social, modelos ambientais, ideográficos ou individualizados e abordagens hermenêuticas.

Consultado por Boggatz (2020), qualidade pode apresentar diversos significados. Pode referir-se a "um atributo essencial e distintivo de algo ou alguém" ou "uma propriedade característica que define a aparente natureza individual de algo". Deste modo, todas as características que caracterizam a vida de uma pessoa ou de um grupo de pessoas seria abrangido pela qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida pode ter quatro significados diferentes: qualidade da situação objetiva de vida, bem-estar subjetivo geral, satisfação subjetiva das necessidades ou um estado subjetivo multidimensional.

A qualidade de vida como uma situação objetiva está relacionada com as circunstâncias de vida de uma pessoa, consideradas importantes para um envelhecimento bem sucedido e uma vida boa. É de mencionar as componentes essenciais relacionadas com as pessoas mais velhas: situação financeira; espaço de vida, onde está inserido as condições de habitação, ambiente local e facilidades de transporte; relações sociais; saúde e capacidade funcional.

A vantagem desta definição é que a qualidade de vida pode ser determinada por critérios objetivamente mensuráveis. Basta adquirir informações sobre o rendimento mensal, número de contactos sociais, realização de um check-up médico e investigar alguns critérios ambientais, como a distância entre o local de vida e as instalações importantes para a vida diária (Boggatz, 2020).

A qualidade de vida como bem estar subjetivo geral é sugerida como sendo subjetiva por natureza. O Grupo WHOQOL definiu qualidade de vida como "perceção dos indivíduos da sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Grupo WHOQOL 1995, p. 1405). Os autores que defendem esta posição avaliam qualidade de vida como bem estar subjetivo. O bem estar é descrito como uma avaliação geral da vida com aspetos cognitivos e emocionais. A avaliação cognitiva pode ser chamada de satisfação com a vida e a avaliação afetiva pode ser demonstrada por emoção positiva e negativa.

Uma das vantagens da definição é a sua simplicidade, podendo ser vista também como a sua maior falha, visto que pode simplificar excessivamente a qualidade de vida (Boggatz, 2020).

Na qualidade de vida como satisfação das necessidades subjetivas é sugerido oferecer uma imagem mais específica da qualidade de vida relacionada com a subjetividade, observando o conceito com a satisfação das necessidades.

Uma das abordagens para entender a satisfação das necessidades não necessita de estar ligado diretamente às necessidades, mas sim na satisfação dos domínios da vida que são fundamentais para as satisfazer. A saúde, capacidade funcional, finanças, espaço de vida, disponibilidade dos transportes públicos, acesso a serviços médicos e sociais, relações com a família, vizinhos e amigos, participação social e uma atitude positiva da sociedade em relação às pessoas idosas são dos domínios mais importantes para as pessoas mais velhas. São estes domínios os mesmos referidos na situação de vida objetiva, com uma singularidade: estes domínios são avaliados subjetivamente agora.

A situação objetiva, bem como o bem-estar subjetivo geral, é o antecedente da satisfação das necessidades. A comparação de uma situação atual com o valor desejado é resultado da satisfação de necessidade. Se não existir diferenças entre elas, pode-se considerar a necessidade satisfeita. O resultado final é o bem-estar geral, a soma de todas as necessidades satisfeitas.

A qualidade de vida como um estado subjetivo multidimensional é entendido por alguns autores. As dimensões deste estado interior são na realidade necessidades consideradas independentes umas das outras.

A situação objetiva de vida é o antecedente da qualidade de vida como um estado subjetivo multidimensional. No entanto, a existência de uma comparação entre expectativas e satisfação percebida não gera uma percepção global como o bem estar geral. Os elementos do estado multidimensional não se complementam se um não estiver completamente satisfeito. Cada dimensão deve ser considerada individualmente, sendo que cada componente possui a sua forma de lidar, ou com ajuda de atividades ou com ajuda de atitudes interiores.

Em jeito de conclusão, Boggatz (2020) defende a existência de quatro definições diferentes de qualidade de vida. No entanto, não existe muito acordo relativamente aos seus componentes. Fornecem categorias bastante amplas que permitem uma classificação das diferentes formas como os peritos utilizam e compreendem este conceito. Três definições concordam que a qualidade de vida é um estado subjetivo que resulta de circunstâncias objetivas e depende das atitudes e expectativas dos adultos mais velhos.

2.2.2. A Qualidade de Vida segundo a OMS

De acordo com a mesma fonte, no início da década de 90, a Organização Mundial de Saúde designou um grupo de peritos de diferentes culturas - WHOQOL Group- que teve como objetivo debater o conceito e criar um instrumento de avaliação que pudesse ser utilizado em qualquer lugar do mundo, ultrapassando as barreiras culturais. O grupo vê o conceito de

qualidade de vida com três aspetos principais: subjetividade, multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas.

Em termos de definição do conceito, a WHOQOL Group (1994, p.28) definiu qualidade de vida (QdV) como “ *a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores, nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”.

A qualidade de vida não está dependente só da saúde, bem-estar, como também da capacidade de percepção dos obstáculos que cercam uma determinada pessoa, de forma a poder-se defender, estando também este mesmo conceito associado à interação que se estabelece entre a pessoa e o meio onde o indivíduo se encontra. A qualidade de vida está assim relacionada com tudo o que possa satisfazer um determinado indivíduo, sendo um conceito multidimensional e complexo, resultante da interação de múltiplas influências objetivas e subjetivas, macro e micro, positivas e negativas (Walker, 2005).

Segundo Sousa (2018), a qualidade de vida é um conceito subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos e reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente.

De acordo com Fleck et al.,(2000) apesar do aumento da importância da avaliação da qualidade de vida em diferentes áreas da medicina, não havia um instrumento desenvolvido dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional. Assim, a OMS através do WHOQOL Group desenvolveu um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100). Está estruturada em 6 domínios, com 24 facetas específicas e uma faceta geral de avaliação global da qualidade de vida. Os seis domínios da WHOQOL-100 são: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais.

Segundo a mesma fonte, visto ser um instrumento muito longo, foi necessário a construção de instrumentos mais rápidos que procurem despende pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias. Deste modo, o Grupo de qualidade de vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF. O WHOQOL-BREF é composto por 26 questões, sendo que duas são gerais de qualidade de vida e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Assim, no WHOQOL-BREF, cada faceta é avaliada por apenas uma questão, sendo composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

Para além do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref, existe também a versão “Old” (WHOQOL-Old). Esta versão é composta por 24 questões, agrupadas em seis facetas com 4 itens cada. As facetas estão divididas por: Funcionamento sensorial, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação social, Morte e morrer e Intimidade. É uma escala com resposta de tipo Likert (1-5 pontos), onde para cada faceta, os valores podem variar entre 4

e 20 pontos. É possível obter resultados por faceta e um resultado global, onde valores mais elevados correspondem a uma qualidade de vida mais elevada (Vilar, 2015).

2.3. Investigação sobre Qualidade de Vida e Envelhecimento

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre a qualidade de envelhecimento, apresentam-se em seguida resultados da investigação no domínio. Pelo facto de a investigação sobre qualidade de vida em Centros de Dia ser muito escassa, decidiu-se incluir aqui estudos efetuados em diferentes contextos de vida, onde foi usada a WHOQOL-Bref, instrumento que também será utilizado neste estudo. Esta opção poderá proporcionar uma visão mais ampla das tendências da investigação no domínio.

Bowling et al. (2002) realizou um estudo com o objetivo sobre indicadores da qualidade de vida na velhice, a fim de oferecer um modelo de qualidade de vida mais multidimensional e útil, baseado nas perspetivas das pessoas idosas. Na recolha de dados foi realizado um inquérito nacional por entrevista sobre a qualidade de vida na terceira idade. Como instrumento foi utilizado o Inquérito *Omnibus do Office for National Statistics* (ONS) na Grã-Bretanha. O Inquérito sobre a qualidade de vida tinha como objetivo identificar todos os inquiridos com mais de 65 anos do ONS do Inquérito Omnibus do ONS e incluí-los no Inquérito sobre a qualidade de vida. Foram utilizados quatro inquéritos, realizados em intervalos trimestrais ao longo de 12 meses. O inquérito foi utilizado para selecionar e recrutar inquiridos elegíveis (pessoas com mais de 65 anos). Todos os inquiridos com 65 anos ou mais foram entrevistados para o inquérito em abril, setembro, novembro de 2000 e janeiro de 2001. Fizeram parte da amostra 480 mulheres (48%) e 519 homens (52%) onde 62% tinham idades compreendidas entre os 65-74 e 38% tinha mais de 75 anos. 62% são casados e 27% são viúvos. 33% viviam sozinhos e cerca de 48% da amostra tem escolaridade incompleta. Em termos da qualidade de vida, quando analisada por sexo e idade não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Os principais preditores independentes da qualidade de vida global autoavaliada foram: comparações e expectativas sociais, personalidade e características psicológicas (otimismo/ pessimismo), estado de saúde e funcional e capital social, pessoal e de vizinhança. Estas variáveis explicaram a maior proporção da variação entre os grupos nas suas classificações de qualidade de vida. Os indicadores socioeconómicos contribuíram para o modelo.

Maués et al., (2010) realizou um estudo com o objetivo de avaliar e comparar a qualidade de vida de idosos jovens e muito idosos. A amostra foi composta por 69 participantes divididos em dois grupos: 1 grupo composto por 35 idosos jovens (grupo 1) e um grupo composto por 34 idosos muito idosos (grupo 2). Como instrumentos foram utilizados um questionário sociodemográfico para recolha de informação sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, prática de atividade física e capacidade funcional; para avaliar a capacidade funcional foi utilizado

o Índice de Katz e o Índice de Lawton e para a qualidade de vida o WHOQOL-Old. A análise de dados demonstrou que a amostra era majoritariamente composta por mulheres (82,9% no grupo 1 e 76,5% no grupo 2), o estado civil em cada grupo varia, sendo que no grupo 1 eram majoritariamente casados e no grupo 2 majoritariamente viúvos. Relativamente à escolaridade, 42,9% pertencentes ao grupo 1 tinham o 1º grau incompleto e 64,7% relativamente ao grupo 2 tinha o 1º grau completo. Relativamente à atividade física, em ambos os grupos predominam os sedentários, com 62,9% no primeiro grupo e 76,5% no segundo grupo. Relativamente à capacidade funcional, ambos os grupos são independentes no que diz respeito às Atividades Básicas de Vida Diária, tendo em média 8 comorbidades. No que diz respeito à qualidade de vida, a média da pontuação total no grupo 1 foi de 84,08 e no grupo 2 foi de 83,32. Em ambos os grupos, os domínios que apresentaram maior correlação relativamente ao valor mais elevado do WHOQOL-Old foram: Intimidade e Atividades Passadas, Presentes e Futuras”. No entanto, o domínio “Morte e Morrer” teve maior correlação para os muito idosos enquanto “Participação Social” e “Autonomia” para os idosos jovens. Verificou-se que não houve diferenças na pontuação total do WHOQOL-Old, mostrando que a idade avançada, por si só, não parece promover o declínio da qualidade de vida. É possível concluir que a qualidade de vida do grupo estudado foi considerada boa e a comparação entre os idosos jovens e idosos muito idosos permitiu afirmar que a qualidade de vida não diminui com a idade.

O estudo desenvolvido por Braga et al. (2011) tinha como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos residentes no bairro de Santa Efigênia (n = 133), município de Juiz de Fora /MG (Brasil), utilizou na recolha de dados, para além de um questionário, o WHOQOL-Bref. Também tinha como objetivo analisar a correlação entre a qualidade de vida geral e os diversos domínios do WHOQOL-Bref. Observou-se que a maioria da amostra é composta pelo género feminino (72%), 80% da amostra tinha menos de 75 anos, 49% eram viúvos, 80% tinha o ensino primário incompleto ou eram analfabetos, 89% reformados, 84% referiram que a reforma era a sua fonte de rendimentos e 93,2% possuíam um rendimento mensal de até 3 salários mínimos. Relativamente à qualidade de vida, observou-se que os domínios psicológico e ambiental apesar de apresentarem significância estatística na qualidade de vida dos idosos, quando eram analisadas as médias e o grau de satisfação referente a cada domínio, o que apresentava maior relevância positiva era o domínio social. A média encontrada foi de 74,1%, mostrando que a amostra está “satisfeita” ou “muito satisfeita” com as suas relações pessoais, vida sexual e com o apoio recebido dos amigos. Relativamente à qualidade de vida, observou-se uma avaliação positiva da mesma, particularmente no domínio social e físico, destacando a importância das redes sociais na vida dos idosos.

Outro estudo realizado por Cimirro et al. (2011) teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em pessoas idosas a frequentar Centros de Dia. Fazem parte da amostra 30 idosos, sendo que 21 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com mais de 60 anos, lúcidos, segundo os autores. Como instrumentos foram utilizados a WHOQOL-Bref, WHOQOL-Old e foram recolhidos dados sociodemográficos. Neste estudo, participaram 21 mulheres (70%) e 9 homens (30%), sendo a idade média foi de 78,23 e a média de anos de estudo foi de 3,73. Os

resultados evidenciam que o domínio da qualidade de vida que apresentou melhor média foi o das relações sociais, o que indica que as redes sociais atendem de forma satisfatória às necessidades dos idosos estudados. A possibilidade de estar na companhia de outros idosos no Centro de Dia parece ter influência positiva sobre esse aspeto. O domínio do WHOQOL-Bref que apresentou médias mais baixas e menos satisfação para o grupo do estudo foi o físico. É de salientar que o maior impacto no domínio referido é a incapacidade para trabalhar, e a insatisfação em movimentar-se. Os autores deste estudo concluíram que os idosos portugueses parecem associar a sua qualidade de vida ao facto de poderem ou não continuarem ativos, no entanto, as dificuldades de movimentação parecem ser um entrave.

Um estudo realizado por Lopes et al. (2016) teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos longevos a partir do seu perfil sócio demográfico. A amostra foi constituída por 69 participantes de ambos os sexos, com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, lúcido e orientado relativamente ao tempo e espaço. Foram excluídas pessoas com algum tipo de deficiência visual ou auditiva. Como instrumentos foram usados um questionário sociodemográfico e para a avaliação da qualidade de vida, o questionário WHOQOL-Bref. A análise de dados permitiu observar uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (83,1%), com ensino médio completo (16,9%), casados (42,5%) e com rendimentos familiares de 1 a 3 salários mínimos (45,8%). Em termos da análise da qualidade de vida, os autores verificaram que os domínios psicológicos (M= 51,30) e do ambiente (M=59,98) são os que se encontram mais comprometidos, interferindo na qualidade de vida dos idosos. Os domínios físicos e sociais foram, deste modo, os que obtiveram maior pontuação para qualidade de vida. Tratando-se de idosos mais jovens, mulheres e com grau de dependência consideravelmente preservados, enquadram-se na maioria na secção de casados (42,5%), seguido dos viúvos. No que diz respeito aos rendimentos, encontra-se entre 1 a 3 salários mínimos, uma vez que a maioria é reformada e não possui um outra fonte de rendimento.

Raggi et al (2016) realizaram um estudo com o objetivo de identificar de forma abrangente os fatores determinantes da qualidade de vida numa grande amostra de estudo populacional de pessoas com idades compreendidas entre os 18 e 50 anos e com mais de 50 anos que foram incluídas no projeto COURAGE in Europe. Como instrumentos foram utilizados o WHOQOL-AGE, foram recolhidas informações sociodemográficas; de saúde; avaliação das doenças crónicas; descrição do estado de saúde; visão e audição; redes sociais, avaliadas através do Índice Sintético de Redes Sociais; e ambiente construído avaliado através do *Courage Built Environment*. A amostra foi composta por 5639 participantes com média de idades de 46,3 anos, advindos de contextos urbanos e a nível de género era equilibrado. Os resultados demonstraram que quando se controlava um conjunto alargado de variáveis, mais idade estava significativamente associada a pior qualidade de vida. Os problemas de visão graves e perturbadores tiveram impacto negativo na qualidade de vida e os níveis mais baixos de educação estão ligados a pior qualidade de vida quando comparados com ensino secundário ou grau académico. Relativamente à rede social e de apoio, verificou-se que existe um impacto positivo na qualidade de vida relacionada com a saúde.

Outro estudo realizado por Estêvão (2017) teve como objetivo principal avaliar e comparar a qualidade de vida entre os idosos em Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), bem como caracterizar os idosos, identificar e descrever as relações das variáveis socioeconómicas e contextuais com a qualidade de vida. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, transversal e comparativo. Na recolha de dados foi utilizado um questionário sociodemográfico e contextual, bem como a escala WHOQOL-Bref. A amostra é composta por 41 idosos no total, sendo que 23 (56,1%) se encontram no Centro de Dia e 18 (43,9%) no Serviço de Apoio Domiciliário com idades compreendidas entre os 66 e 94 anos. Em relação ao estado civil, maioria dos idosos é viúvo (56,1%), seguidos dos participantes casados ou em união de facto (29,3%). Relativamente à escolaridade, 9 participantes não sabiam ler e escrever (22%), 11 sabem ler e escrever (26,8%) e 21 participantes têm o 1º ciclo (51,2%). Neste estudo, grande parte dos participantes não soube responder a esta questão (31,7%). Dos 41 idosos entrevistados, 13 (31,7%) auferem entre os 351 e os 500 euros e 22% dos participantes revela ter rendimentos entre os 201 e os 350 euros mensais, sendo que as percentagens mais baixas pertencem aos idosos que recebem mais de 701 euros (2,4% para cada caso). Os resultados sugerem que, apesar de não existir diferenças estatisticamente significativas, os idosos que se encontram a frequentar Centro de Dia mostram maior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, enquanto nos domínios relações sociais e ambiente, os idosos que estão integrados em SAD parecem percecionam uma maior qualidade de vida. No que diz respeito aos dados do questionário sociodemográfico, a média de idades dos idosos participantes do estudo é de 82 anos (63,4%). No género, no estudo em análise existem 21 participantes do género masculino e 20 do género feminino. A autora verificou que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, onde os homens têm uma melhor qualidade de vida quando comparado com as mulheres. A maior parte dos idosos são viúvos (56,1%), mas observa-se que, apesar de não existir diferenças estatisticamente significativas, existe uma melhor qualidade de vida nos idosos solteiros no domínio físico, psicológico e relações sociais. No que concerne à questão sobre com quem vive, grande parte dos idosos respondeu que vive sozinho (41,5%), sendo que apenas 29,3% referem viver com os filhos. Relativamente à variável "rendimentos", 31,7% dos idosos refere ter rendimentos mensais entre os 351 a 500€, sendo que 22% tem rendimentos perto dos 201 a 350€. Os dados advindos do WHOQOL-Bref mostram que a qualidade de vida média apresentada pelos idosos entrevistados está precisamente no ponto médio numa escala de 0 a 100, com 50,6. O domínio com resultados mais baixos é o psicológico, com uma pontuação de 54,1 e o domínio com uma pontuação mais elevada é o relações sociais – onde se verifica que os idosos percecionam uma qualidade de vida satisfatória.

Andrade et al. (2018) realizou um estudo com o objetivo de analisar a relação das condições de saúde e da capacidade funcional com a auto percepção de saúde de idosos longevos residentes no domicílio. A amostra é composta por 63 participantes, predominantemente mulheres (59%), com média de idades de 85,2 anos e um elevado número de analfabetos (51,3%). Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados: questionário sociodemográfico, avaliação do desempenho cognitivo (Mini Mental State Examination), estado

de saúde e avaliação da capacidade funcional, através de Barthel e Lawton. Em termos de capacidade funcional (Índice de Barthel) os participantes obtiveram 95,2 pontos, considerando assim a amostra independente e na escala de Lawton obtiveram 23,11, considerando a amostra severamente dependentes. Concluindo, de acordo com os autores, é importante estudar o processo do envelhecimento para que se possa intervir de forma adequada em termos de políticas públicas de saúde e social.

Talarska et al. (2018) realizou um estudo com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para a necessidade de apoio e afetam a qualidade de vida em pessoas idosas com bom funcionamento físico e mental, bem como a associação entre fatores. Fizeram parte da amostra 100 participantes de um clube da terceira idade da Polónia. Como instrumentos foram utilizados o Abbreviated Mental Test Score (AMTS) de Hodkinson, as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD de Lawton), o Easy-care Standard 2010, assim como o instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-Bref). A análise de dados, permitiu observar que a maioria dos participantes era do sexo feminino (62%), com média de idade de 71,07, casadas (44%) e viúvas (43%). Tinham o ensino médio completo (49%), 36% moravam sozinhos e eram maioritariamente reformados (76%), sendo que 57% da amostra apresentavam problemas financeiros. No teste AMTS, os participantes obtiveram valores elevados (9,39), seguido das AIVD, onde os valores já foram piores (20,92). O estudo da qualidade de vida através do WHOQOL-BREF demonstrou que os valores mais elevados foram nos domínios psicológico e meio ambiente e os valores mais baixos foram obtidos no domínio saúde física. Os resultados obtidos no estudo informam que independentemente de um bom funcionamento psicofísico geral, a amostra revela dificuldades na realização de atividades, mais concretamente aquelas relacionadas com saída de casa. Os fatores que contribuem para a perda de independência, quedas e necessidade de apoio 24 horas são a incontinência urinária, pouca mobilidade, deficiência auditiva, esquecimento e depressão. O nível de funcionamento físico, cognitivo e emocional influenciou também na avaliação da qualidade de vida dos idosos.

Silva et al., (2019) realizou um estudo com o objetivo de analisar os efeitos de variáveis sociodemográficas e da participação social em atividades/programas de base comunitária, promovidas por um município da zona centro de Portugal, ao nível da qualidade de vida de pessoas com mais de 56 anos, residentes no concelho. A amostra deste estudo é composta por 100 participantes com idades entre os 56 e 84 anos, divididos em dois grupos e emparelhados por idade e género. O Grupo de Intervenção (grupo 1) foi composto por 50 participantes, constituído por pessoas que integravam atividades e/ou programas promovidos pela Câmara Municipal, selecionados com base nas listas disponibilizadas pelo município; e o Grupo de Comparação (grupo 2) foi composto por 50 participantes, selecionados a partir dos contactos das pessoas do grupo de intervenção e que não participavam nas atividades do município. Os instrumentos utilizados neste estudo foram: questionário sociodemográfico para caracterização sociodemográfica e para caracterização da participação social; e a versão breve do Questionário da qualidade de vida do Grupo WHOQOL. A amostra deste estudo é maioritariamente do sexo feminino (74%), com idades entre os 56 e 84 anos, sendo o grupo etário 65-74 anos o que

predomina em ambos os grupos. São maioritariamente casados, com baixo nível de escolaridade (grupo 1 76% vs grupo 2 74%) entre o 1º- 4º ano; e em ambos os grupos são reformados. No que diz respeito ao rendimentos mensais do agregado familiar, a maioria situa-se entre 250-750€ (grupo 1 56% vs grupo 2 55.1%) e vivem com outras pessoas na sua maioria (72%). Relativamente ao tipo de residência, grande parte vive em vivenda/ moradia. Referentemente a aspetos relacionados com a participação no grupo de referência, a ginástica (50%), as oficinas de trabalhos manuais (30%) e a informática (24%) são as atividades mais frequentadas. Os motivos para participar nestas atividades são: manter a saúde (40%); participar em atividades de que gosta (36%); e ocupar o tempo (32%). A maior parte participa entre, pelo menos, uma vez por semana (58%), e duas vezes por semana (24%) e cerca de metade do grupo de intervenção (54%) participa nas atividades entre 1 e 5 anos. Relativamente à qualidade de vida, os valores médios estão acima dos valores médios teóricos, sendo que o grupo que participa nas atividades tem valores mais elevados nos domínios: qualidade de vida geral; físico e ambiente. O domínio relações sociais é o domínio com valores mais elevados no grupo que não participa nas atividades. O rendimento foi uma das variáveis que influenciou a qualidade de vida. Ao abordar o rendimento mensal do agregado familiar e considerando os custos de vida para se viver com dignidade em Portugal, constatou-se que os rendimentos dos idosos são baixos, rondando entre os 250€ e os 750€. O facto de serem valores baixos causa impacto negativo na qualidade de vida geral e nos domínios físico, psicológico e ambiente. Este estudo pode concluir que a participação em atividades sociais bem como os rendimentos elevados (+ de 750 euros) apresentam um contributo positivo ao nível da qualidade de vida dos indivíduos, em particular ao nível da qualidade de vida geral e das dimensões físico e ambiente. Também se observa uma menor participação de alguns subgrupos: o dos mais velhos, o dos homens e o de pessoas com rendimentos superiores a 750 euros e níveis de escolaridade superiores aos quatro anos.

van Leuwen et al, (2019) realizou uma revisão sistemática com o objetivo de sintetizar os principais achados de estudos qualitativos, que exploraram o significado de qualidade de vida para os idosos que vivem em casa. A pesquisa foi realizada desde o início até 28 de novembro de 2018 e foram encontrados 15,578 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram então selecionados para a análise 48 artigos. A síntese dos 48 artigos foi categorizada em aspetos da qualidade de vida em nove domínios: percepção de saúde, autonomia, papel e atividade, relacionamentos, atitude e adaptação, conforto emocional, espiritualidade, casa e vizinhança e segurança financeira. Os participantes valorizavam o facto de se sentirem saudáveis e sem limitações pela condição física, capacidade de realizarem as suas tarefas sem necessitar de ajuda, não se sentirem um fardo, realizar atividades que tragam sentido de valor, alegria e envolvimento, ter uma rede de relações próxima, onde podem recorrer para se sentirem apoiados, observarem o lado positivo da vida, sentir-se em paz, sentir-se ligados e experienciarem a fé e o autodesenvolvimento a partir de crenças, rituais e reflexão interior, sentirem-se seguros em casa e viver num bairro agradável e acessível e não se sentirem limitados pela sua situação financeira. Os resultados obtidos demonstram que a autonomia e a vida em casa são para os adultos mais velhos mais importantes, indo ao encontro das Políticas

de envelhecimento orientadas para a comunidade. De acordo com esta revisão, é importante destacar que os domínios da qualidade de vida estão fortemente interligados, o que significa que as alterações num domínio afetam provavelmente outros domínios.

Bastos et al. (2020), realizou um estudo com o objetivo de analisar a qualidade de vida em indivíduos que participam de programas de intervenção comunitária (PIC) orientados para uma vida ativa e saudável. Teve uma amostra composta por 304 participantes, com 55 anos ou mais de idade, onde metade desses indivíduos (n=152) estavam envolvidos em PIC (grupo de intervenção). Esse grupo foi emparelhado segundo sexo e grupo etário com número equivalente de participantes (n=152) que não frequenta PIC (grupo de comparação). Utilizou como instrumentos o Questionário de Participação Social, WHOQOL-Bref e Escala de Satisfação com a Vida. Os participantes eram na maioria do sexo feminino e do grupo etário 65-74 anos. No entanto, no GI as idades estão entre 60 e 84 anos, enquanto no GC se encontram entre 55 e 84 anos. Nos dois grupos, os participantes eram predominantemente casados; com escolaridade entre o 1º e o 4º anos; eram reformados; com filhos e viviam com o cônjuge. Ao analisar a qualidade de vida nos dois grupos, os participantes dos PIC (GI) apresentaram melhor qualidade de vida no domínio *Físico*. Nos outros domínios da qualidade de vida, os valores médios são superiores no grupo de intervenção. No que concerne aos aspetos da participação social no grupo de intervenção, a ginástica localizada e a hidroginástica foram as atividades realizadas por mais participantes no âmbito dos PIC. Em questão de assiduidade, quase todos os participantes se consideraram assíduos. A prática de atividade física comparadas com as atividades sócio recreativas e educativas/ALV apresentava um maior número de participantes no âmbito dos PIC. É possível concluir que a participação em programas públicos de intervenção comunitária beneficia a qualidade de vida, sendo que os participantes destas atividades apresentaram melhor qualidade de vida no domínio *físico* do que os não participantes.

Goes e Oliveira (2022) realizaram um estudo com o objetivo de delinear o perfil de qualidade de vida das pessoas idosas residentes num contexto rural de muito baixa densidade populacional, com uma amostra composta por 351 idosos, tendo sido usados como instrumentos de avaliação o WHOQOL-BREF, e aplicada uma entrevista estruturada. Em termos de resultados verificou-se que na sua maioria a amostra era composta por mulheres, com uma média de idade de 78,08 anos, maioritariamente casadas, com quatro anos de escolaridade (47,0%). Relativamente à avaliação da qualidade de vida verificou-se que o domínio com valores mais elevados foi as Relações Sociais e o domínio com valores mais baixos é a faceta geral da qualidade de vida (61,0% e 51,4%, respetivamente). Quando associadas as características sociodemográficas com a qualidade de vida, observa-se que o género masculino pontua mais alto nos domínios físico e psicológico. Relativamente à idade, observa-se que um grupo difere dos demais em todos os domínios da qualidade de vida. No estado civil, verificou-se que os casados/união de facto apresentaram uma pontuação diferente dos outros estatutos conjugais nos quatro domínios, com diferenças estatisticamente significativas em relação ao estatuto conjugal viúvos. Relativamente ao nível de escolaridade, os autores verificaram a existência de uma tendência no aumento da média dos domínios da qualidade de vida conforme o nível de

escolaridade aumenta. Assim, neste estudo a pontuação média ia diferindo entre os participantes com mais escolaridade em comparação com os participantes que não sabiam ler e/ou escrever.

Marzo et al. (2023) através de numa revisão sistemática, teve como objetivo verificar a associação entre envelhecimento ativo e qualidade de vida em adultos mais velhos e determinar os desenhos de estudo e instrumentos mais utilizados entre 2000 e 2020. Foram identificados 2514 artigos e aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 26 artigos. Os instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida foi o World Health Organization Quality of life Assessment- Module for Older Adults (WHOQOL-Old), seguido do WHOQOL-Abbreviated (WHOQOL-Bref). Para avaliar o Envelhecimento Ativo, foram utilizados o WHOQOL-Old e o WHOQOL-Bref para os aspetos pessoais, sociais comportamentais, ambientais, serviços sociais e de saúde, ambiente físico e económico do envelhecimento. Para medir três aspetos do envelhecimento ativo tais como aspetos pessoais, comportamentais e sociais foram utilizados o CASP-12, o CASP- 16, o CASP-19, o SF-12, o SF-36 e o EQ5D. Ao analisar os dados obtidos, os autores verificaram que a qualidade de vida é mais alta quanto melhor for o estado dos determinantes do envelhecimento ativo. Em grande parte dos estudos, é destacado o impacto positivo na qualidade de vida na participação social e outras atividades como a leitura, a arte e atividade física, apesar de serem utilizados instrumentos diferentes como o WHOQOL-Old, o CASP-19 e o WHOQOL-Bref. O estudo também observou que a segurança financeira e a garantia de cuidados também influencia a qualidade de vida de forma positiva. Os autores concluíram que quanto mais elevada for a pontuação nos determinantes do envelhecimento ativo, melhor é a qualidade de vida entre os adultos mais velhos, destacando a importância de promover o envelhecimento ativo para alcançar melhores resultados de QdV para idosos.

3. Síntese

Tendo em conta os tópicos abordados ao longo desta revisão da literatura, destaca-se em seguida os principais aspetos. Em termos teóricos, o envelhecimento é um processo contínuo, multidirecional e multidimensional que sofre alterações e mudanças por influência de fatores genético-biológicos e socioculturais, que podem ser de natureza normativa ou não normativa, assinalado por ganhos e perdas e por interatividade entre o indivíduo e a cultura (Baltes et al, 2006). No envelhecimento, é de destacar a existência de vários conceitos, embora distintos contribuem para esclarecer aspetos do envelhecimento humano. É de salientar que uma visão positiva do envelhecimento na Gerontologia Social tem estado associada a ideia de envelhecimento ativo, saudável e bem- sucedido.

O envelhecimento ativo é percebido como o processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, pretendendo melhorar a qualidade de vida conforme as

peças vão ficando mais velhas (OMS, 2002; ILC-Brasil, 2015). O envelhecimento saudável entende a resiliência como a capacidade de manter ou melhorar a capacidade funcional face à adversidade (OMS, 2015). No entanto, a capacidade funcional e intrínseca podem variar na segunda metade da vida, podendo apresentar períodos de capacidade relativamente alta e estável, seguido de capacidade diminuída e finalmente, perda significativa de capacidade.

É fundamental destacar que estes períodos não dependem da idade cronológica, não são uniformes e as trajetórias variam entre os indivíduos.

Relativamente ao envelhecimento bem sucedido é de referir que na segunda metade do século XX, alguns investigadores descentraram a questão do envelhecimento normal *versus* patológico, para envelhecimento normal *versus* bem-sucedido. Este é o caso de Rowe e Kahn (1987) que defendem que o envelhecimento bem-sucedido reúne três critérios: 1- baixa probabilidade de doença; 2- elevada capacidade funcional, física e cognitiva; e envolvimento ativo com a vida. Por seu turno, Baltes e Baltes (1990), consideram que o Envelhecimento Bem-sucedido depende da capacidade para maximizar ganhos e minimizar perdas. Este exercício adaptativo é explicado com base no, o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC). Igualmente Kahana et al., (2005) apresentam um novo modelo de envelhecimento bem sucedido designado como modelo da Proatividade Preventiva e Corretiva (PPC), que tem como base teorias sociológica e psicológica.

Associado ao envelhecimento da população, as respostas sociais, que prestam apoio às pessoas idosas ganham um novo destaque. Dentro das respostas sociais, os Centros de Dia têm sido pouco investigados (Orellana et al., 2020a). O Centro de Dia é uma resposta social que abrange um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996) .

Boogatz (2020) defende que a qualidade de vida pode apresentar significados muito distintos: qualidade da situação objetiva de vida, bem-estar subjetivo geral, satisfação subjetiva das necessidades e um estado subjetivo multidimensional. O facto de não haver consenso na definição do conceito, a investigação sobre qualidade de vida, realizada em diversos contextos, torna difícil a comparabilidade. A qualidade de vida, segundo o WHOQOL Group (1994, p.28) é entendida como “ a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores, nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” .Considerando que a Organização Mundial de Saúde criou um conjunto de instrumentos para avaliar a qualidade de vida, no presente estudo parte-se dessa visão para explorar a qualidade de vida na quarta idade em Centros de Dia.

Tomando em consideração a revisão da investigação apresentada, observa-se que os instrumentos da OMS têm sido frequentemente utilizados. No entanto, quando se considera os domínios da qualidade de vida em função das características dos participantes observa-se uma grande diversidade de resultados. Face ao exposto, apresenta-se em seguida o planeamento do estudo empírico- Método.

II- MÉTODO

Nesta secção descreve-se o planeamento deste estudo, apresentado as várias fases deste estudo.

1- Plano de investigação e Participantes

Considera-se o presente estudo de natureza quantitativa, pois através da recolha de dados numéricos e da sua análise estatística, consegue estabelecer padrões de comportamento e transversal porque tem como objetivo descrever variáveis e analisar a sua incidência e inter-relação em dado momento (Sampieri et al., 2006). Considera-se ainda como um estudo descritivo e correlacional porque pretende descrever situações, acontecimentos, ou perceções ligadas a determinado fenómeno, ou seja, especificar as propriedades/características de pessoas, grupos e comunidades.

Em termos de participantes, constituiu-se uma amostra não probabilística sendo constituída por 108 participantes com 65 ou mais anos a frequentar Centros de Dia na região Norte de Portugal.

2- Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados fez-se com base num **questionário sociodemográfico**, **Índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007), **Índice de Lawton** (Lawton e Brody, 1969; Sequeira, 2007) e instrumento de avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL- Bref; versão portuguesa de Canavarro et al., 2010), os quais se descrevem em seguida.

Questionário sociodemográfico aborda questões relativas à pessoa, como por exemplo, a idade, o estado civil, a escolaridade, o local onde vive, se vive acompanhado, o nível económico, complementado com questões informativas da situação individual que foi construído para o efeito. Igualmente, foi recolhida informação sobre os Centros de Dia, nomeadamente em termos de capacidade e número de utilizadores efetivos.

Índice de Barthel (ABVD; Mahoney & Barthel, 1965; versão portuguesa de Sequeira, 2007). Este instrumento avalia as Atividades Básicas de Vida Diária, as quais se definem como o conjunto de atividades primárias da pessoa associado ao autocuidado e mobilidade, situação que permite a pessoa viver sem precisar da ajuda de outras pessoas, isto é, com autonomia e independência alimentares (Sequeira, 2010). Este instrumento é constituído por dez itens: alimentação, vestir, tomar banho, higiene pessoal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação. As atividades

apresentam vários níveis de dependência, onde 0 é dependência total, e 5, 10 ou 15 equivalem aos níveis de independência. A pontuação total pode variar de 0 a 100, onde quanto maior for a pontuação, maior o nível de independência. Menos de 20 indica dependência total, de 20 a 35 severamente dependente, 40 a 55 moderadamente dependente, 60 a 85 ligeiramente dependente e 90-100 independente. Relativamente às características psicométricas do instrumento na validação portuguesa (Araújo, 2007), apresenta-se com apenas um factor com uma boa consistência interna - *Alfa de Cronbach* de 0,89.

Índice de Lawton (AIVD; Lawton e Brody, 1969; versão portuguesa de Sequeira, 2007). Este instrumento avalia as atividades que permitem à pessoa adaptar-se ao meio ambiente e a independência na comunidade. As oito atividades referem-se a : cuidar da casa, lavar a roupa, preparar as refeições, fazer compras, usar telefone, usar transporte, usar dinheiro, responsabilizar-se pelos medicamentos. Cada atividade apresenta vários itens que configuram diferentes níveis de dependência, sendo que cada atividade pode ser pontuada de 1 a 3, 1 a 4 ou 1 a 5, sendo que quanto maior for a pontuação, mais dependente está a pessoa. Em termos de pontuação, esta pode variar entre 8 a 30, sendo que 8 pontos equivale a independência, 9-20 pontos equivale a moderadamente dependente (necessita de uma certa ajuda); finalmente > 20 pontos equivale a severamente dependente (necessita de muita ajuda). No que diz respeito às características psicométricas deste instrumento na validação portuguesa, apresenta uma boa consistência interna - *Alpha de Cronbach* de 0,92.

WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa de Canavarro et al, 2010) trata-se de uma medida multidimensional e multicultural, destinada a uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. este instrumento integra quatro domínios de qualidade de vida: *Físico* (7 itens), *Psicológico* (6 itens), *Relações Sociais* (3 itens) e *Ambiente* (8 itens). Cada um destes domínios é composto por facetas da qualidade de vida. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida, composta por dois itens que avaliam a qualidade de vida geral percepção de saúde geral. As restantes 24 questões estão organizados em função dos domínios físico, psicológico, relações sociais ambiente. O domínio Físico refere-se a um conjunto de aspetos que integram mobilidade, sono, e repouso, energia e fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho. O domínio Psicológico refere-se a aspetos relacionadas com sentimentos positivos, pensamento, memória, autoestima espiritualidade e crenças pessoais, entre outros. O domínio Relações Sociais tem em conta aspetos relacionados com atividade sexual, apoio social e relações pessoais. Por fim, o domínio Ambiente integra a segurança física, ambiente em casa, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte, entre outros. O WHOQOL-BREF é constituído por 26 questões numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo que 1 corresponde a Nunca/ Muito insatisfeito/ Muito má/Nada e 5 corresponde a Sempre/ Muito satisfeito/Muito boa/ Completamente/ Muitíssimo conforme a formulação dos itens. A adaptação para a população portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2010) mostrou indicadores de consistência

interna muito adequados- *Alpha de Cronbach* de 0,92 para o total dos itens, variando os domínios entre 0,64 (relações sociais) e 0,87 (físico).

3- Procedimentos de Recolha de Dados

O presente estudo é parte integrante do *Projeto CD Living*, que tem por objetivo avaliar a Qualidade de Vida e Bem Estar em Centros de Dia e ERPI na sequência da Pandemia Covid-19. Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde. Após a aprovação, foi iniciado o procedimento de recolha de dados. Em primeiro lugar foi realizado o levantamento dos Centros de Dia, utilizando a Carta Social. De seguida, foi efetuado o contacto com os Diretores Técnicos das Instituições selecionadas para solicitar a participação no estudo. Após a obtenção da adesão ao estudo, foram estabelecidas datas para apresentar o projeto às pessoas idosas. Antes da aplicação do protocolo, foi apresentado e preenchido o consentimento informado, de modo a garantir a participação livre e esclarecida, anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

A recolha de dados decorreu desde Abril a Junho de 2022 nas instituições selecionadas, tendo a aplicação do protocolo uma duração estimada de cerca de 50 minutos.

4- Estratégias de Análise de Dados

No capítulo reservado a apresentação de dados são descritos os procedimentos estatísticos realizados com o apoio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), versão 27.0. Tendo em conta a natureza e os objetivos do estudo recorreram-se a métodos relacionados com a estatística descritiva e inferencial.

A análise descritiva é feita com recurso a medidas de tendência central, de dispersão, entre outros.

Foram utilizados os testes não paramétrico Mann-Whitney para analisar a Qualidade de Vida em função da escolaridade e para analisar a Qualidade de Vida em função das AIVD (Lawton). Para analisar a Qualidade de Vida em função do estado civil, foi utilizado o teste não paramétrico Kruskal-Wallis

III- RESULTADOS

1- Caracterização dos participantes

Neste ponto são apresentados os resultados relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos participantes

	65 – 79 anos		80+ anos		Total	
	n = 46		n = 62		n = 108	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	30	65,2	46	74,2	76	70,4
Masculino	16	34,8	16	25,8	32	29,6
Idade M (DP)	73,07 (4,60)		85,29 (4,49)		80,08 (7,57)	
Min-Máx	65 - 79		80 - 96		65 – 96	
Estado Civil						
Solteiro(a)	11	23,9	8	12,9	19	17,6
Casado(a)/União de facto	9	19,6	12	19,4	21	19,5
Separado(a)/ Divorciado(a)	8	17,4	1	1,6	9	8,3
Viúvo	18	39,1	41	66,1	59	54,6
Escolaridade						
Sem escolaridade	8	17,4	21	33,9	29	26,8
1 ^o -4 ^o anos	29	63,0	37	59,7	66	61,1
5 ^o -6 ^o anos	5	10,9	3	4,8	8	7,4
7 ^o -9 ^o anos	0	0,0	1	1,6	1	0,9
10 ^o -12 ^o anos	3	6,5	0	0,0	3	2,8
Ensino Superior	1	2,2	0	0,0	1	0,9
Agregado Familiar						
Sozinho	16	34,8	13	21,0	29	26,8
Com outra pessoa	13	28,3	21	33,9	34	31,5
2 pessoas	4	8,7	8	12,9	12	11,1
3 pessoas	8	17,4	11	17,7	19	17,6
4 pessoas	4	8,7	7	11,3	11	10,2
5 pessoas	1	2,2	2	3,2	3	2,8
Rendimento do Agregado						
Com grande dificuldade	22	47,8	25	40,3	47	43,5
Com alguma dificuldade	13	28,3	22	35,5	35	32,4
Com alguma facilidade	9	19,6	9	14,5	18	16,7
Com muita facilidade	2	4,3	2	3,2	4	3,7
Rendimento mensal*						
Inferior a 280€	6	13,0	3	4,8	9	8,3
281€- 300€	1	2,2	6	9,7	7	6,5
301€- 400€	18	39,1	14	22,6	32	29,6
401€-500€	7	15,2	10	16,1	17	15,7
501-600€	4	8,7	9	14,5	13	12,1
601€-1000€	4	8,7	4	6,5	8	7,4
1001€-1500€	0	0,0	1	1,6	1	0,9
Possibilidade Ajuda AVD						
Sim	40	87,0	56	90,3	96	88,9
Não	6	13,0	6	9,7	12	11,1
Capacidade Funcional AIVD						
Independente	1	2,2	2	3,2	3	2,8
Moderadamente Dependente	20	43,5	19	30,6	39	36,1
Severamente Dependente	25	54,3	41	66,1	66	61,1

*21 casos omissos

Observando a Tabela 1, foram entrevistados para este estudo 108 participantes com idades entre os 65 e os 96 anos ($M= 80,08$ $DP=7,57$). 57,4 % tem 80+ anos e a maioria da amostra é composta por mulheres (70,4%). Relativamente à escolaridade, grande parte da amostra (61,1%) tem estudos até ao nível 1º-4º anos, sendo que 26,8% é analfabeto. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes são predominantemente viúvas (54,6 %).

No que diz respeito à residência, considerando o número de pessoas com quem vive para além de si próprio, observa-se que 58,3% dos participantes afirma viver sozinho ou com uma pessoa.

No que concerne à condição socioeconómica dos participantes, predominam os baixos rendimentos, sendo que a maior parte dos participantes com até 500 euros (60,1%). É de referir que a maior parte, quase totalidade, 75,9% dos participantes vive com grande ou alguma dificuldade. Observa-se também a existência de 21 casos omissos, sendo de referir que algumas pessoas afirmavam que não sabiam do rendimento disponível, na medida que eram os familiares a tratar disso. No que diz respeito à possibilidade de ajuda em caso de necessidade (por exemplo, apoio nas Atividades de Vida Diária), observa-se que 88,9% dos participantes indicaram poder contar com ajuda. A análise de quem recebe ajuda remete para o filho/a (47,2%).

2- Descrição dos Centros de Dia

Neste ponto vão ser caracterizados os Centros de Dia onde foi realizado o presente estudo.

Tabela 2- Descrição dos Centros de Dia em função da dimensão e utilizadores

Contextos	Dimensão	Utilizadores
Contexto A	50	31
Contexto B	50	28
Contexto C	40	33
Contexto D	40	25
Contexto E	33	17
Contexto F	30	27
Contexto G	30	26
Contexto H	30	25
Contexto I	25	25
Contexto J	15	4

Nesta tabela verifica-se que os contextos são na sua maioria de média e grande dimensão. Relativamente ao número de utilizadores, já se nota diferenças, sendo que o contexto J é aquele que apresenta um menor número.

3- Capacidade Funcional na Vida Diária

Apresenta-se em seguida a descrição das atividades básicas e instrumentais da vida diária

Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)

Neste ponto são apresentados os resultados relativamente às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (Tabela 3). Relativamente ao Índice de Barthel, é de referir que contrariamente ao Índice de Lawton, quanto maior a pontuação, mais independente sendo que menos pontuação, mais dependente, como se pode observar na tabela seguinte

Neste ponto apresentam-se os resultados referentes à caracterização dos Participantes quanto às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Estas atividades envolvem a alimentação, vestir, banho, higiene corporal, uso wc, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cadeira-cama e deambulação (Tabela 3).

Tabela 3- Descrição das ABVD em função do grupo etário

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n= 46	n= 62	n= 108
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Alimentação	9,67 (1,248)	9,52 (1,965)	9,58 (1,692)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
Vestir	8,80 (2,400)	8,15 (3,167)	8,43 (2,872)
Min-Máx	0-10	0-10	0-10
Banho	2,50 (2,528)	2,10 (2,487)	2,27 (2,501)
Min-Máx	0-5	0-5	0-5
Higiene Corpo	4,24 (1,816)	4,03 (1,992)	4,12 (1,913)
Min-Máx	0-5	0-5	0-5
Uso WC	8,59 (2,276)	8,31 (2,995)	8,43 (2,704)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
Controlo Intestinal	8,59 (2,276)	8,47 (2,653)	8,52 (2,489)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
Controlo Vesical	8,37 (2,370)	8,55 (2,622)	8,47 (2,508)
Min-Máx	5-10	0-10	0-10
Subir escadas	7,28 (3,110)	7,26 (3,348)	7,27 (3,234)
Min-Máx	0-10	0-10	0-10
Transferência cadeira-cama	12,72 (3,757)	13,06 (3,309)	12,92 (3,494)
Min-Máx	0-15	0-15	0-15
Deambulação	12,61 (4,182)	13,23 (3,149)	12,96 (3,620)
Min-Máx	0-15	0-15	0-15
Atividades Básicas Vida Diária	79,24 (24,198)	82,90 (21,814)	81,34 (22,822)
Min-Máx	0-100	0-100	0-100

Na tabela 3 observa-se que nas Atividades Básicas de Vida Diária os participantes obtiveram uma pontuação média de 81,34 ($dp=22,822$), ou seja, no geral são ligeiramente dependentes. Tendo em consideração os itens que compõe o Índice de Barthel, verifica-se a *Alimentação* com média de 9,58 ($dp=1,692$), o *Vestir* com média de 8,43 ($dp=2,872$), a *Higiene Corporal* com média de 4,12 ($dp=1,913$), o *Uso de WC* com média de 8,43 ($dp=2,704$), o *Controlo*

Intestinal com média de 8,52 ($dp=2,489$) e o *Controlo Vesical* com média de 8,45 ($dp=2,508$), são aqueles nos quais se regista melhor desempenho dos participantes, uma vez que a média se situa muito próxima da pontuação máxima. Seguindo-se o item de *Subir Escadas* com média de 7,27 ($dp=3,234$), depois a *Transferência Cadeira-Cama* com média de 12,92 ($dp=3,494$), a seguir a *Deambulação* com média de 12,96 ($dp=3,620$) e por fim o *Banho* com pontuação média de 2,27 ($dp=2,501$).

Tabela 4- Pontuação total ABVD em função do nível de dependência

Pontuação	Total n=108		
		N	%
<20	4	3,7	
20-35	2	1,9	
40-55	10	9,3	
60-85	35	32,4	
90-100	57	52,7	

Na tabela 4 pode observa-se que 52,7% dos participantes são independentes, enquanto 32,4% são ligeiramente dependentes, 9,3% é moderadamente dependente, 1,9% é severamente dependente e 3,7% totalmente dependente.

Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Nesta secção apresentam-se os resultados relativos à caracterização dos participantes quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Estas atividades envolvem as funções: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso do transporte, uso do dinheiro e responsável pelos medicamentos. Analisando as AIVD em função do Género através ao teste U de Mann-Whitney, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1145,5$; $p=0,634$). Quando se faz a análise em função da Terceira idade (65-79) e Quarta idade (80+), recorrendo ao teste U de Mann-Whitney, também se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1116,5$; $p=0,054$).

Tabela 5- Descrição das AIVD em função do grupo etário

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n = 46 M (DP)	n = 62 M (DP)	n = 108 M (DP)
Cuidar da Casa	3,22 (1,489)	3,87 (1,385)	3,59 (1,460)
Min – Máx	1-5	1-5	1-5
Lavar a Roupa	2,46 (0,721)	2,60 (0,639)	2,54 (0,676)
Min – Máx	1-3	1-3	1-3
Preparar a Comida	3,02 (1,125)	3,35 (1,073)	3,21 (1,103)
Min – Máx	1-4	1-4	1-4
Ir às Compras	3,11 (1,178)	3,37 (1,075)	3,26 (1,122)
Min – Máx	1-4	1-4	1-4
Uso do Telefone	2,15 (1,247)	2,56 (1,326)	2,39 (1,303)
Min – Máx	1-4	1-4	1-4
Uso de Transporte	2,46 (0,808)	2,55 (0,783)	2,51 (0,791)
Min – Máx	1-3	1-3	1-3
Uso do Dinheiro	2,04 (0,759)	2,21 (0,832)	2,14 (0,803)
Min – Máx	1-3	1-3	1-3
Responsável pelos Medicamentos	1,91 (0,784)	1,92 (0,816)	1,92 (0,799)
Min – Máx	1-3	1-3	1-3
Atividades Instrumentais da Vida Diária	20,30 (5,981)	22,47 (5,925)	21,55 (6,018)
Min – Máx	8-29	8-29	8-29

Analisando as AIVD em função do Gênero através ao teste U de Mann-Whitney, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1145,5$; $p=0,634$). Quando se faz a análise em função da Terceira idade (65-79) e Quarta idade (80+), recorrendo ao teste U de Mann-Whitney, também se verificou que não existem diferenças estatisticamente significativas ($U=1116,5$; $p=0,054$).

Observando a tabela 5, verifica-se que nas Atividades Instrumentais de Vida Diária os participantes obtiveram uma pontuação média de 21,55 ($dp=6,018$), ou seja, são severamente dependentes.

Tendo em consideração os itens que compõem o Índice de Lawton, verifica-se que no item *Cuidar da Casa* a pontuação média foi de 3,59 ($dp=1,460$), *Lavar a Roupa* com média de 2,54 (0,676), *Preparar a Comida* com média de 3,21 ($dp=1,103$), *Ir às Compras* com média de 3,26 ($dp=1,122$), *Uso de Telefone* com média de 2,29 ($dp=1,303$), *Uso de Transporte* com média de 2,51 ($dp=0,791$), *Uso do Dinheiro* com média de 2,14 ($dp=0,803$), *Responsável pelos Medicamentos* com média de 1,92 ($dp=0,799$).

Tabela 6- Pontuação total das AIVD em função do nível de dependência

Pontuação	Total n=108	
	N	%
8	3	2,8
9-20	39	36,1
>20	66	61,1

Na tabela 6 observa-se que dos 108 participantes, 2,8% é independente, enquanto 36,1% é moderadamente dependente e 61,1% severamente dependente.

Analisando as AIVD em função da Escolaridade (Sem escolaridade vs Com escolaridade), Estado Civil (Viúvos vs Outros) e Rendimentos (<400 vs >400), através do teste U de Mann-Whitney, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas, respetivamente, (U=918; p=0,113), (U=1445; p=0,998) e (U=774; p=0,165).

4- Análise da Qualidade de Vida em função das características sociodemográficas e capacidade funcional dos participantes

Nesta secção são apresentados os resultados decorrentes das análises estatísticas efetuadas face aos objetivos estabelecidos.

Analisando a QdV em função do Género e em função da idade [Terceira idade (65-79) vs Quarta idade (80+)], recorrendo ao teste U de Mann-Whitney, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em ambos os casos quer na *Qualidade de Vida geral*, quer em qualquer um dos quatro domínios específicos. Apesar disso, quando se analisa a QdV em relação à idade, verifica-se que a Quarta idade pontua sempre mais alto (Tabela 7).

Tabela 7- Qualidade de Vida em função da idade

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n = 46	n = 62	n = 108
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Qualidade de Vida/faceta geral	48,9 (19,5)	49,6 (21,9)	49,3 (20,9)
Min-Máx	0-75	0-100	0-100
Domínio físico	48,4 (14,4)	49,7(13,0)	49,1 (13,6)
Min-Máx	25-75	7,1(78,6)	7,1-78,6
Domínio psicológico	47,2 (13,6)	51,2 (15,1)	49,5 (14,5)
Min-Máx	16,7-79,2	16,7-83,3	16,7- 83,3
Domínio relações sociais	45,8 (15,1)	49,1 (17,3)	47,7 (16,4)
Min-Máx	25-75	8,3-100	8,3-100
Domínio ambiente	52,2 (14,4)	54,1 (17,4)	53,3 (16,1)
Min-Máx	9,4-75	0-100	0-100

Tomando em consideração a 3^o e 4^o idade e observando os valores médios obtidos em cada um dos grupos etários, observa-se que tendencialmente os valores médios da Qualidade de Vida geral e respetivos domínios são mais elevados aos 80+ anos.

Tabela 8- Qualidade de Vida em função da escolaridade

	Sem escolaridade	Com escolaridade	Total	U	p
	n = 29 M (DP)	n = 79 M (DP)	n = 108 M (DP)		
Qualidade de Vida/faceta geral	39,7(19,5)	52,8 (20,3)	49,3 (20,9)	712,0	0,002*
Min-Máx	0-75	0-100	7,1-78,7		
Domínio físico	47,8(10,3)	49,6(14,6)	49,1 (13,7)	1065,0	0,575
Min-Máx	25-71,4	7,1(72,6)	7,1-78,7		
Domínio psicológico	46,5 (11,4)	51,7 (15,0)	49,5 (14,5)	766,5	0,008*
Min-Máx	20,8-62,5	16,7-83,3	16,6- 83,3		
Domínio relações sociais	44,3 (13,8)	48,9 (17,2)	47,6 (16,4)	981,0	0,247
Min-Máx	16,7- 66,7	8,3-100	8,3-100		
Domínio ambiente	49,9 (11,4)	54,5 (17,4)	53,2 (16,1)	852,5	0,042*
Min-Máx	25-75	0-100	0-100		

*p<0,05

Para analisar a Qualidade de Vida em função da escolaridade recorreu-se ao teste U de Mann-Whitney (Tabela 8). Analisando os resultados obtidos na *Qualidade de Vida geral* e nos quatro domínios específicos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *Qualidade de Vida geral* (U= 712; p = 0,002), no domínio *psicológico* (U= 766,5; p = 0,008) e no domínio do *ambiente* (U= 852, 5; p = 0,042), pontuando sempre mais alto os participantes com escolaridade (do 1º ano de escolaridade até ao Ensino Superior).

Tabela 9- Qualidade de Vida em função do estado civil

	Casado	Viúvo	Outros	$\chi^2_{(2)}$	p
	N=21 M (DP)	N=59 M (DP)	N= 28 M (DP)		
Qualidade de Vida/faceta geral	51,7 (22,8)	51,0 (20,7)	43,7 (19,1)	2,938	0,230
Min-Máx	0-87,5	0-100	0-75		
Domínio físico	48,0 (14,7)	50,4 (12,7)	47,0 (14,4)	1,268	0,530
Min-Máx	7,14- 75	25- 78,5	25-75		
Domínio psicológico	51,1 (13,5)	51,8 (14,1)	43,3 (14,8)	7,289	0,026*
Min-Máx	16,6- 79,1	16,6- 83,3	20,8- 70,8		
Domínio relações sociais	51,1 (15,2)	49,7 (17,7)	40,7 (12,4)	8,904	0,012*
Min-Máx	8,3- 75	16,6- 100	25- 66,6		
Domínio ambiente	53,2 (18,2)	56,1 (15,5)	47,3 (14,6)	6,502	0,039*
Min-Máx	0-75	9,3-100	21,8- 75		

*p<0,05

Para comparar a Qualidade de Vida em função do estado civil, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Tabela 9). Analisando os resultados obtidos na *Qualidade de Vida geral* e em cada um dos domínios, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio *psicológico* ($\chi^2_{(2)} = 7,289$; p = 0,026), nas *relações sociais* ($\chi^2_{(2)} = 8,904$; p = 0,012) e no *ambiente* ($\chi^2_{(2)} = 6,502$; p = 0,039).

Uma vez que esta análise comparativa se faz com três grupos (casados vs viúvos vs outro estatuto conjugal), há que efetuar um teste para comparações múltiplas, utilizando-se para o efeito o teste de LSD.

A análise estatística demonstrou que no domínio *psicológico* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p= 0,01$), pontuando mais alto os viúvos ($M=51,8$; $DP=14,1$ vs $M= 43,3$; $DP= 14,8$). Para o domínio *das relações sociais* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p= 0,017$), pontuando mais alto os viúvos ($M=49,7$; $DP=17,7$ vs $M= 40,8$; $DP= 12,5$) e casados e outros ($p= 0,027$), pontuando mais alto os casados ($M=51,2$; $DP=15,2$). No domínio *do Ambiente* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p= 0,018$), pontuando mais alto os viúvos ($M=56,1$; $DP=15,5$ vs $M= 47,3$; $DP= 14,6$).

Tabela 10- Qualidade de Vida em função dos rendimentos^a

	<400euros	>400 euros	Total		
	n = 48	n = 39	n = 87		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	t (85)	p
Qualidade de Vida/faceta geral	45,6 (20,5)	52,2 (21,6)	48,6 (21,1)	-1,471	0,145
Min-Máx	0,0-75,0	0,0 – 100	0,0 – 100,0		
Domínio físico	49,5 (12,8)	51,3 (15,0)	50,3 (13,8)	-0,604	0,547
Min-Máx	25,0 – 75,0	7,1 – 78,6	7,1 – 78,6		
Domínio psicológico	45,1, (13,6)	53,5 (15,0)	48,9 (14,8)	-2,728	0,008*
Min-Máx	16,7 – 83,3	16,7 – 83,3	16,7 – 83,3		
Domínio relações sociais	46,5 (16,1)	50,6 (18,6)	48,4 (17,3)	-1,106	0,272
Min-Máx	25,0 – 100,0	8,3 – 100,0	8,3 – 100,0		
Domínio ambiente	50,1 (13,9)	56,9 (17,7)	53,1 (16,0)	-2,015	0,047*
Min-Máx	9,4 – 84,4	0,0 – 100,0	0,0 – 100,0		

* $p<0,05$; ^a Há 21 valores omissos

Quanto aos rendimentos, para comparar os participantes com baixos rendimentos (<400 euros) aos que têm altos rendimentos (>400 euros) relativamente à Qualidade de Vida, aplicou-se o teste *t* para amostras independentes (Tabela 10). Quando se comparam os dois grupos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio psicológico* ($t(85) = -2,728$; $p = 0,008$) e no *ambiente* ($t(85) = -2,015$; $p = 0,047$), sendo o valor médio mais alto nos participantes com altos rendimentos.

Para além da análise da Qualidade de Vida em função das características sociodemográficas, explorou-se também a Qualidade de Vida em função da capacidade funcional. Apresenta-se em seguida os resultados obtidos.

Tabela 11- Qualidade de Vida em função da capacidade funcional nas ABVD

	Independente	Dependente	Total		
	n = 57	n = 51	n = 108		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	t (106)	p
Qualidade de Vida/faceta geral	55,0 (21,5)	42,9 (18,2)	49,3 (20,8)	3,147	0,002*
Min-Máx	0,0 – 100,0	0,0 – 75,0	0,0 – 100,0		
Domínio físico	52,3 (14,7)	45,5 (11,3)	49,1 (13,6)	2,678	0,009*
Min-Máx	7,1 – 78,6	25,0 – 67,9	7,1 – 78,6		
Domínio psicológico	54,6 (14,6)	43,8 (12,3)	49,5 (14,5)	4,142	0,000*
Min-Máx	16,7 – 83,3	20,8 – 70,8	16,7 – 83,3		
Domínio relações sociais	52,9 (16,9)	41,8 (13,8)	47,7 (16,4)	3,707	0,000*
Min-Máx	8,3 – 100,0	16,7 – 75,0	8,3 – 100,0		
Domínio ambiente	58,9 (16,2)	46,9 (13,6)	53,3 (16,4)	4,146	0,000*
Min-Máx	0,0 – 100,0	15,6 – 71,9	0,0 – 100,0		

*p<0,05

Quanto à capacidade funcional, para comparar os participantes dependentes dos independentes relativamente à Qualidade de Vida, utilizou-se o teste *t* para amostras independentes (Tabela 11). Quando se comparam os dois grupos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio físico* ($t(106) = 2,678$; $p = 0,009$), no *psicológico* ($t(106) = 4,142$; $p = 0,000$), nas *relações sociais* ($t(106) = 3,707$; $p = 0,000$) e no *ambiente* ($t(106) = 4,146$; $p = 0,000$), assim como na Qualidade de Vida geral ($t(106) = 3,147$; $p = 0,002$), sendo o valor médio mais alto nos independentes.

No que diz respeito à capacidade funcional na vida diária, tomando como referência as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) há apenas três indivíduos independentes (Tabela 6). Face a esta situação, para a realização da análise seguinte, estes indivíduos foram retirados, limitando a análise aos dependentes ($n = 105$).

Tabela 12- Qualidade de Vida em função da capacidade funcional nas AIVD

	Moderadamente Dependente	Severamente Dependente	Total		
	n = 39	n = 66	n = 105		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	t (103)	p
Qualidade de Vida/faceta geral	54,17 (21,33)	46,02 (20,35)	49,05 (21,0)	1,946	0,054**
Min-Máx	0,0 – 100,0	0,0 – 87,5	0,0 – 100,0		
Domínio físico	54,12 (14,60)	45,78 (12,13)	48,88 (13,7)	3,154	0,002*
Min-Máx	25,0 – 78,6	7,1 – 71,4	7,1 – 78,6		
Domínio psicológico	54,27 (14,70)	46,28 (13,77)	49,25 (14,6)	2,804	0,006*
Min-Máx	16,7 – 83,3	16,7 – 83,3	16,7 – 83,3		
Domínio relações sociais	51,50 (18,52)	44,82 (14,31)	47,30 (16,2)	2,066	0,041*
Min-Máx	25,0 – 100,0	8,3 – 75,0	8,3 – 100,0		
Domínio ambiente	58,81 (16,90)	49,48 (14,55)	52,95 (16,0)	2,990	0,003*
Min-Máx	9,4 – 100,0	0,0 – 71,9	0,0 – 100,0		

*p<0,05; **p<0,1

Para comparar os participantes moderadamente dependentes com os severamente dependentes relativamente à Qualidade de Vida, utilizou-se o teste t para amostras independentes (Tabela 12). Quando se comparam os dois grupos, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio físico* ($t(103) = 3,154; p = 0,002$), no *psicológico* ($t(103) = 2,804; p = 0,006$), nas *relações sociais* ($t(103) = 2,066; p = 0,041$) e no *ambiente* ($t(103) = 2,990; p = 0,003$), sendo o valor médio mais alto nos moderadamente dependentes.

Além disso, verifica-se que existem diferenças marginalmente significativas ao nível da *Qualidade de Vida geral* ($t(103) = 1,946; p = 0,054$) entre os dois grupos, sendo o valor médio mais alto nos moderadamente dependentes. ($M = 54,17; DP = 21,33$ vs. $M = 46,02; DP = 20,35$), ou seja, o grupo que sucede aos independentes obtém valores mais altos em Qualidade de Vida.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Finalizada a apresentação dos resultados, procede-se à sua discussão, considerando a revisão da literatura e os objetivos estabelecidos para este estudo.

O fenómeno do envelhecimento tem vindo a ganhar cada vez mais relevância, à medida que à escala mundial cada vez mais pessoas atinge idades muito elevadas. Em termos do quadro de referência usado neste estudo é de referir por um lado os trabalhos de Baltes et al. (1990, 1997, 2006) acerca do processo de envelhecimento, com destaque para os dilemas colocado pela idade muito avançada, como é o caso da 4ª idade (80+ anos). Igualmente o quadro de referência da Organização Mundial de Saúde (2002, 2015) tem dados contributos relevantes relativamente ao envelhecimento ativo e saudável. Ainda que não haja consenso sobre esta matéria, a qualidade de vida tem sido encarda como um “outcome” do envelhecimento ativo, tornando-se ao longo das últimas décadas um dos temas privilegiados da investigação. No entanto, os Centros de Dia não tem sido investigados (Orellana et al, 2020a,b). É neste contexto, que se apresenta os principais achados deste estudo.

Em termos das características sociodemográficas, no presente estudo observa-se que são na sua maioria mulheres (70,4%), com uma média de 80,08 anos, onde a idade mínima é 65 e a máxima 96 anos. Em termos de estado civil, observa-se que na sua maioria são viúvos (54,6%) e 19,5% são casados. Relativamente à escolaridade, 61,1% da amostra tem o primeiro ciclo (1º- 4º ano), com 26,8% dos participantes sendo analfabetos. No que diz respeito aos rendimentos, 60,1% dos participantes dispõe até 500 €, sendo que 75,9% dos participantes vive com grande ou alguma dificuldade. Tendo em conta o número de pessoas com quem vive, para além de si próprio, vive sozinho (26,8%) ou com uma pessoa (31,5%), os restantes vivem noutra situação. Relativamente à possibilidade de ajuda caso precise para executar Atividades de Vida Diária, a maioria (88,9%) afirma ter apoio, por parte do filho/a.

Relativamente à capacidade funcional, tomando por base as atividades básicas da vida diária observa-se que 52,7% dos participantes são independentes, enquanto 32,4% são ligeiramente dependentes, 9,3% é moderadamente dependente, 1,9% é severamente dependente e 3,7% totalmente dependente. Relativamente às atividades instrumentais da vida diária, observa-se que dos 108 participantes, 2,8% é independente, enquanto 36,1% é moderadamente dependente e 61,1% severamente dependente.

Analisando a qualidade de vida em função da escolaridade verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na *qualidade de vida geral* ($U = 712$; $p = 0,002$), no domínio *psicológico* ($U = 766,5$; $p = 0,008$) e no domínio do *ambiente* ($U = 852, 5$; $p = 0,042$), pontuando mais alto os participantes com escolaridade (do 1º ano de escolaridade até ao Ensino Superior), quando comparado com os analfabetos. Relativamente ao estado civil, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio *psicológico* ($\chi^2_{(2)} = 7,289$; $p = 0,026$), no domínio das *relações sociais* ($\chi^2_{(2)} = 8,904$; $p = 0,012$) e no domínio do *ambiente* ($\chi^2_{(2)} = 6,502$; $p = 0,039$). Uma vez que esta análise comparativa se faz com três grupos (casados vs viúvos vs outro estatuto conjugal), há que efetuar um teste para comparações múltiplas, utilizando-se para o efeito o teste de *LSD*. A análise estatística demonstrou que no domínio

psicológico existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p = 0,01$), pontuando mais alto os viúvos ($M=51,8$; $DP=14,1$ vs $M= 43,3$; $DP= 14,8$). Para o domínio *das relações sociais* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p= 0,017$), pontuando mais alto os viúvos ($M=49,7$; $DP=17,7$ vs $M= 40,8$; $DP= 12,5$) e casados e outros ($p= 0,027$), pontuando mais alto os casados ($M=51,2$; $DP=15,2$). No domínio *do ambiente* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvos e outros ($p= 0,018$), pontuando mais alto os viúvos ($M=56,1$; $DP=15,5$ vs $M= 47,3$; $DP= 14,6$). Analisando a qualidade de vida em função dos rendimentos, comparando os participantes com baixos rendimentos (<400 euros) com os que têm altos rendimentos (>400 euros), observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio psicológico* ($t(85) = -2,728$; $p = 0,008$) e no *ambiente* ($t(85) = -2,015$; $p = 0,047$), sendo o valor médio mais alto nos participantes com altos rendimentos.

Tomando em consideração a 3^o e 4^o idade e observando os valores médios obtidos em cada um dos grupos etários, observa-se que tendencialmente os valores médios da qualidade de vida geral e respetivos domínios são mais elevados aos 80+ anos, mas não se observaram diferenças estatisticamente significativas. O mesmo aconteceu relativamente ao género, onde tendencialmente as mulheres pontuam mais alto que os homens

Quanto à qualidade de vida em função da capacidade funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária, quando se compara os dois grupos (independente vs dependente), observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio físico* ($t(106) = 2,678$; $p = 0,009$), no *psicológico* ($t(106) = 4,142$; $p = 0,000$), nas *relações sociais* ($t(106) = 3,707$; $p = 0,000$) e no *ambiente* ($t(106) = 4,146$; $p = 0,000$), assim como na qualidade de vida geral ($t(106) = 3,147$; $p = 0,002$), sendo o valor médio mais alto nos independentes.

No que diz respeito à qualidade de vida em função da capacidade funcional nas Atividades Instrumentais da Vida Diária, comparando os participantes moderadamente dependentes com os severamente dependentes observou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *domínio físico* ($t(103) = 3,154$; $p = 0,002$), no *psicológico* ($t(103) = 2,804$; $p = 0,006$), nas *relações sociais* ($t(103) = 2,066$; $p = 0,041$) e no *ambiente* ($t(103) = 2,990$; $p = 0,003$), sendo o valor médio mais alto nos moderadamente dependentes. Além disso, verifica-se que existem diferenças marginalmente significativas ao nível da *qualidade de vida geral* ($t(103) = 1,946$; $p = 0,054$) entre os dois grupos, sendo o valor médio mais alto nos moderadamente dependentes ($M = 54,17$; $DP = 21,33$ vs. $M = 46,02$; $DP = 20,35$), ou seja, este grupo obtém valores mais altos em qualidade de vida.

Tendo em conta a revisão da literatura, alguns dos resultados obtidos neste estudo são inesperados. A análise da qualidade de vida em função da idade, demonstrou que os participantes no grupo da terceira idade (65-79 anos) apresentavam valores mais baixos comparativamente ao grupo da quarta idade (80+ anos), mas não estatisticamente distintos. No estudo realizado por Maués et al. (2010), onde são comparados indicadores da qualidade de vida nos idosos jovens e idosos longevos e apresentados bons indicadores, a qualidade de vida

parecer não diminuir conforme o avanço da idade, ou seja, a percepção de qualidade de vida parece manter-se com a idade.

Ao analisar a qualidade de vida em função da escolaridade, pontuam mais alto em todos os domínios da qualidade de vida os participantes com mais escolaridade, em relação aos participantes com menos escolaridade (analfabetos). Os resultados obtidos no estudo são expectáveis. O estudo realizado por Estevão (2017) em centro de dia observou que as pessoas mais escolarizadas apresentavam uma melhor percepção de qualidade de vida do que as pessoas menos escolarizadas. Esta tendência também se observa em estudos realizados na comunidade (Goes e Oliveira, 2022). Quando analisada a qualidade de vida em função do estado civil, os viúvos, contrariamente ao esperado, são o grupo que pontua mais alto do que outro estatuto conjugal (isto é, solteiros e divorciados)., estes resultados são inesperados face à literatura no domínio, visto que na maioria dos estudos casados pontuam mais alto. (Bastos et al., 2020; Lopes et al., 2016). Na análise da qualidade de vida em função dos rendimentos, pontuam mais alto os indivíduos com maiores rendimentos. Este é um resultado esperado, que está em linha com o estudo desenvolvido por Silva et al. (2019), sugere que os rendimentos mais baixos (inferiores a 750 euros) têm impacto na qualidade de vida, nomeadamente nos domínios *físico, psicológico e ambiente*.

A análise da qualidade de vida em função da capacidade funcional nas Atividades Básicas da Vida Diária (autocuidado), mostra que os participantes independentes têm valores superiores em todos os domínios quando comparados com os dependentes. Este é um resultado esperado. Quando se analisa a qualidade de vida em função das Atividades Instrumentais da Vida Diária, comparando os participantes moderadamente dependentes apresentam valores mais elevados com os severamente dependentes em todos os domínios da qualidade de vida. Este é um resultado esperado. Uma das razões que eventualmente pode explicar estes resultados, é o facto de o envelhecimento estar associado à diminuição da capacidade funcional e aumento da dependência, o que acarreta limitações e dificuldades para realizar atividades relacionadas com a vida diária (Ferreira et al., 2012).

Embora este estudo exploratório apresente alguns resultados relevantes face à escassez neste domínio, apresenta também algumas limitações que importa referir. Trata-se de uma amostra com características muito particulares: predominantemente mulheres, viúvas, 4ª idade, com nível socioeconómico reduzido, uma parte substancial a viver sozinhas ou com outra pessoa. Em termos de instrumentos de recolha de dados, o facto de se recorrer a instrumentos estandardizados pode ser uma mais-valia pois permitem a comparabilidade. No entanto, havendo um elevado número de pessoas não escolarizadas, os resultados aqui apresentados podem estar subestimados.

Em termos de implicações deste estudo e dada a escassez de investigação neste domínio a nível internacional e nacional, recomenda-se prosseguir a investigação sobre Qualidade de Vida e Bem-estar em Centros de Dia, em particular na Quarta idade. Relativamente à prática gerontológica e considerando as características das pessoas que frequentam os

Centros de Dia, recomenda-se uma atenção particular aos instrumentos e procedimentos de avaliação gerontológica. Igualmente, a intervenção gerontológica orientada para a qualidade de vida e bem-estar deve tanto quanto possível estar centrada na pessoa.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados obtidos neste estudo, observou-se a ausência de diferenças estatísticas na percepção de qualidade de vida entre 3ª e 4ª idade, o mesmo acontecendo em termos de género. No entanto, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em função de outras características sociodemográficas, nomeadamente escolaridade, rendimentos e estado civil, com pontuações mais elevadas para os grupos mais escolarizados e maiores rendimentos. Contrariamente ao esperado, os viúvos pontuaram mais alto que os outros estatutos conjugais. Este é um resultado inesperado. É preciso prosseguir a investigação neste domínio de forma a esclarecer estas tendências.

No que diz respeito à qualidade de vida em função da capacidade funcional na vida diária, quer nas atividades básicas quer instrumentais da vida diária, observa-se que as pontuações mais altas na qualidade de vida estão associadas a melhores indicadores de capacidade funcional. De qualquer modo, observando algumas tendências na investigação acerca da qualidade de vida e envelhecimento em diferentes contextos (Centros de Dia *versus* comunidade), observa-se que os valores médios obtidos neste estudo são muito reduzidos, aproximando-se de amostras clínicas (Canavarro et al, 2010). Dai que os resultados aqui apresentados devam ser vistos com alguma cautela, dada a escassez de investigação em Centros de Dia (Orellana et al, 2020).

Finalmente, ainda que se trate de um estudo exploratório, os principais achados sugerem a necessidade de rever as respostas sociais às pessoas idosas, nomeadamente os Centros de Dia, dada a incapacidade funcional que se observa. Garantir a qualidade de vida e bem-estar ao longo da vida deve ser uma das prioridades das Políticas Públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- España: Pirâmide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social* (pp. 31–54). Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 513–518. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000300004>
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34, 178–183.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (Climepsi Editores (ed.)).
- Goes, M., & Oliveira, H. (2022). Fatores biológicos e sociodemográficos considerados como possíveis preditores em cada domínio da QdV. In *Qualidade de Vida das pessoas com 65 e mais anos de idade residentes na Região do Baixo Alentejo : Análise* (pp. 1–74). Instituto Politécnico de Beja.
- ILC-Brasil. (2015). *Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade*. Centro Internacional de Longevidade Brasil.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2017). *Guia Prático – Apoios Sociais – Pessoas Idosas*.
- Kadowaki, L., & Mahmood, A. (2018). Senior Centres in Canada and the United States: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging*, 37(4), 420–441. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000302>
- Kahana E. Kahana B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18–40). New York: Springer.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., & Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. In M. L. Wikl (Ed.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp. 101–122). Spring Publishing Company, Inc.
- Lopes, A. O. S., Pimentel, S. D., Oliveira, A. S. de, Silva, D. dos S., & Reis, L. A. dos. (2016). Qualidade de Vida De Idosos Longevos Segundo Sua Caracterização Sócio-demográfica. *Políticas de Envelhecimento Populacional*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.52719280216>
- Marzo, R., Khanal, P., Shrestha, S., Mohan, D., Myint, P., & Su, T. (2023). Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. *Frontiers in public health*, 11, 1-19. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789>
- Maués, C., Paschoal, S., Jaluul, O., França, C., & Filho, W. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos*. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 5(5), 405–410.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia* (3ª Edição). Editora Alínea.
- OMS. (2002). *Active ageing: a policy framework*. (Vol. 11). <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020a). Day centres for older people: A systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing and Society*, 40(1), 73–104. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000843>
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020b). Day centres for older people - Attender characteristics, access routes and outcomes of regular attendance: Findings of exploratory mixed methods case study research. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01529-4>
- Pereira, C. (2015). *A relevância do desenvolvimento humano versus desenvolvimento comunitário: Uma nova perspectiva de apoio ao envelhecimento ativo, no centro dia* [Mestrado em Ciências da Educação Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Leiria, Repositório Institucional de Informação Científica do Instituto Politécnico de Leiria]. <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1683>
- PORDATA. (2021). *Índice de Envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+censos-525>
- PORDATA. (2022). *Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo*. [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-419)
- Portaria n.º 38/2013, Diário da República n.º 21/2013, Série I de 2013-01-30 605 (2013). <https://data.dre.pt/eli/port/38/2013/01/30/p/dre/pt/html>

- Portaria n.º 67/2012, Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21 1324 (2012).
<https://files.dre.pt/1s/2012/03/05800/0132401329.pdf>
- Raggi A, Corso B, Minicuci N, Quintas R, Sattin D, De Torres L, et al. (2016) Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS ONE* 11(7): 1604-1613. doi:10.1371/journal.pone.0159293
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa* (R. D'Água (ed.)). Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. (2020). *Um tempo sem idades*. Tinta da China.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa*. McGraw-Hill.
- Schaie, K. W. (1996). Intellectual Development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study. In *Handbook of the psychology of aging*.
- Segurança Social. (2021). *Idosos*. <https://www.seg-social.pt/idosos>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, S. R., Marques, F. D. C., Lavado, N., Parente, L. F. D., Rafael, A. C. M., Gonçalves, D. P., & Bastos, A. (2019). Qualidade de Vida e Participação em Iniciativas de Base Comunitária: Um estudo num município da zona centro de Portugal. *Revista Kairós : Gerontologia*, 22(3), 43–66. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2019v22i3p43-66>
- Sousa, M. (2018). *Prática Gerontológica : Prática Gerontológica : Satisfação com os Serviços e Qualidade de Vida em idosos clientes de Centros de Dia* [Tese Mestrado em Gerontologia Social, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Repositorio Científico IPVC].
http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2221/1/Marta_Sousa.pdf
- Talarska, D., Tobis, S., Kotkowiak, M., Strugała, M., Stanisławska, J., & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 24, 1604–1613.
<https://doi.org/10.12659/msm.907032>
- van Leeuwen K., van Loon M., van Nes F., Bosmans J., de Vet H., Ket J., et al. (2019) What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS ONE* 14(3):1-39.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213263>
- Vilar, M. M. P. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa* [Tese de Doutoramento em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.]. <http://hdl.handle.net/10316/28680>
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2(1), 2-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10433-005-0500-0>
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
<https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>