



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# OS CENTROS DE DIA, PANDEMIA COVID-19 E QUALIDADE DE VIDA

A perspetiva dos utilizadores

Maria da Conceição Matias Gonçalves





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Maria da Conceição Matias Gonçalves

# Os Centros de Dia, Pandemia Covid-19 e Qualidade de Vida: A perspetiva dos utilizadores

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)  
Professora Doutora Raquel Gonçalves  
Professora Doutora Patrícia Silva

Fevereiro de 2023



## **Dedicatória**

Aos meus pais, por me ensinarem a acreditar em mim e nos meus sonhos.



## **Agradecimentos**

A realização de uma tarefa tão complexa e exigente como uma dissertação de mestrado é o culminar de uma trajetória recheada de inúmeros desafios, aprendizagens e vários contratempos à mistura, uma valente montanha-russa. Apesar de ser um processo marcado pela capacidade de trabalho e resiliência, contei com o apoio e suporte de algumas pessoas que fizeram com que esta caminhada fosse facilitada e, ao mesmo tempo, mais feliz.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Raquel Gonçalves, por ter acreditado neste trabalho, desde o primeiro dia. Agradeço toda a disponibilidade, toda a orientação, que para mim foi pautada por um elevado nível de conhecimento científico, visão crítica, rigor, coerência e aperfeiçoamento contínuo, em todas as etapas da presente dissertação.

À coorientadora, Professora Doutora Patrícia Silva, agradeço toda a ajuda e partilha de conhecimentos que tanto contribuíram para a conclusão deste estudo.

Aos participantes deste estudo, sem eles a realização desta investigação não era possível. Agradeço por me terem recebido tão bem e por todas as palavras aconchegantes que fizeram com que tivesse mais certeza do estudo que estava a realizar.

À minha colega de turma, Cláudia Araújo, por todo o companheirismo nas infindáveis horas de estudo e trabalho, sempre com objetivo de chegarmos juntas à tão merecida meta.

À Celeste Ribeiro, pelo seu apoio constante.

À minha amiga Ana Araújo, por me ter auxiliado no momento da introdução dos dados e por ser uma amiga extraordinária, sempre presente.

À minha prima Ana Maria Gonçalves, por todas a gargalhadas e incentivo diário.

E porque os últimos são os primeiros, às duas pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais. Estou grata por me ensinarem a importância que tem, a magia de acreditarmos em nós mesmos, e em cada objetivo delineado da nossa vida. Agradeço por estarem sempre do meu lado, incondicionalmente.





## RESUMO

**Contexto e objetivos.** A maior longevidade da população tem fomentado a necessidade de garantir dignidade e qualidade de vida (QV). Assim, um dos objetivos da política social passa por melhorar a QV dos idosos, promover a manutenção do ambiente sociofamiliar e oferecer respostas adequadas à satisfação das necessidades (Monteiro et al., 2021). Os Centros de Dia (CD) constituem uma resposta social desenvolvida para a concretização deste objetivo. Na sequência da pandemia Covid-19, várias instituições foram obrigadas a adaptar-se às novas circunstâncias. As respostas mantiveram-se, mas o seu funcionamento ficou condicionado. Uma das medidas decretadas, incidiu na suspensão da atividade de apoio social desenvolvida em CD, com efeitos a partir do dia 16 de março de 2020, nos termos do Decreto-Lei.º 10-A/2020, de 13 de março (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020). Neste contexto, é central reunir evidência que permita caracterizar a perspetiva das pessoas mais velhas relativamente ao encerramento/suspensão dos CD durante a pandemia covid-19 e analisar a QV deste grupo.

**Método.** Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa que versou sobre 100 pessoas com idade média de 82, 5 anos ( $dp=7,47$ ), integradas em CD da região Norte de Portugal. O protocolo de recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico, um questionário específico sobre a pandemia covid-19 e Centros de Dia e o WHOQOL-Bref (WHO Quality of Life Group, 1994; Canavarró et al., 2006). A análise descritiva e inferencial dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS.

**Resultados.** A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres (78%) e pessoas viúvas (68%) que decidiram frequentar o CD pelo facto se sentirem sozinhas (43%) e com necessidade de convívio (24%). A amostra inquirida reportou as seguintes dificuldades associadas ao encerramento do CD: ocupação do tempo (70%), sentimentos de solidão (65%), agravamento geral do estado de saúde (50%) e agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente (30%). Em termos de QV os participantes evidenciam valores médios de 54,75 pontos ( $dp=18,01$ ), sendo que os domínios psicológicos ( $M=63,13$ ;  $dp=15,18$ ) e ambiente ( $M=63,18$ ;  $dp=12,63$ ) foram aqueles que apresentam melhores indicadores. Ainda neste âmbito os homens, comparativamente às mulheres, apresentam melhor pontuação nos domínios físico ( $t=2,944$ ;  $p=0,004$ ) e das relações sociais ( $t=2,314$ ;  $p=0,026$ ).

**Conclusão.** Do ponto de vista da Gerontologia Social, os resultados parecem apontar, por um lado, para consequências negativas decorrentes do encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD e, por outro, para a necessidade de atender às diferenças de género em idades mais avançadas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Gerontologia Social; Política Social; Centros de dia; Pandemia Covid-19; Qualidade de vida.



## Abstract

**Background and objectives.** The increased longevity of the population has brought the need to ensure dignity and quality of life (QoL). Therefore, one of the goals of social policy is to improve elderly's QoL, promote the maintenance of the social and home environment, and provide appropriate responses to meet their needs (Monteiro et al., 2021). Day Care Centers (DCC) are a social response developed to achieve this goal. Following the Covid-19 pandemic, several institutions were forced to adapt to new circumstances. Responses were maintained, but their operation became limited. One of the implemented measures was the suspension of social support activity developed in DCC, with effect from March 16, 2020, under the terms of Decree-Law no. 10-A/2020, March 13 (Ministry of Labor, Solidarity and Social Security, 2020). In this context, it is crucial to gather evidence to characterize the perspective of older people regarding the closure/suspension of DCC during the covid-19 pandemic and to analyze the QoL of this group.

**Methods.** This is a cross-sectional quantitative study, involving 100 people with a mean age of 82.5 years ( $dp = 7.47$ ), attending DCC located in the Northern region of Portugal. The data collection protocol included a sociodemographic questionnaire, a questionnaire about the covid-19 pandemic and CCD and the WHOQOL-Bref (WHO Quality of Life Group, 1994; Canavarró et al., 2006). Data analysis was performed through descriptive and inferential statistical analysis procedures using IBM SPSS software.

**Results.** The sample was made up mostly of women (78%) and widows (68%) who decided to attend the CD because they felt lonely (43%) and needed to socialize (24%). The sample reported the following difficulties associated with the closure of the DCC: time occupation (70%) and feelings of loneliness (65%), general worsening of health status (50%) and worsening of previous mental/cognitive health (30%). In terms of QoL the participants show satisfactory values ( $M=54.75$ ;  $dp=18.02$ ), with the psychological ( $M=63.13$ ;  $dp=15.18$ ) and environment ( $M=63.18$ ;  $dp=12.63$ ) domains displaying the best outcomes. Still within this matter, men, compared to women, present better scores in the physical ( $t=2.944$ ;  $p=0,004$ ) and social relations ( $t=2.314$ ;  $p=0,026$ ) domains.

**Conclusion.** From a Social Gerontology perspective, the results seem to show, on the one hand, the negative consequences arising from the closure/suspension of in person activity of DCC and, on the other hand, the need to consider gender differences at older ages.

**Keywords:** Aging; Social Gerontology; Social Policy; Day Care Centers; Covid-19 Pandemic; Quality of life.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA .....	6
1. O Envelhecimento Humano.....	7
1.1. Envelhecimento colectivo vs Envelhecimento individual .....	7
1.2. Uma perspetiva positiva do envelhecimento .....	10
1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social.....	13
1.4. Uma leitura simultaneamente individual e contextual das vidas humanas: a Perspetiva de Curso de vida.....	15
2. Envelhecimento e a Política Social em Portugal: o caso do Centro de Dia .....	19
2.1. Os Centros de Dia durante a Pandemia Covid-19.....	24
3. Qualidade de Vida em tempos de Pandemia Covid-19 .....	32
CAPÍTULO II- MÉTODO .....	47
Plano de investigação e participantes .....	49
Procedimentos de recolha de dados .....	49
Instrumentos de recolha de dados.....	50
Estratégia de análise de dados .....	53
CAPÍTULO III- RESULTADOS .....	53
1. Descrição dos participantes: características sociodemográficas e apoio nas atividades da vida diária .....	57
2. Caracterização da utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19.....	61
3. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos centros de dia .....	63
4. Caracterização do período de reabertura da atividade presencial dos CD .....	68
5. Contributos do Centro de Dia para a qualidade de vida dos participantes .....	73
6. Perceção de qualidade de vida no momento pós-Covid-19 .....	77
7. Análise da perceção de qualidade de vida em função de domínios específicos .....	80
CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	87
CONCLUSÃO .....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	115



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo .....	58
Tabela 2. Apoio na realização das Atividades da Vida Diária.....	60
Tabela 3. Caracterização da utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19 .....	62
Tabela 4. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD .....	64
Tabela 5. Caracterização do período de reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia .....	69
Tabela 6. Grau de concordância relativamente às medidas definidas para que a reabertura dos Centros de Dia decorresse com segurança.....	71
Tabela 7. Contributo dos Centros de Dia para a Qualidade de vida dos participantes.....	74
Tabela 8. Expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia .....	76
Tabela 9. Estatística descritiva dos Domínios de qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total dos participantes e grupos de idade .....	77
Tabela 10. Estatística descritiva por item da WHOQOL-Bref para o total dos participantes .....	79
Tabela 11. Diferenças entre os domínios da QdV e o tipo de apoio prestado por familiares e amigos durante o período de encerramento/suspensão do centro de dia .....	80
Tabela 12. Diferenças entre os domínios da QdV e as dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia .....	82
Tabela 13. Diferenças nos domínios da QdV em função do grupo de idade .....	84
Tabela 14. Diferenças nos domínios da QdV em função do género .....	84
Tabela 15. Associação entre os domínios da QdV e os anos de escolaridade .....	85
Tabela 16. Diferenças nos domínios da QdV em função de com quem vive (idosos que vivem sós e que vivem com outras pessoas) .....	86
Tabela 17. Diferenças nos domínios da QdV em função da concordância (ou não) com a suspensão/encerramento do Centro de Dia .....	87

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimentos para o cálculo de cada um dos domínios da WHOQOL-Bref.....	52
--	----





## **INTRODUÇÃO**



O envelhecimento humano tem vindo a ganhar visibilidade ao longo dos séculos XX e XXI e a tornar-se um fenómeno de interesse crescente devido ao prolongamento da esperança média de vida e ao aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos relativamente ao total da população (Cabral et al., 2017).

Os anos ganhos em termos de longevidade precisam, no entanto, de ser vividos com qualidade de vida e dignidade. Assim, para que a população possa usufruir de um processo de desenvolvimento e envelhecimento positivos é fundamental que as políticas sociais, enquanto políticas públicas, contribuam para a garantia do bem-estar e qualidade de vida da população. Com efeito, um dos objetivos da política social passa por melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, promover a manutenção do ambiente sociofamiliar e oferecer respostas adequadas à satisfação das necessidades (Monteiro et al., 2021). Os Centros de Dia constituem-se como uma resposta social desenvolvida para a concretização deste objetivo.

Atualmente, os Centros de Dia constituem-se como um recurso que visa potenciar a participação e autonomia das pessoas mais velhas através da prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar. Mais especificamente, o Centro de Dia tem como objetivos a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, a prestação de apoio psicossocial e o fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (Bonfim & Saraiva, 1996). Neste contexto, esta resposta social representa um potencial para contribuir para a qualidade de vida das pessoas mais velhas, permitindo que as mesmas possam continuar a estar em contacto com as pessoas que lhes são significativas (Pereira, 2015) e contribuindo para a sua valorização pessoal e partilha de conhecimentos e experiências pessoais. Proporciona, durante o dia, a satisfação de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais, combatendo a solidão (Monteiro et al., 2021).

No ano de 2020, mais propriamente no dia 11 de março, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde a existência de uma Pandemia devido a um vírus de fácil propagação - o SARS-COV-2. Este vírus revelou-se particularmente perigoso para as pessoas mais velhas uma vez que altas taxas de mortalidade estavam na sua maioria associadas a este grupo populacional. Neste contexto, os Governos nacionais e internacionais definiram um conjunto de medidas com a finalidade de salvaguardar a vida humana e minimizar o risco de contágio pelo vírus. Em Portugal, algumas destas medidas centraram-se nos Centros de Dia, nomeadamente no seu encerramento/suspensão. Assim, a nível institucional, o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2020) decretou a suspensão da atividade desta resposta social a partir do dia 16 de março de 2020, nos termos do Decreto-Lei.º 10-A/2020 de 13 de março. Face à suspensão

da atividade presencial dos Centros de Dia, os utilizadores desta resposta social deixaram de poder usufruir do Centro de Dia como habitualmente, passando a estar sujeitos a um período de confinamento no domicílio. Face a esta situação, vários organismos e instituições sentiram a necessidade de se adaptarem às novas circunstâncias, sendo que uma das alterações mais comuns implicou a manutenção dos serviços, ainda que num formato distinto do habitual (Monteiro et al., 2021). De modo a darem continuidade aos cuidados, foram definidas medidas de intervenção em contexto domiciliário, isto é, os serviços de Centro de Dia foram domiciliados, tendo sido disponibilizados serviços de entrega e apoio nas refeições, serviços de higiene pessoal e de imagem, serviços e compras, visitas domiciliárias, atividades socioculturais e articulação com os serviços de apoio, entre outros (Monteiro et al., 2021).

Durante este período, as pessoas mais velhas assistiram a mudanças por vezes radicais nas suas rotinas de vida, as famílias tiveram necessidade de se reorganizar de modo a garantir a prestação de apoio necessário e as organizações foram confrontadas com a necessidade urgente de ajustar a prestação de serviços às necessidades e potencialidades dos utilizadores da resposta social. Numa fase posterior, e considerando a importância da resposta social de Centro de Dia para a promoção do bem-estar físico-motor, psicológico e social das pessoas mais velhas, bem como o seu contributo no apoio aos cuidadores (Instituto da segurança Social, 2021), procedeu-se à sua reabertura. Esta decorreu de forma cautelosa, exigindo o cumprimento de um conjunto de medidas definidas pelo Governo de forma a ser garantida a segurança de todos os intervenientes.

Neste contexto, do ponto de vista da investigação em gerontologia social, é importante refletir sobre a importância que a resposta social de Centro de Dia tem para a população mais velha e para a sua qualidade de vida, em particular no decorrer de uma pandemia. Esta questão é tanto ou mais importante considerando que a informação é ainda escassa sobre este assunto, ou seja, há poucos estudos sobre este *setting* em particular e menos ainda que analisem a qualidade de vida de pessoas mais velhas em contexto de pandemia e face à suspensão/encerramento do Centro de Dia. Assim, este estudo visa reunir evidência que permita caracterizar a perspetiva das pessoas mais velhas relativamente ao encerramento/suspensão dos centros de dia durante a pandemia covid-19 e analisar a qualidade de vida deste grupo.

Em termos de estrutura, a presente dissertação está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo procede-se a um enquadramento teórico e empírico do estudo, analisando-se o conceito de envelhecimento humano numa perspetiva positiva, assim como os conceitos de Gerontologia e Gerontologia Social e procurando promover uma leitura simultaneamente individual e contextual das vidas humanas através do contributo da Perspetiva de Curso de vida.

De seguida analisa-se a questão das políticas sociais no âmbito do envelhecimento em Portugal, com um foco particular na resposta social de Centro de Dia. Neste contexto, reflete-se especificamente sobre o período encerramento/suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia na sequência da pandemia Covid-19. O primeiro capítulo termina com uma análise acerca da qualidade de vida das pessoas mais velhas em tempos de pandemia.

O segundo capítulo da dissertação é dedicado ao método, sendo nele apresentadas as principais opções metodológicas em termos de plano de investigação, amostra, procedimentos de recolha e análise de dados. No capítulo seguinte, referente aos resultados, são apresentados os dados empíricos organizados de acordo com os objetivos específicos da investigação, pelo que versam sobre a caracterização da utilização do Centro de Dia (antes, durante e após o encerramento/suspensão da resposta social), os períodos de encerramento/suspensão e de reabertura dos mesmos e a caracterização dos participantes em termos da sua perceção de qualidade de vida no momento pós-Covid 19. Analisa-se ainda a perceção de qualidade de vida dos participantes em função de domínios específicos.

Posteriormente é apresentada a discussão de resultados em que se procura analisar os principais achados obtidos à luz da teoria e investigação no domínio. Por fim, na conclusão procede-se a uma síntese do trabalho desenvolvido, dando ênfase à perspetiva das pessoas mais velhas relativamente aos processos de encerramento/suspensão e reabertura dos centros de dia e a relação com a sua qualidade de vida, bem como ao contributo da Gerontologia Social e do Gerontólogo na promoção da qualidade de vida das pessoas mais velhas.



## **CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA**





Ao longo do primeiro capítulo procede-se ao enquadramento teórico e empírico da presente dissertação de mestrado em Gerontologia Social. Neste sentido, serão abordados aspetos relacionados com o envelhecimento individual e coletivo, com os conceitos de Gerontologia e Gerontologia Social e ainda com as Políticas Sociais enquanto Políticas Públicas, em particular sobre o Centro de Dia como resposta social de promoção de um envelhecimento digno e com qualidade de vida. Nesta análise, será colocada em destaque a Perspetiva *Life-course* enquanto “lente” enquadradora de uma leitura macro da experiência de envelhecimento no quadro da Pandemia covid-19. Mais especificamente, procurar-se-á refletir sobre o impacto do Covid-19 para as pessoas mais velhas, nomeadamente para os clientes de Centro de Dia que viram este serviço suspenso e reativado durante o decorrer da pandemia Covid-19 em Portugal.

## **1. O Envelhecimento Humano**

### **1.1. Envelhecimento colectivo vs Envelhecimento individual**

O envelhecimento humano tem vindo a ganhar visibilidade ao longo dos séculos XX e XXI e a tornar-se um fenómeno de interesse crescente devido ao prolongamento da esperança de vida e ao aumento do número de pessoas com 65 mais anos relativamente ao total da população. Neste sentido, o crescente envelhecimento da população, quer em termos individuais, quer coletivos implica alguns desafios (Cabral et al., 2017).

Para Rosa (2012), um dos motivos pelos quais as populações se encontram a envelhecer resulta do crescimento da humanidade em saber e conhecimento técnico-científico, complementando-se com a melhoria das condições de vida relativamente ao passado. Para a mesma autora, o conceito de envelhecimento pode dividir-se em duas abordagens distintas: o envelhecimento coletivo e o envelhecimento individual.

O envelhecimento coletivo inclui duas dimensões: o envelhecimento demográfico (ou da população) e o envelhecimento societal (ou da sociedade). O primeiro refere-se aos indivíduos como faixas etárias, abrangendo mais do que os atributos pessoais. Neste âmbito, Rosa (2012) assinala que é necessário termos presente que existem categorias onde todos os indivíduos são classificados em função da idade: idade jovem (0-14 anos), ativa (15-64 anos) e idosa (65 ou mais) e que é através desta categoria de idades que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico.

Já o envelhecimento societal apresenta uma estreita articulação com o envelhecimento demográfico, no sentido em que parece resultar deste, embora não seja verdade. O

envelhecimento societal acontece se a sociedade estagnar determinados pressupostos organizativos e não for capaz de conviver de forma adequada e harmoniosa (Afonso, 2021). É o fenómeno do duplo envelhecimento, com impactos muito significativos e não previstos em vários domínios de organização social, desde o mercado de trabalho até à esfera das relações familiares (Rosa, 2012). Pensando ainda no envelhecimento enquanto acontecimento coletivo, os resultados prospetivos do Instituto Nacional de Estatística (INE) não deixam grandes margens para dúvidas: a população de Portugal deverá continuar a envelhecer e poderá continuar a fazê-lo de modo intenso, mesmo que os níveis de fecundidade aumentem ligeiramente e que os saldos migratórios continuem positivos no futuro. Em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida (Rosa, 2012).

Rosa (2012) afirma que em termos societais, os problemas de saúde, a solidão, o isolamento familiar e a pobreza constituem-se como receios comuns face ao envelhecimento da população. A autora alerta ainda para a inexistência de renovação de gerações, o que poderá conduzir a um cenário de diminuição da produtividade e risco de sustentabilidade financeira da Segurança Social (Rosa, 2012).

No recente Livro Verde sobre envelhecimento, a Comissão Europeia (2021) alerta para o facto de o envelhecimento representar um impacto significativo na vida quotidiana das pessoas e sociedades, em termos de crescimento económico, sustentabilidade orçamental, cuidados de saúde e cuidados de longa duração, bem-estar e coesão social. Proporciona também oportunidades para criar novos postos de trabalho, promover a justiça social e fomentar a prosperidade, por exemplo na «economia grisalha» e na economia dos cuidados. É ainda destacado o impacto desproporcionado da pandemia nas pessoas idosas – em termos de hospitalizações e mortes – que evidenciou alguns dos desafios que o envelhecimento da população coloca ao setor da saúde e da assistência social.

Neste sentido, e no âmbito da sua resposta ao impacto do envelhecimento, os Estados-Membros estão a adotar medidas para melhorar os sistemas de ensino e formação, incentivar vidas ativas mais longas e mais gratificantes e implementar reformas dos sistemas de proteção social e de pensões (Comissão Europeia, 2021).

Assim, o fenómeno do envelhecimento humano é visto como algo positivo, fruto dos progressos económicos, sociais e biomédicos, e representa efetivamente um desafio crucial no século XXI (Cabral et al., 2017).

Do ponto de vista do envelhecimento individual, sendo um fenómeno complexo, apresenta algumas características universais: é normal, gradual e geral, implicando um conjunto de transformações que ocorrem em todos os seres humanos com a passagem do tempo, independentemente da sua vontade. É único, individual e heterogéneo, uma vez que depende

da interação entre fatores internos (como a genética) e externos (como o estilo de vida, educação, ambiente e condições sociais). São estas interações entre fatores internos e externos que explicam a diversidade e heterogeneidade do envelhecimento humano (Rodrigues et al., 2022).

Sobre este assunto, a Organização Mundial de Saúde (2015) assinala que ao longo do processo de envelhecimento, as mudanças não são lineares nem uniformes. Por exemplo, é possível que duas pessoas com a mesma idade vivenciem processos de envelhecimento distintos, ou seja, a pessoa A pode encontrar-se bem ao nível do funcionamento físico e mental e a pessoa B encontrar-se com diversas fragilidades, exigindo apoio para satisfazer as suas necessidades. Assim sendo, pode referir-se que o envelhecimento individual é um processo bastante complexo.

O envelhecimento individual pode, portanto, ser dividido entre envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico (Rosa, 2012). O primeiro corresponde a um processo universal, progressivo e inevitável que todo o ser humano atravessa ao longo do seu processo de desenvolvimento. O segundo, o envelhecimento biopsicológico, é vivido por cada pessoa de maneira diferente, é menos linear e não fixo em termos de idade.

De acordo com a mesma autora, o envelhecimento cronológico é, para Rosa (2012), o resultado apenas da idade. Trata-se de um processo universal e progressivo, inscrito nos genes. Para Schneider e Irigaray (2008) a idade cronológica caracteriza-se pela passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, sendo assim um dos meios habituais e simples de se obter informações sobre uma pessoa. Schneider e Irigaray (2008) defendem que a idade biológica é definida pelas mudanças corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano. A idade social é definida pela aquisição de hábitos e *status* sociais pelo indivíduo para o preenchimento de vários papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas da sua idade, na sua cultura ou no seu grupo social. Assim, a medida da idade social é composta pelo desempenho de papéis sociais e envolve características como tipo de vestuário, hábitos e linguagem, bem como respeito social por parte de outras pessoas em posição de liderança (Schneider & Irigaray, 2008). Por sua vez, a idade psicológica, é definida pelos padrões de comportamento adquiridos e mantidos ao longo da vida, tendo uma influência direta na forma como as pessoas envelhecem. Em parte, a caracterização do indivíduo como velho é dada quando ele começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprendizagem e falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as suas capacidades cognitivas anteriores (Schneider & Irigaray, 2008).

Através da visão de Schneider e Irigaray (2008), percebemos que a etapa de vida caracterizada como velhice só pode ser compreendida a partir da relação que se estabelece

entre os diferentes aspectos anteriormente mencionados: cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Contudo, esta diversidade de tipologias aponta para uma variedade de termos teóricos e empíricos, subjacente a uma tendência na Gerontologia para pensar os ganhos em longevidade de modo positivo. Esta visão consubstancia-se nos conceitos de Envelhecimento Saudável, Envelhecimento Bem-Sucedido e Envelhecimento Ativo (Afonso, 2021).

## **1.2. Uma perspectiva positiva do envelhecimento**

O envelhecimento coletivo representa, como referido acima, um aumento extraordinário de indivíduos nos patamares etários mais altos. Ao chegar em maior número a idades mais avançadas, aumenta a probabilidade de um aumento crescente de indivíduos com doenças crónicas, eventualmente incapacitantes, com todas as consequências negativas que daí podem advir. Contrariar esta tendência, ou seja, promover o “envelhecer bem” em todas as idades significa atender às propostas de envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo.

### *Envelhecimento Saudável*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2015) o envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Ora, para compreender este conceito, é importante definir os seguintes:

- A capacidade intrínseca abrange todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar. Os domínios importantes incluem a capacidade locomotora (movimento físico), a capacidade sensorial (como visão e audição), a vitalidade (energia e equilíbrio), a cognição e a capacidade psicológica de um indivíduo.

- A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que a pessoa vive e o modo como as pessoas interagem com o seu ambiente. Inclui a (1) capacidade de satisfazer necessidades básicas para garantir um padrão de vida adequado (como poder comprar alimentos e roupas adequadas, ter moradia apropriada, e serviços de saúde e cuidados de longo prazo, inclusive medicamentos); (2) capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões (para fortalecer autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência do indivíduo); (3) capacidade de ter mobilidade (para realizar tarefas diárias e participar de atividades); (4) capacidade de construir e manter relacionamentos (com crianças e família,

parceiros íntimos, vizinhos e outros); (5) e capacidade de contribuir para a sociedade (como ao ajudar amigos, orientar jovens, cuidar de familiares, fazer trabalho voluntário, desenvolver atividades culturais e trabalho).

- Os ambientes são o espaço onde as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Os ambientes configuram o que as pessoas idosas, com um determinado nível de capacidade intrínseca, podem ser e fazer. Os ambientes incluem a residência, a comunidade e a sociedade como um todo, bem como todos os fatores relacionados. Os principais domínios estão relacionados com: (1) produtos, equipamentos e tecnologia que facilitam movimento, visão, memória e funções diárias; (2) as áreas naturais ou edificadas; (3) apoio emocional, assistência e relacionamentos propiciados por outras pessoas e animais; (4) atitudes (pois influenciam comportamento, tanto negativa como positivamente); e de modo mais amplo (5) serviços, sistemas e políticas que podem ou não contribuir para melhor funcionalidade em idade mais avançada. Os ambientes fornecem uma variedade de recursos ou barreiras que, em último caso, decidirão se as pessoas idosas podem se envolver ou participar em atividades que lhes interessam. O desenvolvimento de ambientes facilitadores, amigáveis às pessoas idosas, que otimizam a habilidade funcional, é outro aspeto essencial para o envelhecimento saudável.

#### *Envelhecimento Ativo*

No que se refere ao envelhecimento ativo, foi definido pela Organização Mundial de Saúde (2002) como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a aumentar a qualidade de vida das pessoas conforme vão envelhecendo, com intuito de promover condições para a integração, a segurança e a saúde das pessoas à medida que envelhecem. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), a saúde abrange o bem-estar físico, mental e social, sendo essencial que os fatores de risco que influenciam o aparecimento das doenças crónicas e no declínio funcional não aumentem. Quando os indivíduos possuem uma boa qualidade de vida, estes tendem a manter-se saudáveis. Relativamente à segurança, esta engloba 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. No que diz respeito à participação, esta integra a educação, as políticas sociais de saúde e os programas de apoio à participação em atividades sociais, culturais e espirituais, tendo em conta os direitos humanos e as necessidades dos indivíduos para que continuem ativos na sociedade.

Mais tarde, o quadro de referência do envelhecimento ativo, o ILC-Brasil (2015) acrescentou um quarto pilar - a aprendizagem ao longo da vida - visto que esta e as suas oportunidades são essenciais para alcançar um envelhecimento ativo, sendo associados ao bem-

estar e à saúde. Entre os determinantes do envelhecimento ativo, a cultura e o género são fatores transversais e essenciais na identificação das condições em que decorre a vida das pessoas. Além destes determinantes existem outros relacionados com a organização dos serviços sociais e de saúde, económicos, ambientais, comportamentais e sociais.

#### *Envelhecimento bem-sucedido*

As teorias e modelos no âmbito do envelhecimento bem-sucedido registaram um desenvolvimento significativo nas décadas de 80 e 90 do século XX com as propostas de Rowe e Kahn (1997), de Baltes e Baltes (1990) e de Kahana et al. (1996). O surgimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido foi uma mudança essencial para a investigação no âmbito do envelhecimento, incitando a análise sobre os aspetos positivos na velhice e sobre o potencial de desenvolvimento associado ao envelhecimento.

Deste modo, em 1997 Rowe e Kahn defendem que o envelhecimento bem-sucedido depende das escolhas, comportamentos e esforços individuais de cada pessoa. O modelo implica que as pessoas tenham capacidade para manter um risco baixo de doenças e incapacidades, possuam um estilo de vida saudável e que preservem uma vida social ativa. Mais especificamente, a baixa probabilidade de doença não se refere somente à ausência ou presença da doença, mas também à ausência, presença ou gravidade de fatores de risco para doença. Por sua vez, o elevado nível funcional engloba componentes físicos e cognitivos, pois as capacidades físicas e cognitivas são potenciais para a atividade e o envolvimento ativo com a vida assume várias formas, de entre as quais as relações interpessoais e a atividade produtiva são as mais relevantes.

Baltes e Baltes (1990) defendem que a natureza dos ganhos e perdas é determinada por fatores pessoais, culturais e também pela posição do indivíduo no ciclo de vida. Os autores propõem um modelo que se enquadra dentro da psicologia do desenvolvimento “Life Span” – o modelo SOC. Trata-se do modelo de seleção otimizadora com compensação, um processo de regulação do desenvolvimento dinâmico que segue na direção do desenvolvimento (seleção) associado a ganhos (otimização) e perdas (compensação). No quadro da perspetiva “Life Span”, o modelo SOC explica como o desenvolvimento humano emerge e de que forma as mudanças ao longo da vida necessitam de uma reestruturação adaptativa nos meios, metas e resultados. Neste sentido, o modelo SOC defende que em todas as etapas do desenvolvimento humano, os indivíduos estão aptos para gerir as suas vidas de forma bem-sucedida e que o desenvolvimento está associado a perdas e ganhos. Esta gestão é feita através dos mecanismos SOC: (1) a seleção refere-se a mecanismos que direcionam as interações pessoa-ambiente e proporcionam uma multiplicidade de escolhas de domínios de vida onde o indivíduo deve investir mais tempo e

esforço; (2) a otimização pode ser definida como a alocação e o refinamento de recursos internos e externos de modo a adquirir elevados níveis de funcionamento em domínios selecionados; e (3) a compensação diz respeito a processos de resposta às perdas na capacidade da pessoa e envolve processos psicológicos ou esforços comportamentais para melhorar o desempenho.

Por seu turno, em 1996 Kahana et al. propõem o modelo designado de Proatividade Preventiva e Corretiva que surge como crítica ao modelo proposto por Rowe e Kahn (1997) e, em parte, inclui ideias presentes no modelo SOC. Este modelo defende uma postura proactiva e preventiva baseada na prevenção de fatores stressores e na correção desses acontecimentos. Para estes autores, o envelhecimento bem-sucedido apresenta indicadores de qualidade de vida, nomeadamente estados afetivos, vida com sentido e manutenção de atividades e de relações com valor (Kahana et al., 2005). Segundo Kahana et al. (2005), o envelhecimento bem-sucedido representa o desenvolvimento positivo na teorização gerontológica, que deixa de ver as pessoas idosas como um grupo de pessoas dependentes para considerar as potencialidades deste grupo populacional. Para se atingirem indicadores de envelhecimento bem-sucedido é necessário considerar o contexto temporal e espacial, a exposição ao stress acumulado, mecanismos internos e recursos externos. Assim, os mecanismos que impedem o stress e garantem qualidade de vida são as adaptações proactivas, sendo que estas incluem adaptações preventivas tradicionais (de promoção da saúde, atividade física, capacidade para planear situações e apoiar o próximo), corretivas tradicionais (mobilização de apoio, substituição de funções e alterações ambientais que possam ser possíveis de se realizar) e preventivas e corretivas emergentes (uso da tecnologia, cuidados de saúde e autoaperfeiçoamento).

### **1.3. A Gerontologia e a Gerontologia Social**

O aumento significativo da esperança média de vida e o correspondente envelhecimento da população no fim da II Guerra Mundial conduziu à necessidade de obter mais conhecimento científico acerca do processo de envelhecimento, das pessoas mais velhas e das suas consequências para a vida quotidiana o que, por sua vez, levou ao aparecimento de uma nova disciplina – a Gerontologia.

A Gerontologia, segundo Schaie e Willis (2003), estuda os fenómenos associados ao processo de envelhecimento desde o nascimento até à morte, bem como o estudo de idosos como população específica. A Gerontologia é assim, um campo de estudos inter e

multidisciplinares que investiga os fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento humano. Neri (2008) refere que a Gerontologia é um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças ligadas ao processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético/ biológicos, psicológicos e socioculturais.

O desenvolvimento da Gerontologia Social ocorreu essencialmente a partir da década de 80 quando surgiram os primeiros manuais que englobavam a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2004). Para a autora, a compreensão do envelhecimento como uma visão pluridisciplinar era essencial, já que o processo de envelhecimento é objeto de estudo de ciências como a Bioquímica, a Economia, o Direito, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia ou a Política. Assim, é esta característica de multidisciplinariedade que caracteriza a Gerontologia.

Fernández-Ballesteros (2004) define a Gerontologia Social como uma especialização da Gerontologia que, para além de se ocupar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao estudo do impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e da velhice, das consequências sociais desse processo assim como das ações sociais que podem interpor-se para melhorar os processos do envelhecimento. De acordo com Néri (2008) esta é uma área multidisciplinar do conhecimento que se situa na interdependência entre o envelhecimento individual e coletivo, seja ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, bem como nas representações sociais da vida, da morte e do envelhecimento, ou nas práticas culturais e na relação com o tempo.

Neste contexto, o gerontólogo é o profissional que tem como objetivo principal melhorar a qualidade de vida e promover o bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, no seu contexto familiar, na comunidade e/ou na sociedade, através da educação e da aplicação dos conhecimentos interdisciplinares sobre o processo de envelhecimento e sobre o envelhecimento das populações. A Associação Nacional de Gerontólogos (2017) defende que o perfil do gerontólogo em Portugal se pode organizar em três dimensões de atuação: (1) gestor de caso, (2) prestador de serviços e empreendedorismo e (3) consultor.

Atendendo à complexidade do processo de envelhecimento e ao facto de a Gerontologia surgir da intersecção de diversas disciplinas que, de alguma forma, contribuem para o estudo do processo de envelhecimento, importa ainda ter em consideração que a investigação desenvolvida neste domínio é, ainda, maioritariamente de natureza transversal. Estes estudos habitualmente comparam coortes distintas, separadas pela história e contexto, e apresentam dificuldades para captar o processo de envelhecimento e mostrar relações de causalidade entre variáveis. Uma das estratégias mais utilizadas na literatura gerontológica tem sido a utilização



da Perspetiva do curso de vida à qual deveriam corresponder estudos longitudinais – mais adequados à compreensão do processo de envelhecimento humano, altamente complexo e heterogéneo (Fernández-Ballesteros, 2004).

#### **1.4. Uma leitura simultaneamente individual e contextual das vidas humanas: a Perspetiva de Curso de vida**

Atendendo a que o envelhecimento da população é um dos maiores desafios sociais do século XXI, pode considerar-se que a perspetiva de curso de vida (Elder, 1974) representa uma abordagem teórica bastante adequada para compreender questões relacionadas com a continuidade e mudança na vida adulta, bem como os contextos sociais que estruturam as conexões entre vidas, tempo e lugar (Settersten, 2006). No entender deste autor, estes continuam a ser, no séc. XXI, os maiores desafios na compreensão do desenvolvimento adulto e envelhecimento.

Atualmente observa-se também uma preocupação crescente com o desenvolvimento de uma leitura do envelhecimento como processo ao longo da vida, marcado simultaneamente pela estrutura social e pela plasticidade individual (Schaie, 2008). Considera-se, por isso, que a perspetiva de curso de vida é particularmente útil para compreender o desenvolvimento e envelhecimento pois entendendo-os como uma interação entre a estrutura social e a agência individual ao longo da vida – incorporadas socialmente e historicamente – assume que o passado e o presente estão intrinsecamente ligados e que, para compreender uma fase da vida, é necessário compreender as anteriores (Elder, 1974). Assim, no entender de Bengtson et al. (2005), uma das mais-valias desta perspetiva é permitir compreender a interação entre o indivíduo e os contextos/ambientes, entre o pessoal e o político, entre o nível micro e o nível macro.

Além disso, é importante sublinhar que a perspetiva do curso de vida permite, segundo Bengtson et al. (2005), compreender a interação pessoa-ambiente, analisando o desenvolvimento da pessoa em termos micro e macro. Elder et al. (2003) consideram que o desenvolvimento e envelhecimento humano são processos que ocorrem ao longo da vida e resultam da interação sistemática e contínua entre as forças biológicas, psicológicas e sociais.

Settersten (2006) identifica e caracteriza os seus principais conceitos básicos como sendo os seguintes:

(1) Coorte – grupo de pessoas que nasceram durante o mesmo período e que experienciaram mudanças sociais específicas numa determinada cultura, na mesma sequência e com a mesma idade. Sobre este conceito, Alwin e McCammon (2003), referem que a coorte afeta as oportunidades em termos de educação, trabalho e vida familiar dos indivíduos;

(2) Transições – envolvem entradas e saídas de membros, bem como mudanças em termos de estatutos e papéis em contextos que não a família (e.g. pequenos grupos, comunidades, organizações formais);

(3) Trajetórias – as mudanças envolvidas nas transições são discretas e limitadas; quando acontecem, uma fase prévia da vida termina e uma nova fase tem início, no entanto, as trajetórias envolvem padrões de longo prazo em termos de estabilidade e mudança na vida de uma pessoa, envolvendo várias transições. As transições são sempre incorporadas nas trajetórias, pelo que não se pode esperar que as trajetórias sejam uma linha reta, mas sim que tenham alguma continuidade de direção;

(4) Eventos de vida – um evento de vida é uma ocorrência significativa que implica uma alteração relativamente abrupta que pode produzir efeitos graves/sérios e de longa duração. O termo refere-se ao acontecimento em si mesmo e não às transições que ocorrem por causa do acontecimento;

(5) *Turning points* – os momentos ou pontos de viragem envolvem uma transformação na forma como a pessoa olha para si mesma (*self*) em relação ao mundo e/ou uma transformação na forma como a pessoa responde ao risco e oportunidade. Sobre este assunto, Rönkä et al. (2003) referem que, por mais significativos que sejam na vida do indivíduo, normalmente os *turning points* apenas se tornam óbvios passado algum tempo, sendo que eventos de vida semelhantes podem representar um *turning point* para uma pessoa, família ou outro grupo e não para outros. Rutter (1996), na sequência de uma investigação longitudinal, indica que existem três tipos de eventos de vida que podem tornar-se *turning points*: eventos de vida associados a oportunidades, eventos de vida que produzam uma mudança duradoura no ambiente do indivíduo e eventos de vida que alterem a percepção do *self*, crenças e expectativas pessoais.

De acordo com Hutchison (2010), a Perspetiva de curso de vida tenta compreender a continuidade e mudança ao longo do percurso de vida dos indivíduos, enfatiza a interdependência das vidas humanas e dá especial atenção à família enquanto principal contexto para experienciar e interpretar o mundo. De acordo com a autora, esta Perspetiva teórica reconhece ainda a influência das mudanças históricas no comportamento humano, bem como a importância do *timing* das vidas, não apenas em termos da idade cronológica, mas também em termos da idade biológica, psicológica e social. Para além disso, a autora refere

ainda que esta Perspetiva entende os seres humanos como seres capazes de fazer escolhas e construir o seu próprio percurso de vida – tendo naturalmente em conta as oportunidades e constrangimentos existentes; *human agency* – enfatiza a diversidade dos percursos de vida, bem como as várias fontes que contribuem para esta diversidade e reconhece as ligações entre experiências prévias de vida e experiências posteriores na adultez e velhice.

Especificamente no que se refere às transições, Schlossberg (1981) refere que estas ocorrem quando um evento ou um não-evento altera a forma como a pessoa se vê a si mesma e/ou o mundo, o que implica uma mudança do comportamento e das relações do indivíduo. Fouad e Bynner (2008) acrescentam que as transições podem ser *voluntárias*, em que o indivíduo pode considerar várias opções, tomar uma decisão e preparar a transição, ou *involuntárias*, em que a transição é dificultada pelo surgimento de obstáculos que não permitem o acesso à informação necessária para a tomada de decisão e, por isso, o indivíduo não consegue preparar a transição e/ou reunir as condições necessárias para o seu ajustamento. Este ajustamento depende dos recursos emocionais, pessoais, sociais e financeiros, mas também da perceção individual sobre os recursos disponíveis, do ambiente pré e pós-transição e do sentido de competência, bem-estar e saúde (Fouad & Bynner, 2008).

Assim, a perspetiva do curso de vida reconhece que as transições exigem uma fase de adaptação ou ajustamento às novas circunstâncias e considera o indivíduo no seu contexto histórico, social e individual. O desenvolvimento humano enquanto processo dinâmico, multidirecional e marcado por ganhos e perdas (Greve & Staudinger, 2006; Hooyman & Kiyak, 2011) envolve a interação de fatores específicos do indivíduo, das estruturas sociais e da capacidade de agência pessoal (Hendricks & Hatch, 2009), pelo que as transições de vida são marcadas pelo tempo histórico, pela coorte de pertença e pelos fatores pessoais e ambientais.

Neste sentido, Hutchison (2010) apresenta seis pressupostos teóricos que importa considerar:

(1) Interação entre vidas e tempo histórico, ou seja, o desenvolvimento individual deve ser lido à luz do contexto histórico em que decorre. Sobre este aspeto, Alwin e McCammon (2003) referem que, quando se iniciou o estudo das trajetórias individuais e familiares, se verificou que as pessoas nascidas em anos diferentes enfrentavam diferentes realidades históricas, com diferentes opções e constrangimentos – especialmente em sociedades em rápida mutação. Neste sentido, os autores sugerem que o tempo histórico pode produzir efeitos de coorte quando distintas experiências são partilhadas no mesmo momento do curso da vida, ainda que os mesmos eventos históricos possam afetar diferentes coortes de formas diferentes.

(2) *Timing* das vidas. Entende-se que determinados papéis e comportamentos estão associados a determinados grupos de idade (seja ela biológica, psicológica, social ou espiritual).

Settersten (2003) refere que alguns investigadores do curso de vida têm analisado a idade em que ocorrem eventos e transições de vida específicos e que no âmbito destes estudos afirmam ser possível classificar as entradas e saídas de determinados estatutos e papéis como *off-time* ou *on-time* – a partir de normas sociais e expectativas partilhadas acerca do *timing* de tais transições.

(3) Vidas ligadas ou interdependentes. Hutchison (2010) salienta este como um aspeto nuclear na Perspetiva de curso de vida pois enfatiza claramente a interdependência das vidas humanas e as formas pelas quais as pessoas estão ligadas (a vários níveis). No entendimento do autor e na linha do referido previamente por Elder (1974), este pressuposto teórico alerta para a forma como os relacionamentos podem apoiar, prejudicar ou incentivar o comportamento de um indivíduo, na medida em que podem controlar o comportamento através de expectativas, recompensas e punições.

(4) Agência Humana (*human agency*) em fazer escolhas. Este é também, segundo Hutchison (2010), um conceito fundamental nesta abordagem teórica uma vez que se assume que o curso de vida individual se constrói a partir das escolhas e ações individuais tomadas no contexto dos constrangimentos históricos e circunstâncias sociais. Dito de outro modo, o autor sugere que o indivíduo participa na construção da sua trajetória de vida através do exercício de agência (ação; uso do poder pessoal para alcançar seus objetivos), no entanto, a agência humana tem limites. Isto é, as escolhas individuais são limitadas pelas disposições estruturais e culturais de uma determinada época histórica e, nesta linha, a desigualdade de oportunidades proporciona a alguns membros da sociedade mais opções do que a outros.

(5) Diversidade nas trajetórias de curso de vida, isto é, existe uma enorme diversidade em termos dos percursos de vida individuais e esta decorre das variações em termos de coorte, classe social, cultura, género e agência individual. Sobre este conceito, Dannefer (2003) refere que, enquanto as primeiras investigações realizadas salientavam sobretudo as diferenças entre coortes, publicações mais atuais alertam para a variabilidade dentro das coortes.

(6) Risco Desenvolvimental e Proteção. O’Rand (2009) salientam que, à medida que a Perspetiva de curso de vida evoluiu, foi sendo dado maior ênfase às ligações entre os eventos de vida e transições na infância, adolescência e idade adulta, sendo atualmente este um pressuposto muito importante no âmbito da investigação e intervenção em Política Social. Isto porque, alguns estudos têm demonstrado que eventos decorridos na infância podem influenciar a vida das pessoas 40 ou 50 anos mais tarde como é o caso por exemplo da investigação de Ferraro et al. (2009). No âmbito desta evidência, foi desenvolvida e proposta por Dannefer (2003), a teoria sociológica das vantagens/desvantagens cumulativas ao longo da vida.

Assim sendo, sabendo que o envelhecimento é um processo complexo e que, portanto, as pessoas se desenvolvem e envelhecem de modo distinto, importa ainda ter em consideração que envelhecer bem não depende somente do indivíduo. Depende também, pelo menos parcialmente, de um conjunto de fatores como por exemplo o estatuto socioeconómico, as condições de habitação, rendimento, redes sociais de suporte, acesso a cuidados de saúde, entre outros. Não partilhamos todos as mesmas condições, pelo que cabe à Política Social promover condições de equidade entre os cidadãos ao longo do percurso de vida.

## **2. Envelhecimento e a Política Social em Portugal: o caso do Centro de Dia**

Como anteriormente referido, o envelhecimento populacional levanta desafios socioeconómicos transversais a vários setores da sociedade. Embora o aumento da longevidade seja uma transformação social positiva, a qualidade de vida dos anos ganhos continua a apresentar um potencial significativo de melhoria (EAPN, 2020).

Se tradicionalmente, nos países economicamente mais desenvolvidos, a opção pela institucionalização acontece quando os idosos começam a perder a sua independência e autonomia, hoje assiste-se a uma mudança de paradigma – progressivamente focada no envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido e que procura potenciar a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento de forma a conservar a autonomia e capacidade funcional da pessoa idosa, adiando ou mesmo diminuindo a necessidade de institucionalização (EAPN, 2020).

Todavia, embora as condições de saúde individual sejam determinantes neste processo, a promoção do envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido não se limita à promoção de comportamentos saudáveis, isto é, a família, a comunidade e a sociedade têm um papel muito importante na forma como se envelhece. Nesta linha, promover um bom envelhecimento implica que se considerem fatores ambientais e pessoais tais como os determinantes económicos, sociais e culturais, entre outros. Assim, envelhecer bem implica a existência de ambientes e oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam ao longo da vida (Martins, 2006).

Neste contexto, de acordo com Pereirinha (2008), a atuação da Política Social visa a promoção e garantia do bem-estar, constituindo-se como a área da atuação da Política Pública, com finalidades sociais, do Estado-Providência. As políticas sociais caracterizam-se por constituírem um conjunto de decisões e não uma decisão isolada, por envolverem atores

políticos nessas decisões e por definirem objetivos a alcançar e escolher os meios que podem ser utilizados com intuito de alcançar esses mesmo objetivos. Neste sentido, o que distingue a Política Social de outras áreas de atuação das políticas públicas é o facto de esta prosseguir a promoção do bem-estar na sociedade.

Relativamente aos objetivos da atuação da Política Social, Pereirinha (2008) destaca os seguintes: (1) *redistribuição de recursos*, atuando sobre a sua distribuição original, corrigindo esta distribuição e as suas formas originais de afetação, de modo a que as finalidades de garantia e melhoria do bem-estar sejam alcançadas; (2) *gestão de riscos sociais*, protegendo os cidadãos dos efeitos negativos que determinados acontecimentos possam ter relativamente à garantia dos direitos sociais, impedindo essa realização; e (3) *promoção da inclusão social*, atuando nos fatores de exclusão social e evitando situações e processos de exclusão ou ajudando à integração social da população excluída ou de risco de exclusão (Pereirinha, 2008).

Assim, define-se como Política Social a forma de atuação das políticas públicas com a finalidade de promover e garantir o bem-estar social, através da consagração de direitos sociais e das condições necessárias à sua realização na sociedade (Pereirinha, 2008).

Deste modo, face às mudanças demográficas registadas a nível mundial, o desenvolvimento de instrumentos e políticas sociais que salvaguardem o cuidado aos idosos e promovam a sua participação na vida social, são ferramentas centrais na resposta a mudanças demográficas (EAPN, 2020).

O sistema de proteção social português dispõe de várias medidas para promover um bom envelhecimento, podendo estas agrupar-se em duas grandes áreas de intervenção: as prestações sociais e as respostas sociais (EAPN, 2020).

As prestações sociais, onde se incluem a Pensão de Velhice ou o Complemento Solidário para Idosos, são políticas monetaristas que visam compensar a perda das remunerações de trabalho após a reforma, assim como assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza (Instituto da Segurança Social, 2021). Contribuindo para afastar os pensionistas do limiar do risco de pobreza, as prestações sociais carecem ainda de eficácia na resolução de outros riscos associados ao envelhecimento, tais como reparação de situações de dependência e carência financeira e/ou social das pessoas idosas (EAPN, 2020). As respostas sociais onde se incluem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) ou os Centros de Dia visam solucionar estes riscos.

Estas respostas pretendem contribuir para a garantia da qualidade de vida dos idosos, criando condições conducentes à satisfação das suas necessidades básicas e à prestação de cuidados em situações de necessidade económica, social e/ou de saúde (Costa, 2017). Com efeito, assistiu-se em Portugal entre os anos 1976 e 1985 à adoção de uma Política de

Manutenção do idoso no domicílio que se consubstanciou na criação de Centros de Dia, Serviços de Apoio domiciliário e Centros de Convívio e que visava a continuação das pessoas idosas no seu domicílio através da criação de condições para que pudessem permanecer integrados socialmente. Esta Política partia do pressuposto de que é possível promover uma velhice com autonomia e independência através do desenvolvimento de um conjunto de atividades culturais, recreativas e desportivas (Velo, 2008).

A este propósito, Costa (2017) refere que se constituem atualmente objetivos das medidas de política na área social o melhoramento da qualidade de vida dos idosos, a manutenção do ambiente sociofamiliar dos mesmos e a oferta de respostas atempadas e adequadas à satisfação das suas necessidades em situações específicas. Na concretização de alguns destes objetivos assistimos à criação de serviços que contribuem para a satisfação das necessidades básicas e para a promoção do desenvolvimento pessoal, nomeadamente os Centros de Dia (Costa, 2017).

Com efeito, a criação de novas respostas sociais como os Centros de Dia e de Convívio manifesta uma representação social relativamente à velhice marcada pela ideia de idoso ativo em detrimento do idoso dependente e indigente. O Centro de dia é de definição difusa, tendo em conta a multiplicidade de definições dos diferentes autores e as características por eles destacadas, pelo que a versatilidade da resposta contribui para que a sua delimitação conceptual seja igualmente complexa uma vez que engloba uma disparidade de modelos de intervenção (Teixeira & Martins, 2016).

Alguns investigadores observam-no essencialmente na perspetiva de reabilitação pós-hospital, outros entendem-no como prestador de serviços sociais, nutricionais e de cuidados de saúde, no entanto, em ambos os casos, dirigido a pessoas com limitações na realização de atividades de vida diária (Teixeira & Martins, 2016).

Segundo Jacob (2007, p. 17) é nos finais dos anos 60 do século passado que surgem em Portugal “as primeiras valências de Centros de Dia, um equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento, e ao mesmo tempo, local de tratamento e de prevenção”. Tendo em conta este contexto, o Centro de Dia é uma das alternativas à institucionalização e surge da

*(...) crescente consciencialização, por um lado, do facto de que o internamento implicava para muitos o corte radical e penoso com o seu meio, originando situações de desespero, e, por outro, da ineficiência das grandes estruturas de apoio, desumanizantes e comportando custos extremamente elevados (...)* (Pimentel, 2005, p. 52).

Assim, o Centro de Dia diz respeito a uma resposta social apta para responder às necessidades da população idosa, privilegiando a sua manutenção no meio sociofamiliar. Contribui para adiar a institucionalização, fornece resposta às necessidades do envelhecimento individual (Sousa, 2018) e às questões relacionadas com o isolamento social (Branco, 2020), facilitando ainda o processo de envelhecimento saudável (Fratezi & Tronchin, 2017).

Na tentativa de explorarmos mais especificamente a resposta social em questão, importa abordar Dumitru (2018) que destaca que o Centro de Dia surge como uma oportunidade promissora para o cuidado do idoso, através da realização de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e recuperação. É uma resposta formal que funciona durante o dia e promove a receção, proteção e coexistência entre pessoas que se encontram a vivenciar a mesma fase do ciclo de vida. Moutte (2020) acrescenta que o Centro de Dia é caracterizado como um espaço destinado a proporcionar acolhimento, proteção, convivência a idosos independentes ou semi-dependentes, cujas famílias não têm condições de prover cuidados durante todo o dia ou parte dele (Moutte, 2020).

Relativamente à integração neste tipo de resposta social, é necessário ter 65 ou mais anos ou ser pensionista, existindo ainda um conjunto de critérios que dão prioridade à integração de pessoas que apresentam maior necessidade dos serviços, como sendo a ausência ou indisponibilidade da família para assegurar os cuidados básicos, viver sozinho ou apresentar carência socioeconómica, situações de perigo ou de negligência (Pereira, 2015).

O Centro de Dia tem como principais objetivos contribuir para a valorização pessoal, partilha de conhecimentos e experiências pessoais, proporcionando, durante o dia, a satisfação de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais, contribuindo para a permanência da pessoa no seu meio familiar e para combater à solidão (Monteiro et al., 2021).

O documento relativo às condições de localização, instalação e funcionamento do Centro de Dia de Bonfim e Saraiva (1996) define que os objetivos do Centro de Dia passam por: (a) prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas; (b) prestação de apoio psicossocial e (c) fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento (Bonfim & Saraiva, 1996). Relativamente ao modo de funcionamento, esta resposta social pode organizar-se de duas formas: (1) como serviço autónomo, a funcionar em espaço próprio e com funcionamento independente ou (2) como serviço integrado numa estrutura já existente tal como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Centro comunitário ou outra estrutura polivalente (Bonfim & Saraiva, 1996).

Relativamente aos serviços, o Centro de Dia presta um conjunto de serviços que vão desde a satisfação das necessidades básicas, ao apoio psicossocial, à animação sociocultural e a outras atividades que têm como intuito a fomentação das relações interpessoais ao nível dos



idosos e destes com os outros grupos etários, no sentido de contrariar o isolamento (Pereira, 2015). Mais especificamente, o Centro de Dia assegura os seguintes serviços: refeições, convívio/ocupação, cuidados de higiene, tratamento de roupas e férias organizadas, podendo ainda promover além dos serviços enunciados, o desenvolvimento de serviços de refeições ao domicílio, serviços de apoio domiciliário e acolhimento temporário (Bonfim & Saraiva, 1996).

Os Centros de Dia proporcionam ainda a realização de atividades essenciais para a promoção do envelhecimento saudável, tais como: atividades lúdicas, ocupacionais, recreativas e culturais, passeios, oficinas de estimulação cognitiva e aulas de ginástica, entre outros (Quadros & Patrocínio, 2015). Mais especificamente, Branco (2020) refere que a estimulação promovida pelos Centros de Dia deve ser concebida por uma equipa multidisciplinar que inclui profissionais de área social e da área da saúde. Desta forma, o Centro de Dia apresenta-se como uma resposta social promotora da autonomia, inclusão social e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Moutte, 2020).

De entre os fatores determinantes para a procura de um espaço de apoio diurno para idosos, Moutte (2020) destaca a necessidade de cuidados, a crescente incidência de demências e fragilidades físicas, as alterações cognitivas, as mudanças na dinâmica familiar (ex., entrada da mulher no mercado de trabalho), a inexistência de um cuidador familiar ou ainda situações de isolamento social. Sobre este assunto, o autor refere que o grau de dependência e o sentimento de solidão são os fatores que mais determinam a decisão de integrar o Centro de Dia. Ainda de acordo com o mesmo autor, o grupo que se forma no Centro de Dia apresenta frequentemente uma estratégia de convívio, ou seja, a frequência desta resposta social tem também sido associada com a possibilidade de manter ou reforçar laços de amizade, ter com quem partilhar alegrias e tristezas, ter momentos de lazer, entretenimento e outros estímulos (Moutte, 2020). De facto, a possibilidade de ter um espaço no qual seja possível realizar diferentes atividades e ao mesmo tempo conversar, sorrir e estar com outras pessoas é entendido pelos idosos como algo positivo, pois favorece a autoestima, a valorização pessoal e contribui para que as pessoas possam estar envolvidas socialmente (Moutte, 2020).

A integração em Centros de Dia permite, através do reforço da rede de apoio familiar e de amigos, minimizar o impacto da maior fragilidade corporal e dos sentimentos de solidão (Moutte, 2020). Além disso, a equipa multiprofissional e a família, sempre que envolvidas na prestação de cuidados, assumem um forte papel como promotoras de bem-estar uma vez que o foco de atuação não é exclusivamente a doença, mas o cuidado, o acolhimento, o estímulo da independência e autonomia, a individualidade e autoestima, as necessidades e desejos, a prevenção de outros agravos e a integração na sociedade (Moutte, 2020).

Orellana et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática da literatura acerca das percepções, benefícios e propósitos dos Centros de Dia para idosos. Os autores definem o Centro de Dia como os serviços baseados na comunidade (que as pessoas podem frequentar o dia inteiro ou parte de um dia) que prestam cuidados e/ou serviços relacionados com a saúde e/ou atividades específicas para pessoas idosas. No que diz respeito aos resultados do estudo, observou-se que os objetivos dos Centros de Dias estavam relacionados com a socialização e atividades, bem como com serviços de saúde e reabilitação. No que concerne aos serviços que os Centros de Dia disponibilizam, destaca-se o contacto social, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoio na gestão das condições existentes e prevenção do declínio da saúde. No que concerne aos utilizadores do Centro de Dia, embora as proporções variassem entre os estudos, os participantes eram principalmente mulheres que moravam sozinhas, viúvas, divorciadas ou solteiras, mais velhas, sem escolaridade, com baixo rendimento, comorbilidades e que faziam uso de múltiplos medicamentos. Assim, para os autores, os Centros de Dia parecem ser serviços amplamente utilizados por mulheres idosas com problemas de saúde e de origens socioeconómicas mais baixas. No que concerne ao motivo para frequentar os Centros de Dia, a literatura sugere que o isolamento social prévio e o mal-estar são as principais razões. Por fim, em relação aos benefícios dos Centros de Dia, a literatura evidenciou que a participação nas intervenções realizadas podem ter um impacto positivo na saúde mental, na vida social, na função física e na qualidade de vida dos idosos.

## **2.1. Os Centros de Dia durante a Pandemia Covid-19**

Com o surgimento da pandemia Covid-19, e de modo a salvaguardar a vida de todas as pessoas, principalmente a dos mais vulneráveis, foram implementadas diversas medidas de segurança. Numa fase inicial da pandemia, os governos proibiram ajuntamentos, fecharam ou limitaram o funcionamento de instituições públicas e privadas, introduziram o teletrabalho como ambiente laboral preferencial, incentivaram o ensino à distância, proibiram a circulação transfronteiriça e recomendaram, entre outras medidas, a redução dos contactos físicos interpessoais (Almeida, 2020). Consoante a gravidade e evolução da situação epidemiológica, foram decretados estados de emergência, impondo períodos de medidas altamente restritivas aos cidadãos.

Em Portugal, desde o início da pandemia, somou-se um total acumulado de mais de 3.380.263 infetados e mais de 21.285 vítimas mortais, constatando-se que a esmagadora

maioria correspondia a indivíduos com mais de 70 anos (Rodrigues et al., 2022). Foram, por isso, tomadas várias medidas de prevenção da propagação do vírus, em particular direcionadas à população mais velha. No entender de Rodrigues et al. (2022), estas medidas nem sempre equacionaram devidamente as consequências que daí advinham.

Assim sendo, no dia 12 de março de 2020 foram aprovadas pelo Conselho de Ministros, medidas extraordinárias e de carácter urgente face a situação epidemiológica associada à Covid-19 (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020). Uma dessas medidas incidiu na suspensão da atividade de apoio social desenvolvida em Centros de Dia, com efeitos a partir do dia 16 de março de 2020, nos termos do Decreto-Lei.º 10-A/2020, de 13 de março (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Com efeito, com a chegada da SARS-COV-2, vários organismos e instituições foram obrigados a adaptar-se às novas circunstâncias. As respostas mantiveram-se, mas o seu funcionamento ficou condicionado, dada a suscetibilidade dos idosos. No caso particular do Centro de Dia, a medida decretava o encerramento/suspensão da resposta social referida, pelo que os clientes se viram “obrigados” a regressar às suas residências (Rodrigues et al., 2022).

Pensando nas pessoas que deixaram de poder frequentar os Centros de Dia como habitualmente, e refletindo naquelas que necessitavam de apoio, foram disponibilizados o serviço de entrega e apoio nas refeições, serviço de apoio na higiene pessoal e de imagem, serviços e compras, visitas domiciliárias, atividades socioculturais e articulação com os serviços de apoio. Neste sentido, as instituições tiveram de garantir o fornecimento de serviços através das formas consideradas mais seguras e adequadas, nomeadamente através da prestação domiciliária, tendo em conta a especificidade de cada situação (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020). “Domiciliar” foi assim a alternativa a adotar, sempre que não fosse possível assegurar um apoio ao idoso através de outras redes de suporte (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Em situações em que não existisse cuidador identificado, era necessário acautelar todas as medidas de proteção, designadamente com recurso a tecnologia e acionamento de teleassistência através de serviços já enquadrados ou a “contratar” (numa abordagem de simplificação, podia considerar-se o contacto via telefone/videochamada em complemento à deslocação ao domicílio) (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2020).

Com o encerramento/suspensão dos Centros de Dia, tornou-se imperativo robustecer a modalidade de apoio domiciliário. Para além do apoio já prestado pelas ajudantes/auxiliares de ação direta na realização de atividades de vida diária, também se revelou importante o desenvolvimento de atividades de estimulação/ocupação em casa por profissionais especializados (Rodrigues et al., 2022).

Com efeito, estas medidas impuseram às organizações a necessidade de se adaptarem rapidamente às alterações decorrentes da pandemia Covid-19 (Rodrigues et al., 2022), desde a reorganização de espaços, horários, equipas, meios de comunicação à distância, entre outras medidas para responder à situação de isolamento a que, nomeadamente as pessoas mais idosas, ficaram sujeitas para o cumprimento necessário das normas da Direção Geral de Saúde (Rodrigues et al., 2022). Estas organizações, inicialmente sem meios de proteção suficientes e assumindo a linha da frente dos cuidados de proximidade, desenvolveram em muitos casos a domiciliação de serviços o que colocou uma forte pressão sobre os serviços de apoio domiciliário que muitas vezes já tinham a sua capacidade instalada sobrelotada (André, 2021). Além disso, Rodrigues et al. (2022) referem ainda que, embora parte dos utentes estivesse a beneficiar da domiciliação dos serviços, se verificaram dificuldades em oferecer alguns serviços no domicílio, como sendo os serviços de animação e acompanhamento por parte da equipa técnica.

Do ponto de vista dos utilizadores da resposta social, Rodrigues et al. (2022) assinalam que estes tiveram de se reorganizar, adaptando-se à situação. Salientam que estas mudanças foram difíceis de gerir, pois a alteração das rotinas e a dificuldade em perceber a situação gerou sentimentos de angústia, tristeza, abandono, apatia, desmotivação, diminuição da autoestima, isolamento social e agravamento de perdas em termos físicos e cognitivos. Os utentes do Centro de Dia ficaram sem as suas atividades de convívio e aprendizagem, com menos contactos sociais, com a sua rotina alterada, com menor estimulação cognitiva, física e social e mais sujeitos aos efeitos da solidão e da inatividade. De acordo com a perspetiva do mesmo autor, terão dificuldades para retomar os seus hábitos sociais (Rodrigues et al., 2022).

Deste modo, e considerando a importância da resposta social Centro de Dia na promoção do bem-estar físico-motor, psicológico e social das pessoas mais velhas, bem como o seu contributo no apoio aos cuidadores (Instituto da segurança Social, 2021), foi estabelecida a sua reabertura. No entanto, atendendo ao risco de contágio e propagação da COVID-19 bem como ao facto de os utentes dos Centro de Dia constituírem um grupo particularmente vulnerável para a COVID-19, o processo de reabertura teve de ser realizado de forma faseada (Instituto da Segurança social, 2021). Mais especificamente, o funcionamento teve de garantir o estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo definidas pela Direção Geral de Saúde (DGS), ou seja, os Centros de Dia teriam de funcionar de modo isolado face às outras respostas sociais. No caso de Centros de Dia acoplados a outras respostas sociais, as condições implicavam que as características do edifício/organização e funcionamento garantissem total separação, sem cruzamento entre utentes e colaboradores das outras respostas sociais e sem partilha de espaços com refeitórios e instalações sanitárias. A verificação das condições de reabertura dos Centros de Dia com funcionamento acoplado tinha de ser avaliada pela

instituição em articulação com a autoridade local de saúde e o ISS, I.P. (Instituto da Segurança Social, 2021).

De modo a facilitar este processo, foi criado um “Guião Orientador para a reabertura da resposta social Centro de Dia” pelo Instituto Segurança Social (2021). Neste documento é explicitado um conjunto de regras a respeitar na reabertura da resposta social no sentido de orientar e harmonizar o processo, de modo seguro e informado, e tendo em vista a segurança dos utentes, das suas famílias, dos profissionais e voluntários afetos à resposta social (Instituto da Segurança Social, 2021).

Assim, de acordo com este documento, a reabertura do Centro de Dia, após o termo da suspensão da atividade, implicaria que o regresso dos utentes que integravam grupos de risco fosse antecipadamente submetido a uma avaliação pelo médico assistente, ponderando riscos e benefícios (Instituto da Segurança Social, 2021). Para além disso, em termos de condições das instalações, foram definidos os seguintes critérios: distanciamento físico de cerca de 2 metros entre os utentes (sempre que possível); sempre que a instituição dispusesse de zonas que não fossem utilizadas, poderia ser viável a expansão do Centro de Dia para esses espaços (desde que fossem cumpridas as regras de higiene, segurança e salubridade); sempre que fosse possível deveriam ser realizadas atividades no espaço exterior privativo do equipamento; sempre que o Centro de Dia se encontrasse em edifícios contíguos ou no mesmo edifício em que funcionassem outras respostas sociais não deveria existir interação entre utentes e equipas de profissionais afetos a cada uma dessas respostas (Instituto da Segurança Social, 2021).

Relativamente às condições dos transportes, sempre que fosse possível deveria ser dada preferência ao transporte individual dos utentes para o Centro de Dia, pelos familiares ou pessoa de referência; no caso de manifesta impossibilidade de assegurar o transporte individual dos utentes, este deveria ser realizado pela instituição, por entidades externas, mediante parceira, ou utilização pelos de transporte público, de acordo com a Orientação nº 027/2020 de 20/05/2020 da DGS, garantindo o cumprimento do intervalo e da distância de segurança entre passageiros; necessidade de redução da lotação máxima de acordo com a legislação vigente e em consonância com as recomendações da DGS; obrigação de uso de máscara durante o transporte, sem prejuízo da necessária avaliação casuística em função das patologias e características de cada utente em concreto que torne essa utilização impraticável; disponibilização de álcool à entrada e saída da viatura e descontaminação da viatura após cada viagem, segundo as orientações da DGS (Orientação 014/2020, de 21/03/2020; Instituto Segurança Social, 2021).

No que concerne às condições de funcionamento, sempre que não fosse possível o cumprimento do distanciamento físico de cerca 2 metros por falta de salas e/ou espaços

complementares disponíveis em número suficiente para assegurar o desdobramento dos grupos, o funcionamento teria de ser organizado por grupos em regime de rotatividade ou em turnos diferentes de frequência, em função das necessidades do utente (Instituto Segurança Social, 2021).

No que diz respeito aos procedimentos prévios à reabertura do estabelecimento, foi definida como obrigatória a limpeza geral das instalações em edifícios com funcionamento exclusivo de Centros de Dia; a desinfecção geral obrigatória das instalações, em edifícios com funcionamento desta resposta social acoplada a respostas residenciais ou cujo equipamento tenha sido, entretanto, utilizado para outros fins; higienização dos espaços, em conformidade com a orientação 014/2020, de 21/03/2020, da DGS; preparação e sinalização visível dos espaços, criando espaços “sujos” (junto à entrada, onde se devem deixar os objetos que vem do exterior) e espaços “limpos” e estabelecimento de diferentes circuitos de entrada e de saída evitando cruzamento, se possível; formação e treino dos profissionais e voluntários relativamente aos planos de contingência, implementação de medida de auto-monitorização de sinais e sintomas e reorganização de processos, optando pela desmaterialização e privilegiando os meios digitais (Instituto Segurança Social, 2021).

Relativamente ao acesso às instalações, os utentes deveriam ser recebidos somente à porta da instituição pelos profissionais destacados para o efeito, sempre equipados com máscara e, quando necessário, também com luvas ou outro equipamento, de acordo com a orientação da DGS, num local dotado de desinfetante à base de álcool para mãos; o acompanhante do utente nas deslocações à instituição deveria utilizar de forma obrigatória máscara bem como o utente, consoante avaliação clínica; o número de pessoas que acompanhava o utente nas deslocações à instituição deveria ser limitado ao estritamente necessário; deveria manter-se sempre que possível os mesmos profissionais para acompanhar os utentes à entrada e saída da instituição; a entrada deveria ser sempre desinfetada as jantes e/ou joystick das cadeiras de rodas, das ortóteses e próteses e dos meios de locomoção, como bengalas, muletas ou andarilhos; os profissionais e os voluntários deveriam ter vestuário para uso no interior do estabelecimento, permanecendo a roupa e calçado do exterior na “zona suja”, devendo nesta zona ser criadas condições para a troca de vestuário; os profissionais, voluntários e utentes deveriam ter sempre uma muda de roupa lavada no estabelecimento; as roupas necessitavam de ser levadas de acordo com a Orientação nº 009/2020 na sua versão atualizada; os profissionais, voluntários e os utentes necessitavam de calçado confortável para utilização exclusiva no interior do estabelecimento, o calçado usado no exterior deveria ficar na “zona suja”; em caso de desenvolvimento dos seguintes sintomas: quadro respiratório agudo com tosse (de novo ou agravamento da tosse habitual), ou febre (temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), ou

dispneia/dificuldade respiratória, contactar de imediato a linha SNS 24 através do 808242424, de acordo com n.º Norma 004/2020, de 23/03/2020 atualizada a 25/04/2020 da DGS; as pessoas externas (ex. fornecedores) só podem entrar no estabelecimento excecionalmente e de forma segura, devendo entrar pelas portas de serviço, devidamente higienizados, com proteção do calçado e máscara (não se podendo cruzar com os utentes) (Instituto Segurança Social, 2021).

No que concerne aos espaços e normas de prevenção de risco de contaminação era necessário existir circuitos pré-definidos desde a entrada até aos espaços/salas, sempre que possível com marcação visível e diferenciada de outras respostas sociais quando estas se desenvolverem no mesmo equipamento, a circulação deveria ser realizada em grupos reduzidos com o distanciamento físico preconizado de cerca 2 metros, de forma a impedir que se cruzem, e com utilização de máscara; quando não fosse possível definir circuitos de entrada e de saída diferentes era necessário garantir que os horários de entrada e de saída não eram coincidentes; deveria ser afixado em todas as instalações as regras básicas de desinfeção de mãos, etiqueta respiratória e distanciamento físico; deveria disponibilizar-se solução à base de álcool, identificados pela DGS, em todas as entradas, salas e nos demais locais em que se justifique; disponibilizar-se sabonetes líquido, toalhetes de papel de uso único nas casas de banho e caixote de lixo; elaborado um plano específico de limpeza diária e desinfeção de espaços com indicação expressa de responsabilidade, tempos e tipo de intervenção; deveria ser assegurada a desinfeção semanal das instalações com produtos especializados para o efeito; ser assegurada a limpeza e desinfeção regular dos materiais de apoio as atividades e demais equipamentos, utilizados pelos utentes e/ou pelos profissionais, com produtos adequados, diversas vezes ao dia, de acordo com a orientação nº014/2020, de 21/03/2020, da DGS; deveria ser assegurada a limpeza e desinfeção frequente dos locais mais suscetíveis de contaminação (como corrimões, interruptores e maçanetas de portas e janelas); serem disponibilizados toalhetes com álcool gel, com vista a desinfetar as jantes e/ou o joystick das cadeiras de rodas, das ortoses e próteses e dos meios locomoção, como bengalas, muletas e andarilhos; a utilização dos equipamentos/materiais é individual, devendo ser garantida a desinfeção dos mesmos entre utilizações; deveriam ser disponibilizados lenços de papel descartáveis e um caixote do lixo nas salas; era necessário manter as janelas e portas abertas, de modo a permitir uma melhor circulação de ar dentro do espaço, mantendo os locais ventilados, cautelando as devidas condições de segurança; os sistemas de ventilação e ar condicionado estavam sujeitos, periodicamente a limpeza e desinfeção; era necessário garantir-se a utilização dos EPI por parte de todos os profissionais e voluntários (máscara, viseira (opcional) e, quando necessário, luvas), em todos os serviços da resposta social; garantir-se, sempre que a condição clínica permitir, a utilização de máscaras pelos utentes, sem prejuízo da necessária avaliação casuística, em função

das patologias e características de cada utente; deveriam ser reforçado o ato de lavagem/desinfecção frequente das mãos, por parte de todos os profissionais e voluntários, bem como dos utentes, devidamente apoiados pelos profissionais; caso o utente apresentasse limitações ao nível dos membros superiores os profissionais ou voluntários deveriam prestar apoio na higienização das mãos, utilizando se necessário um desinfetante à base de álcool; deveria existir um recipiente/garrafa de água individual, devidamente identificado para cada um dos utentes, profissionais e voluntários; a roupa suja deveria ir para um saco plástico, devidamente fechado; perante um caso suspeito de infeção, a instituição deveria ativar o plano de contingência; o equipamento de proteção individual e os resíduos produzidos pelo caso suspeito deveriam ser acondicionados em duplo saco de plástico e resistente e colocados em contentores de resíduos coletivos; em complemento à formação e treino, os profissionais e voluntários tinham ainda de ser informados por escrito, de como proceder em caso de identificação de um caso suspeito na instituição (Instituto Segurança Social, 2021).

Relativamente às refeições, antes e depois das refeições, os profissionais, voluntários e os utentes deveriam realizar a lavagem correta das mãos; as refeições necessitavam de ser servidas no escritório, com grupos fixos (utentes, profissionais e voluntários), se necessário em horários alternados, de forma a reduzir a concentração de pessoas no mesmo espaço e assegurando de distanciamento físico de cerca de 2 metros entre utentes/profissionais/voluntários, sempre que possível; no final da refeição de cada grupo, as mesas e cadeiras tinham de ser desinfetadas; não podendo ser partilhados quaisquer equipamentos exemplo: talheres, tabuleiros ou alimentos; as pausas da equipa para almoço tinham de ocorrer de modo a garantir o distanciamento físico de cerca de 2 metros entre os colaboradores e nesta fase era desaconselhável o funcionamento de bares nas instalações , devendo louça utilizada ser lavada na máquina de lavar com um detergente doméstico e a temperatura elevada (80-90°C) (Instituto Segurança Social, 2021).

Relativamente à utilização da casa de banho, a limpeza e desinfecção das sanitas, interruptores e torneiras deveria ser realizada após cada utilização; os colaboradores do Centro de Dia e os colaboradores de outras respostas sociais não deveriam partilhar as mesmas instalações sanitárias e, sempre que possível, os utentes e os colaboradores deveriam utilizar instalações sanitárias diferentes (Instituto Segurança Social, 2021).

No que diz respeito ao atendimento público em geral, deveria ser privilegiado o atendimento não presencial, mediante a utilização de meios de comunicação digitais; quando necessário o atendimento presencial, este tinha de ser realizado mediante o cumprimento das seguintes regras: sempre que possível, o atendimento deveria acontecer mediante agendamento prévio; deviam ser implementadas medidas de atendimento individual com reserva de espaço



de espera respeitando o distanciamento físico de cerca de 2 metros; instalação de divisórias em vidro ou acrílico nos espaços de atendimento ao público; disponibilização de solução alcoólica acessível ao público nos espaços de atendimento e utilização de máscara pelo profissional e pelo cidadão (Instituto Segurança Social, 2021).

No que concerne à informação, formação e treino, todos os profissionais e voluntários deveriam de ser informados sobre o plano de contingência covid-19 da sua instituição, devendo ser dada formação e treino aos profissionais e voluntários sobre o plano de contingência, o acompanhamento de uma pessoa suspeita; da utilização correta do equipamento de proteção individual e cuidados nas rotinas com os utentes, designadamente na realização da higiene, da alimentação e mobilização (Instituto Segurança Social, 2021).

De acordo com o Instituto Segurança Social (2021), os utentes deveriam de ser informados das condições e cuidados a adotar na frequência da resposta social, no contexto de pandemia, e deveria ainda ser disponibilizado ao familiar ou pessoa de referência informação escrita sobre o início das atividades e alterações à organização e funcionamento do Centro de Dia, face ao contexto da Covid-19; deveriam ser fornecidas instruções para informar a instituição sempre que o utente, ou alguém com que o mesmo estivesse em contacto recente (nos últimos 14 dias), apresentasse sintomas sugestivos da covid-19 ou um resultado positivo para a covid-19; garantidos os circuitos de comunicação com familiar ou pessoas de referência, assegurando que a passagem de informação no que concerne ao utente seria efetuada de forma correta (privilegiando, sempre os canais digitais); o pagamento de inscrições e participações familiares deveria ser realizado, sempre que possível, através de transferência bancária. De acordo com o Instituto Segurança Social (2021), deveriam ser divulgadas e ensinadas aos utentes as novas práticas de saúde e segurança e treinadas as medidas de higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso e manuseamento de máscara, regras de distanciamento físico e autocuidado instituídas no âmbito da Covid-19.

Por fim, no que se refere às atividades, deveriam ser evitadas atividades que envolvessem maior concentração de pessoas (Instituto Segurança Social, 2021). No planeamento de atividades exterior (pátios/jardins/logradouros) e com as devidas adaptações deveria ser considerada a Orientação n.º030/2020 de 29/05/2020 da DGS, sobre procedimentos de prevenção e controlo para espaços de lazer, atividade física e desporto e outras instalações desportivas; em Centros de Dia acoplados a ERPI, as atividades de animação deveriam ser realizadas separadamente. As atividades deveriam privilegiar tarefas individuais ou desenvolvidas em pequenos grupos e apoiadas pelos colaboradores, cumprindo as recomendações gerais da DGS, nomeadamente: (1) distanciamento físico; (2) uso obrigatório de máscara; (3) circulação de pessoas feita em circuitos de sentido único, evitando o cruzamento;

(4) higienização de superfícies e (5) desinfecção e lavagem das mãos (Instituto Segurança Social, 2021).

Deste modo, em prol da reabertura dos Centros de Dia, todas as instituições tiveram de cumprir e se adaptar às normas anteriormente descritas de modo que os utentes pudessem regressar às instalações do Centro de Dia em segurança.

### **3. Qualidade de Vida em tempos de Pandemia Covid-19**

A pandemia Covid-19 teve diversas implicações na vida das pessoas mais velhas, com consequências para a sua qualidade de vida. Interferiu com a sua vida social, na medida em que foram restringidos os contactos sociais e os movimentos, isto é, limitou-se o contacto humano, fundamental para a saúde mental, em particular com a família e amigos, bem como os movimentos – essenciais para a saúde física e manutenção da funcionalidade, a qual tem tendência a diminuir com a idade (Rodrigues et al., 2022). Para além disso, do ponto de vista da saúde, os idosos foram sendo sinalizados como grupo de risco pelo facto de apresentarem frequentemente mais doenças crónicas, mas também porque biologicamente parecem ser mais reativos ao vírus, favorecendo uma inflamação excessiva, com consequentes reflexos a nível do pulmão e de outros órgãos. Ao nível da saúde mental, destacam-se as alterações cognitivas e o aumento da sintomatologia depressiva num quadro de percepção do isolamento social e, em muitos casos, do contínuo afastamento e da desresponsabilização familiar para com os idosos (Rodrigues et al., 2022).

A combinação entre a maior gravidade da infeção e as medidas de distanciamento social aumentaram e deram expressão adicional aos múltiplos fatores de stress entre os mais velhos, incluindo o medo da própria morte ou da de familiares e de amigos, situações de isolamento prolongado, agudização de problemas financeiros e falta de suporte em termos de assistência para a realização das atividades de vida diária ou para o apoio na aquisição de alimentos e medicação. Estes aspetos foram fonte de stress, especialmente para os idosos em situação de vulnerabilidade física e/ou mental, destacando-se situações de maior prevalência de sintomas depressivos, ansiedade, solidão, maior probabilidade de agravamento de estados de declínio cognitivo e demência, entre outros (Rodrigues et al., 2022).

A pandemia Covid-19 trouxe inúmeros desafios à sociedade civil, no entanto, o grupo dos mais velhos foi particularmente sujeito a privações, de entre as quais se destacam a privação do convívio presencial com amigos e familiares, devido por um lado à necessidade de isolamento

físico e, por outro lado, também devido ao encerramento de alguns locais de interação social como os Centros de Dia (Rodrigues et al., 2022). Nestas circunstâncias, provou-se, todavia, possível encontrar soluções criativas em prol de um envelhecimento ativo, saudável e digno, sendo que o apoio e suporte das instituições e das famílias foi fundamental para que as pessoas mais velhas pudessem continuar a sentir-se bem do ponto de vista físico, psicológico e social, procurando manter a sua saúde mental e qualidade de vida (Rodrigues et al., 2022).

No que diz respeito ao conceito de qualidade de vida, importa referir que se trata de um conceito vasto que incorpora tanto os aspetos da existência individual, como também o sucesso do indivíduo a alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas (Canavarro & Serra, 2010).

No início da década de 1990, a Organização Mundial de Saúde criou um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas, o designado WHOQOL Group, com objetivo de debater o conceito de Qualidade de vida para posteriormente construírem um instrumento de avaliação que permitisse avaliar este conceito (Canavarro & Serra, 2010).

Assim, o WHOQOL Group (1994), considerou que o conceito de Qualidade de vida teria de fundamentar-se em três aspetos centrais: (1) subjetividade: a sua definição deveria depender do ponto de vista do indivíduo; (2) multidimensionalidade: a sua definição deveria abranger diferentes aspetos ou dimensões; e (3) presença de dimensões positivas e negativas. Este desenvolvimento originou a definição de Qualidade de Vida pela Organização Mundial de Saúde como “a perceção 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). É assim, um conceito multidimensional que pode abarcar critérios objetivos, como o funcionamento fisiológico e a manutenção das atividades de vida diária, bem como componentes subjetivos, como a satisfação com a vida (Gonçalves et al., 2006).

Assim sendo, para a Organização Mundial de Saúde (1997) a qualidade de vida abrange quatro grandes domínios: (1) domínio físico: dor e mal-estar, dependência da medicação ou tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividade quotidiana e capacidade de trabalho; (2) domínio psicológico: sentimentos positivos e sentimentos negativos, espiritualidade, religião, aspetos cognitivos, imagem corporal (autoestima, aparência); (3) domínio das relações sociais: relações interpessoais, atividade sexual e apoio social e (4) domínio meio ambiente: segurança física, proteção, recursos económicos e disponibilidade.

Uma vez definido o conceito, o WHOQOL Group desenvolveu um instrumento com vista à sua avaliação, o WHOQOL - *World Health Organization's Quality of Life Instrument* (Canavarro et al., 2006; Fleck, 2006).

O WHOQOL é um instrumento genérico, multidimensional e multicultural de avaliação da qualidade de vida que tem por base a definição deste conceito como um constructo subjectivo, multidimensional, com dimensões positivas e negativas (Fleck, Chachamovich & Trentinib, 2003; Fleck, 2006). A sua primeira versão era composta por 100 itens (WHOQOL-100) que avaliavam seis domínios da qualidade de vida, designadamente o domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças pessoais. Este instrumento reflete a conceptualização da qualidade de vida tal como definida pela Organização Mundial de Saúde (Canavarro et al., 2006, 2010; Fleck, 2006; Fleck et al., 1999; Paredes et al., 2008).

Face à necessidade de ser criado um instrumento de rápida aplicação para avaliar a qualidade de vida, mantendo a visão holística de saúde e numa perspetiva transcultural, surgiu uma versão abreviada – o WHOQOL-Bref (Fleck, 2006; Fleck et al., 1999).

De acordo com Ribeiro et al. (2008), o conceito de qualidade de vida pode ser visto como uma representação social com princípios objetivos (satisfação das necessidades básicas e criadas pelo grau de desenvolvimento económico e social da sociedade) e subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal), pelo que se trata de um conceito multidimensional e subjetivo.

Neste sentido, a avaliação da qualidade de vida das pessoas mais velhas em contexto de pós-pandemia e face ao encerramento e reabertura dos Centros de Dia revela-se de particular importância. Sobre este assunto, importa ter em consideração que nem todas as pessoas lidam com os acontecimentos da mesma forma. É importante considerar o impacto diferenciado da pandemia, reforçando a grande heterogeneidade existente entre as pessoas idosas, isto é, é diferente ter 67 anos e estar num processo de transição para a reforma, ter 77 anos e estar numa situação recente e inesperada de viuvez em que se passou a viver sozinho, ter 87 anos e estar institucionalizado sem ver os familiares há meses ou ter 97 anos e não se registarem estas dificuldades. Dito de outro modo, a idade não deve ser critério único para avaliar os efeitos da pandemia na qualidade percebida pelas pessoas mais velhas (Rodrigues et al., 2022).

A investigação sobre a qualidade de vida da população mais velha e das condições que possibilitam um bom envelhecimento tem suscitado a atenção de investigadores de várias áreas, em especial dos “demógrafos, geriatras e gerontólogos sociais” (Silva, 2009, p. 163).

Deste modo, Ramos (2001) assinala que a qualidade de vida na velhice depende de cinco aspetos: (1) a saúde e capacidade funcional no que se refere às atividades da vida quotidiana;

(2) as relações interpessoais; (3) a autonomia no que diz respeito à capacidade de organização do dia-a-dia e de escolher as atividades que pretendem realizar; (4) a convicção da sua utilidade e (5) a ausência de problemas económicos. Por sua vez, Vieira (2004) considera que o facto de a pessoa idosa aceitar as mudanças da idade, estabelecer relações sociais e familiares, ter autonomia e um efetivo suporte social, tentar prevenir doenças e manter um sentido de humor elevado, são fatores essenciais à promoção do seu bem-estar geral e conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida.

Também Hortelão (2004) sugere que a qualidade de vida das pessoas idosas depende de três condições: a ausência de doença, a existência de suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo. Sequeira e Silva (2002, p. 506) fazem ainda referência ao meio ambiente onde se insere a pessoa enquanto aspeto fundamental para a qualidade de vida, pois entendem que “só a partir de uma análise transaccional da unidade ecológica pessoa/ambiente podemos compreender o Bem-Estar subjetivo de idosos que vivem em diferentes cenários, sendo que cada cenário ambiental dita de forma única a experiência do envelhecimento”.

Por sua vez, Paúl (2005), considera ainda que a satisfação com a vida e a qualidade de vida dos idosos se alteram consoante variam os fatores determinantes para um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente as características pessoais, comportamentais e sociais, meio físico, fatores de ordem económica e a disponibilidade de serviços de saúde e sociais. Também Santos e Sousa (2015, p. 3) salientam que a qualidade de vida das pessoas mais velhas depende de aspetos como o “estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer”.

Para Fonseca (2005), os fatores mais relevantes para os adultos mais velhos que vivem na comunidade são as boas relações com familiares e amigos, a manutenção dos papéis sociais, a independência, a saúde e funcionalidade, bem como a residência numa casa com condições e numa zona agradável.

Tendo em conta as características anteriormente referidas, a qualidade de vida das pessoas mais velhas face à experiência da pandemia Covid-19 reveste-se de particular interesse e necessidade de investigação. Necessidade esta que se acentua no caso de pessoas que experienciaram as situações de encerramento/suspensão e reabertura dos Centros de Dia.

Sobre este assunto, Orellana et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática que inclui investigação publicada entre outubro/novembro de 2014 e atualizada em agosto de 2017 em bases de dados eletrónicas, bibliotecas e Websites, repositórios de investigação e revistas de referência. Foram identificados 2214 artigos na pesquisa em base de dados e 86 artigos identificados pelos autores, tendo sido utilizadas as seguintes palavras-chave: Elder/elderly; old/older; aged; senior; e day centre/er; senior centre/er; day care; day care + care

home/nursing home. Após o processo de *screening* e análise do texto completo, foram incluídos para análise 77 artigos.

Os investigadores observaram que no que concerne aos serviços disponibilizados, a maioria oferece serviços de socialização e atividades, enquanto apenas alguns oferecem serviços de saúde e reabilitação. Os clientes alvo incluíam pessoas reformadas em situação de dependência física ou mais frágeis e/ou socialmente isolados. Com menor frequência, os cuidadores familiares beneficiavam também dos serviços disponibilizados pelos Centros de Dia (Orellana et al., 2020).

Relativamente aos motivos de frequência dos Centros de Dia, a literatura sugere as situações de isolamento social e mal-estar como as principais motivações para as pessoas frequentarem esta resposta social, sendo que as pessoas procuram contacto social, serviços preventivos ou atividades. Para além disso, tem sido destacada a necessidade de melhorar ou manter a saúde, fornecer apoio aos cuidadores familiares, introduzir uma estrutura nas vidas após a reforma ou perda de cônjuge como principais motivos para a frequência do Centro de Dia. No que concerne aos utilizadores que mais beneficiam do Centro de Dia, verifica-se que são as pessoas que vivem sozinhas, com dependência física, baixos rendimentos e mais jovens (menos de 70 anos). No que concerne aos resultados do atendimento e intervenções, foram identificados alguns objetivos dos Centros de Dia, nomeadamente: proporcionar apoio social e serviços, apoiar a independência contínua dos utentes; apoiar a saúde e necessidades de vida diária, bem como permitir que os cuidadores familiares façam uma pausa e/ou continuem com emprego (Orellana et al., 2020).

Orellana et al. (2020) assinalam que a investigação tem dado 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. Estas respostas disponibilizam contactos sociais, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoiando a gestão das condições existentes e podendo prevenir ou minimizar o declínio associado à doença. Além disso, os Centros de Dia parecem ser serviços com base no género, largamente utilizados por mulheres idosas com declínio de saúde e meios socioeconómicos mais baixos.

Por sua vez, o estudo de Farinha (2014), de natureza quantitativa, foi desenvolvido com uma amostra composta por 12 pessoas utilizadoras de Centro de Dia e tinha como objetivo analisar a perspetiva dos idosos com mais de 75 anos em Centros de dia acerca da influência institucional e do seu contributo para a sua qualidade de vida. No âmbito desta investigação, foi elaborado um guião de entrevista, tendo por base alguns instrumentos orientadores como sendo o WHOQOL-Bref (WHO Quality of Life Group, 1994; Canavarro et al., 2006, 2010), a versão

portuguesa do EASYCare (Elderly Assessment System; Sousa et al., 2009) e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso elaborada pela DGS em 1992. A autora destaca que os participantes apresentaram preocupações e dificuldades de adaptação às mudanças que resultam do envelhecimento, sendo que os idosos se encontravam cientes das limitações, tais como as alterações em termos da capacidade motora, visual e auditiva. A percepção face ao envelhecimento dos idosos entrevistados refletia preocupações ao nível do seu estado de saúde, existência de suporte familiar e outros aspetos que gostariam de ver melhorados para uma boa qualidade de vida (recursos económicos, condições da habitação e solidão). Tendo por base a análise efetuada, os autores concluíram que o facto de os idosos frequentarem o centro de dia influencia a sua qualidade de vida uma vez que na perspetiva dos participantes, estarem num Centro de Dia proporciona a possibilidade de manter, desenvolver e/ou melhorar as suas funções físicas e/ou mentais, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as AVDs e a interação social (Farinha, 2014).

Para além disso, os resultados apontavam para o facto de a integração neste tipo de estrutura ter um forte contributo para aspetos importantes da qualidade de vida, nomeadamente: uma melhor e maior saúde psicológica, pois o Centro de Dia fornece a possibilidade de contactos sociais e integração social, bem como uma forma de combater a solidão. No referido estudo, todos os participantes enunciaram a saúde, como a dimensão que melhor define a qualidade de vida, seguida de algumas dimensões como: ausência de problemas financeiros, existência de suporte familiar e ausência de solidão (Farinha, 2014). Em síntese, o facto de frequentarem o Centro de Dia proporciona-lhes por um lado, o acesso aos cuidados básicos de saúde e, por outro, permite a ocupação saudável dos seus tempos livres com a dinamização de várias atividades recreativas. Assim, os resultados do estudo revelaram que a oferta de serviços da resposta Centro de Dia é adequada à promoção da qualidade de vida dos idosos a frequentarem a resposta.

Sousa et al. (2021) realizaram uma revisão sistemática sobre o impacto da covid-19 na qualidade de vida de idosos, baseando-se em análises observacionais de ensaios clínicos selecionados. Os autores procederam a uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde nos dias 21 e 22/10/2021 utilizando as seguintes palavras-chave: qualidade de vida, idosos e covid-19. Foram identificados 282 artigos, sendo que após processo de *screening* foram selecionados 6 artigos para análise. Estes apresentavam de uma forma geral resultados similares, isto é, regista-se um impacto negativo na vida dos idosos, constatando-se uma redução na qualidade de vida física e mental dos mesmos, com diminuição da capacidade para a realização das atividades de vida diária e aumento da ansiedade.

Por sua vez, o estudo realizado por Barbosa et al. (2021) com 25 familiares de pessoas frequentadores de Centros de Dia e de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) no Brasil tinha como finalidade traçar o perfil dos frequentadores e dos seus familiares e retratar a percepção dos familiares acerca dos ajustamentos, comunicação e cuidados preventivos adotados pelas instituições durante a pandemia da Covid-19. Os dados recolhidos em julho de 2020 através de um questionário online permitiram concluir que relativamente às mudanças realizadas na instituição para fazer face à Covid-19, todos foram informados de forma adequada sobre as mudanças e consideraram essas mudanças eficientes, necessárias, de responsabilidade e importantes para a segurança de todos. Apenas um dos entrevistados respondeu que não tinha conhecimento. Quanto à percepção dos familiares sobre o impacto que a covid-19 gerou sobre as pessoas idosas que frequentavam as instituições, verificou-se que as respostas foram diversas e envolveram sentimentos de amparo, ameaça, abandono, alienação, pânico, solidão, medo da doença, ansiedade, confusão mental, saudades, conflitos e insegurança. Quando solicitado aos entrevistados que descrevessem os seus sentimentos mais frequentes em relação ao atendimento oferecido pela instituição durante o período de isolamento, os mesmos manifestaram sentir-se gratos, tranquilos, assistidos, confiantes e também que a instituição manifestou carinho e cuidado ao adotar a medida de isolamento.

Assim, Barbosa et al., (2021) concluem que as experiências vividas pelos Centros de Dia e ILPI desde o início do surto da Covid-19 foram marcadas, num primeiro momento, pela suspensão das atividades presenciais do Centro de Dia devido às restrições e/ou necessidade de distanciamento social, gerando grande impacto na vida social e bem-estar biopsicossocial das famílias e pessoas idosas. Progressivamente, as medidas de prevenção que foram decretadas pelo Estado foram sendo adotadas com rigor por parte da população, o que se revelou primordial para o combate na progressão dos casos da doença. No caso particular do Centro de Dia, foram implementadas atividades on-line aplicadas pela equipa multiprofissional de modo que as necessidades das pessoas mais velhas fossem minimizadas.

No mesmo seguimento, Marrocos et al. (2021), realizaram uma investigação quantitativa com o objetivo de caracterizar a percepção dos idosos em relação à influência da pandemia na sua saúde. Amostra incluiu 123 idosos do Brasil que responderam a um questionário on-line. Os resultados obtidos mostraram que, quando questionados sobre o seu grau de dependência de outras pessoas devido à pandemia, 45% referiram que não ficaram dependentes, 24% que ficaram um pouco e 31% responderam que ficaram dependentes de outras pessoas por razões relacionadas com a pandemia. No que diz respeito às suas rotinas, observou-se que 56% dos participantes tomaram a vacina contra a gripe e 49% continuou com as suas rotinas de exames médicos para manter a saúde, ou seja, aproximadamente metade dos



inquiridos não continuou com os cuidados habituais, o que poderá ter causado impacto em termos da prevenção ou gestão de doenças. Relativamente aos sentimentos que os idosos começaram a ter com mais frequência após a pandemia, destacou-se o “medo de perder um ente querido”; “medo de ficar internado”; “tristeza”; “ansiedade”; “medo de morrer”; “solidão”; “abandono” e “medo de ficar desempregado”. Nesta linha, Marrocos et al., (2021) destacam que é preocupante um possível aumento de casos/sintomas depressivos em idosos, durante e após o início da pandemia por covid-19, devido à relação dessa doença com casos de demência, o que poderá elevar o número de idosos dependentes no futuro e, conseqüentemente, sobrecarregar serviços de saúde e a sociedade.

No que concerne ao aumento do contacto com a tecnologia, a pandemia contribuiu de alguma forma para esse impacto positivo na vida da população mais velha, uma vez que 61% dos entrevistados tiveram contacto com a tecnologia pela primeira vez ou com maior frequência, enquanto 18% relataram que já usavam com facilidade a tecnologia antes da pandemia. Porém, 21% dos idosos destacaram que não gostavam da tecnologia e não tiveram contacto. Na mesma linha, quando questionados sobre novas aprendizagens, 45% dos participantes assinalaram ter aprendido coisas novas: “estou a fazer faculdade”; “ler mais livros”; “fazer atividade física em casa”; “economizar”, entre outras. Relativamente às mudanças na sua rotina após a pandemia, 67% já não compareciam aos encontros dos amigos, 63% não iam a festas da família, 60% não iam ao centro da cidade, 53% não iam ao shopping, 48% não iam para o ginásio/fisioterapia, 42% deixaram de ir ao banco, 30% deixaram de fazer acompanhamento médico, 18% deixaram de receber visitas dos filhos e netos. Apenas 13% dos participantes referiram que a sua rotina continuava a mesma de antes da pandemia (Marrocos et al., 2021).

Como conclusões do estudo, os autores destacam o facto de a pandemia ter influenciado sentimentos, atitudes e rotinas da população idosa. A rotina dos idosos sofreu alterações em consequência das medidas de isolamento social e distanciamento físico que condicionaram o exercício da sua autonomia, especialmente de exercerem a sua vida social com amigos e familiares o que poderá acarretar conseqüências para a saúde mental dos idosos (Marrocos et al, 2021).

Martins e Pinto (2021) coordenaram um estudo sobre o impacto da pandemia de covid-19 nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e seus utentes em Portugal. Tratou-se de um estudo exploratório, com recolha de dados qualitativos e quantitativos, com uma amostra constituída por 329 IPSS distribuídas pelos vários distritos de Portugal Continental. Para a recolha de dados recorreram a um inquérito por questionário, dividido em 4 partes: a primeira parte assegurava a confidencialidade dos dados recolhidos e o acesso dos

respondentes aos mesmos e solicitava o consentimento informado dos respondentes para a sua recolha e tratamento; a segunda parte integrava 13 questões de escolha múltipla ou de resposta aberta para caracterização da instituição; a terceira parte incluía 18 questões de resposta dicotómica, escolha múltipla, em escala de Likert ou de resposta aberta, organizadas em subgrupos em função dos quatro objetivos específicos do estudo; e a parte quatro solicitava autorização para contactos futuros e a indicação do contacto telefónico e/ou de correio eletrónico da instituição.

Os resultados do estudo permitiram verificar que as IPSS, antes e aquando da declaração do estado de emergência e para fazer face à pandemia de covid-19, tiveram necessidade de alterar o seu funcionamento. Quando questionadas acerca da necessidade de redução ou suspensão de serviços e/ou respostas sociais disponibilizadas, as organizações que apresentaram uma maior percentagem de redução ou suspensão de serviços e/ou respostas sociais foram as Creches, os Centros de Dia, os ATL, a Educação Pré-Escolar e os Centros de atividade ocupacionais para pessoas com deficiência. As razões para a redução ou suspensão de serviços/valências prendem-se maioritariamente com o encerramento por imposição da Direção Geral de Saúde (DGS). Além dos serviços reduzidos, foi também analisada a necessidade de reforço ou criação de serviços ou respostas sociais adicionais, podendo constatar-se que 33,7% (N=111) das IPSS analisadas reforçou ou criou serviços/respostas sociais. A medida mais adotada pelas IPSS face à suspensão ou redução de serviços ou respostas sociais foi a domiciliação, nos casos dos Centros de Dia, dos Centros de atividades ocupacionais para pessoas com deficiência e dos Centros de convívio, havendo referência a casos de utentes sem apoio familiar de retaguarda. Outra das medidas adotadas pelas IPSS foi o reforço da ajuda alimentar, quer por entrega de bens alimentares, quer pelo aumento do número de refeições servidas. A adaptação das atividades das respostas sociais para funcionamento à distância foi referida por 12,6% das IPSS, incluindo videoconferências, chamadas telefónicas periódicas, criação de plataformas digitais e adaptação dos materiais didáticos. Importa referir que esta medida visou cumprir dois objetivos principais: por um lado, o reforço da comunicação com os utentes e, por outro, a substituição de atividades presenciais, tais como aulas ou atividades lúdicas (Martins e Pinto, 2021).

As restantes medidas referidas foram o apoio aos utentes em atividades como: fazer compras, ir à farmácia, centro de saúde, apoiar na limpeza de casa e higiene pessoal e administração terapêutica, articulação com entidades externas, públicas ou privadas quer para angariar doações, apoiar com alojamentos, prestação de cuidados de saúde primários, entre outras medidas. Registaram-se ainda atividades como a distribuição de bens não-alimentares, reforço ao apoio psicossocial aos utentes, a entrega de material de proteção individual e o

reforço da assistência à saúde, que incluiu reforço de enfermagem ou de outros tipos de acompanhamento médico, testagem covid-19 e serviço de reabilitação no domicílio.

No que diz respeito à caracterização dos impactos da pandemia Covid-19 nas necessidades dos utentes das IPSS, Martins e Pinto (2021) assinalam que as principais razões que afetaram “muito” ou “bastante” os utentes das IPSS foram as consequências do isolamento (66,2%), nas quais se incluem efeitos psicológicos tais como solidão, perdas relacionais e de socialização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo. Ao nível das consequências para a saúde, destaca-se o agravamento de doença mental ou cognitiva preexistente, regressão da capacidade locomotora e agravamento geral do estado de saúde, no qual se incluíram as consequências da falta de retaguarda familiar – sobretudo nos idosos domiciliados, com risco aumentado de quedas e suspensão de terapêuticas. As organizações respondentes destacaram que os seus utentes foram afetados pela perda de acesso às respostas por encerramento/suspensão das mesmas, quer pela afetação/redução da capacidade das respostas naquelas que não foram encerradas ou que passaram a ser domiciliadas. As dificuldades económicas também foram apontadas, sendo referido que em alguns casos uma consequência desse agravamento da situação económica resultou em um dos membros da família ter de suspender a sua atividade profissional para assumir as tarefas anteriormente desempenhadas pelas IPSS ou outros organismos cujas respostas foram encerradas. Por fim, foram apontadas razões que afetaram indiretamente as famílias dos utentes que, não sendo utentes diretos das IPSS, se viram sobrecarregados com a suspensão das respostas sociais, como é o caso dos Centros de Dia (Martins e Pinto, 2021).

De acordo com Martins e Pinto (2021), face à pandemia Covid-19, as IPSS demonstraram elevado sentido de missão e compromisso solidário, assumindo e demonstrando o seu papel fulcral na sociedade portuguesa perante uma crise relacionada com questões de saúde, mas que também é social - mesmo com as respostas sociais com atividade suspensa ou desafios acrescidos nas que permanecem abertas, atuaram muitas vezes para além dos serviços que prestam habitualmente, de modo a minorar ou suprir as necessidades das populações.

Também Luísa (2021) desenvolveu um estudo de natureza exploratória, com abordagem qualitativa, que contou com uma amostra de cariz intencional abrangendo 17 idosos com 67 anos ou mais e residentes no Algarve. Este estudo visou conhecer a perceção dos idosos sobre as consequências da pandemia nas diversas áreas da sua vida. Os resultados da análise das entrevistas sugeriram que houve um agravamento do estado de saúde na sua globalidade, quer a nível físico como mental. As instituições de apoio formal defrontaram-se com vários problemas, sobretudo relacionados com situações de morte e negligência. Com isto, a realidade social também sofreu mudanças, pois os idosos sentiram um aumento do isolamento social com

as relações sociais com amigos e familiares a ficarem condicionadas (Luísa, 2021). As mudanças em termos de rotinas contribuíram para o aumento do número de idosos isolados e que apresentam sentimentos negativos de desconforto e sofrimento decorrentes da necessidade de confinamento ao domicílio. No entanto, a tecnologia assumiu-se como uma boa aliada, pois permitiu que os idosos estivessem informados e se sentissem menos sozinhos. Sobre este aspeto, alguns participantes referiram que a televisão e telefone foram os seus amigos e outros, com maior domínio das tecnologias, utilizaram a internet e as redes sociais para comunicar e manterem-se mentalmente ativas (Luísa, 2021).

Por sua vez, o estudo de Gomes et al. (2020), exploratório, descritivo e transversal, com abordagem qualitativa, teve como objetivo conhecer as opiniões de um grupo de 67 idosos quanto aos sentimentos que surgiram com a pandemia, bem como sobre a sua qualidade de vida em três momentos (antes e durante a pandemia, e expectativa de como será na pós-pandemia). O estudo envolveu idosos que antes da pandemia Covid-19 foram atendidos em ambulatórios de geriatria, sendo que o instrumento utilizado para o estudo consistiu num questionário. Como principais resultados, os autores destacam que as palavras que, no entender dos participantes, mais resumiam aquilo que sentiam (após menos de um mês do início da quarentena devido à pandemia) foram palavras focadas em sentimentos negativos: prisão, solidão, ausência, sozinho, tristeza, ansiedade, stresse, angustia, agonia, preocupação, medo, tensão, assustado, difícil, abatido, aborrecido, chateado, inseguro, impaciente, nervoso, apavorado, com estranhamento, muito mal, nada resume, luta, raiva, agressividade e frustração. Estas palavras foram mencionadas por 51 participantes (Gomes et al, 2020).

Também Monteiro et al. (2021), desenvolveu um estudo de natureza qualitativa, para compreender o impacto do encerramento dos centros de dia e analisar os efeitos da pandemia na vida da população mais velha. Os resultados obtidos sugerem que, relativamente à forma como lidaram com o recolhimento em suas casas, algumas pessoas mais velhas expressaram discursos de resignação/aceitação e outros referiram dificuldades de adaptação ao confinamento domiciliário. No primeiro grupo, o posicionamento dos entrevistados demonstrou compreensão face às medidas adotadas pela instituição, nomeadamente, o encerramento da resposta social de Centro de Dia. Em contraste, os restantes idosos revelaram sentimentos de tristeza. Apesar das estratégias adotadas pelos Centros de Dia analisados, nomeadamente: o acompanhamento psicossocial (visitas domiciliárias, atualização de diagnósticos sociais e articulação com os serviços de apoio), serviço de entrega e apoio nas refeições, serviço de higiene pessoal e imagem, serviços de compras, animação sociocultural (entrega de atividades) e articulação com os serviços de saúde (pedido de receituário, marcação de exames e consultas), todos os entrevistados destacaram alterações no seu quotidiano. De entre as várias alterações

destaca-se a falta de convivência e sentimentos de solidão e tristeza. Verificou-se, ainda, a necessidade de uma adaptação às novas rotinas do Centro de Dia, particularmente em termos das refeições e das atividades de convívio e de lazer, cuidados de imagem e alterações no sono. Entre outros impactos negativos que os entrevistados sentiram face a esta situação, destacam o distanciamento social, que implicou o afastamento da família. Este foi, porém, minimizado pelo contacto telefónico, com chamadas de voz e mensagem, e com visitas à distância, em que havia apenas um contacto visual. Os participantes do estudo reconhecem o isolamento domiciliário como medida de prevenção e proteção eficaz no combate à Covid-19, demonstrando preocupações com o elevado número de pessoas mais velhas infetadas e de mortes que se verificaram em Lares. Questionados sobre o que o Centro de Dia representa nas suas vidas, referem ser um espaço de convívio intergeracional entre utentes, colaboradores, comunidade e instituições locais, onde o tempo é passado com diferentes atividades, de acordo com os seus interesses, com vista a serem estimulados física e cognitivamente e onde o sentido de pertença e identidade é promovido. O Centro de Dia é descrito como uma casa onde se sentem bem acolhidos e onde veem as suas necessidades satisfeitas. Os idosos demonstraram ainda alguma preocupação com o futuro do Centro de Dia pelo facto de, em muitos casos, ser um espaço partilhado com ERPI e, portanto, existir receio de contágio. Quando o estudo foi desenvolvido, os Centros de Dia não tinham ainda retomado a prestação de serviços, pelo que os participantes se encontravam pouco esperançosos sobre a sua abertura num futuro próximo, uma vez que reconheciam a existência de um clima de incerteza social. Contudo, alguns dos idosos manifestaram esperança na melhoria da situação de modo a ser possível retomar a normalidade depois da vacinação.

Por sua vez, o estudo de Lima et al. (2020) considerou relevante conhecer o papel da Gerontologia durante o período de pandemia, no Brasil. Para o fazer, tomou por base a atuação e contributos do Gerontólogo e da Associação Brasileira de Gerontologia para a sociedade, no contexto de uma atuação profissional multifacetada, complexa e dinâmica da gestão da atenção à pessoa idosa, ao envelhecimento e à velhice. Para os autores, a Gerontologia enquanto ciência e campo de atuação é convidada a garantir que a velhice e o envelhecimento sejam processos assistidos e bem-cuidados., sendo que o gerontólogo atua em diferentes equipamentos destinados a pessoas mais velhas, como é o caso dos Centros de dia.

Os referidos autores discutem o papel do gerontólogo na promoção do envelhecimento saudável durante este período específico, tendo verificado que a atuação deste profissional se pautou pela criação de soluções criativas e inovadoras que permitissem atenuar os efeitos do distanciamento social na saúde das pessoas idosas. Assim, Lima et al., (2020) verificaram que devido à pandemia covid-19 os centros de dia suspenderam as suas atividades presenciais,

principalmente por contactarem com o grupo mais suscetível às complicações relacionadas com a contaminação pelo coronavírus, sendo necessário traçar novos modelos de atendimento para que os idosos e seus familiares continuassem a ser atendidos pelo serviço. Este aspeto revelou-se fundamental dado que diversos fatores, como o distanciamento social, as mudanças em termos de qualidade de vida, o stress do cuidador e a ansiedade em relação à falta de informação confiáveis sobre o vírus foram considerados como grandes problemas na gestão deste período. Neste sentido, observou-se que o gerontólogo foi capaz de proceder a algumas adaptações relacionadas com a gestão dos desafios inerentes ao período de confinamento/quarentena, como sendo as seguintes: a) monitorização; b) partilha de contactos dos idosos do centro de dia para a manutenção da rede de suporte social; c) atividades à distância para os idosos, entre outras. Assim, devido ao distanciamento social, a alternativa mais viável para realizar a monitorização foi através do recurso a chamadas telefónicas e de vídeo, o que permitiu ao profissional acompanhar os aspetos de saúde e emocionais da pessoa mais velha e, deste modo, orientar os cuidados à distância e monitorizar os sintomas de covid-19. Além disso, o gerontólogo procurou desenvolver um trabalho articulado com as pessoas mais velhas de modo que fosse possível uma resignificação da rotina diária, reforçou os procedimentos de escuta ativa para gestão da ansiedade manifestada em relação à doença e para prevenção da solidão.

Importa ainda referir que neste estudo, o maior obstáculo relatado nos contactos realizados foi a sensação de solidão relacionada a sintomas psicossomáticos, sintomas depressivos e alterações comportamentais. Neste sentido, os autores verificaram ainda que os relatos dos familiares foram muito satisfatórios e que destacavam o reconhecimento de que o trabalho gerontológico contribuiu para o bem-estar dos idosos, das suas famílias e cuidadores. Assim, considerando que as atividades desenvolvidas pelos gerontólogos demonstraram ser possível continuar o serviço com os idosos dos centros de dia mesmo em contexto de distanciamento social, os autores concluem que a intervenção gerontológica se revelou fundamental para o bem-estar das pessoas mais velhas e da sua rede próxima (Lima et al., 2020).

Por fim, importa ainda referir o estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2021). Trata-se de uma revisão da literatura com base nos artigos disponíveis nas bases de dados Medline, via PubMed, literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que visou identificar o impacto do isolamento social na saúde mental dos idosos durante a pandemia covid-19. Em termos de principais conclusões, os autores destacam que a pandemia, associada a medidas para mitigar a propagação viral, afetou desproporcionalmente os idosos, não só pelo risco de doença e morte, mas também pela exacerbação de sentimentos negativos. Mais especificamente, referem que a solidão, o medo

da perda e também da morte, bem como as sequelas de condições médicas não tratadas contribuíram para antecipar o sentimento de luto e contribuíram para um colapso do estado mental. Este estudo concluiu que o isolamento social intensificou problemas que atingem a saúde mental das pessoas idosas, intensificou a fragilidade do sistema imunológico associado a outras comorbilidades, bem como o preconceito associado à idade, a perda de autonomia e as dificuldades encontradas nas relações, principalmente com a família. O estudo destacou ainda que as medidas, quando prolongadas, trouxeram impactos ainda mais sérios, como crises de ansiedade, depressão, ideação suicida e suicídio.

Posto isto, e considerando a escassez de investigação específica sobre os Centros de Dia no período de pandemia Covid-19, o presente estudo tem como objetivo geral: reunir evidência que permita caracterizar a perspectiva das pessoas mais velhas relativamente ao encerramento/suspensão dos centros de dia durante a pandemia covid-19 e analisar a qualidade de vida deste grupo. Mais especificamente pretende-se: (1) caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico; (2) caracterizar a utilização dos serviços de centro de dia por parte dos utentes no período prévio ao encerramento/suspensão; (3) caracterizar os efeitos/consequências dos períodos de encerramento/suspensão e de reabertura dos centros de dia em diferentes domínios; (4) caracterizar os participantes em termos da sua perceção de qualidade de vida no momento pós covid-19 e (5) analisar a perceção de qualidade de vida em função de características sociodemográficas e de perfil de utilização do centro de dia.





## **CAPÍTULO II- MÉTODO**



## **Plano de investigação e participantes**

O presente estudo é parte integrante do Projeto CD.Living, que tem por objetivo examinar a qualidade de vida e bem-estar em Centros de Dia e ERPI na sequência da Pandemia Covid-19. De forma mais concreta, o presente estudo de natureza quantitativa e transversal, pretende reunir evidência que permita caracterizar a perspetiva das pessoas mais velhas relativamente ao encerramento/suspensão dos centros de dia durante a pandemia covid-19 e analisar a qualidade de vida deste grupo.

A amostra desta investigação é não probabilística intencional. Neste tipo de amostra, os indivíduos são selecionados de forma propositada por apresentarem características pré-definidas que interessam ao estudo (Coutinho, 2022). Neste caso foram definidos os seguintes critérios de inclusão: indivíduos a frequentar Centros de Dia no período pré e pós-pandemia pertencentes a centros de dia da região Norte de Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, sem comprometimento cognitivo significativo (esta indicação foi fornecida previamente à direção técnica de cada instituição, sendo que foi também a direção técnica que identificou os utilizadores dos Centros de Dia que reuniam esta condição).

O número de inquéritos por instituição variou de acordo com o número de clientes em cada uma, bem como em função da disponibilidade e vontade dos mesmos em participar no estudo.

Assim, a amostra da presente investigação é constituída por 100 utilizadores de Centros de Dia. Destes, 78% (n=78) são mulheres e 22% (n=22) são homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos ( $M=82,5$ ;  $dp=7,47$ ), sendo que a maioria pertence ao grupo etário dos 80+ anos. Os participantes do estudo estão enquadrados em Centros de Dia da região Norte de Portugal, mais concretamente de Viana do Castelo, Braga, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Vila Real, Viseu e Peso da Régua.

## **Procedimentos de recolha de dados**

Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC). Após a aprovação, foram iniciados os procedimentos de recolha de dados. Uma vez realizado o levantamento dos Centros de Dia recorrendo à Carta Social, efetuou-se o contacto com os Diretores Técnicos das instituições selecionadas para perceber a sua disponibilidade e 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 o projeto 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. Os protocolos foram aplicados pela investigadora.

Das instituições contactadas, aceitaram participar nesta investigação 14 instituições, nomeadamente 4 Centros de dia de Viana do Castelo, 2 de Peso da Régua, 3 de Vila Real, 1 de Braga, 1 da Póvoa de Varzim, 2 da cidade de Viseu e 1 de Vila do Conde.

Os objetivos do estudo foram devidamente apresentados pela investigadora a todos os utilizadores dos Centros de Dia que cumpriam os critérios de inclusão. Aos clientes que aceitaram participar, foi apresentado um documento de consentimento informado de forma a garantir que os mesmos tinham compreendido toda a informação e aceitavam participar no estudo. Foi também reforçado o facto de a participação ser voluntária, bem como a confidencialidade dos dados recolhidos para o estudo. Para além disso, foi ainda disponibilizado tempo para que cada um pudesse refletir sobre a participação e colocasse as questões que considerasse pertinentes.

## **Instrumentos de recolha de dados**

Para a realização do estudo foi construído um protocolo de recolha de dados tendo por base a investigação no domínio e tomando em consideração os objetivos da investigação. Assim, o protocolo de recolha de dados incluiu: (1) um questionário sociodemográfico; (2) um questionário designado por “Pandemia Covid-19 e Centros de Dia” com cinco secções - O Centro de Dia antes da covid-19; Encerramento/suspensão do Centro de Dia face à pandemia covid-19; Reabertura dos Centros de Dia; Expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia e Questões finais); (3) a versão Portuguesa da WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life Group, 1994; Canavarro et al., 2006) para avaliar a Qualidade de Vida dos participantes. Para além disso, o protocolo de recolha de dados incluía ainda o documento de consentimento informado de forma a assegurar a confidencialidade dos dados e a participação voluntária de todos os participantes do estudo.

Mais especificamente, o Questionário sociodemográfico teve como intuito permitir a caracterização sociodemográfica dos participantes em termos de idade, género, escolaridade, entre outros aspetos. Este incluiu questões abertas, semiabertas e fechadas.

No que diz respeito ao Questionário específico sobre a Pandemia Covid-19 e Centros de Dia, a secção sobre o Centro de Dia antes da Covid-19 tinha como finalidade caracterizar a

experiência dos participantes nos Centros de Dia antes da pandemia; a secção relativa ao encerramento/suspensão da resposta social pretendia perceber se os participantes concordaram ou não com as medidas inerentes ao encerramento/suspensão dos Centros de Dia, como reagiram face a este acontecimento, se compreenderam o que estava acontecer quando foram informados das medidas decretadas pelo Governo, se consideram as medidas necessárias para garantir a segurança de todos e porque razão, quais os apoios prestados pelas instituições durante este período, de que serviços sentiram mais falta, se tiveram apoio por parte de familiares ou amigos, que dificuldades sentiram durante o período de encerramento/suspensão dos Centros de Dia e como ocupavam os seus dias. No que diz respeito ao período de reabertura dos Centros de Dia, esta secção tinha como finalidade avaliar se os participantes concordaram ou não com a reabertura dos Centros de Dia, perceber como viveram a reabertura em contexto de pandemia e qual o seu grau de satisfação com o serviço prestado. No que concerne à secção relativa à avaliação das expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia, pretendia-se identificar a perspetiva dos participantes sobre as atividades que são desenvolvidas neste tipo de resposta social e o quão contribuem para a sua qualidade de vida, bem como identificar outras atividades que gostariam que fossem realizadas. Por fim, na secção relativa às questões finais, visou-se identificar os pontos fortes e fracos dos Centros de Dia, bem como o que poderá ser feito para melhorar estas instituições no futuro.

No que diz respeito à avaliação da qualidade de vida dos participantes, foi utilizado o WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life Group, 1994; Canavarro et al., 2006) que avalia a qualidade de vida tal como foi definida pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, como a “perceção 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).

Trata-se de um questionário composto por 26 questões que se agrupam em quatro domínios de qualidade de vida:

- Domínio Físico (composto por 7 itens referente a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho);

- Domínio Psicológico (composto por 6 itens sobre sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, assim como espiritualidade);

- Domínio Relações Sociais (composto por 3 itens relativos ao apoio social, relações sociais e atividade sexual);

- Domínio Ambiente (composto por 8 itens relacionados com segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte);

Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global - a faceta geral de qualidade de vida (composta por 2 itens).

Todas as escalas de resposta são de tipo Likert, de 5 pontos, quer em termos de intensidade (grau ou medida em que a pessoa experiencia um estado ou situação), capacidade (disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento), frequência (número de vezes em que ocorre um estado ou comportamento) ou avaliação (perceção de um estado, capacidade ou comportamento), existindo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens enunciados na negativa e que, portanto, implicam inversão são os itens 3, 4 e 26. Relativamente às propriedades psicométricas, este instrumento apresenta uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach de 0,92; Canavarró et al., 2006). No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,853.

Por fim, importa referir que o resultado final da WHOQOL-BREF deve ser transformado numa escala de 0 a 100, correspondendo uma pontuação final mais elevada a uma melhor perceção de qualidade de vida (Canavarró et al., 2006). Os procedimentos para o cálculo de cada um dos domínios da WHOQOL-Bref, conforme a proposta de Canavarró e colaboradores (2006), são descritos abaixo:

<b>Domínios</b>	<b>Composição e Procedimentos</b>
<b>Domínio Físico</b>	Composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18); Fórmula para o cálculo do domínio: $((6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) - 7 / 28 \times 100$ .
<b>Domínio Psicológico</b>	Composto por 6 itens (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)) - 6) / 24 \times 100$ .
<b>Domínio das Relações Sociais</b>	Composto por 3 itens (Q20, Q21, Q22); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q20 + Q21 + Q22) - 3) / 12 \times 100$ .
<b>Domínio Ambiente</b>	Composto por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25); Fórmula para o cálculo do domínio: $((Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) - 8) / 32 \times 100$ .
<b>Faceta geral</b>	Composta por 2 itens (Q1, Q2); Fórmula para o cálculo da faceta: $(Q1 + Q2) - 1 / 8 \times 100$ .

Figura 1. Procedimentos para o cálculo de cada um dos domínios da WHOQOL-Bref

Fonte: adaptado de Canavarró e colaboradores (2006).

## **Estratégia de análise de dados**

A análise de dados quantitativa foi realizada com recurso ao software SPSS, versão 27. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Com efeito, no que respeita a estas últimas, para avaliar a interdependência entre duas variáveis qualitativas utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Por outro lado, procedeu-se à comparação de médias através de testes t de Student para amostras independentes. Consideraram-se significativos os testes inferiores a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1. As perguntas abertas do questionário foram tratadas de forma separada.





## **CAPÍTULO III- RESULTADOS**



Neste capítulo serão apresentados os resultados do estudo, nomeadamente a descrição das características sociodemográficas dos participantes, a caracterização do perfil de utilização do Centro de Dia antes, durante e após a pandemia Covid-19 por parte dos participantes em função dos períodos de encerramento/suspensão da atividade presencial dos centros de dia, bem como da sua reabertura. Analisam-se ainda os contributos do Centro de Dia para a qualidade de vida dos participantes, a perceção destes acerca da sua qualidade de vida no momento pós-Covid-19 e, por fim, analisa-se ainda a relação entre a perceção de qualidade de vida em domínios específicos.

### **1. Descrição dos participantes: características sociodemográficas e apoio nas atividades da vida diária**

Apresentam-se em seguida as principais características sociodemográficas dos participantes, bem como o apoio recebido para a realização das atividades de vida diária.

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 100 participantes, entre os quais 78 (78%) são mulheres e 22 (22%) homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos ( $M=82,5$ ;  $dp=7,47$ ), sendo que a maioria pertence ao grupo etário dos 80+ anos ( $N=62$ ; 62%).

Relativamente ao estado civil, predominam os participantes viúvos (68%) seguidos dos casados (15%). Analisando os grupos de idade verifica-se que entre os 65-79 anos os participantes são maioritariamente viúvos (55,3%) ou solteiros (18,4%) e no grupo com 80 ou mais anos são sobretudo viúvos (75,8%) ou casados ou em união de facto (14,5%).

No que concerne ao nível de escolaridade, verifica-se que a maioria dos participantes frequentou a escola, registando-se no grupo dos participantes mais jovens uma frequência ligeiramente superior (86,8% vs 71%) e conseqüentemente uma escolaridade média mais elevada ( $M=3$ ;  $dp=1,61$ ;  $M=2,35$ ;  $dp=1,67$ ). De uma forma geral os participantes têm entre um e quatro anos de escolaridade (76%) verificando-se esta tendência em ambos os grupos de idade.

Relativamente à profissão desempenhada ao longo da vida ativa, predominam as atividades relacionadas com a agricultura (44%) e com atividades domésticas (20%), registando-se esta tendência em ambos os grupos de idade. Atualmente todos os participantes se encontram reformados, a maioria por motivo de idade ( $N=72$ ; 76,6%) ou doença ( $N=22$ ;  $dp=23,4$ ).

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Género</b>						
Feminino	29	76,3	49	79	78	78
Masculino	9	23,7	13	21	22	22
<b>Idade M(dp)</b>	73,45 (3,99)		86,50 (3,89)		82,5 (7,47)	
<b>Min-Máx</b>	65-79		80-98		65-98	
<b>Estado civil</b>						
Solteiro(a)	7	18,4	4	6,5	11	11
Casado(a)/União de facto	6	15,8	9	14,5	15	15
Separado(a)/divorciado (a)	4	10,5	2	3,2	6	6
Viúvo(a)	21	55,3	47	75,8	68	68
<b>Frequentou a escola</b>	33	86,8	44	71	77	77
<b>Escolaridade M(dp)</b>	3 (1,61)		2,35 (1,67)		2,60 (1,67)	
<b>Grau de Escolaridade</b>						
Não sabe ler nem escrever	5	13,2	13	21	18	18
Sabe ler ou escrever	--	--	4	6,5	4	4
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> Ano (primário)	31	81,6	45	72,6	76	76
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> ano (preparatório, telescola ou antigo 2 <sup>o</sup> ano do liceu)	2	5,3	--	--	2	2
<b>Profissão desempenhada</b>						
Agricultor(a)	14	36,8	30	48,4	44	44
Doméstica	12	31,6	8	12,9	20	20
Operários	3	7,9	3	4,8	6	6
Costureira/modista	1	2,6	3	4,8	4	4
Empregada doméstica	--	--	3	4,8	3	3
Pedreiro	1	2,6	1	1,6	2	2
Comerciante	--	--	2	3,2	2	2
Jardineiro	1	2,6	--	--	1	1
Funcionário público	--	--	1	1,6	1	1
Outros	6	15,8	11	17,7	17	17
<b>Reformado(a)</b>	36	100	62	100	98	100
<b>Motivo de reforma</b>						
Idade	28	80	44	74,6	72	76,6
Doença	7	20	15	25,4	22	23,4
<b>Escalão de rendimentos</b>						
Inferior a €280	1	3,3	1	1,9	2	2,4
€281 - €300	1	3,3	4	7,4	5	6
€301 - €400	20	66,7	22	40,7	42	50
€401 - €500	3	10	16	29,6	19	22,6
€501 - €600	3	10	6	11,1	9	10,7
€601 - €1000	2	6,7	2	3,7	4	4,8
€1001 - €1500	--	--	3	5,6	3	3,6

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo (continuação)**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Rendimento suficiente face às despesas</b>						
Com grande dificuldade	9	25	9	15,3	18	18,9
Com alguma dificuldade	14	38,9	33	55,9	47	49,5
Com muita facilidade	1	2,8	--	--	1	1,1
Com alguma facilidade	12	33,3	17	28,8	29	30,5
<b>Localidade de residência</b>						
Viana do Castelo	11	28,9	14	22,6	25	25
Braga	1	2,6	6	9,7	7	7
Póvoa de Varzim	4	10,5	7	11,3	11	11
Vila do Conde	2	5,3	3	4,8	5	5
Vila Real	9	23,7	14	22,6	23	23
Viseu	6	15,8	13	21	19	19
Peso da Régua	5	13,2	5	8,1	10	10
<b>Composição do agregado familiar</b>						
Vive sozinho	14	36,8	22	35,5	36	36
Vive com outras pessoas	24	63,2	40	64,5	64	64
M(dp)	1,21 (1,40)		1,13 (1,14)		1,21 (1,40)	
Min-Máx	0-5		0-4		0-5	

No que diz respeito ao escalão de rendimentos do agregado familiar, 50% dos participantes auferem um valor mensal entre 301€ e 400€ e considera que este valor lhes permite fazer face às despesas, mas com alguma dificuldade.

No que concerne à residência dos participantes importa assinalar que todos residem em cidades da região Norte de Portugal, nomeadamente: em Viana do Castelo (25%), Vila Real (23%), Viseu (19%), Póvoa de Varzim (11%), Peso da Régua (10%), Braga (7%) e Vila do Conde (5%). Residem, em média, com mais 1,21 (dp=1,40) pessoas, havendo participantes que vivem sozinhos e outros com até mais cinco pessoas. Mais especificamente, do total dos participantes, 36 vivem sozinhos e 64 com outras pessoas – tendência que se regista em ambos os grupos de idade (Tabela 1).

**Tabela 2. Apoio na realização das Atividades da Vida Diária**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Apoio para a realização das AVD em caso de necessidade</b>	28	73,7	48	77,4	76	76
<b>Se sim, quem presta apoio</b>						
Cônjuge/companheiro(a)	4	14,3	2	4,2	6	7,9
Filho(a)	17	60,7	35	72,9	52	68,4
Nora/genro	1	3,6	1	2,1	2	2,6
Vizinhos/Amigos	--	--	3	6,3	3	3,9
Outros familiares	5	17,9	3	6,3	8	10,5
Familiares e serviços pagos	1	3,6	4	8,3	5	6,6
<b>Tipo de apoio recebido</b>						
Tarefas domésticas	16	55,2	27	58,7	43	57,3
Higiene pessoal	12	44,4	28	62,2	40	55,6
Vestir e calçar	8	27,6	13	28,3	21	28
Companhia/convívio	5	17,2	13	28,3	18	24
Acompanhamento (a serviços/recursos da comunidade)	9	31	5	10,9	14	18,7
Apoio ao fim de semana	6	20,7	8	17	14	18,4
Supervisão/apoio durante a noite	4	13,8	9	19,6	13	17,3
Organização da medicação	1	3,4	10	21,3	11	14,5
Ajuda económica	1	3,4	5	10,9	6	8
Apoio na locomoção	2	6,9	4	8,7	6	8

De acordo com a tabela 2, referente à disponibilidade de apoio para a realização das atividades de vida diária, verifica-se que 76% dos participantes considera que, em caso de necessidade, pode contar com a ajuda de familiares e/ou amigos. Mais especificamente, com os filhos (68,4%), cônjuge/companheiro (7,9%) ou com outros familiares (10,5%). As ajudas recebidas com maior frequência estão relacionadas com tarefas domésticas (57,3%), higiene pessoal (55,6%), vestir e calçar (28%) e companhia/convívio (24%). No caso do grupo de participantes mais velhos (80+ anos), mais de metade necessita de apoio para realizar a higiene pessoal (62,2%) e executar tarefas domésticas (58,7%).

## 2. Caracterização da utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19

Relativamente à utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19, a tabela 3 permite observar que, em média, os clientes usufruíam desta resposta social há 6,78 anos ( $dp=6,31$ ), variando o tempo de frequência do Centro de Dia entre 3 a 30 anos (Tabela 3).

Relativamente à decisão de integrar a resposta social, em mais de metade dos casos a tomada de decisão foi da própria pessoa mais velha (54%) e em aproximadamente um terço a decisão esteve a cargo dos filhos (30%). Esta tendência é similar em ambos os grupos de idade.

No que se refere aos motivos para integrar o Centro de Dia, os participantes destacam o facto de estarem/se sentirem sozinhos (43%), por sentirem necessidade de convívio (24%) ou apresentarem problemas de saúde (19%). No caso dos participantes com 65 a 79 anos, a motivação é um pouco diferente, ou seja, 39,5% dos participantes procuraram o Centro de Dia por estarem/se sentirem sozinhos, 31,6% por problemas de saúde, 13,2% por necessidade de convívio e 13,2% por sugestão de familiares.

No que concerne aos serviços utilizados no centro de dia antes da pandemia covid-19, verifica-se que a maior parte dos participantes usufruíam de todos os serviços de refeição e que mais de 80% participavam nas atividades de convívio/ocupação de natureza religiosa, nas de atividade física/ginástica (65%), atividades lúdicas (46%), estimulação cognitiva (43%) e atividades sensoriais (38%). Cerca de um terço dos participantes beneficiavam dos cuidados de higiene e imagem e do tratamento de roupas, sendo que no caso dos participantes mais velhos (80+ anos), a percentagem de utilização aproxima-se dos 40%. O serviço de transporte era utilizado por 86% dos participantes (de casa para o CD) e por 85% (do CD para casa), sendo que o serviço de férias organizadas apenas era utilizado por 8% dos idosos.

**Tabela 3. Caracterização da utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tempo de frequência do CD antes da pandemia</b>						
M(dp)	6,42 (5,58)		6,99 (6,76)		6,78 (6,31)	
Min-Máx	3-28		3-30		3-30	
<b>Quem tomou a decisão de frequentar o CD</b>						
Próprio	18	47,4	36	58,1	54	54
Filho(a)	10	26,3	20	32,3	30	30
Médico	3	7,9	1	1,6	4	4
Amigos/Vizinhos	--	--	2	3,2	2	2
Cônjuge	1	2,6	1	1,6	2	2
Segurança Social	1	2,6	--	--	1	1
Outros	5	13,1	2	3,2	7	7
<b>Motivos para frequentar o CD</b>						
Por estar sozinho(a)	15	39,5	28	45,2	43	43
Necessidade de convívio	5	13,2	19	30,6	24	24
Problemas de saúde	12	31,6	7	11,3	19	19
Por sugestão de familiares	5	13,2	2	3,2	7	7
Apoio nas AVD	1	2,6	3	4,8	4	4
Para acompanhar o cônjuge	--	--	2	3,2	2	2
Problemas económicos	--	--	1	1,6	1	1
<b>Serviços utilizados do centro de dia antes da pandemia covid-19</b>						
<b>Refeições</b>						
Pequeno-almoço	31	81,6	44	71	75	75
Lanche da manhã	35	92,1	54	87,1	89	89
Almoço	38	100	62	100	100	100
Lanche da tarde	36	94,7	60	96,8	96	96
<b>Convívio/ocupação</b>						
Atividades religiosas	30	78,9	54	87,1	84	84
Ginástica	20	52,6	45	72,6	65	65
Atividades lúdicas	16	42,1	30	48,4	46	46
Estimulação cognitiva	16	42,1	27	43,5	43	43
Atividades sensoriais	14	36,8	24	38,7	38	38
Hidroginástica	2	5,3	7	11,3	9	9
Atividades promovidas pela Câmara Municipal	1	2,6	--	--	1	1
<b>Cuidados de higiene e imagem</b>						
Banho	10	26,3	23	37,1	33	33
Cuidar das unhas	11	28,9	21	33,9	32	32
Cortar/arranjar o cabelo	3	7,9	5	8,1	8	8
<b>Tratamento de roupas</b>						
Lavar	10	26,3	23	37,1	33	33
Engomar	9	23,7	17	27,4	26	26
<b>Férias organizadas</b>	4	10,5	4	6,5	8	8
<b>Transporte</b>						
De casa para o CD	31	81,6	55	88,7	86	86
Do CD para casa	31	81,6	54	87,1	85	85
Outros	--	--	2	3,2	2	2
<b>Grau de satisfação com o CD antes da pandemia covid-19</b>						
Muito insatisfeito	1	2,6	2	3,2	3	3
Insatisfeito	1	2,6	--	--	1	1
Satisfeito	21	55,3	37	59,7	58	58
Muito satisfeito	15	39,5	23	37,1	38	38



No que se refere ao grau de satisfação com o Centro de Dia antes da pandemia covid-19, constata-se que 58% dos participantes se encontrava satisfeito com os serviços e 38% muito satisfeito (Tabela 3).

### **3. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos centros de dia**

No que diz respeito ao período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia, importa analisar a forma como as pessoas mais velhas lidaram com este acontecimento, bem como caracterizar o apoio prestado pela Instituição e por parte da família/amigos, as dificuldades sentidas neste período e a forma como as pessoas mais velhas ocuparam os seus dias (Tabela 4).

Deste modo, verificamos que 65% dos participantes concordaram com a medida que decretou a suspensão/encerramento dos Centros de Dia. Porém, é de salientar que um número mais elevado de participantes da quarta idade (74,2%) concordou com esta decisão quando comparado com o grupo da terceira idade (50%). A razão que parece ter levado os participantes a concordarem com a suspensão/encerramento do Centro de Dia está relacionada com o receio da Covid-19 (34,4%). Aproximadamente um quarto da amostra refere ter “aceitado a decisão”.

No que se refere ao modo como os participantes reagiram face à decisão do encerramento/suspensão dos Centros de Dia, verifica-se que mais de metade dos participantes (53%) registou sentimentos negativos como tristeza, desânimo, etc. Mais de 40% consideraram que esta era uma “medida necessária”. Importante destacar que os sentimentos negativos parecem ter afetado mais os participantes mais velhos (63,2% vs. 46,8%).

A generalidade dos participantes compreendeu o que estava a acontecer quando foi informada das alterações (99%) e considerou as medidas necessárias para a segurança de todos (85%). A percentagem de participantes que considerou a medida necessária é superior no grupo da quarta idade (88,7%) quando comparado com o grupo da terceira idade (78,9%). Sobre este assunto, 34 participantes consideraram que, sendo a Covid-19 um vírus perigoso, a tomada das medidas definidas foi muito adequada tal como se pode observar nos extratos abaixo:

“porque o vírus era perigoso para as pessoas da minha idade” (participante 046)  
“o covid-19 era muito perigoso para nós, em casa estávamos mais seguros” (participante 009)  
“porque estamos muito juntos e o covid-19 obrigava a distanciamento” (participante 045)

Por sua vez, 48 participantes consideraram que as medidas definidas pelo Governo foram tomadas no sentido da garantia da segurança de todos (colaboradores e utilizadores da resposta social):

“Para além do Centro de Dia ser muito bom para a nossa saúde, foi o melhor para a segurança, o covid-19 era muito perigoso, havia muitos infectados” (participante 007)

“tendo em conta o que dava na televisão e o aumento do número de infetados sim, foi o melhor fechar para a segurança de todos” (participante 017)

“(…) através da medida houve maior segurança para conter o vírus” (participante 064)

“(…) foi o melhor para todos e para os mais delimitados” (participante 094)

Por outro lado, ainda importante registar que 18 pessoas entenderam que as medidas foram desnecessárias, conforme se pode observar nos extratos seguintes:

“Não era necessário, esta medida prejudicou-me no convívio e saúde” (participante 013)

“Não concordei com nada disto” (participante 041)

**Tabela 4. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Encerramento/Suspensão da atividade presencial dos CD</b>						
<b>Concordou com a suspensão/encerramento do CD</b>	19	50	46	74,2	65	65
<b>Razões pelas quais concordou ou não com a suspensão/encerramento do CD</b>						
Aceitou a decisão	8	21,6	15	25,4	24	24
Receio da Covid-19	10	27	23	39	33	34,4
Segurança/resguardo	2	5,4	8	13,6	10	10,4
Teve de ficar sozinho(a)	7	18,9	3	5,1	10	10,4
Necessidade dos serviços de CD	3	8,1	6	10,2	9	9,4
Não se justificava	6	16,2	2	3,4	8	8,3
Afetou a saúde (mental e física)	1	2,7	2	3,4	3	3,1
<b>Reação face à decisão</b>						
Sentimentos negativos (ex., tristeza, desânimo, etc)	24	63,2	29	46,8	53	53
Medida necessária	11	28,9	31	50	42	42
Medida desnecessária	2	5,3	--	--	2	2
Outras razões	1	2,6	2	3,2	3	3
<b>Compreendeu o que estava a acontecer quando foi informado das alterações</b>	37	97,4	62	100	99	99
<b>Considerou as medidas necessárias para a segurança de todos</b>	30	78,9	55	88,7	85	85

**Tabela 4. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD (continuação)**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Apoio prestado pela instituição durante o encerramento/suspensão dos CD</b>						
<b>Apoios disponibilizados pelo CD durante a suspensão/ encerramento</b>						
Domiciliação do serviço	32	84,2	58	93,5	90	90
Reforço da ajuda alimentar	28	73,7	53	85,5	81	81
Apoio na higiene pessoal	16	42,1	35	56,5	51	51
Reforço do apoio psicossocial aos utentes	13	34,2	21	33,9	34	34
Apoio na limpeza habitacional	5	13,2	11	17,7	16	16
Apoio na administração da medicação	6	15,8	8	12,9	14	14
Visitas ao domicílio	4	44,4	8	61,5	12	12
Intervenção/apoio gerontológico	4	44,4	5	38,5	9	9
Adaptação das atividades para funcionamento à distância	18	47,4	37	59,7	55	55
Apoio na ida às compras, farmácia, centro de saúde	--	--	2	3,2	2	2
Reforço de assistência à saúde-enfermagem	1	2,6	--	--	1	1
Apoio ao fim de semana	1	11,1	--	--	1	1
Distribuição de bens não alimentares	--	--	--	--	--	--
Entrega de material de proteção individual	--	--	--	--	--	--
Reforço de assistência à saúde-reabilitação/fisioterapia	--	--	--	--	--	--
Reforço de assistência à saúde-outro tipo de acompanhamento médico (ex., testagem covid)	--	--	--	--	--	--
Reforço e reorganização das equipas	--	--	--	--	--	--
Nenhum	6	15,8	4	6,5	10	10
Outros	9	23,7	13	21	22	22
<b>Serviços do CD de que sentiram falta</b>						
Convívio	26	68,4	37	59,7	63	63
Atividades (de estimulação e lúdicas)	4	10,5	18	29	22	22
Da equipa e dos clientes (saudades)	2	5,3	2	3,2	4	4
De todos os serviços	3	7,9	--	--	3	3
Rotina habitual do CD	2	5,3	--	--	2	2
De nada	1	2,6	5	8,1	6	6

**Tabela 4. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD (continuação)**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Apoio prestado por parte da família ou outros</b>						
Filho(a)	20	66,7	43	82,7	63	76,8
Conjuge	5	16,7	1	1,9	6	7,3
Amigos e vizinhos	--	--	4	7,7	4	4,9
Outros familiares	4	13,3	4	7,7	8	9,8
Gerontóloga	1	3,3	--	--	1	1,2
<b>Tipo de apoio que prestaram essas pessoas</b>						
Apoio Material/económico (ajudando com recursos práticos/ajuda material)	20	52,6	46	74,2	66	66
Apoio afetivo (demonstração de amor e afeto)	23	60,5	38	61,3	61	61
Interação social positiva (contar com eles para relaxar/divertir-se)	19	50	30	48,4	49	49
Apoio emocional (ex., que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida)	16	42,1	24	38,7	40	40
Informação (aconselhamento, informação e orientação)	2	5,3	7	11,3	9	9
Outros tipos de apoio	2	5,3	4	6,6	6	6,1
<b>Dificuldades sentidas no período de encerramento/suspensão do CD</b>						
Ocupação do tempo	29	76,3	41	66,1	70	70
Solidão	28	73,7	37	59,7	65	65
Perdas em termos de envolvimento/participação social	10	26,3	7	11,3	17	17
Stress e ansiedade	9	23,7	9	14,5	18	18
Tristeza	16	42,1	14	22,6	30	30
Medo	5	13,2	5	8,1	10	10
Agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente	12	31,6	18	29	30	30
Perdas da capacidade física	9	23,7	6	9,7	15	15
Agravamento geral do estado de saúde	21	55,3	29	46,8	50	50
Dificuldades económicas	1	2,6	--	--	1	1
Conflitos com familiares	3	7,9	3	4,8	6	6
Conflitos com amigos	--	--	--	--	--	--
Dificuldades no acesso a recursos e serviços da comunidade (ex., centro de saúde, farmácia...)	1	2,6	--	--	1	1
Dificuldades no acesso a bens essenciais	--	--	--	--	--	--
Outras dificuldades	--	--	3	4,8	3	3
Nenhuma	1	2,6	5	8,1	6	6

**Tabela 4. Caracterização do período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos CD (continuação)**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ocupação dos dias, durante o encerramento/suspensão do CD</b>						
Ver televisão	21	55,3	41	66,1	62	62
Rezar	7	18,4	17	27,4	24	24
Realizava as atividades que o Centro de Dia propunha	5	13,2	10	16,1	15	15
Comunicava por videochamada	4	10,5	7	11,3	11	11
Croché, bordados, trabalhos manuais	3	7,9	7	11,3	10	10
Cuidar da casa	4	10,5	3	4,8	7	7
Jogos, pinturas, desenhos	1	2,6	6	9,7	7	7
Atividades exteriores	2	5,3	5	8,1	7	7
Dormir	3	7,9	2	3,2	5	5
Caminhar	4	10,5	1	1,6	5	5
Ler jornais, livros, revistas	1	2,6	2	3,2	3	3
Tinha uma rotina criada pelos filhos	--	--	2	3,2	2	2
Conversar com vizinhos	--	--	2	3,2	2	2
Ouvir rádio	--	--	1	1,6	1	1
Cuidar dos netos	1	2,6	--	--	1	1
Não fazia nada	5	13,2	4	6,5	9	9

No que diz respeito ao apoio prestado pela Instituição durante o encerramento/suspensão dos Centros de Dia, os mais destacados pelos participantes foram a domiciliação do serviço (90%), o reforço da ajuda alimentar (81%), a adaptação das atividades para funcionamento “à distância” (55%) e o apoio na higiene pessoal (51%).

Quando questionados sobre os serviços do Centro de Dia de que sentiram mais falta, os participantes destacaram de forma clara o convívio (63%), seguido da realização de atividades de estimulação e lúdicas (22%).

No que se refere ao apoio prestado por parte da família, verifica-se que 76,7% dos participantes contou com o apoio dos seus filhos, sendo que no caso dos participantes com 80 ou mais anos este apoio foi particularmente notório (82,7% dos participantes receberam apoio por parte dos filhos). Deste modo, os resultados parecem sugerir que os participantes com idade compreendidas entre os 65 e os 79 anos beneficiaram de fontes de apoio ligeiramente mais diversificadas: 66,7% por parte dos filhos, 16,7% do conjugue e 13,3% de outros familiares. Relativamente ao tipo de apoio prestado, verifica-se que 66% dos participantes recebeu apoio material/económico, 61% apoio afetivo, 49% beneficiou de interação social positiva e 40% de apoio emocional. Aproximadamente 6% dos participantes receberam ainda outros tipos de

apoio, como sendo apoio na criação de uma rotina dentro de casa de modo que os dias fossem mais estruturados, companhia noturna e refeições, apoio nas compras, convívio e jogos, videochamada e telefonemas.

No que concerne às dificuldades sentidas no período de encerramento/suspensão dos CD, observa-se que a ocupação do tempo foi a principal dificuldade sentida por parte dos participantes (70%). Segue-se o sentimento de solidão (65%), o agravamento geral do estado de saúde (50%), o agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente (30%) e sentimentos de tristeza (30%). Importa salientar que aproximadamente um quarto dos participantes com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos manifestaram dificuldades relacionadas com as perdas em termos de envolvimento/participação social (26,3%) e com perdas da em termos da capacidade física (23,7%).

Por fim, no que diz respeito à ocupação dos dias, mais de metade dos participantes referiu que se ocupava a ver televisão (62%), a rezar (24%), a realizar atividades que o Centro de Dia propunha (15%), comunicava por videochamada (11%) e realizava croché, bordados ou trabalhos manuais (10%). No caso do grupo da terceira idade, mais de 10% ocupava-se ainda a cuidar da casa e a caminhar (10,5%) e cerca de 13,2% não realizava nenhuma atividade para ocupar os dias.

#### **4. Caracterização do período de reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia**

Relativamente ao período de reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia (Tabela 5), observa-se que todos os participantes concordaram com a reabertura da resposta social.

Importa ainda salientar que o regresso do Centro de Dia foi vivido predominantemente com alegria (35,4%), com vários inquiridos a constatarem várias mudanças no funcionamento da resposta social (35,4%). Para 18,2% dos participantes, a experiência de regresso ao Centro de Dia em contexto de pandemia foi “normal”.

Por fim, no que se refere ao grau de satisfação com o novo funcionamento do Centro de Dia, os participantes referem sentir-se maioritariamente satisfeitos (76%) ou muito satisfeitos (12%).

**Tabela 5. Caracterização do período de reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Concordou com a reabertura dos CD</b>	38	100	62	100	100	100
<b>Experiência no regresso ao Centro de Dia em contexto pandemia</b>						
Normal	7	18,4	11	18	18	18,2
Com alegria	14	36,8	21	34,4	35	35,4
Constatadas mudanças de funcionamento	11	28,9	24	39,3	35	35,4
Receio do vírus	1	2,6	2	3,3	3	3
Triste em regressar	1	2,6	--	--	1	1
Regresso à rotina	1	2,6	1	1,6	2	2
Outras	3	7,9	2	3,3	5	5,1
<b>Grau de satisfação com o novo modo de funcionamento do CD</b>						
Muito insatisfeito	3	7,9	3	4,8	6	6
Insatisfeito	3	7,9	3	4,8	6	6
Satisfeito	27	71,1	49	79	76	76
Muito satisfeito	5	13,2	7	11,3	12	12

No que diz respeito às razões pelas quais concordaram com a reabertura, 27 participantes destacam que o Centro de Dia é uma resposta social necessária para a vida das pessoas:

- “É o nosso refúgio, a minha mulher está incapacitada, nós os dois aqui sentimo-nos muito bem” (participante 099)
- “O Centro de Dia é benéfico para nós, era preciso” (participante 003)
- “O Centro de Dia é fundamental para a nossa saúde, é como o hospital, o hospital não pode fechar, por isso o Centro de Dia também não deveria de ter fechado” (participante 004)
- “Porque o Centro de Dia já faz parte do dia-a-dia” (participante 008)
- “Porque o Centro de Dia é importante para a saúde geral” (participante 010)
- “Sim, o Centro de Dia é muito bom para nós, nunca deveria ter fechado” (participante 013)
- “Porque é uma coisa essencial para a minha vida” (participante 014)
- “Porque eu precisava muito eu e os colegas, o tempo passa mais rápido, o Centro de Dia é muito necessário para a minha saúde e bem-estar” (participante 021)
- ” Porque aqui passa-se muito melhor o tempo do que em casa. A família trabalha, aqui tenho que fazer durante todo o dia” (participante 031)
- “Porque o Centro de Dia faz-me muito bem” (participante 050)
- “Gosto muito de estar aqui, faz-me bem” (participante 081)
- “O Centro de Dia faz-me bem” (participante 086)
- “O Centro de Dia é bom para as pessoas que mais precisam” (participante 096)

Por sua vez, 24 participantes manifestaram necessidade de retomar o convívio pois sentiram falta da companhia dos outros utilizadores do Centro de Dia:

- “Porque já tinha saudades de ver as pessoas e de conviver” (participante 001)
- “Por causa das companhias, a gente estava habituada é tudo uma família” (participante 002)
- “Tinha saudades do Centro de Dia do convívio que oferecia” (participante 020)
- “Porque senti falta do convívio” (participante 028)
- “Foi uma alegria, tinha saudades de conviver” (participante 043)

“Fez muita falta, senti falta da companhia” (participante 058)  
“Porque o Centro de Dia faz bem, é uma alegria poder conviver” (participante 073)  
“É bom vir para aqui, tornar a conviver com os colegas, tinha saudades dos meus colegas próximos”  
(participante 094)

Em particular, 15 participantes destacaram os sentimentos de solidão aquando do período de confinamento por se encontrarem frequentemente sozinhos em casa:

“Eu passo muito bem no Centro de Dia, não podia estar melhor. Em casa estava sozinho, aqui não. A solidão mata também, a reabertura dos Centros de Dia foi fundamental” (participante 011)  
“Estava sozinho, ficava triste em casa” (participante 083)  
“Sim, como estava sozinho em casa foi muito bom abrir, vim logo assim que se podia vir” (participante 069)  
“Para quem não tem ninguém é necessário e foi muito importante a reabertura” (participante 066)  
“Porque estava sozinho, precisava muito de Centro de Dia” (participante 063)  
“Tinha saudades e para quem está sozinho como eu foi ótimo abrir” (participante 049)  
“Porque já estava muito triste em casa sozinho” (participante 042)

Para além da questão relacionada com o estar com os outros, 18 participantes evidenciaram sentir falta dos serviços do Centro de Dia de uma forma geral:

“Porque fez-me muito falta, senti falta de tudo” (participante 024)  
“O Centro de Dia fez muita falta” (participante 009)  
“Senti falta do ambiente, o Centro de Dia é indispensável para mim, pois não tenho ninguém”  
(participante 019)  
“sentia falta da rotina do Centro de Dia” (participante 046)  
“Senti falta da rotina, o Centro de Dia é muito importante para mim” (participante 065)  
“Porque o Centro de Dia fez muita falta para as pessoas da minha idade, por isso foi muito importante”  
(participante 068)  
“Senti muita falta, fiquei muito feliz pela reabertura” (participante 095)

Por fim, no que se refere ao grau de satisfação com o novo funcionamento do Centro de Dia, os participantes referem sentir-se maioritariamente satisfeitos (76%) ou muito satisfeitos (12%) (tabela 5).



**Tabela 6. Grau de concordância relativamente às medidas definidas para que a reabertura dos Centros de Dia decorresse com segurança**

	Total de participantes N=100									
	Discordo completamente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Condições das instalações</b>										
Garantir o distanciamento físico de 2 metros entre utentes	8	8	4	4	1	1	64	64	23	23
Possibilidade de expandir o Centro de Dia para zonas da instituição que não estão a ser utilizadas	10	10	3	3	14	14	55	55	18	18
Promover atividades no espaço exterior da instituição	12	12	1	1	8	8	61	61	18	18
Impedir o cruzamento/interação de utentes do Centro de Dia com utentes de outras respostas sociais da instituição	6	6	2	2,7	44	58,7	8	10,7	15	20
<b>Condições do transporte</b>										
Transporte individual para o Centro de Dia (ex: por familiares)	1	1	--	--	5	5	68	68	26	26
Transporte realizado pela instituição ou entidades externas: (1) intervalo e distanciamento entre passageiros; (2) redução da lotação máxima; (3) uso de máscara; (4) uso de desinfetante à entrada e saída da viatura; (5) descontaminação da viatura após cada viagem	--	--	--	--	5	5	68	68	27	27
<b>Refeições</b>										
Lavagem correta das mãos antes e depois das refeições	1	1	--	--	2	2	65	65	32	32
Refeições servidas no refeitório com grupos fixos (utentes, profissionais e voluntários)	1	1	--	--	3	3	64	64	32	32
Menor concentração de pessoas no refeitório e distanciamento físico de 2 metros	1	1	1	1	3	3	63	63	32	32
No final de cada refeição o espaço é desinfetado	2	2	--	--	1	1	65	65	32	32
Não partilhar quaisquer equipamentos	1	1	--	--	--	--	65	65	34	34
Evitar o funcionamento de bares nas instituições	59	59	1	1	8	8	19	19	13	13

**Tabela 6. Grau de concordância relativamente às medidas definidas para que a reabertura dos Centros de Dia decorresse com segurança (continuação)**

	Total de participantes N=100									
	Discordo completamente		Discordo		Nem concordo nem discordo		Concordo		Concordo completamente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Utilização da casa de banho</b>										
Limpeza e desinfeção das WC, interruptores e torneiras após cada utilização	--	--	--	--	--	--	59	59	41	41
WC específicas para os colaboradores do Centro de Dia	--	--	--	--	--	--	58	58	42	42
WC específicas para utentes e wc específicas para colaboradores	--	--	--	--	--	--	58	58	42	42
<b>Atividades</b>										
Evitar atividades que envolvam maior concentração de pessoas	35	35,4	2	2	5	5,1	28	28,3	29	29,3
Apostar em atividades no exterior (ex: pátios/jardins)	17	17,3	2	2	10	10,2	25	25,5	44	44,9
Atividades de animação realizadas separadamente para os utentes de Centro de Dia e outros serviços (ex: ERPI)	6	7,9	1	1,3	50	65,8	4	5,3	15	19,7
Atividades devem ser sobretudo individuais ou desenvolvidas em pequenos grupos	81	81	1	1	5	5	4	4	9	9

Conforme se pode observar na tabela 6, a generalidade dos participantes concordou ou concordou totalmente com as medidas definidas para que a reabertura dos Centros de Dia decorresse com segurança. Deste modo, no que se refere às medidas relacionadas com as condições das instalações, 64% dos participantes concordaram e 23% concordaram completamente com a necessidade de garantir o distanciamento físico de 2 metros entre utentes, 55% concordaram e 18% concordaram completamente com a possibilidade de expandir o Centro de Dia para zonas da instituição que não estão a ser utilizadas e com a promoção de atividades no espaço exterior da instituição. Mais de metade dos participantes (58,7%) não tinha uma opinião clara sobre a necessidade de impedir o cruzamento/interação de utentes do Centro de Dia com utentes de outras respostas sociais da instituição.

Relativamente às condições de transporte, as medidas relacionadas com o uso de transporte individual para o Centro de Dia e com a necessidade de o transporte realizado pela instituição garantir um intervalo e distanciamento entre passageiros, a redução da lotação máxima, o uso de máscara e de desinfetante à entrada e saída da viatura, bem como a

descontaminação da viatura, após cada viagem apresentaram uma aceitação quase total por parte dos participantes. A mesma tendência é registada no que diz respeito às medidas relacionadas com as refeições. Mais de 95% dos participantes concordaram ou concordaram completamente com as seguintes medidas: lavagem correta das mãos antes e depois das refeições, refeições servidas no refeitório com grupos fixos (utentes, profissionais e voluntários), menor concentração de pessoas no refeitório e distanciamento físico de 2 metros, no final de cada refeição o espaço é desinfetado e não partilhar quaisquer equipamentos. Todavia, 59% dos participantes discordou completamente com a medida que implicava evitar o funcionamento de bares nas instituições.

Quando analisado o grau de concordância com as medidas relacionadas com a utilização da casa de banho, todos os participantes concordaram com a necessidade de limpeza e desinfecção dos WC, interruptores e torneiras após cada utilização e com a definição de WC específicas para os colaboradores e para os utentes.

Por fim, no que se refere às medidas relativas às atividades a tendência é pouco clara. Mais de 35% dos participantes discordam completamente com a necessidade de evitar atividades que envolvam maior concentração de pessoas, 28,3% concordam e 29,3% concordam completamente com esta medida. Cerca de 70% dos participantes concordaram ou concordaram completamente com a necessidade de apostar em atividades no exterior (ex, pátios/jardins), no entanto 65,8% dos participantes não tem uma opinião clara sobre a medida relacionada com a realização de atividades de animação de modo separado para os utentes de Centro de Dia e os de outros serviços (ex, ERPI). Além disso, cerca de 80% dos participantes discordou completamente do facto de as atividades deverem ser sobretudo individuais ou desenvolvidas em pequenos grupos.

## **5. Contributos do Centro de Dia para a qualidade de vida dos participantes**

Quando analisado o contributo dos Centros de Dia para a qualidade de vida dos participantes (Tabela 7), verifica-se que 93,9% referem que as atividades desenvolvidas nestas respostas sociais contribuem para a sua qualidade de vida.

**Tabela 7. Contributo dos Centros de Dia para a Qualidade de vida dos participantes**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total de participantes N=100	
	N	%	N	%	N	%
<b>Atividades desenvolvidas em Centros de Dia contribuem para a qualidade de vida</b>	35	94,6	58	93,5	93	93,9
<b>Outras atividades a desenvolver nos CD</b>						
Passeios/Viagens	22	57,9	35	59,3	57	58,8
Mais atividades de estimulação (física e cognitiva)	7	18,4	8	13,6	15	15,5
Mais serviços/cuidados de saúde	3	7,9	1	1,7	4	4,1
Outros serviços	1	2,6	1	1,7	2	2,1
Nada/manter o que se realiza	5	13,2	14	23,7	19	19,6
<b>Pontos fortes dos CD</b>						
Convívio/Companhia	15	39,5	22	35,5	37	37
Atendimento/Serviços	12	31,6	23	37,1	35	35
Atividades de estimulação (física e cognitiva) e lúdicas	6	15,8	13	21	19	19
Satisfação de necessidades	3	7,9	1	1,6	4	4
Colónia de férias/passeios	1	2,6	1	1,6	2	2
Novas aprendizagens	-	-	1	1,6	1	1
Outros	1	2,6	1	1,6	2	2
<b>Pontos fracos dos CD</b>						
Serviços partilhados com outras respostas sociais	9	24,3	22	35,5	31	31,1
Mensalidade elevada	7	18,9	7	11,3	14	14,1
Alimentação	2	5,4	7	11,3	9	9,1
Não funcionar aos fins de semana	4	10,8	1	1,6	5	5,1
Medidas relacionadas com Covid-19	1	2,7	2	3,2	3	3
Colaboradores	1	2,7	2	3,2	3	3
Poucas atividades	1	2,7	2	3,2	3	3
Reduzido número de atividades no exterior	2	5,4	-	-	2	2
Número de clientes dependentes	1	2,7	1	1,6	2	2
Outros aspetos	2	5,4	10	16,1	12	12,1
Nenhum	7	18,9	8	12,9	15	15,2
<b>Sugestões de melhoria para os CD no futuro</b>						
Funcionar aos fins de semana	10	27	13	21,3	23	23,5
Mais passeios	7	18,9	15	24,6	22	22,4
Melhorar espaços/instalações	2	5,4	8	13,1	10	10,2
Alimentação mais variada	2	5,4	5	8,2	7	7,1
Regressar ao funcionamento antes da covid-19	3	8,1	3	4,9	6	6,1
Mais atividades	4	10,8	2	3,3	6	6,1
Mensalidade mais baixa	1	2,7	4	6,6	5	5,1
Mais união da equipa	1	2,7	-	-	1	1
Mais serviços	-	-	1	1,6	1	1
Outras	2	5,4	2	3,3	4	4,1
Nada	5	13,5	8	13,1	13	13,3

Mais especificamente, 60 participantes consideram que o Centro de Dia contribui para a satisfação das suas necessidades e promovem a aquisição de novos conhecimentos e ocupação com tarefas significativas:

- “Eu engracei com os empregados, a doutora faz-nos muito bem, os serviços ajudam-nos a ter a satisfação das necessidades, e sinto-me bem acompanhado” (participante 006)
- “Tenho convívio, serviços, alegria, apoio, simpatia e o Centro de Dia ajuda na minha qualidade de vida” (participante 024)
- “Aqui converso, divirto-me, como. Qualquer coisa tenho apoio. É muito melhor” (participante 034)
- “Porque tenho companhia, comida, limpeza, segurança, alegria, bem-estar e tudo que uma pessoa pode ter” (participante 042)
- “O Centro de Dia é casa, aqui entretenho-me. Fazemos muitas coisas, o dia passa a voar e sentimo-nos seguros” (participante 065)
- “Tenho convívio e segurança e serviços, isso ajuda-me a ter uma melhor qualidade de vida” (participante 069)
- “Aqui é muito bom pois tenho companhia e consigo que a companhia me dê qualidade de vida” (participante 070)
- “Não estou sozinho em casa, conheço pessoas, falo com as pessoas e a minha vida torna-se mais bonita” (participante 084)
- “Sim, porque o Centro de Dia fornece bom ambiente, boas condições, convívio e aprendemos muito aqui, sinto-me segura aqui” (participante 093)

No estudo, 23 participantes assinalam que o Centro de Dia contribui para um sentimento de satisfação e felicidade, conforme se pode observar nos extratos abaixo:

- “Sinto-me feliz, distraio-me, aprendo algo novo, tenho rotina” (participante 005)
- “O Centro de Dia transmite-me felicidade, em casa morria sozinho” (participante 019)
- “Sou muito feliz aqui, quando chega o final do dia eu choro. Na verdade, eu queria dormir no Centro de Dia, aqui não me falta nada, tenho tudo, até amor” (participante 025)
- “Sou mais feliz, tenho com quem falar divirto-me e assim vivo com mais alegria mais qualidade” (participante 037)
- “Eu amo estar no Centro de Dia, sou feliz” (participante 045)
- “Sou feliz, sinto-me bem, com paz” (participante 047)
- “O Centro de Dia faz-me muito feliz, aqui é a minha casa” (participante 049)

Por fim, 9 participantes consideram ainda que o Centro de Dia é uma resposta que contribui para a saúde física e mental dos utilizadores:

- “Trabalhar o cérebro, se não trabalharmos, morria estúpida” (participante 057)
- “Porque as pessoas ficam mais concentradas e ativas fisicamente com as atividades físicas que fazemos aqui” (participante 079)
- “O Centro de Dia ajuda-me ao meu bem-estar” (participante 080)
- “O médico disse que o Centro de Dia iria ajudar na saúde, e ajudou muito. O convívio é a minha alegria e ajuda na minha depressão. Sinto-me mais à vontade, faço o que desejo com pessoas, os dias passam mais rápido e são melhores aqui. Na minha casa estava isolada, a solidão mata” (participante 088)
- “Faz-me muito bem, dá-me saúde, alegria aos meus dias” (participante 091)

Quando questionados sobre outras atividades que gostariam de fazer no Centro de Dia, destacam a realização de passeios/viagens (58,8%), de mais atividades de estimulação (física e cognitiva) (15,5%), mais serviços/cuidados de saúde (4,1%) e o desenvolvimento de outros

serviços (2,1%). No caso dos participantes mais velhos, 23,7% considera que os Centros de Dia precisam apenas de manter o trabalho que já desenvolvem.

Os participantes destacam como pontos fortes dos Centros de Dia a oportunidade de convívio/companhia (37%), o atendimento/serviços disponibilizados (35%) e a realização de atividades de estimulação (física e cognitiva) e lúdicas (19%). No que diz respeito aos pontos fracos, os participantes destacam os serviços partilhados por outras respostas sociais (31,1%), a mensalidade elevada (14,1%) e o serviço de alimentação (9,1%). Os participantes mais jovens (65-79 anos) alertam ainda para o facto de o Centro de Dia não funcionar aos fins de semana, representando um ponto fraco desta resposta social para cerca de 10,8% dos participantes deste grupo. No que concerne às sugestões de melhoria para os Centros de Dia (Tabela 7), destacam-se três sugestões: funcionar ao fim de semana (23,5%), realizar mais passeios (22,4%) e melhorar espaços/instalações (10,2%). O grupo mais jovem salienta ainda a possibilidade de serem realizadas mais atividades (10,8%) (Tabela 7).

**Tabela 8. Expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia**

	Total de participantes N=100					
	Pouco importante		Importante		Muito importante	
	N	%	N	%	N	%
Manter protocolos de segurança, tais como o uso de testes covid-19, equipamentos de proteção pessoal, bem como o distanciamento social	42	42	3	3	55	55
Melhorar o acesso dos utentes à tecnologia (ex., mais equipamentos, sessões que os capacitem para o uso)	44	44	15	15	41	41
Continuar a criação e implementação de iniciativas inovadoras e formas alternativas de resposta às necessidades que emergiram com a pandemia	55	55	13	13	32	32
Cuidar da saúde e bem-estar dos recursos humanos (ex., proporcionar oportunidades de apoio especializado para as necessidades de saúde mental)	5	5	4	4	91	91
Manter a aprendizagem entre pares e a partilha de práticas entre instituições, assim como a cooperação com outras entidades (ex., autarquias, juntas de freguesia, etc)	78	78,8	3	3	18	18,2
Apoiar o envolvimento da comunidade, promovendo a sua participação	76	76,8	3	3	20	20,2
Melhorar a imagem e aumentar o conhecimento por parte da opinião pública relativamente às instituições	81	81,8	3	3	15	15,2
Apoiar o papel das organizações de nível superior (de representação nacional ou distrital) e criar condições para que sejam ouvidas aquando da definição de melhores medidas para o setor	86	86,9	2	2	11	11,1

Conforme se pode observar na tabela 8, há alguns aspetos que os participantes consideram muito importantes para o futuro destas respostas sociais. Entre estes aspetos, importa salientar: cuidar da saúde e bem-estar dos recursos humanos (91%), manter protocolos de segurança, tais como o uso de testes covid-19, equipamentos de proteção pessoal e distanciamento social (55%), melhorar o acesso dos utilizadores à tecnologia (41%) e continuar a criação e implementação de iniciativas inovadoras e de formas alternativas de resposta às necessidades que emergiram com a pandemia (32%).

## 6. Perceção de qualidade de vida no momento pós-Covid-19

Relativamente à perceção de Qualidade de Vida no momento pós-covid-19 (Tabela 9) e considerando o total dos participantes, verificamos que os domínios da Qualidade de vida com melhor pontuação são os domínios psicológico (M=63,13; dp=15,18) e ambiente (M=63,18; dp=12,63) observando-se indicadores ligeiramente mais baixos no domínio físico (M=51,14; dp=17,88) e no domínio das relações sociais (M=52,84; dp=22,95).

Verifica-se que no grupo dos 65-79 anos o domínio ambiente (M=63,28; dp=9,64) e o domínio psicológico (M=62,50; dp= 13,36) são aqueles que apresentam melhores pontuações. Por outro lado, indicadores ligeiramente mais negativos encontram-se nos domínios das relações sociais (M=52,86; dp=23,65) e no domínio físico (M=50,39; dp=18,44). No que concerne à faceta geral verificamos um indicador satisfatório, com um valor de médio de 53,29 pontos, e um desvio padrão de 16,61 pontos (Tabela 9).

**Tabela 9. Estatística descritiva dos Domínios de qualidade de vida da WHOQOL-Bref para o total dos participantes e grupos de idade**

	65-79 anos N=38		80+ anos N=62		Total dos participantes N = 100		Min- Máx	Amplitude Teórica
	M	dp	M	dp	M	dp		
Domínio Físico	50,39	18,44	51,61	17,67	51,14	17,88	14,29 - 100	0-100
Domínio Psicológico	62,50	13,36	63,51	16,26	63,13	15,18	0-100	0-100
Domínio Relações Sociais	52,86	23,65	52,83	22,71	52,84	22,95	0-100	0-100
Domínio Ambiente	63,28	9,64	63,11	14,18	63,18	12,63	0-90,63	0-100
QOL Geral	53,29	16,61	55,65	18,89	54,75	18,01	0-87,50	0-100

No grupo dos 80+ anos, os resultados apontam para melhores indicadores de qualidade de vida no domínio psicológico (M=63,51; dp=16,26) e no domínio ambiente (M=63,11; dp=14,18) e indicadores ligeiramente mais negativos no domínio das relações sociais (M=52,83; dp=22,71) e domínio físico (M=51,61; dp=17,67). Na faceta geral verifica-se um valor médio de 55,65 pontos, e um desvio padrão de 18,89 pontos (Tabela 9).

No sentido de descrever a avaliação subjetiva de QV por parte dos indivíduos que constituem a amostra estudada, são apresentados os resultados da estatística descritiva obtidos para os quatro domínios do WHOQOL-Bref, bem como para a qualidade de vida geral (Tabela 10). Analisando os itens com valores médios mais elevados, no domínio físico destaca-se o item “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia” (M=3,31; dp=,86), seguido do item “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho” (M=3,25; dp=,95). No que se refere ao domínio psicológico, destaca-se o item “Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio” (M=3,74; dp=,68) seguido do item “Até que ponto se consegue concentrar” (M=3,64; dp=,82). Relativamente ao domínio relações sociais, o item com média mais elevada é “Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais” (M=3,51; dp=1,15). No que se refere ao domínio ambiente, o item com média mais elevada corresponde ao “Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?” (M=4,04; dp=,80), seguido do item “Em que medida é saudável o seu ambiente físico” (M=4,02; dp=,74).

No que diz respeito aos itens com valores médios mais baixos, no domínio físico destaca-se o item “Como avalia a sua mobilidade (capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a))” (M=2,72; dp=1,21). No domínio psicológico, o item com média mais baixa corresponde ao “é capaz de aceitar a sua aparência física” (M=3,08; dp=,66). No que diz respeito ao domínio relações sociais, o item com média mais baixa corresponde à questão “até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual” (M=2,40; dp= 1,02). Por fim, no que concerne ao domínio ambiente, o item com média mais baixa corresponde à questão “tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades” (M=2,40; dp=,55).

Relativamente à faceta geral, o item “Como avalia a sua qualidade de vida?” apresenta um valor médio de 3,41 pontos (dp=,71) e o item “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?” de 2,97 (dp=1,03).



**Tabela 10. Estatística descritiva por item da WHOQOL-Bref para o total dos participantes**

	Total N=100		Min-máx	Amplitude Teórica
	M	dp		
<b>Domínio Físico</b>	51,14	17,88	14,29 -100	<b>0-100</b>
Em que medida as suas dores (físicas) o (a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	3,01	1,32	1-5	1-5
Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	2,90	1,28	1-5	1-5
Tem energia suficiente para a sua vida diária?	2,98	,62	1-5	1-5
Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	2,72	1,21	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3,02	1,26	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3,31	,86	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	3,25	,95	1-5	1-5
<b>Domínio Psicológico</b>	63,13	15,18	0-100	<b>0-100</b>
Até que ponto gosta da vida?	3,58	,87	1-5	1-5
Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	3,63	,77	1-5	1-5
Até que ponto se consegue concentrar?	3,64	,82	1-5	1-5
É capaz de aceitar a sua aparência física?	3,08	,66	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3,74	,68	1-5	1-5
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	3,43	1,01	1-5	1-5
<b>Domínio Relações Sociais</b>	52,84	22,95	0-100	<b>0-100</b>
Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3,51	1,15	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	2,40	1,02	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,36	1,25	1-5	1-5
<b>Domínio Ambiente</b>	63,18	12,63	0-90,63	<b>0-100</b>
Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3,96	,80	1-5	1-5
Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	4,02	,74	1-5	1-5
Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,40	,55	1-4	1-5
Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3,07	,56	1-5	1-5
Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	2,86	,70	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	3,96	,81	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3,92	,74	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	4,04	,80	1-5	1-5
<b>QOL Geral</b>	54,75	18,01	0-87,50	<b>0-100</b>
Como avalia a sua qualidade de vida?	3,41	,71	1-5	1-5
Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2,97	1,03	1-5	1-5

## 7. Análise da percepção de qualidade de vida em função de domínios específicos

Tabela 11. Diferenças entre os domínios da QdV e o tipo de apoio prestado por familiares e amigos durante o período de encerramento/suspensão do centro de dia

	Qualidade de vida - Domínio Geral			Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio das Relações Sociais			Domínio ambiental		
	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor
<b>Apoio material/económico</b>															
Sim	52,27 (18,20)	-1,94	<b>0,055</b> †	48,81 (18,36)	-1,77	<b>0,080</b> †	62,06 (15,78)	-0,99	0,322	52,50 (20,66)	-	0,859	62,50 (14,51)	-	0,465
Não	59,56 (16,87)			55,46 (16,36)			65,28 (13,88)			53,49 (27,2)			64,49 (7,84)		
<b>Apoio afetivo</b>															
Sim	55,74 (16,70)	0,684	0,496	51,29 (17,71)	0,105	0,917	66,25 (12,49)	2,471	<b>0,016</b> *	56,18 (17,77)	1,638	0,108	65,83 (9,91)	2,725	<b>0,008</b> *
Não	53,21 (20,01)			50,892 (18,42)			58,11 (17,75)			46,97 (29,38)			58,87 (15,28)		
<b>Interação social positiva</b>															
Sim	56,63 (16,94)	1,025	0,308	52,26 (18,02)	0,620	0,537	67,94 (12,36)	3,282	<b>0,001</b> **	55,80 (19,15)	1,243	0,217	65,69 (10,26)	1,969	<b>0,052</b> †
Não	52,94 (18,97)			50 (17,86)			58,42 (16,29)			49,81 (26,14)			60,71 (14,26)		
<b>Apoio emocional</b>															
Sim	54,06 (17,77)	-0,310	0,757	50,56 (17,89)	-	0,800	64,58 (17,19)	0,782	0,436	53,15 (22,34)	0,108	0,915	63,20 (16,42)	0,017	0,986
Não	55,20 (18,31)			51,51 (18,01)			62,15 (13,72)			52,62 (23,56)			63,16 (9,26)		
<b>Informação</b>															
Sim	58,33 (17,68)	0,624	0,534	54,02 (20,86)	0,473	0,637	66,67 (15,59)	0,731	0,467	54,17 (21,36)	0,170	0,865	65,97 (15,42)	0,695	0,489
Não	54,40 (18,10)			50,88 (17,7)			62,78 (15,18)			52,71 (23,21)			62,89 (12,38)		

† p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Relativamente à qualidade de vida em função de domínios específicos, realizou-se o teste t-Student para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas em função de os participantes terem (ou não) recebido apoio por parte dos familiares ou amigos durante o encerramento/suspensão do centro de dia (Tabela 11). Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em quase todas as dimensões da QV.

Assim, na faceta geral existem de diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, quanto ao apoio material/económico ( $t(98) = -1,94$ ;  $p=0,055$ ), sendo que os participantes que não receberam este apoio apresentam melhores indicadores de QV ( $M=59,56$ ;  $dp=16,87$ ) do que aqueles que receberam este apoio ( $M=52,27$ ;  $dp=18,20$ ). Ainda que não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, esta tendência regista-se em todos os tipos de apoio relativamente à faceta geral o que pode sugerir que quem não necessitou de apoio e, por isso, não beneficiou do mesmo, apresenta melhores indicadores de qualidade de vida.

No que concerne ao domínio físico, observam-se diferenças marginalmente significativas relativamente ao apoio material/económico ( $t(95) = -1,77$ ;  $p=0,080$ ). Observa-se que os participantes que não receberam este apoio por parte de familiares ou amigos apresentam melhores indicadores de qualidade de vida ( $M=55,46$ ;  $dp=16,36$ ) do que os que receberam ( $M=48,81$ ;  $dp=18,36$ ).

Relativamente ao domínio psicológico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no apoio afetivo ( $t(97) = 2,471$ ;  $p=0,016$ ) e na interação social positiva ( $t(97)=3,282$ ;  $p=0,001$ ). Observa-se ainda que quem recebeu estes tipos de apoio apresenta melhores indicadores de qualidade de vida do que quem não recebeu, sendo esta diferença mais relevante no que diz respeito à interação social positiva ( $M=67,94$ ;  $dp=12,36$  vs.  $M=58,42$ ;  $dp=16,29$ ).

No domínio das relações sociais não se registaram diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, no domínio ambiente se observam em função do apoio afetivo ( $t(95) = 2,725$ ;  $p=0,008$ ) e na interação social positiva ( $t(95) = 1,969$ ;  $p=0,052$ ). Neste caso, os participantes que receberam estes apoios evidenciam melhores indicadores de qualidade de vida. Mais concretamente, os participantes que receberam apoio afetivo evidenciam melhores resultados no domínio ambiente do que os que não receberam ( $M=65,83$ ;  $dp=9,91$  vs.  $M=58,87$ ;  $dp=15,28$ ), assim como os que beneficiaram de interação social positiva ( $M=65,69$ ;  $dp=10,26$  vs.  $M=60,71$ ;  $dp=14,26$ ).

**Tabela 12. Diferenças entre os domínios da QdV e as dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia**

	Qualidade de vida - Domínio Geral			Domínio Físico			Domínio Psicológico			Domínio das Relações Sociais			Domínio ambiental		
	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor	M (dp)	Teste t	p-valor
<b>Dificuldades na ocupação do tempo</b>															
Sim	52,68 (18,29)	-1,776	<b>0,079</b> ‡	48,93 (17,62)	-	<b>0,069</b> ‡	61,96 (15,78)	-	0,237	52,95 (23,22)	0,072	0,943	63,21 (12,72)	0,047	0,963
Não	59,58 (16,64)			56,07 (17,77)			1,839			65,95 (13,46)			1,191		
<b>Solidão</b>															
Sim	53,85 (18,48)	-0,682	0,497	51,02 (18,52)	-	0,926	61,28 (16,15)	-	<b>0,094</b> ‡	50,99 (24,47)	-	0,299	61,54 (13,33)	-	<b>0,068</b> ‡
Não	56,43 (17,25)			51,37 (16,91)			0,093			66,67 (12,60)			1,692		
<b>Agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente</b>															
Sim	50,83 (18,26)	-1,431	0,156	44,46 (15,93)	-	<b>0,015</b> *	58,89 (15,46)	-	<b>0,066</b> ‡	45,99 (29,9)	-	0,119	60,10 (13,63)	-	0,109
Não	56,43 (17,77)			53,99 (18,02)			2,466			64,98 (14,79)			1,856		
<b>Agravamento geral do estado de saúde</b>															
Sim	50,75 (17,57)	-2,267	<b>0,026</b> *	47,93 (18,43)	-	<b>0,068</b> ‡	63,01 (13,41)	-	0,938	50,18 (25,67)	-	0,265	63,27 (7,45)	0,069	0,945
Não	58,75 (17,72)			54,56 (16,81)			1,848			63,25 (16,87)			0,078		

‡ p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Relativamente às diferenças entre os domínios da qualidade de vida e as dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia, aplicou-se o teste t-Student para verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas em função de os participantes terem (ou não) sentido dificuldades na ocupação do tempo, experienciado sentimentos de solidão, agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente e agravamento geral do seu estado de saúde (Tabela 12). Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em quase todas as dimensões da QV.

Assim, na faceta geral existem diferenças estatisticamente significativas quanto às dificuldades na ocupação do tempo ( $t(98) = -1,776$ ;  $p=0,079$ ) e agravamento geral do estado de saúde ( $t(98) = -2,267$ ;  $p=0,026$ ), sendo que os participantes que não sentiram esta dificuldade apresentam melhores indicadores de QV ( $M=59,58$ ;  $dp=16,64$  e  $M=58,75$ ;  $dp=17,72$ ) do que aqueles que sentiram esta dificuldade ( $M=52,68$ ;  $dp=18,29$ ;  $M=50,75$ ;  $dp=17,57$ ). Ainda que não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, esta tendência regista-se em todos os aspetos analisados relativamente à faceta geral, o que pode sugerir quem não sentiu dificuldades na ocupação do tempo, solidão, agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente e agravamento geral do estado de saúde, apresenta melhores indicadores de qualidade de vida.

Relativamente ao domínio físico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente ( $t(95) = -2,466$ ;  $p=0,015$ ), ao agravamento geral do estado de saúde ( $t(95) = -1,848$ ;  $p=0,068$ ) e às dificuldades na ocupação do tempo ( $t(95) = -1,839$ ;  $p=0,069$ ). Observa-se que quem não registou dificuldades em nenhum destes aspetos apresenta melhores indicadores de qualidade de vida.

No que diz respeito ao domínio psicológico, observam-se diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, relativamente à solidão ( $t(97) = -1,692$ ;  $p=0,094$ ) e ao agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente ( $t(97) = -1,856$ ;  $p=0,066$ ), ainda que de forma marginalmente significativa. Em todos os aspetos analisados, os participantes que não registaram dificuldades manifestaram indicadores de qualidade de vida mais elevados no domínio psicológico comparativamente a quem sentiu essas dificuldades.

No domínio das relações sociais, não se registou nenhuma diferença estatística significativa nem marginal.

Por fim, no domínio ambiental, observam-se diferenças marginalmente significativas do ponto de vista estatístico relativamente à solidão ( $t(95) = -1,843$ ;  $p=0,068$ ), sendo que os participantes que não se sentiram sós apresentam maior qualidade de vida neste domínio ( $M=61,54$ ;  $dp=13,33$  vs  $M=66,50$ ;  $dp=10,51$ ).

**Tabela 13. Diferenças nos domínios da QdV em função do grupo de idade**

	Total	65-79 anos	80+ anos	Teste t	p-valor
	N = 100	N = 38	N = 62		
	M (dp)	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida - Domínio Geral	54,75 (18,01)	53,29 (16,61)	55,65 (18,89)	-0,633	0,528
Min-Max	0-87,50	12,50-75,00	0-87,50		
Domínio Físico	51,14 (17,88)	50,39 (18,44)	51,61 (17,67)	-0,325	0,746
Min-Max	14,29 -100	14,29-85,71	14,29-100		
Domínio Psicológico	63,13 (15,18)	62,50 (13,36)	63,51 (16,26)	-0,318	0,751
Min-Max	0-100	29,17-91,67	0-100		
Domínio das Relações Sociais	52,84 (22,95)	52,86 (23,65)	52,83 (22,71)	0,006	0,995
Min-Max	0-100	0-100	0-100		
Domínio ambiental	63,18 (12,63)	63,2 (9,64)	63,11 (14,18)	0,062	0,950
Min-Max	0-90,63	34,38-81,25	0-90,63		

‡ p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,001

Relativamente à análise de diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do grupo de idade (Tabela 13), não se verificam diferenças estatisticamente significativas. Comparando os grupos, constata-se que é o grupo dos 80 mais anos que apresenta valores mais elevados de Qualidade de Vida no domínio geral, comparativamente ao grupo dos 65-79 anos.

**Tabela 14. Diferenças nos domínios da QdV em função do género**

	Total	Mulheres	Homens	Teste t	p-valor
	N = 100	N = 78	N = 22		
	M (dp)	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida - Domínio Geral	54,75 (18,01)	53,04 (17,70)	60,8 (18,22)	1,803	<b>0,075</b> ‡
Min-Max	0-87,5	12,5-87,5	0-87,5		
Domínio Físico	51,14 (17,88)	48,512 (17,76)	61,25 (14,81)	2,949	<b>0,004*</b>
Min-Max	14,29-100	14,29-100	35,71-61,25		*
Domínio Psicológico	63,13 (15,1)	62,93 (14,11)	63,83 (18,83)	0,242	0,809
Min-Max	0-100	21-92	0-100		
Domínio das Relações Sociais	52,84 (22,95)	50,58 (24,00)	61,4 (16,25)	2,314	<b>0,026*</b>
Min-Max	0-100	0-100	25-100		
Domínio ambiental	63,18 (12,63)	63,92 (11,33)	60,65 (16,39)	-1,066	0,289
Min-Max	0-90,63	15,63-90,63	0-84,38		

‡ p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

No que concerne à análise de diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do género, verifica-se que são os homens que apresentam valores mais elevados em todos os domínios à exceção do domínio ambiente (Tabela 14).

Relativamente ao domínio físico, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ( $t(95) = 2,949$ ;  $p = 0,004$ ), sendo que os homens apresentam melhores indicadores de qualidade de vida ( $M = 61,25$ ;  $dp = 14,81$ ) do que as mulheres ( $M = 48,512$ ;  $dp = 17,76$ ).

Também no caso do domínio das relações sociais foram encontradas diferenças significativas do ponto de vista estatístico ( $t(89) = 2,314$ ;  $p = 0,026$ ) sendo os homens a reportar indicadores mais elevados de qualidade de vida ( $M = 61,4$ ;  $dp = 16,25$ ) relativamente às mulheres ( $M = 50,58$ ;  $dp = 24,00$ ).

**Tabela 15. Associação entre os domínios da QdV e os anos de escolaridade**

	Anos de escolaridade	Qualidade de vida - Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio ambiental
Anos de escolaridade	1					
Qualidade de vida - Domínio Geral	-,087	1				
Domínio Físico	,023	,592**	1			
Domínio Psicológico	-,113	,566**	,491**	1		
Domínio das Relações Sociais	,004	,265*	,150	,407**	1	
Domínio ambiental	-,068	,399**	,172	,646**	,183	1

†  $p < 0,09$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

No sentido de analisar a associação entre a escolaridade e os domínios da qualidade de vida, foi realizado o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 15), não se tendo observado correlações estatisticamente significativas.

**Tabela 16. Diferenças nos domínios da QdV em função de com quem vive (idosos que vivem sós e que vivem com outras pessoas)**

	Total N=100	Viver só N= 78	Viver com outras pessoas N=22	Teste t	p-valor
	M (dp)	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida- Domínio Geral	54,75 (18,01)	57,64 (17,24)	53,13 (18,37)	1,206	,231
Min-Max	0-87,50	25-87,50	0-87,50		
Domínio Físico	51,14 (17,88)	53,47 (18,38)	49,83 (17,61)	0,963	,338
Min-Max	14,29 -100	21,43-92,86	14,29-100		
Domínio Psicológico	63,13 (15,18)	61,31 (14,13)	64,13 (15,74)	-0,882	,380
Min-Max	0-100	20,83-83,33	0-100		
Domínio das Relações Sociais	52,84 (22,95)	47,3 (28,09)	55,69 (19,44)	-1,668	<b>,099 †</b>
Min-Max	0-100	0-100	0-83,33		
Domínio Ambiental	63,18 (12,63)	63,39 (11,05)	63,05 (13,53)	0,126	,900
Min-Max	0-90,63	34,38-90,63	0-87,50		

† p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função do perfil de residência, ou seja, se vive sozinho ou com outras pessoas, aplicou-se o teste t-Student (Tabela 16). Os resultados mostraram somente diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, no domínio das relações sociais ( $t(89) = -1,668$ ;  $p=0,099$ ), sendo que os participantes que vivem com outras pessoas manifestaram indicadores de qualidade de vida mais elevados ( $M=55,69$ ;  $dp=(19,44)$ ) do que os que residem sozinhos ( $M=47,3$ ;  $dp=28,09$ ).



**Tabela 17. Diferenças nos domínios da QdV em função da concordância (ou não) com a suspensão/encerramento do Centro de Dia**

	Total N=100	Não concordou com o encerramento do CD N=35	Concordou com o encerramento do CD N=65	Teste t	p-valor
	M (dp)	M (dp)	M (dp)		
Qualidade de vida - Domínio Geral	54,75 (18,01)	56,07 (16,71)	54,04 (18,76)	,536	,593
Min-Max	0-87,50	25-75	0-87,50		
Domínio Físico	51,14 (17,88)	54,10 (18,45)	49,55 (17,51)	1,198	,234
Min-Max	14,29 -100	21,43-100	14,29-100		
Domínio Psicológico	63,13 (15,18)	62,50 (14,78)	63,48 (15,50)	-,305	,761
Min-Max	0-100	29,17-91,67	0-100		
Domínio das Relações Sociais	52,84 (22,95)	51,56 (24,36)	53,53 (22,33)	-,389	,698
Min-Max	0-100	0-100	0-100		
Domínio ambiental	63,18 (12,63)	61,61 (12,16)	64,06 (12,90)	-,919	,698
Min-Max	0-90,63	15,63-81,25	0-90,63		

‡ p<0,09; \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Por fim, quando analisadas as diferenças nos domínios da QV em função da concordância (ou não) com a suspensão/encerramento do Centro de Dia, não se verificam diferenças estatisticamente significativas (Tabela 17). Contudo, observa-se que quem não concordou com a suspensão/encerramento do Centro de Dia apresenta indicadores mais elevados de QV no domínio geral e no domínio físico e que quem manifestou concordância com esta medida registou níveis superiores de qualidade de vida nos domínios psicológico, relações sociais e ambiental.



## **CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



Face aos resultados obtidos e considerando o objetivo de estudo importa discutir os principais resultados à luz da teoria e investigação relevante no domínio. Esta discussão seguirá a ordem da apresentação de resultados no capítulo anterior.

Assim sendo, importa proceder neste momento a uma síntese dos principais resultados do estudo.

A amostra envolveu 100 participantes, 78 mulheres e 22 homens, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos ( $M=82,5$ ;  $dp=7,47$ ). Maioritariamente viúvos (68%), a viver com outras pessoas (64%), pouco escolarizados (76% entre um e quatro anos de escolaridade), reformados (100%) e com baixos rendimentos (50% dos participantes auferem um valor mensal entre 301€ e 400€). Relativamente ao apoio disponível para a realização das atividades de vida diária, 76% dos participantes considera que, em caso de necessidade, pode contar com a ajuda de familiares e/ou amigos.

Relativamente à utilização do Centro de Dia antes da pandemia Covid-19, em média, os participantes usufruíam desta resposta social há 6,78 anos ( $dp=6,31$ ), variando o tempo de frequência do Centro de Dia entre 3 a 30 anos. Em mais de metade dos casos, a tomada de decisão de integrar esta resposta social foi da própria pessoa (54%), motivada pelo facto de estarem/se sentirem sozinhos (43%), por sentirem necessidade de convívio (24%) ou apresentarem problemas de saúde (19%). No que se refere ao grau de satisfação com o Centro de Dia antes da pandemia covid-19, 58% dos participantes encontrava-se satisfeito com os serviços e 38% muito satisfeito.

No que diz respeito ao período de encerramento/suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia, 65% dos participantes concordaram com a medida que decretou a suspensão/encerramento dos mesmos, no entanto, 53% registou sentimentos negativos como tristeza, desânimo, etc. Mais de 40% consideraram que esta era uma “medida necessária”. No que diz respeito ao apoio prestado pela Instituição durante o encerramento/suspensão, os mais destacados pelos participantes foram a domiciliação do serviço (90%), o reforço da ajuda alimentar (81%), a adaptação das atividades para funcionamento “à distância” (55%) e o apoio na higiene pessoal (51%). Parecem ter sentido mais falta do convívio (63%) e da realização de atividades de estimulação e lúdicas (22%) que realizavam nos Centros de Dia. No que se refere ao apoio prestado por parte da família, a maior parte dos participantes contou com o apoio dos seus filhos (76,7%), nomeadamente no apoio material/económico (66%), apoio afetivo (61%), interação social positiva (49%) e apoio emocional (40%). No que concerne às dificuldades sentidas no período de encerramento/suspensão dos Centros de dia, a ocupação do tempo foi a principal dificuldade sentida por parte dos participantes (70%), seguida do sentimento de

solidão (65%), agravamento geral do estado de saúde (50%), agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente (30%) e sentimentos de tristeza (30%).

Relativamente ao período de reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia, observou-se que todos os participantes concordaram com a reabertura da resposta social e que o regresso foi vivido predominantemente com alegria (35,4%), com vários inquiridos a constatarem várias mudanças no funcionamento da resposta social (35,4%). No que se refere ao grau de satisfação com o novo funcionamento do Centro de Dia, os participantes mostraram-se maioritariamente satisfeitos (76%) ou muito satisfeitos (12%).

No que diz respeito ao contributo dos Centros de Dia para a qualidade de vida dos participantes, verificou-se que 93,9% referiram que as atividades desenvolvidas nestas respostas sociais contribuem para a sua qualidade de vida. Destacaram como pontos fortes a oportunidade de convívio/companhia (37%), o atendimento/serviços disponibilizados (35%) e a realização de atividades de estimulação (física e cognitiva) e lúdicas (19%). Relativamente à perceção de qualidade de vida para o total da amostra, observou-se que os domínios da qualidade de vida com melhor pontuação foram os domínios psicológico ( $M=63,13$ ;  $dp=15,18$ ) e ambiente ( $M=63,18$ ;  $dp=12,63$ ). Em termos da relação entre qualidade de vida e alguns aspetos específicos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do género, nomeadamente no facto de terem (ou não) recebido apoio por parte dos familiares ou amigos durante o encerramento/suspensão do centro de dia, das dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia (ocupação do tempo, sentimentos de solidão ou agravamento do seu estado de saúde) e do perfil de residência (viver sozinho ou com outras pessoas). Por sua vez, não se registaram diferenças significativas do ponto de vista estatístico em função dos grupos de idade nem em função da concordância (ou não) com a suspensão/encerramento do Centro de Dia. Não se registou também uma correlação estatisticamente significativa entre a escolaridade e os domínios da qualidade de vida.

Assim, tomando em consideração as características sociodemográficas dos participantes (maioritariamente do sexo feminino, com 80 ou mais anos, viúvas, reformadas e a residir em co-habitação com outras pessoas) verificamos que os nossos resultados se encontram em concordância com as evidências prévias da investigação. Com efeito, é de notar o predomínio do sexo feminino na nossa amostra, confirmando a feminização da velhice (Moreira, 2020).

Almeida (2020) também destaca o predomínio de mulheres na população idosa. Relativamente ao público-alvo mais habitual em Centros de dia, estudos indicam que o sexo feminino predomina neste tipo de resposta social (Leitner & Leitner, 1995; Samuelsson et al., 1998; Gonzalez & Capilla, 2004). Também Orellana et al. (2020) destacam que os centros de dia são serviços com base no género, largamente utilizados por mulheres idosas. De igual modo,

também Carrilho e Craveiro (2015) referem que a longevidade das mulheres é mais elevada do que a dos homens, sendo que este facto conduz a um número mais elevado de mulheres e, por consequência, à existência de um maior número de viúvas. Em termos de idade da amostra do presente estudo, mais de metade dos participantes pertence ao grupo etário dos 80+ anos (N=62). Este resultado é congruente com os dados de Pereira (2015) que observou que a procura da resposta social de centro de dia surge maioritariamente numa idade mais avançada, ou seja, poucos são jovens idosos.

Um outro resultado relevante do nosso estudo incide no predomínio de pessoas viúvas, mais especificamente 68% dos participantes são viúvos. Este facto pode dever-se à idade avançada dos participantes, bem como ao predomínio do sexo feminino. A este propósito, Benet (2003) refere que a viuvez é o estado civil mais representado na maioria dos utentes da resposta social de Centro de dia.

Nesta investigação também todos os participantes se encontravam reformados. Este resultado vai ao encontro dos achados de Orellana et al. (2020) na medida em que refere que os clientes desta resposta social são, tendencialmente, pessoas reformadas. No presente estudo verificamos também que 64% dos participantes vivem com outras pessoas e 36% vivem sozinhos. Relativamente a este achado, a investigação parece sugerir que a maioria dos utentes de Centro de dia possui família (Gonzalez & Capilla, 2004) e vive com ela (Benet, 2003). Porém, alguns estudos, ainda que mais antigos, observaram que o utilizador “tipo” vive sozinho (Samuelsson et al., 1998).

Relativamente ao apoio na realização das atividades de vida diária, verificou-se que 76% dos participantes consideram que, em caso de necessidade, podem contar com a ajuda de familiares e/ou amigos, nomeadamente os filhos (68,4%). As ajudas recebidas com maior frequência pelo grupo dos 80+ anos incidem no apoio para a realização de higiene pessoal (62,2%) e tarefas domésticas (58,7%).

Este resultado vai ao encontro do defendido por Leturia et al. (2003) que salientam que os cuidados são prestados na sua maioria por familiares. Para além disso, também Yamaguchi et al. (2018) verificaram que 80% das pessoas idosas a frequentar o centro de dia tem os filhos como responsáveis. Por sua vez, Barreiros (2013) verificou que os utilizadores de Centros de dia necessitam de cuidados relativos às atividades diárias e instrumentais de vida diária, sendo os mesmos supridos pelos cuidadores informais e/ou por respostas sociais, como o Centro de Dia. O autor afirma que pelo facto de os utentes se encontrarem no seu meio-sociofamiliar e apresentarem situações de vulnerabilidade e necessidades de cuidados não cobertas a nível físico, se justifica a integração numa resposta social como o Centro de dia. Apesar do número elevado de necessidades de cuidados identificadas na amostra do seu estudo, os idosos

permaneciam no seu ambiente familiar, pelo que o autor depreende que esta situação resulta das políticas sociais e de saúde atuais que defendem que o idoso deve permanecer no seu domicílio durante o maior período possível, retardando ou evitando a institucionalização (Barreiros, 2013). Refere ainda que a existência de necessidades não cobertas poderá dever-se à não deteção das mesmas pelos serviços onde os idosos se encontrem inseridos ou à incapacidade destes para responderem com eficácia aos problemas detetados. Outro aspeto que pode contribuir para o aumento do número de necessidades não cobertas é o não reconhecimento das mesmas por parte das pessoas mais velhas, seja por resignação, minimização ou mesmo negação do problema, seja pela crença de que o problema se deve à idade e que, por isso, não existem respostas para o mesmo. O autor alerta ainda para a importância de uma avaliação multidimensional e multidisciplinar de necessidades de cuidados, constituindo-se este como um passo fundamental nas respostas sociais de centro de dia pois permite identificar as necessidades não cobertas e planear intervenções adequadas, contribuindo assim, para a qualidade das respostas sociais e, conseqüentemente, para a qualidade de vida do idoso e do seu cuidador informal (Barreiros, 2013).

Relativamente à utilização dos Centros de dia, quando questionados sobre a decisão de integrar esta resposta social, em mais de metade dos casos a tomada de decisão foi da própria pessoa mais velha (54%) e em aproximadamente um terço dos casos, a decisão foi tomada pelos filhos (30%). Estes resultados vão ao encontro dos observados por Pereira (2015) na medida em que, quando analisadas as questões que reportaram a tomada de decisão de frequentar o centro de dia, o autor verificou que a maioria dos idosos está no centro de dia de livre vontade, ainda que outros frequentem a resposta social porque foram “obrigados” a aceitar ou conformaram-se com a decisão que a família tomou por eles. Relativamente aos motivos que levaram as pessoas idosas a integrar os centros de dia, os participantes do nosso estudo destacaram o facto de estarem e se sentirem sozinhos (43%), por sentirem necessidade de convívio (24%) ou apresentarem problemas de saúde (19%). De acordo com Ussel (2001), existe uma forte relação entre a viuvez e a solidão na população idosa. Desta forma, os dois primeiros motivos podem em parte ser explicados pela percentagem elevada de pessoas viúvas (68%). Por outro lado, Teixeira e Martín (2016) destacam que uma das principais motivações para a procura de um centro de dia está relacionada com questões de saúde, ou seja, as pessoas procuram esta resposta com o objetivo de beneficiarem de serviços de acompanhamento, atenção médica e de enfermagem.

Relativamente aos serviços utilizados antes da suspensão/encerramento dos Centros de Dia, verifica-se que a maior parte dos participantes usufruíam dos serviços de transporte e refeição e que uma parte significativa participava nas atividades de convívio/ocupação de



natureza religiosa, atividade física/ginástica, atividades lúdicas, estimulação cognitiva e atividades sensoriais. Cerca de um terço dos participantes beneficiavam dos cuidados de higiene e imagem e do tratamento de roupas. Este resultado pode ser enquadrado tendo em consideração a proposta de Teixeira e Martín (2016) na medida em que os autores referem que os utilizadores do Centro de Dia procuram a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente alimentares, bem como a participação em atividades, sejam de carácter lúdico ou de estimulação. Gomes (2013) verificou igualmente que a maior parte dos participantes do seu estudo, sendo utilizadores do Centro de Dia, beneficiava dos serviços de transporte do Centro para se deslocarem, serviço da alimentação, companhia e atividades de animação.

Analisando o período/efeitos do encerramento/suspensão dos centros de dia, quando questionados sobre este assunto, 65% dos participantes manifestou a sua concordância com a medida que decretou a suspensão/encerramento dos mesmos. Este aspeto verifica-se igualmente no estudo de Monteiro et al. (2021) uma vez que os participantes manifestaram igualmente compreensão face às medidas adotadas pela instituição, nomeadamente o encerramento da valência de centro de dia. Relativamente às razões que parecem ter levado os participantes do nosso estudo a concordarem com a suspensão/encerramento, estas parecem estar relacionadas com o receio do covid-19 (34,4%), verificando-se que mais de metade dos participantes (53%) registou sentimentos negativos como tristeza e desânimo na sequência encerramento/suspensão dos Centros de dia. Sobre este assunto, o estudo de Monteiro et al. (2021) parece ser coerente com esta tendência uma vez que os participantes, quando questionados sobre a forma como lidaram com o recolhimento em suas casas, uns expressaram discursos de resignação/aceitação e outros referiram dificuldades de adaptação ao confinamento domiciliário. Mais especificamente, os entrevistados revelaram compreensão face às medidas adotadas, nomeadamente o encerramento da resposta de centro de dia, mas revelaram sentimentos de tristeza.

Um outro resultado importante está relacionado com o facto de a generalidade dos participantes (99%) ter compreendido o que estava a acontecer quando foram informados das alterações. Sobre este assunto, Abreu (2021) assinala que, numa fase inicial do período pandémico, se procurou partilhar informações verdadeiras, estabelecendo um suporte baseado na empatia e no cuidado. O objetivo foi o de sensibilizar para o fenómeno, transmitindo conteúdo real acerca do que se estava a passar, ainda que muita da informação disponível fosse algo pobre em termos de previsibilidade da evolução da doença. Dito de outro modo, apesar de haver muita informação disponível, a imprevisibilidade acerca da propagação do vírus era muito grande, sobretudo nas primeiras semanas.

Paralelamente, 85% da nossa amostra considerou a medida necessária para a segurança de todos. Este nosso resultado parece também ser coerente com os achados de Barbosa et al. (2021) na medida em que se observou que as mudanças realizadas nas instituições associadas à pandemia Covid-19 foram consideradas pelas pessoas mais velhas que beneficiavam dos serviços como sendo mudanças necessárias, eficientes, de responsabilidade e importantes para a segurança de todos no momento de pandemia. Os utilizadores do Centro de dia no estudo de Monteiro et al. (2021) também consideram o isolamento domiciliário como uma medida de prevenção e proteção eficaz no combate à Covid-19, sobretudo pelas preocupações que demonstravam com o elevado número de idosos infetados e de mortes que se verificaram em ERPI.

No que diz respeito ao apoio prestado pela Instituição durante o encerramento/suspensão dos Centros de Dia, os mais destacados pelos participantes foram a domicilição do serviço (90%), o reforço da ajuda alimentar (81%), a adaptação das atividades para funcionamento “à distância” (55%) e o apoio na higiene pessoal (51%).

Neste contexto, o estudo de Martins e Pinto (2021) parece corroborar esta tendência ao destacar que no caso dos Centros de dia, a medida mais adotada pelas IPSS face à suspensão ou redução de serviços ou resposta sociais foi a domicilição dos mesmos. Outra das medidas adotadas pelas instituições foi o reforço da ajuda alimentar, seja via entrega de bens alimentares seja via aumento do número de refeições servidas. Para além disso, a adaptação das atividades para funcionamento à distância foi também referida, tendo sido desenvolvidas iniciativas com recurso a videoconferência, chamadas telefónicas periódicas, criação de plataformas digitais e adaptação dos materiais didáticos. Importa referir que, de acordo com os autores, esta medida visou cumprir dois objetivos principais: por um lado, o reforço da comunicação com os utentes e, por outro, a substituição de atividades presenciais, como aulas ou atividades lúdicas. Martins e Pinto (2021) fazem ainda referencia a outras medidas adotadas pelas instituições, como sendo o apoio aos utentes em tarefas como fazer compras, ir à farmácia, centro de saúde, apoiar na limpeza de casa e higiene pessoal, bem como administração terapêutica. No estudo de Monteiro et al. (2021) também foi destacado que após o encerramento dos centros de dia, as instituições definiram estratégias de acompanhamento tais como o acompanhamento psicossocial (visitas domiciliárias; atualização de diagnósticos sociais e articulação o serviço de apoio), serviço de entrega e apoio nas refeições, serviço de higiene pessoal e imagem, serviços de compras, animação sociocultural (entrega de atividades) e articulação com os serviços de saúde (pedido de medicação, marcação de exames e consultas).

Quando questionados sobre os serviços do Centro de Dia de que sentiram mais falta, os participantes do presente estudo destacaram de forma clara o convívio (63%) e a realização de

atividades de estimulação e lúdicas (22%). Este resultado parece ser reforçado pelas evidências reunidas por Monteiro et al. (2021) na medida em que com o encerramento do centro de dia, todos os entrevistados destacaram a falta de convívio e sentimentos de solidão e tristeza, tendo sentido a necessidade de procederem a uma adaptação às “novas” rotinas, diferentes das “velhas” rotinas associadas aos Centros de Dia.

No que se refere ao apoio prestado pela família, verifica-se que 76,7% dos participantes do presente estudo contou com o apoio dos filhos. Relativamente ao tipo de apoio prestado, 66% dos participantes recebeu apoio material/económico, 61% apoio afetivo, 49% beneficiou de interação social positiva e 40% de apoio emocional. Aproximadamente 6% dos participantes receberam ainda outros tipos de apoio, como sendo apoio na criação de uma rotina dentro de casa de modo que os dias fossem mais estruturados, companhia noturna e refeições, apoio nas compras, convívio e jogos, videochamada e telefonemas. Este “acréscimo” de apoio necessário aos familiares mais velhos na sequência do encerramento/suspensão do Centro de Dia parece ter sido sentido pelas famílias como uma sobrecarga (Martins & Pinto, 2021). Por outro lado, Pisula et al. (2021) assinalam que no contexto de pandemia os familiares foram uma figura motivadora para os idosos, verificando-se uma relação de ajuda mútua, ou seja, os idosos realizavam atividades de apoio aos seus familiares e estes assumiam a responsabilidade de atividades que evitassem a saída dos idosos de suas casas, minimizando deste modo a risco de infeção.

Neste sentido, os participantes apontaram como principais dificuldades sentidas no período de encerramento/suspensão dos Centros de Dia, a ocupação do tempo (70%), sentimentos de solidão (65%), agravamento geral do estado de saúde (50%), agravamento da saúde mental/cognitiva preexistente (30%) e sentimentos de tristeza (30%). No estudo de Martins e Pinto (2021) as principais razões que afetaram “muito” ou “bastante” os utentes das instituições parecem ter estado relacionadas com as consequências do isolamento (66,2%), nas quais se incluem efeitos psicológicos tais como solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo. Ao nível das consequências para a saúde, verificaram-se três razões, o agravamento de doença mental ou cognitiva preexistente, regressão da capacidade locomotora e agravamento geral do estado de saúde.

De igual modo, Barbosa et al. (2021) acrescenta que as restrições e/ou distanciamento social necessários para minimizar a probabilidade de contágio geraram um grande impacto na vida social e bem-estar biopsicossocial das famílias e pessoas idosas. No que diz respeito à ocupação dos dias durante o período de encerramento/suspensão dos centros de dia, as atividades mais destacadas foram ver televisão (62%) e rezar (24%), o que vai ao encontro da investigação prévia. Luísa (2021) refere que os participantes do seu estudo referiram que a

televisão e telefone se constituíram como os seus “amigos”. Quanto à reza, Monteiro et al. (2021) salienta que a dimensão da espiritualidade e da religiosidade surge como central nos discursos dos seus entrevistados, seja devido ao processo de confinamento a que estiveram sujeitos, seja pela sensação de limitação dos hábitos e práticas religiosas enquanto atividades do dia-a-dia.

Nesta linha, Monteiro et al. (2021) salientam que os Centros de dia e os seus profissionais valorizaram a promoção de atividades que estimulasse os idosos no seu domicílio (ex., atividades lúdicas e informativas sobre a temática, oferta de máscaras, lavagem de mãos, distanciamento social, entre outros) e a adoção de estratégias alternativas de comunicação através de dispositivos móveis promovendo deste modo o envelhecimento ativo e saudável e minimizando os impactos do isolamento social e da solidão. Por seu turno, no estudo de Marrocos et al. (2021) é evidente que a rotina dos idosos sofreu alterações em consequência das medidas de isolamento social e distanciamento físico que condicionaram o exercício da sua autonomia, especialmente o facto de não poderem exercer a sua vida social com amigos e familiares. Todavia, durante este período algumas pessoas mais velhas desenvolveram outras habilidades, tais como a utilização da tecnologia e/ou apostaram em atividades que promovessem o seu bem-estar cognitivo.

No que se refere ao período de reabertura da atividade presencial dos centros de dia, todos os participantes concordaram com a reabertura dos mesmos. De uma forma geral a preocupação residiu na garantia de condições de segurança para a reabertura. Com efeito, o estudo Monteiro et al. (2021) sugere que, em determinado momento, os idosos estavam pouco esperançosos relativamente à abertura pois reconheciam um clima de incerteza social. Havia, no entanto, idosos que manifestavam esperança que a situação melhorasse e fosse possível retomar a normalidade após a vacinação. Também Barbosa et al. (2021), ao entrevistar os familiares sobre as mudanças realizadas nas instituições para prevenção do contágio por Covid-19, verificaram que todos os participantes consideraram as mudanças necessárias, eficientes, de responsabilidade e importantes para a segurança de todos no momento de pandemia.

Relativamente às razões pelas quais concordaram com a reabertura dos Centros de Dia, os resultados obtidos parecem estar alinhados com os achados de Monteiro et al. (2021) na medida em que os participantes do seu estudo referiram que o centro de dia representa nas suas vidas um espaço em que existe convívio, em que o tempo é passado com atividades organizadas de acordo com os seus interesses e que contribuem para o seu bem-estar físico, psicológico e social. Além disso, é promovido um sentido de pertença relevante de modo que o centro de dia é descrito como uma casa onde se sentem acolhidos e onde veem as suas necessidades satisfeitas. Todavia, demonstraram preocupação com o futuro do centro de dia,

sobretudo pelo facto de ser um espaço partilhado com a ERPI e, portanto, o receio do contágio ser maior. Relativamente ao grau de concordância sobre as medidas definidas para que a reabertura dos centros de dia decorresse com segurança, verifica-se que a generalidade dos participantes concordou com as medidas definidas o que poderá sugerir a efetiva necessidade de regressar ao Centro de Dia.

Nesta linha, e no que se refere aos contributos do Centro de Dia para a qualidade de vida dos participantes, 93,9% referem que as atividades desenvolvidas nesta resposta social contribuem para a sua qualidade de vida. A análise das questões abertas do questionário de recolha de dados permitiu ainda perceber que 60 participantes consideraram que o centro de dia contribui para a satisfação das suas necessidades, promove a aquisição de novos conhecimentos e a ocupação com tarefas significativas; 23 participantes destacaram que o centro de dia contribui para um sentimento de satisfação e felicidade e 9 participantes salientaram que o centro de dia é uma resposta que contribui para a saúde física e mental dos utilizadores. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Farinha (2015) em que todos os participantes do estudo mencionaram que a frequência do centro de dia influencia a sua qualidade de vida pois contribui para a satisfação das suas necessidades, promove a aquisição de novos conhecimentos e permite ocupar os seus dias com atividades significativas. Referem ainda que o Centro de Dia tem uma forte importância nas suas vidas, pois sentem-se mais acompanhados e têm a possibilidade de participar em atividades de lazer, entretenimento e convívio, assim como acesso aos serviços que o centro de dia disponibiliza. Também Monteiro et al. (2021) referem que os participantes descrevem o centro de dia como uma casa onde se sentem bem e acolhidos e onde veem as suas necessidades satisfeitas.

No estudo de Farinha (2015) é ainda assinalado pelos participantes que estar num centro de dia proporciona sentimentos de satisfação com a vida em geral e existe a possibilidade de manter, desenvolver e/ou melhorar as suas funções físicas e/ou mentais, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as AVD e a interação social. O facto de 93,9% referir que as atividades desenvolvidas em Centros de Dia contribuem para a sua qualidade de vida, este achado vai ao encontro de Schmitt et al., (2010), ao defender que a frequência em Centros de Dia, independentemente da sua tipologia, permite aos utentes beneficiar da melhoria da qualidade de vida.

Quando questionados sobre os pontos fortes dos Centro de Dia, os participantes do nosso estudo destacam a possibilidade de convívio/companhia (37%), atendimento/serviços disponibilizada (35%) e a realização de atividades de estimulação (física e cognitiva) e lúdicas (19%). Ou seja, aquilo que os participantes apresentam como pontos fortes vai ao encontro dos serviços que este tipo de resposta social disponibiliza. Sobre este assunto, Orellana et al. (2020)

referem que Centros de Dia disponibilizam contacto social, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, enquanto Farinha (2014) acrescenta a possibilidade de terem também serviços e atendimento personalizado e variado.

No que diz respeito aos pontos fracos, os participantes destacam os serviços partilhados por outras respostas sociais (31,1%), a mensalidade elevada (14,1%) e o serviço de alimentação (9,1%). A este propósito, Monteiro et al. (2021) assinala que as pessoas mais velhas entrevistadas demonstraram preocupação com o futuro do Centro de Dia, sobretudo com questões relacionadas com o facto de ser um espaço partilhado com a ERPI pelo receio de contágio. Relativamente à mensalidade elevada e ao serviço de alimentação se constituírem como um dos pontos fracos apontados pelos participantes do nosso estudo, de acordo com Farinha (2015) estes aspetos, apesar de serem positivamente avaliados pelas pessoas mais velhas, beneficiariam no seu entender de melhorias. Dito de outro modo, as pessoas mais velhas referem que a alimentação deveria ser melhorada, assim como o valor da prestação cobrada por ser demasiado “cara”.

No que se refere às expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia, os participantes consideram muito importantes para o futuro destas respostas sociais os seguintes aspetos: cuidar da saúde e bem-estar dos recursos humanos (91%); manter protocolos de segurança, tais como o uso de testes covid-19, equipamentos de proteção pessoal e distanciamento social (55%); melhorar o acesso dos utilizadores à tecnologia (41%) e continuar com o desenvolvimento e implementação de iniciativas inovadoras e de formas alternativas de resposta às necessidades que emergiram com a pandemia (32%). Estas expectativas parecem ser coerentes com as recomendações traçadas por Martins e Pinto (2021) para o setor das IPSS portuguesas o que de alguma forma reforça a importância dos aspetos salientados pelos participantes.

Por fim, em termos de qualidade de vida avaliada no momento pós-pandemia para o total da amostra, verificamos que os domínios da qualidade de vida com melhor pontuação foram os domínios psicológico ( $M=63,13$ ;  $dp=15,18$ ) e ambiente ( $M=63,18$ ;  $dp=12,63$ ). Estes resultados parecem-nos particularmente relevantes considerando o período de pandemia vivido. O valor médio obtido no domínio psicológico poderá em parte ser explicado pelo facto de, durante este período os participantes terem recebido apoio por parte de familiares e/ou amigos, para além dos mecanismos ativados pelos Centros de Dia de modo a assegurar a prestação de cuidados no domicílio. No que diz respeito ao domínio ambiente, o valor médio obtido poderá também ser explicado pela satisfação dos participantes relativamente ao contexto.

Nesta linha, e de acordo com Faria e Patiño (2022), é possível afirmar que a qualidade das relações familiares e o acolhimento das práticas profissionais contribuem como fatores de proteção ou de risco para os idosos durante a pandemia. Assim, as dinâmicas familiares e de vizinhança determinam, em parte, a qualidade das redes de apoio, solidariedade e proteção, fundamentais em um contexto de crise. Com efeito, no nosso estudo os resultados parecem apontar para o facto de estas relações contribuírem positivamente para a qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Assim, o encerramento/suspensão da atividade presencial dos Centros de dia parece ter reforçado a interação (desejada/ou não) da família com as pessoas mais velhas devido ao período de confinamento decretado o que por sua vez poderá ter contribuído para o reforço das relações e para melhores indicadores no domínio psicológico. Sobre este assunto, Gomes et al. (2020) destacam que através das respostas dos idosos face aos factos vividos durante a pandemia, entrelaçaram-se entre as condições sociais e físicas, ou seja, a maior parte focou na falta de liberdade e de autonomia para seguir a sua vida rotineira. Este aspeto poderá justificar os resultados obtidos em termos do domínio social, isto é, algumas pessoas mais velhas parecem ter encarado o período de confinamento como algo que condicionou a sua liberdade individual - frequentemente referida como “prisão” (Gomes, 2020).

Relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função de características específicas, verificamos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas em função da idade, é o grupo com 80 ou anos aquele que apresenta valores mais elevados de qualidade de vida em quase todos os domínios quando comparado com o grupo dos 65-79 anos. Este resultado parece reforçar evidências prévias uma vez que a investigação sugere que a qualidade de vida não diminui necessariamente com a idade. Maués et al. (2010) compararam indicadores de qualidade de vida em idosos jovens e idosos mais velhos, tendo observado bons indicadores de qualidade de vida na população estudada, bem como o facto de que a qualidade de vida parece não decair com a idade.

No que concerne às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função do género, verifica-se que são os homens quem apresenta valores mais elevados em todos os domínios, à exceção do domínio ambiente. Estes resultados parecem ir ao encontro da literatura recente sobre este assunto. Aguilar et al. (2009) verificaram que as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver pontuações médias inferiores de qualidade de vida em relação ao sexo masculino, sendo que no estudo de Daniel et al. (2018) se afirma que as mulheres apresentam piores resultados de qualidade de vida quando comparadas com os homens. De igual modo, no estudo de Correria (2014) os dados obtidos revelam que é o género masculino aquele que apresenta melhores perceções de qualidade de vida na generalidade das dimensões.

No estudo de Estevão (2017), desenvolvido com 21 participantes do género masculino e 20 do género feminino, a autora verificou que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao género, sendo que os homens apresentaram uma melhor qualidade de vida quando comparados com as mulheres. Por sua vez, de acordo com Fernandes et al. (2019), os fatores relacionados como o género são um importante contributo para explicar as diferenças que se acentuam durante o processo de envelhecimento, destacando que o sexo masculino é fisicamente mais forte e apresenta menos dificuldades, mas tem uma mortalidade mais elevada em todas as idades, comparativamente ao sexo feminino.

No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função do perfil de residência, ou seja, se vive sozinho ou com outras pessoas, os resultados apontaram para diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, no domínio das relações sociais, sendo que os participantes que vivem com outras pessoas manifestaram indicadores de qualidade de vida mais elevados do que os que residiam sozinhos. Também no estudo de Correia (2014), os resultados obtidos em termos de qualidade de vida são mais favoráveis em todas as dimensões para pessoas que vivem acompanhadas, ou seja, que vivem com o conjugue, os filhos ou outros membros da família. De igual modo, Fonseca (2006) sugere que as relações sociais se constituem como uma dimensão fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos. Com efeito, a importância da família e das relações tem sido genericamente reconhecida nos estudos sociais e gerontológicos como um aspeto fundamental para a qualidade de vida (Correia, 2014).

Pensando no grupo com 80 ou mais anos, idade predominantemente da nossa amostra, os resultados apontam também para melhores indicadores de qualidade de vida no domínio psicológico ( $M=63,51$ ;  $dp=16,26$ ) e no domínio ambiente ( $M=63,11$ ;  $dp=14,18$ ) e indicadores ligeiramente mais negativos no domínio das relações sociais ( $M=52,83$ ;  $dp=22,71$ ) e domínio físico ( $M=51,61$ ;  $dp=17,67$ ).

Com efeito, o facto de os resultados apontarem para melhores indicadores de qualidade de vida no domínio psicológico e domínio ambiente parece constituir-se como um resultado inesperado comparativamente ao que demonstra a investigação prévia sobre este assunto, no entanto temos de ter presente que a avaliação da qualidade de vida decorreu num período muito particular – durante o período de pandemia covid-19.

Assim, os valores obtidos no que diz respeito ao domínio psicológico poderão ser explicados, ainda que parcialmente, pelo facto de 61% dos participantes referir que teve apoio afetivo e 40% ter manifestado ter recebido apoio emocional durante este período. Deste modo, para além dos mecanismos ativados pelos Centros de Dia de modo a assegurar a prestação de cuidados no domicílio, também o apoio da família e amigos se revelou fundamental. De acordo



com Faria et al. (2022), a qualidade das relações familiares e o acolhimento das práticas profissionais contribuem como fatores de proteção ou de risco para os idosos durante a pandemia, pelo que no presente estudo estas relações parecem ter tido um efeito positivo na percepção de qualidade de vida dos participantes.

Por sua vez, no que diz respeito ao domínio ambiente, verificamos que apresentou também valores elevados. Tal poderá estar relacionado com o facto de os participantes se encontrarem satisfeitos com o contexto/ambiente de vida, isto é, com a sua casa e comunidade envolvente.

Por outro lado, encontramos indicadores ligeiramente mais baixos no domínio das relações sociais ( $M=52,83$ ;  $dp=22,71$ ) e no domínio físico ( $M=51,61$ ;  $dp=17,67$ ). Sobre estes resultados, é importante ter em consideração que a recolha de dados decorreu após a reabertura dos Centros de Dia, no entanto, o período em que os participantes estiveram em confinamento poderá ter influenciado as suas relações sociais. A este propósito, o estudo de Gomes et al., (2020) destaca que, face aos acontecimentos experienciados durante a pandemia, em que se entrelaçaram as condições físicas e sociais das pessoas, as pessoas mais velhas destacavam sobretudo a falta de liberdade e de autonomia para gerirem as suas rotinas de vida diária. Neste estudo, a dimensão mais afetada foi igualmente a dimensão das relações sociais, (Gomes., 2020), o que parece reforçar os resultados obtidos. As pontuações médias relativamente baixas nesta dimensão poderão também ser parcialmente explicada pelo momento histórico vivido, isto é, com o surgimento da Covid-19 em março de 2020, o Governo português decretou uma série de medidas para proteger a população e minimizar o risco de propagação do vírus – como sento o encerramento/suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia. De algum modo, estas medidas poderão ter afetado as relações sociais das pessoas mais velhas durante (e após) o período de confinamento.

Nesta linha, é importante agora refletir sobre o efeito destes acontecimentos (o encerramento/suspensão e reabertura da atividade presencial dos Centros de Dia em contexto de pandemia Covid-19) neste ponto específico do tempo histórico e das vidas humanas. Dito de outro modo, é importante discutirmos os principais resultados do estudo desenvolvido tendo em consideração os princípios da Perspetiva *Life-course* (Elder, 1974) e considerando-os como a “lente” para uma leitura macro da experiência de envelhecimento no quadro da Pandemia covid-19.

A este propósito, a publicação de Settersten et al. (2020) oferece um excelente contributo para refletir sobre esta questão na medida em que considera que a pandemia Covid-19 parece ter abalado alguns pressupostos fundamentais sobre o curso de vida, em particular relacionados com os indivíduos, as famílias e as populações. No ensaio desenvolvido, os autores

exploram as implicações da pandemia nas transições e trajetórias de vida, dentro e entre domínios centrais da vida em sociedade, como sendo a saúde, as relações sociais e familiares, a educação ou o emprego. Analisam a relação entre ser infetado pelo vírus ou estar ligado a alguém que ficou infetado e as consequências sociais, económicas, culturais e psicológicas da pandemia.

Considerando os resultados da presente investigação, estes apontaram para consequências negativas decorrentes do período de encerramento/suspensão dos Centros de Dia, no entanto, verificamos que as pessoas mais velhas não experienciaram todas da mesma forma este período das suas vidas. A título de exemplo, alguns participantes destacaram a falta de determinados serviços, e outros não; alguns enfatizaram as dificuldades sentidas no período do encerramento/suspensão, enquanto outros referiram não sentir qualquer tipo de dificuldade. No que diz respeito à qualidade de vida, percebemos ainda que quem recebeu apoio afetivo por parte da sua rede de relações apresentou melhores indicadores de qualidade de vida; o mesmo aconteceu com os participantes que não se sentiram sós.

Face ao exposto, é importante procurarmos perceber por que razão um grupo de pessoas, com características similares e que experienciou o mesmo “fenómeno”, não o vivenciaram da mesma forma. É aqui que a Perspetiva *Life-course* (Elder, 1974) pode dar um contributo especialmente útil.

Assim sendo, de acordo com Settersten (2006), esta Perspetiva representa uma abordagem teórica bastante adequada para compreender questões relacionadas com a continuidade e mudanças na vida adulta, bem como os contextos sociais que estruturam as conexões entre vidas, tempo e lugar. Para além disso, é importante considerar os principais pressupostos teóricos desta abordagem: (1) Interação entre vidas e tempo histórico, ou seja, o desenvolvimento individual deve ser lido á luz do contexto histórico em que decorre; (2) Timing das vidas, ou seja, entende-se que determinados papéis e comportamento estão associados a determinados grupos de idade. (3) Vida ligadas ou interdependentes - um aspeto nuclear na perspetiva do curso de vida pois enfatiza a interdependência das vidas humana e as formas pelas quais as pessoas estão ligadas; (4) Agência Humana (human agency) em fazer escolhas - conceito fundamental que assume o curso de vida individual e que se constrói a partir das escolhas e ações individuais tomadas no contexto dos constrangimentos históricos e circunstâncias sociais; (5) Diversidade nas trajetórias de curso de vida, isto é existe uma enorme diversidade em termos dos percursos de vida individuais e esta decorre das variações em termos de coorte, classe social, cultura, género e agência individual; (6) Risco desenvolvimental e proteção – à medida que a perspetiva do curso de vida evolui foi sendo dado maior ênfase ás ligações entre os eventos de vida e transições na infância, adolescência e idade adulta (Hutchison, 2010).

Deste modo, refletindo nestes pressupostos, é possível compreender a heterogeneidade de experiências relativamente ao período de encerramento/suspensão dos centros de dia, isto é, percebemos por que razão algumas pessoas ultrapassaram/se adaptaram melhor ao período em questão do que outras. Dito de outro modo, esta adaptação não dependeu unicamente dos participantes, mas também de um conjunto de fatores, como por exemplo o estatuto sociodemográfico, condições de habitação, rendimentos, redes sociais de suporte, acesso a cuidados de saúde, entre outros.

Nesta linha, Settersten et al. (2020) defendem ainda que os indivíduos têm diferentes suscetibilidades às consequências sociais e económicas da pandemia, dependendo das suas experiências anteriores. Para os autores, as pessoas de diferentes idades são marcadas de forma diferente, não apenas porque estão em períodos distintos de desenvolvimento, mas porque as suas vidas se encontram marcadas por experiências históricas anteriores. Assim, se por um lado a pandemia evidenciou que não temos todos as mesmas condições, por outro deixou claro que os vários domínios da vida, como a saúde, família, trabalho e educação, estão inter-relacionados e se influenciam mutuamente.

Para além disso, ao enfatizar o tempo, a perspetiva de curso de vida convida a comparações diacrónicas (baseadas no tempo) em vez de sincrónicas (point-in-time), ou seja, os efeitos da pandemia poderão depender em função da idade ou fase da vida mais ou menos vulnerável ou sensível a certos tipos de efeitos. No caso particular das pessoas mais velhas (e utilizadoras da resposta social de Centro de Dia), como os riscos de saúde mais graves estiveram fortemente associados à velhice, também as consequências em termos de atividades diárias, papéis sociais e vulnerabilidade social e económica foram mais marcadas.

Numa outra perspetiva, esta situação convida igualmente a olhar para além da idade cronológica e a ter em consideração o tempo biográfico e histórico das vidas humanas. Dito de outro modo, ainda que algumas consequências da pandemia se tivessem revelado mais gravosas para as pessoas mais velhas, a pandemia pôs em evidência o modo como os indivíduos se revestem de recursos diferentes para lidar com o vírus e com as consequências sociais e económicas da pandemia, dependendo das suas experiências de vida anteriores.

Um outro aspeto importante prende-se ainda com a questão das desigualdades acumuladas ao longo do curso de vida que afetam os grupos de pessoas de forma diferenciada com base na idade, género, raça e etnia, classe social e outras categorias sociais. A estabilidade na vida humana é frágil e depende frequentemente de instituições sociais, governos e políticas que trabalham em conjunto e lidam com vulnerabilidades e desigualdades sistémicas ao longo da vida. Neste sentido, é importante ter presente que existe um tempo antes da Covid-19 e um

tempo depois da pandemia, pelo que é o momento de refletir sobre os efeitos deste evento na vida dos indivíduos, famílias e grupos (Settersten et al., 2020).

Neste contexto, e tendo em consideração que nem todas as pessoas partem das mesmas circunstâncias, cabe à política social promover condições de equidade entre os cidadãos ao longo do percurso de vida. Com o presente estudo, e através das perceções dos participantes, verificamos que a resposta social de Centro de dia é fundamental para a vida das pessoas mais velhas, e particular para as que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade, mas que necessita de se ajustar às necessidades e expectativas da população. Assim, é importante que os Centros de Dia do futuro adotem algumas das seguintes medidas: funcionar aos fins de semana, promover atividades de lazer e culturais, melhorar espaços/instalações, entre outras. Igualmente importante é que estas respostas sociais sejam capazes de cuidar da saúde e bem-estar dos recursos humanos, manter protocolos de segurança, melhorar o acesso dos utilizadores à tecnologia, continuar a criação e implementação de iniciativas inovadoras e de formas alternativas de resposta às necessidades que emergiram com a pandemia.

Com efeito, é importante considerar que a pandemia poderá ter exercido uma pressão económica acrescida sobre os serviços de proteção social e de saúde, mas que tal não pode justificar uma reação negativa aos programas sociais e às principais políticas redistributivas. Pelo contrário, na sequência da pandemia Covid-19 é fundamental recordar que o bem-estar e a qualidade de vida das populações não são apenas uma questão de recursos económicos, dependem em grande medida do equilíbrio estabelecido entre o trabalho e a vida privada, das relações sociais, de uma boa saúde mental, de condições de vida confortáveis, da confiança na política e no funcionamento das instituições sociais e dos governos, bem como de uma sociedade civil forte e orientada para apoiar os grupos que, por variadas razões, se possam encontrar em situações de vulnerabilidade acrescida (Settersten et al., 2020).

Em síntese, a Perspetiva de curso de vida (Elder, 1974) demonstra-se, neste contexto, particularmente útil para promover uma maior consciência da sociedade civil para a interdependência entre os vários domínios da vida e, por consequência, para o facto de que as instituições e políticas sociais podem reproduzir e até aprofundar as desigualdades entre e dentro das gerações. Importa, por isso, refletir sobre como os sistemas podem ser redesenhados para fazer face às desvantagens persistentes associadas ao género, raça, idade, classe social, e outras categorias sociais que, tão frequentemente, penalizam as pessoas mais velhas.

**CONCLUSÃO**



Conforme tivemos oportunidade de evidenciar ao longo da presente dissertação, o número de pessoas com 65 ou mais anos em Portugal tem tendência a aumentar progressivamente e esta é uma conquista muito relevante do séc. XXI. Uma conquista e, simultaneamente, um desafio (Cabral et al., 2017).

Com a presente investigação verificamos que as políticas públicas e, em particular as políticas sociais no âmbito do envelhecimento apresentam uma relação de proximidade com a longevidade, dedicando-se a resolver os problemas emergentes do envelhecimento, com vista a assegurar a dignidade da pessoa idosa e a potenciar um envelhecimento bem-sucedido pautado por níveis satisfatórios de bem-estar e qualidade de vida. Um dos mecanismos usados são as respostas sociais e, de ente estas, o Centro de Dia – alvo de análise na presente investigação.

Sabendo que, no seguimento da Pandemia Covid-19, foi decretado pelo Governo português o encerramento/suspensão da atividade presencial desta resposta social e que, por consequência, os seus utilizadores foram confrontados com a necessidade de se resguardarem nos seus domicílios, o presente estudo procurou reunir evidências que permitissem caracterizar a perspetiva das pessoas mais velhas relativamente ao encerramento/suspensão dos centros de dia durante a pandemia covid-19 e analisar a qualidade de vida deste grupo. Assim, e face aos resultados obtidos, é possível afirmar-se que os Centros de dia têm um papel fundamental na promoção do bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas.

Mais especificamente, através dos resultados obtidos e respetiva interpretação à luz da teoria e investigação no domínio, foi possível verificar que a generalidade dos participantes (93,9%) reconhece o papel fundamental desta resposta social para a sua qualidade de vida, destacando a satisfação de necessidades, a possibilidade de desenvolver novos conhecimentos e competências, a ocupação com tarefas significativas, a promoção da saúde física e mental e, em última análise, a promoção de sentimentos de satisfação, felicidade e bem-estar.

Relativamente aos períodos de encerramento/suspensão dos Centros de dia, os resultados apontaram para uma série de consequências negativas decorrentes desse mesmo período e, por contraponto, diversos aspetos positivos na sequência da reabertura desta resposta. Compreender a diversidade de experiências inerente a esta situação é, naturalmente, muito desafiante, pelo que recorreremos à Perspetiva de curso de vida (Elder, 1974) para orientar a análise efetuada. Deste modo foi possível perceber que a forma como os participantes lidaram com os períodos de encerramento/suspensão e de reabertura dos Centros de Dia dependeu de uma diversidade de fatores – desde fatores individuais, a fatores contextuais, como sendo o meio em que a pessoa vive ou as suas redes sociais de suporte.

Neste sentido, a Perspetiva de curso de vida (Elder, 1974) revelou-se particularmente útil para explicar a heterogeneidade das experiências descritas pelos participantes, ou seja, permitiu compreender um pouco melhor o facto de que nem todas as pessoas lidam com os acontecimentos da mesma forma e que é preciso ter em consideração que para algumas pessoas esta foi uma experiência muito difícil, enquanto para outras se revelou uma transição menos dolorosa.

Para além disso, o presente estudo apontou também de uma forma clara para a necessidade de atender às diferenças de género em idades mais avançadas. Como sabemos, envelhecer é também diferente em função do género, pelo que importa dar uma atenção particular a este aspeto. Neste sentido, o Centro de dia necessita de atender às diferenças de género em idades mais avançadas, isto é, de se adaptar melhor às pessoas mais velhas. Para o fazer poderá apostar na personalização dos serviços de modo que seja possível responder às suas necessidades e expectativas.

No que se refere à qualidade de vida percecionada pelo total dos participantes, a mesma revelou valores médios satisfatórios ( $M=54,75$ ;  $dp=18,01$ ), sobretudo se atendermos às circunstâncias vividas no momento de recolha de dados – situação pós-pandemia Covid-19. Relativamente a este assunto, o papel dos Gerontólogos Sociais em Centros de dia revelou-se muito importante no sentido de garantir a qualidade de vida das pessoas mais velhas, especialmente no período de encerramento/suspensão dos Centros de dia. Todavia, o exercício da sua prática profissional teve de sofrer ajustamentos de uma forma muito rápida face às exigências da situação. Lima et al. (2020) refere inclusivamente que as atividades desenvolvidas pelos Gerontólogos no referido contexto foram indicativas de que é possível (e necessário) continuar o serviço com os idosos apoiados pelos Centros de dia, mesmo em situações de distanciamento social e que este trabalho contribuiu de forma clara para o bem-estar dos idosos, famílias e cuidadores (Lima et al., 2020).

Relativamente à prática gerontológica em contexto pandemia covid-19 e em Centros de dia, Lima et al., (2020) sugerem que o gerontólogo sentiu a necessidade de encontrar soluções criativas e inovadoras de forma a atenuar os efeitos do distanciamento social na saúde das pessoas idosas e a promover o envelhecimento saudável. Foi necessário traçar novos modelos de atendimento, pelo que este profissional realizou algumas adaptações relacionadas com os desafios do período de isolamento social, tais como: a) tele-monitorização; b) partilhar contactos dos idosos do Centro de dia para a manutenção da rede de suporte social; c) desenvolvimento de atividades à distância para os idosos, entre outras. Devido ao distanciamento social, a alternativa mais viável para realizar a monitorização foi através de chamadas telefónicas e videochamadas, o que permitiu ao profissional acompanhar os aspetos



emocionais e relacionados com a saúde, orientar os cuidados à distância, monitorizar os sintomas de covid-19, contribuir para o ajustamento das rotinas de vida diária, tranquilizar em relação à doença, transmitir informação válida e fiável, minimizar os sentimentos de solidão, entre outros aspetos.

Neste contexto, o gerontólogo e a intervenção gerontológica revelaram-se muito importantes para o apoio aos utentes de Centro e dia, sobretudo considerando as circunstâncias que as pessoas mais velhas estavam a viver. A sua capacidade de se reinventarem e inovarem, de encontrarem novas soluções e estratégias foi de facto fundamental (Lima et al., 2020).

Reconhecendo as mais valias do presente estudo, sobretudo face à escassez de investigação neste domínio, é importante dar nota também das suas limitações. Assim, uma das limitações do estudo está relacionada com o processo de amostragem, isto é, o facto de se ter optado por uma amostra não probabilística intencional condiciona a profundidade da generalização de resultados. De igual modo, também a extensão do protocolo de recolha de dados se constitui como uma limitação uma vez que os resultados obtidos poderão ter sido afetados pelo efeito de cansaço dos participantes. Por fim, ainda que tenha havido a preocupação de colocar algumas questões abertas no protocolo de recolha de dados, é certo que uma compreensão mais aprofundada deste fenómeno carece de um processo de recolha de informação com maior detalhe. Neste sentido, os resultados devem ser lidos com alguma cautela.

Posto isto, e no que concerne às implicações do estudo, parece-nos importante reforçar a sua pertinência face à escassez de estudos no domínio. Como sugestões de investigação futura, parece ser pertinente prosseguir com a investigação neste domínio, alargando a outras respostas sociais, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Serviços de Apoio Domiciliário, e aprofundar o nível de análise com recurso a metodologias qualitativas. Poderá revelar-se igualmente interessante explorar o papel dos gerontólogos nos períodos de suspensão/encerramento e reabertura dos Centros de Dia e o seu contributo para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas mais velhas.



## **Referências Bibliográficas**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu (2021). Envelhecimento e pandemia: Vivências e evidências da intervenção em contexto institucional. In J. Pinheiro (Coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares* (pp. 249-259). Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira.
- Afonso, F. (2021). *Envelhecimento, Qualidade de vida e bem-estar na vida diária*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2699/1/Filipa\\_Afonso.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2699/1/Filipa_Afonso.pdf)
- Aguilar, P. S., Navarro, S. R. M., Farina, Y.R., & Martín, M. M. T. (2009). Obesity and health-related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Quality of Life Research*, 18,171-177.
- Almeida, J. (2020). *Covid-19 em Portugal: Fatores associados à não adesão ao primeiro período do confinamento geral através de um estudo transversal*. [Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Nova de Lisboa. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/129608/1/RUN%20-%20Dissertação%20de%20Mestrado%20%20Jorge%20Nuno%20de%20Noronha%20Almeida.pdf>
- Alwin, D. F. & McCammon, R. J. (2003). Generations, cohorts, and social change. In J., Mortimer, M. & Shanahan (Eds.). *Handbook of the life course* (23-49). Kluwer Academic/Plenum.
- André, M. (2021). Capacidade colaborativa e resiliência organizacional ao covid-19: estudo empírico em organizações na área do envelhecimento [Tese de Pós-doutoramento em Sociologia, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade de Lisboa. [https://www.researchgate.net/publication/364329054\\_Capacidade\\_Colaborativa\\_e\\_Resiliencia\\_Organizacional\\_ao\\_Covid-19\\_Estudo\\_empirico\\_em\\_organizacoes\\_na\\_area\\_do\\_envelhecimento\\_Mario\\_Rui\\_Domingues\\_Lopes\\_Andre](https://www.researchgate.net/publication/364329054_Capacidade_Colaborativa_e_Resiliencia_Organizacional_ao_Covid-19_Estudo_empirico_em_organizacoes_na_area_do_envelhecimento_Mario_Rui_Domingues_Lopes_Andre)
- Associação Nacional de Gerontólogos (2017). *Perfil do Gerontólogo*. Associação Nacional de Gerontólogos.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In P. Baltes, & M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34.). New York: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Barbosa, D. A., Schneider, M. T. D., Almeida, E. B., & Lima da Silva, T. B. (2021). Desafios do distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19: Um relato de experiências de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e de um centro de dia Centro de Dia para idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24, 319-342.
- Barreiros, F. (2013). *Necessidades de cuidados no idoso: comparação entre um Centro de Dia e um serviço de apoio domiciliário*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova De Lisboa]. Repositório Aberto da Universidade Nova de Lisboa <https://run.unl.pt/bitstream/10362/13226/1/Barreiros%20Fiipa%20TM%202013.pdf>

- Benet, A. S. (2003). *Los Centros de Día para Personas mayores*. Ediciones de la Universidad de Lleida.
- Bengtson, V. L., Acock, A. C., Allen, K. R., Dilworth-Anderson, P., & Klein, D. M. (Eds.) (2005). *Sourcebook of family theory and research*. SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781412990172>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia: Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direção Geral de Ação Social. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro\\_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Centro_dia/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc/f8de1cb2-a6e8-4137-8a7f-4d76233e58bc)
- Branco, M. (2020). *Necessidades do idoso em Centro de Dia: um estudo qualitativo sobre a perspectiva do próprio, da família e dos técnicos*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31102>
- Cabral, M., Moreira, A., & Ferreira, P. (2017). *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa - Pensões, Família e Cuidados*. ICS - Imprensa de Ciências Sociais.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-22). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J. R., Rijo, D., & Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). In M. C. Canavarro & A. V. Serra (Coord.), *Qualidade de Vida e Saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 4-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M., Quintais, L., Quartilho, M., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1). 15-23. Coimbra.
- Carrilho, M. J., & Craveiro, M. L. (2015). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 54, 57-99.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Centro Internacional de Longevidade.
- Comissão Europeia (2021). *Livro Verde sobre o Envelhecimento*. Comissão Europeia. <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>.
- Correia, T. (2014). *Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18095/1/Tese%20Final%20Teresa%20Correia.pdf>
- Costa, P. (2017). *Gestão da Qualidade de Vida dos Idosos em Centro de Dia: Entre a satisfação e a motivação do idoso*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/9035>

- Coutinho, C. (2022). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª edição). Almedina.
- Daniel, F., Monteiro, R., Antunes, S., Fernandes, R., & Ferreira, P. L. (2018). Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 59-65.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6). <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Decreto-Lei.º 10-A/2020, de 13 de março. Diário da República n.º 52/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-13, páginas 2-13.
- DGS. (2020). Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). LISBOA: Direção Geral da Saúde.
- Dumitru, A., (2018). The Empirical Study of the Social Implications of the Institutionalization in the Elderly. *Euromentor Journal*, 9(2).
- EAPN (2020). *Envelhecimento e políticas sociais em Portugal: que respostas e que futuro? Observatório Nacional da luta contra a pobreza*. <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POL%C3%8DTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>
- Elder, G. (1974). *Children of the great depression: Social change in life experience*. University of Chicago Press.
- Elder, G., Johnson, M. & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. In J., Mortimer & M. Shanahan (Eds). *Handbook of the life course* (3-19). Kluwer Academic/Plenum.
- Estêvão, S. (2017). *Qualidade de vida em idosos em centro de dia e em serviço de apoio domiciliário* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Comunicação Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve]. Repositório aberto da Universidade do Algarve. [https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10692/1/Dissertação Susana Final PDF.pdf](https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10692/1/Dissertação%20Susana%20Final%20PDF.pdf)
- Faria, L., & Patiño, R. A. (2022). Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26.
- Farinha, M. M. S. (2014). *Qualidade de vida do idoso em Centro de Dia: a influência da instituição na perspectiva do utente* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa]. Repositório aberto do Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa [http://repositorio.ulsiada.pt/bitstream/11067/1358/1/mss\\_magda\\_farinha\\_dissertacao.pdf?fbclid=IwAR15fmNGOqee8d2kO6hFGmG\\_6rBgXkxtWTWc6rm7bPJdXhjbhtMts7IQWDM](http://repositorio.ulsiada.pt/bitstream/11067/1358/1/mss_magda_farinha_dissertacao.pdf?fbclid=IwAR15fmNGOqee8d2kO6hFGmG_6rBgXkxtWTWc6rm7bPJdXhjbhtMts7IQWDM)
- Fernandes, A. A., & Burnay, R. (2019). Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 21(2), 17-28.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología social: Una introducción. In R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología social* (pp. 31-54). Ediciones Pirámide.
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P., & Schafer, M. H. (2009). Cumulative inequality theory for research on aging and the life course. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 413–433). Springer Publishing Company.

- Fleck, M. (2006). O projeto WHOQOL: desenvolvimento e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 5-13.
- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Fonseca A. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In Paul, C. & Fonseca, A. (Eds). *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi.
- Fouad, N. A., & Bynner, J. (2008). Work transitions. *American Psychologist*, 63(4), 241–251. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.4.241>
- Fratezi, F. Tronchin, D. (2017). Validation of activities developed in Day Care centers for elderly: subsidies for assessing the quality. *Enfermería Global*, 52, 1695- 6141.
- Gomes, A. I. S. (2013). *O apoio formal em centros de dia na óptica dos utentes* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto). Repositório aberto do Instituto Superior Bissaya Barreto <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28892/1/O%20Apoio%20Formal%20em%20Centros%20de%20Dia%20na%20Óptica%20dos%20Utentes.pdf>
- Gomes, L., Costa, A., Ferreira, W., Costa, A., Rodrigues, G., Pedra, E., Lima, A. & Moraes, C. (2020). Qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia da COVID-19 e expectativa na pós-pandemia. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(28), 9-28.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A. (2006). Promoção da Qualidade de Vida nos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 137-143.
- González, P. & Capilla, E. (2004). *Perfil de los usuarios de un centro de día urbano. Libro de Comunicaciones Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades*. Madrid.
- Greve, W., & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 796–840). John Wiley & Sons, Inc.
- Hendricks J., Hatch L. R. (2009). Theorizing lifestyle: exploring agency and structure in the life course. In V. L. Bengtson, D., Gans, N. Putney, & M. Silverstein (Eds), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 435-454). Springer.
- Hooyman, N., & Kiyak, H. (2011). *Social Gerontology: A multidisciplinary perspective* (9th edition). Pearson Education, Inc.
- Hortelão, A. (2004). *Envelhecimento e Qualidade de Vida. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. *Servir*, 52(3), 119-131. [http://cnis.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-Nacional-de-Preparação-e-Resposta-à-Doença-por-Novo-Coronav%3%ADrus-COVID-19\\_DGS\\_10.03.2020.pdf](http://cnis.pt/wp-content/uploads/2020/03/Plano-Nacional-de-Preparação-e-Resposta-à-Doença-por-Novo-Coronav%3%ADrus-COVID-19_DGS_10.03.2020.pdf)
- Hutchison, E. D. (2010) A life course perspective. In E. D. Hutchison (Ed.), *Dimensions of human behavior: the changing life course* (1-38). Sage Publications.
- ILC- Brasil. (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Centro Internacional de Longevidade Brasil.



- Instituto da Segurança Social. (2017). *Guia prático - Apoios Sociais - Pessoas Idosas*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35\\_apoios\\_sociais\\_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb](https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb)
- Instituto da Segurança Social. (2021). *Guião Orientador para a reabertura da resposta social centro de dia*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/93.+BS\\_OT+DGS+Reabertura+Centros+de+Dia+30.07.2020+-+Versão+Final+2.pdf/a1fde9f3-027b-491f-a84d-ab3571a37bc9](https://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/93.+BS_OT+DGS+Reabertura+Centros+de+Dia+30.07.2020+-+Versão+Final+2.pdf/a1fde9f3-027b-491f-a84d-ab3571a37bc9)
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Ambar.
- Lima da Silva, T. B., Santos, A. N. M., Almeida, E. B., Suzuki, M. Y., Baptista, R. V., Ordonez, T. N., & Salmazo da Silva, H. (2020). Plano de Gestão Gerontológica: a atuação do Gerontólogo e da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG) em tempos de quarentena da COVID-19. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 333-354.
- Kahana, B., Kahana, E., Namazi, K., Kercher, K., & Stange, K. (1996). The role of pain in the cascade from chronic illness to social disability and psychological distress in late life. In D. I. Mostofsky & J. Lomranz (Eds.), *Handbook of pain and aging* (pp. 185-204). New York: Plenum Press.
- 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. Winkle, P. J. Whitehouse & D. L. Morris (Eds.), *Successful aging through the life span: intergenerational issues in health* (pp. 101-122). New York: Spring Publishing Company, Inc.
- Leitner, M., & Leitner, S. (1995). *Senior Day Care Centers*. Haworth Press inc.
- Lima da Silva, T. B., Santos, A. N. M., Almeida, E. B., Suzuki, M. Y., Baptista, R. V., Ordonez, T. N., & Salmazo da Silva, H. (2020). Plano de Gestão Gerontológica: a atuação do Gerontólogo e da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG) em tempos de Quarentena da COVID-19. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23, 333-354.
- Lopes, A. O. S., Pimentel, S. D., Oliveira, A. S. de, Silva, D. dos S., & Reis, L. A. (2016). Qualidade de vida de idosos longevos segundo sua caracterização sócio-demográfica. *Livro de Atas do I Congresso de Envelhecimento Humano*. <https://doi.org/10.22533/at.ed.52719280216>
- Luísa, C. (2021). O impacto da pandemia COVID-19 na vida dos idosos: Percepção e mudança. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD) Revista de Psicología*, 2(3).
- Marrocos, E. M., Freitas, A. S. F. de, Carneiro, G. M., & Pitombeira, M. G. V. (2021). Percepção dos idosos sobre as repercussões da pandemia por COVID-19 em sua saúde. *Research, Society and Development*, 10(9), 1–13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18067>
- Martins, F., & Pinto, F. (2021). *O Impacto da pandemia de covid-19 nas IPSS*. Universidade Católica Portuguesa e CNIS. <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relat%C3%B3rio-COVID-19-nas-IPSS.pdf>
- Maués, C. R., Paschoal, S. M. P., Jaluul, O., França, C. C., & Jacob Filho, W. (2010). Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 8(5), 405-10.
- Ministério do Trabalho, solidariedade e segurança Social (2020). *Medidas Extraordinárias para fazer face à situação epidemiológica do novo coronavírus*. [https://www.seg-](https://www.seg-social.pt/documents/10152/17033048/93.+BS_OT+DGS+Reabertura+Centros+de+Dia+30.07.2020+-+Versão+Final+2.pdf/a1fde9f3-027b-491f-a84d-ab3571a37bc9)

[social.pt/documents/10152/16722120/FAQ+IPSS+Documento10+\(002\).pdf/1e4b17bf-bb6e-4f98-8f8e-11de22c74327?fbclid=IwAR1jBZlccwY\\_GH-1dAtFKvH4BcaO4Qii5H-CVII64aWuCMaYbbpvrsuTgl](https://social.pt/documents/10152/16722120/FAQ+IPSS+Documento10+(002).pdf/1e4b17bf-bb6e-4f98-8f8e-11de22c74327?fbclid=IwAR1jBZlccwY_GH-1dAtFKvH4BcaO4Qii5H-CVII64aWuCMaYbbpvrsuTgl)

- Monteiro, D., Vieira da Silva, C., Barbosa, J., & Esteves, A. (2021). Ser idoso em tempos de pandemia: o impacto do encerramento dos Centros de Dia. *Intervenção Social*, (57/58), 297–309. <https://doi.org/10.34628/ga9e-6t03>
- Moutte, M. (2020). Os Centros Dia na promoção de qualidade de vida do idoso. *Revista Longeviver*. <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/815/874>
- Neri, A. (2008). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Alínea.
- O’Rand, A. M. (2009). Cumulative processes in the life course. In G. H. Elder & J. Z. Giele (Eds.), *The craft of life course research* (pp. 121-140). New York: Guilford.
- Oliveira, V. V., de Oliveira, L. V., Rocha, M. R., Leite, I. A., Lisboa, R. S., & de Andrade, K. C. L. (2021). Impactos do isolamento social na saúde mental de idosos durante a pandemia pela Covid-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 3718–3727. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-294>
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). 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>
- Organização Mundial de Saúde. (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL). Divisão de saúde mental grupo WHOQOL. <http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol.html>.
- Paredes, T., Simões, M., Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M, ... Carona, C. (2008). Impacto da doença crónica na qualidade de vida: Comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*. <http://hdl.handle.net/10316/20697>.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*. Porto: Departamento de Ciências do Comportamento. <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Pereira, C. (2015). *A relevância do desenvolvimento humano versus desenvolvimento comunitário: uma nova perspetiva do apoio ao envelhecimento ativo, no centro dia*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de educação e ciências sociais do Instituto politécnico de Leiria]. Repositório aberto do Instituto Politécnico de Leiria. <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/1683/1/tese%206%20DE%20MAIO%202015.pdf>
- Pereirinha, J. (2008). *Política Social: Fundamentos da actuação das políticas públicas*. Universidade Aberta.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do idoso na Família*. Quarteto
- Pisula, P., Salas Apaza, J. A., Baez, G. N., Loza, C. A., Valverdi, R., Discacciati, V., Granero, M., Santoro, X. S. P., & Franco, J. V. A. (2021). A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1. *Medwave*, 21(4), <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8186>
- Quadros, M., & Patrocínio, W. (2015). O cuidado do Idoso em Instituições de Longa Permanência e em Centros de Dia. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, pp. 77-97.

- Ramos, H. (2001). Qualidade de vida e envelhecimento. In Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W. & Renaud, M. (Coords.). *Novos Desafios à Bioética* (pp. 225-231). Porto: Porto Editora.
- Ribeiro, A. P., Souza, E. R., Atie, S., Souza, A. C., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(4), 1265–1273.
- Rodrigues, V., Correia, F., & Azevedo, S. (Eds.). (2022). *Manual de Boas Práticas no Envelhecimento Intervenção em tempos de pandemia*. Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social.
- Rönkä, A., Oravala, S., & Pulkkinen, L. (2003). Turning points in adults' lives: the effects of gender and the amount of choice. *Journal of Adult Development*, 10(3), 203-215.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440.
- Rutter, M. (1996). Transitions and turning points in developmental psychopathology: as applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 19, 603-626.
- Samuelsson, L., Malmberg, B. & Hansson, J. (1998). Daycare for elderly people in Sweden: a national survey. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 310–319
- Santos, G., & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 2 -11.
- Schaie, K. W. (2008). A lifespan developmental perspective of psychological ageing. In K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment* (pp. 3–32). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198569459.003.0001>
- Schaie, K. W., & Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Pearson Educación.
- Schmitt, E.M., Sands, L.P., Weiss, S., Dowling, G. e Covinsky, K. (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *The Gerontologist*, 50(4), 531-540.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25, 585-593. <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLzk8MtMNMzYb/?lang=pt&format=pdf>
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Settersten Jr, R. A., Bernardi, L., Härkönen, J., Antonucci, T. C., Dykstra, P. A., Heckhausen, J., ... & Thomson, E. (2020). Understanding the effects of Covid-19 through a life course lens. *Advances in Life Course Research*, 45, 100360.
- Settersten, R. A. (2006). Aging and the life course. In R. H. Binstack, & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 3-20). Academic Press.
- Settersten, R. A. (Ed.) (2003): *Invitation to the Life Course: Toward new understandings of later life*. Baywood Publishing Company.
- Silva, J. (Org.). (2009). *Saúde do Idoso e a Enfermagem: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. Iátria.
- Sousa, M. (2018). *Prática gerontológica: satisfação com os serviços e qualidade de vida em idosos clientes de Centros de Dia*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo] Repositório aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2221/1/Marta\\_Sousa.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2221/1/Marta_Sousa.pdf)

- Sousa, P. Silva, V. & Xavier, C. (2021). Impacto da COVID-19 na qualidade de vida de idosos: uma revisão sistemática Impact of COVID-19 on the quality of life of the elderly: a systematic. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 27374-27383
- Teixeira, M., & Martíns, J. (2016). *Centros de Dia*. Editorial Byblos Native.
- The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Veloso, E. (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. *Livro de Atas do VI Congresso Português de Sociologia*. <http://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/412.pdf>
- Vieira, E. (2004). *Manual de gerontologia: um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Revinter.
- WHO (2002). *Active Ageing: a policy framework*. World Health Organization.
- WHO (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. World Health Organization.
- Yamaguchi, M. B., Silva, J., Lins, C. L., Conceição, M. F., Oliveira, S. S., Camasmie, A., & Chade, L. D. (2018). Perfil dos Idosos do Centro de dia para Idosos “A Mão Branca”. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), 393-405.