



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# QUALIDADE VIDA E SATISFAÇÃO COM A VIDA

Um estudo com adultos mais velhos a frequentar centro de dia

Eva Daniela Coelho Veloso





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Eva Daniela Coelho Veloso

Qualidade de vida e satisfação com a vida : Um  
estudo com adultos mais velhos a frequentar centro  
de dia

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)  
Professora Doutora Isabel Amorim  
Professor Doutor José Miguel Veiga  
Professora Doutora Alice Bastos

Julho de 2023

## AGRADECIMENTOS

Este projeto de vida, e também um objetivo pessoal, é uma longa viagem, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, alegrias, incertezas e muitos percalços pelo caminho. Os desafios foram superados e os objetivos alcançados. Apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento desta caminhada.

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, às quais dedico aqui o meu agradecimento.

À Professora Doutora Alice Bastos, que sempre acreditou em mim, pela sua palavra de motivação e segurança, e por nunca me deixar cair, agradeço a orientação exemplar pautada pela sua sabedoria e ensinamentos, por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível na sua matéria e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado. Obrigada por me fazer acreditar tanto neste projeto.

À Professora Doutora Isabel Amorim, agradeço a preocupação, apoio e simpatia. Agradeço pelas contribuições, pelo conhecimento, pela humildade, pela prontidão, e pela dedicação. Obrigada pela oportunidade e exemplo de ensino.

Ao Professor Doutor José Miguel Veiga, membro da equipa de orientação, agradeço por ter aceite este desafio, pela sua disponibilidade, pelo apoio e ajuda fundamentais na análise estatística. Obrigada pela humildade de ensinamento.

Aos meus pais, agradeço o afeto, o incentivo, a educação e os valores que me transmitiram desde sempre para que me tornasse a pessoa que sou hoje e a confiança que depositaram em mim. Obrigada por me fazerem acreditar nos meus sonhos, nas minhas capacidades e por me darem a mão e me levarem para cima na escadaria da vida. Esta conquista também é vossa pelo esforço que fizeram, a todos os níveis, para me apoiar nesta viagem.

Às minhas amigas de sempre, agradeço por rirem e chorarem comigo, por ouvirem as minhas lamentações, por me ampararem sem eu pedir. É gratificante poder crescer, aprender e viver, ao lado de pessoas que nos motivam, que nos animam e que nos aconselham para o caminho certo. Estou grata pela nossa amizade.

Por último e não menos importante agradeço a todas as pessoas que colaboraram e participaram neste projeto, sem elas a concretização desta dissertação não seria possível.

## RESUMO

**Contexto e objetivo:** O envelhecimento é um dos grandes desafios sociais do século XXI, cada vez mais à escala mundial um número cada vez maior de pessoas vive mais anos (Rosa, 2020). Garantir a Qualidade de Vida e Bem-estar para a população é uma das metas a atingir nesta década (OMS, 2020). A Qualidade de Vida é definida pela OMS (1994) como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua vida, tendo em conta o contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais se insere e considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Diener (2000) refere que a Satisfação com a Vida é uma apreciação cognitiva da vida, através de um juízo subjetivo, de acordo com o padrão estabelecido pelo sujeito. Compreende-se que uma pessoa possui um elevado bem-estar subjetivo quando está satisfeita com a vida e vive de maneira positiva. Segundo Ryff et al (2021), a investigação demonstra que os indivíduos à medida que envelhecem tendem a priorizar emoções positivas relativamente às negativas (fenómeno da positividade). Sendo o Centro de Dia uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que visa a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar, observa-se que a investigação é escassa neste domínio (Orellana et al, 2020). No presente estudo objetiva-se analisar as relações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida em adultos mais velhos frequentadores da resposta social Centro de Dia.

**Método:** Este estudo faz parte integrante do projeto CD.Living, é um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo-correlacional que conta com a participação de 108 pessoas com 65 ou mais anos, frequentadores da resposta social Centro de Dia. Na recolha de dados usou-se: questionário sociodemográfico; versão portuguesa do Índice de Lawton (AIVD; Araújo et al, 2008); versão portuguesa da WHOQOL-BREF (Canavarro et al, 2010); versão portuguesa da escala de satisfação com a vida (Neto et al, 1990).

**Resultados:** A recolha de dados foi realizada junto dos adultos mais velhos que frequentam os Centros de Dia da região norte de Portugal. Os resultados evidenciam que os 108 participantes são maioritariamente mulheres (70,4%), com média de idades de 80,0 anos ( $DP = 7,57$ ;  $Min = 65$ ;  $Max = 96$ ), predominantemente viúvas (54,6%), escolaridade reduzida (61,1%), dificuldade em assegurar despesas (75,9%). Na qualidade de vida geral os participantes obtiveram uma pontuação média de 49,3 ( $DP = 20,9$ ), traduzindo-se num nível baixo de qualidade de vida. Nos domínios da escala WHOQOL-Bref o valor médio mais baixo é nas relações sociais 47,6 ( $DP = 16,4$ ) e valor médio mais alto é do ambiente 53,2 ( $DP = 16,1$ ). Há diferenças estatisticamente significativas entre Qualidade de Vida em função escolaridade em três domínios, no domínio qualidade de vida geral ( $U = 712$ ;  $p = 0,002$ ), no domínio psicológico ( $U = 766,5$ ;  $p = 0,008$ ) e no domínio ambiente ( $U = 852,5$ ;  $p = 0,042$ ). Também há diferenças estatisticamente significativas entre Qualidade de vida e estado civil em três domínios, no domínio psicológico ( $\chi^2(2) = 7,289$ ;  $p = 0,026$ ), no domínio das relações sociais ( $\chi^2(2) = 8,904$ ;  $p = 0,012$ ) e no domínio do ambiente ( $\chi^2(2) = 6,502$ ;  $p = 0,039$ ). A Qualidade de Vida em função dos rendimentos apresenta diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico ( $t(85) = -2,728$ ;  $p = 0,008$ ) e ambiente ( $t(85) = -2,015$ ;  $p = 0,047$ ). A análise das relações entre variáveis, demonstrou associações positivas e significativas, fracas a moderadas (Bryman & Cramer, 2003) entre satisfação com a vida e qualidade de vida geral ( $r = 0,422$ ;  $p = 0,01$ ), bem como entre satisfação com a vida e domínios específicos da qualidade de vida- físico ( $r = 0,224$ ;  $p = 0,05$ ), psicológico ( $r = 0,605$ ;  $p = 0,01$ ), relações sociais ( $r = 0,524$ ;  $p = 0,01$ ), ambiente ( $r = 0,538$ ;  $p = 0,01$ ).

**Conclusão:** Considerando que qualidade de vida e a satisfação com a vida estão associados e sendo estes “outcomes” do envelhecimento ativo e saudável, conclui-se que na prática gerontológica é de considerar estes aspetos no desenho e implementação de programas nesta resposta social.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento Ativo e Saudável; Centros de Dia; Adultos mais Velhos; Qualidade de Vida; Satisfação com a Vida;

## Abstract

**Context and objective:** Aging is one of the great societal challenges of the 21st century, as more and more people worldwide are living longer (Rosa, 2020). Ensuring quality of life and well-being for the population is one of the goals to be achieved in this decade (WHO, 2020). Quality of life is defined by the WHO (1994) as an individual's perception of his or her life, taking into account the context of the culture and value systems in which they live and considering their objectives, expectations, standards, and concerns. Diener (2000) states that life satisfaction is a cognitive appreciation of life, through subjective judgment, according to the standard set by the subject. A person is understood to have high subjective well-being when he or she is satisfied with life and lives in a positive way. According to Ryff et al (2021), research shows that individuals as they age tend to prioritize positive emotions over negative ones (positivity phenomenon). As the day center is a social response, developed in equipment, which aims to maintain the elderly in their social and family environment, it is observed that research is scarce in this field (Orellana et al, 2020). This study aims to analyze the relationship between quality of life and life satisfaction/well-being in older adults who attend the day-care center.

**Method:** this study forms an integral part of the CD.Living project, it is a quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study that includes the participation of 108 people aged 65 or over who frequent the Centro de Dia social response. Data were collected using: sociodemographic form; Portuguese version of the Lawton Index (AIVD; Araújo et al, 2008); Portuguese version of the WHOQOL-BREF (Canavarró et al, 2010); Portuguese version of the life satisfaction scale (Neto et al, 1990).

**Results:** Data were collected from older adults attending day care centers in the northern region of Portugal. The results show that the 108 participants are mostly women (70.4%), with a mean age of 80.0 years ( $DP = 7.57$ ; Min= 65; Max= 96), predominantly widows (54.6%), low education (61.1%), difficulty in ensuring expenses (75.9%). In general quality of life, the participants obtained a mean score of 49.3 ( $DP=20.9$ ), translating into a low level of quality of life. In the domains of the WHOQOL-Bref scale the lowest mean value is in social relationships 47.6 ( $DP=16.4$ ) and highest mean value is environment 53.2 ( $DP=16.1$ ). There are statistically significant differences between Quality of Life and education in three domains, in general quality of life domain ( $U = 712$ ;  $p = 0.002$ ), psychological domain ( $U = 766.5$ ;  $p = 0.008$ ) and environment domain ( $U = 852, 5$ ;  $p = 0.042$ ). There are also statistically significant differences between Quality of life and marital status in three domains, in the psychological domain ( $\chi^2(2) = 7.289$ ;  $p = 0.026$ ), the social relations domain ( $\chi^2(2) = 8.904$ ;  $p = 0.012$ ) and the environment domain ( $\chi^2(2) = 6.502$ ;  $p = 0.039$ ). Quality of Life as a function of income presents a statistically significant difference in the psychological ( $t(85) = -2.728$ ;  $p=0.008$ ) and environment ( $t(85) = -2.015$ ;  $p=0.047$ ) domains.

Analysis of the relationships between variables, demonstrated positive and significant weak to moderate associations (Bryman & Cramer, 2003) between life satisfaction and overall quality of life ( $r = 0.422$ ;  $p=0.01$ ), as well as between life satisfaction and specific domains of quality of life-physical ( $r = 0.224$ ;  $p=0.05$ ), psychological ( $r = 0.605$ ;  $p=0.01$ ), social relationships ( $r = 0.524$ ;  $p=0.01$ ), environment ( $r = 0.538$ ;  $p=0.01$ ).

**Conclusion:** Considering that quality of life and satisfaction are associated and that these are the "outcomes" of active and healthy aging, we conclude that in gerontological practice these aspects must be considered in the design and implementation of programs in social responses, namely in Day Care Centers.

**Keywords:** Active and Healthy Aging; Day Centers; Older Adults; Quality of Life; Satisfaction with Life;

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>I – REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>5</b>
1. As Múltiplas Faces do Envelhecimento Humano.....	6
1.1. As Relações entre Gerontologia e Gerontologia Social.....	6
1.2. Diferentes facetas do Envelhecimento: Envelhecimento Individual vs Envelhecimento Demográfico/Coletivo.....	7
1.3. O Quadro de Referência Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido.....	9
2. Envelhecer em Centros de Dia.....	16
2.1. Centros de Dia em Portugal.....	16
2.2. A escassez de investigação em Centros de Dia.....	19
3. Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida: Contributos da Investigação.....	20
3.1. Qualidade de Vida em Centros de Dia.....	20
3.2. Satisfação com a Vida em Centros de Dia.....	23
<b>II – MÉTODO.....</b>	<b>26</b>
1. Plano de Investigação e Participantes.....	27
2. Instrumentos de Recolha de Dados.....	28
3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	30
4. Estratégia de Análise de Dados.....	30
5. Ética na Investigação.....	31
<b>III – RESULTADOS.....</b>	<b>32</b>
1. Caracterização dos Participantes quanto às variáveis sociodemográficas.....	33
1.1. Características do Contexto/Ambientes/Settings de Estudo.....	35
2. Caracterização da Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida em Centros de Dia.....	36
3. Análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas.....	37
4. Análise das relações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida.....	41
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>PRINCIPAIS CONCLUSÕES.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>59</b>

## ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	34
<b>Tabela 2.</b> Caracterização dos Centros de Dia.....	35
<b>Tabela 3.</b> Descrição dos valores médios da Qualidade de Vida Geral e respetivos domínios em função da idade .....	36
<b>Tabela 4.</b> Descrição dos valores médios da Satisfação com a Vida.....	37
<b>Tabela 5.</b> Qualidade de Vida em função da escolaridade.....	38
<b>Tabela 6.</b> Qualidade de Vida em função do estado civil.....	39
<b>Tabela 7.</b> Qualidade de Vida em função dos rendimentos.....	40
<b>Tabela 8.</b> Correlações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida.....	41



# **INTRODUÇÃO**

Envelhecer é um processo vital e inerente a todos os seres humanos. A velhice é uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, constituindo-se como uma experiência única e diferenciada, sendo este um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Fraiman, 2004). De acordo com Paúl (1991), o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo individual de alterações biológicas, psicológicas e sociais, provocadas pela idade, que se refletem no ser humano através de modificações no seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo. Deste modo, este processo integra três componentes: biológico (capacidades/competências físicas), psicológico (autorregulação para tomar decisões e opções) e social (papéis sociais desempenhados na sociedade).

A população envelhece porque a Humanidade cresceu em saber e em conhecimento técnico-científico e as condições de vida das populações melhoram face ao passado. O envelhecimento da população em Portugal mais de duplicou nas últimas décadas (Rosa, 2012). Com este crescente envelhecimento populacional torna-se essencial realizar estudos direcionados aos idosos. O apoio aos idosos é uma exigência maior das sociedades modernas atuais, sendo que Portugal não é exceção. Neste contexto, é possível visualizar o “duplo envelhecimento” da pirâmide etária, isto é, na base e no topo da pirâmide etária. Em Portugal, esta evolução foi muito notória sendo que ano de 2000, pela primeira vez na história, o grupo etário «65 e mais anos» apresentou mais pessoas do que o grupo dos jovens, o que se verifica e acentua ainda nos dias de hoje (Rosa, 2020). Cabe salientar que apesar desta referência o interesse pela temática do envelhecimento não se verificou desde que se deu este fenómeno, mas foi emergindo gradualmente.

A Gerontologia, tem vindo a contribuir para a compreensão do fenómeno de envelhecimento (Veríssimo, 2014). A Gerontologia é uma área científica recente, englobando o estudo do processo de desenvolvimento e envelhecimento humano e das pessoas mais velhas. Agrega o contributo de várias áreas científicas, tais como a biologia, a psicologia e a sociologia, com vista a criar abordagens e modelos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl & Ribeiro, 2012).

Associados ao conceito de envelhecer bem estão os termos Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, variáveis que surgem como essenciais para este estudo.

Os diferentes autores não chegam a um consenso na definição de Qualidade de Vida. Verificando-se, contudo, que existem semelhança de termos nas várias definições. A preocupação com a Qualidade de Vida ganhou importância em função do crescimento do número de idosos e do aumento da longevidade. E se envelhecer é mudar, tais mudanças devem orientar para uma melhor Qualidade de Vida. Assim, identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa Qualidade de Vida é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências sociais, da psicologia e das ciências biológicas, que excede os limites da responsabilidade pessoal e passa ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural (Parente, 2006). A Organização Mundial de Saúde (1998) define a Qualidade de Vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está

inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1998). A Qualidade de Vida corresponde à percepção subjetiva que um indivíduo faz sobre a sua posição na vida tendo em consideração os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dentro do contexto cultural e de valores em que está inserido (Bastos et al., 2020).

Neste contexto, o construto de Satisfação com a Vida torna-se importante dada a forte relação com a Qualidade de Vida.

Nos últimos anos tem sido dado ênfase, à alteração da Satisfação com a Vida em função da participação em diversas atividades. Tem sido referido por vários investigadores que a atual geração de idosos dá maior importância ao envolvimento em atividades e dinâmicas, face às gerações anteriores de idosos (Adams, Leibbrandt & Moon, 2011). A Satisfação com a Vida é definida como a avaliação subjetiva global que os indivíduos elaboram sobre as suas vidas, no presente ou no passado, envolvendo os aspetos positivos da mesma, como a ausência de aspetos negativos (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

Neste âmbito, as redes de equipamentos sociais de retaguarda ao envelhecimento assumem um papel nuclear, nomeadamente os Centros de Dia. A resposta social Centro de Dia permite a atenção integral ao idoso, proporcionando o atendimento das necessidades básicas e simultaneamente mantendo o convívio familiar com reforço da autonomia, bem-estar e socialização dos mais velhos. Neste sentido, o Centro de Dia permite retardar a institucionalização permanente e ao mesmo tempo disponibiliza ao idoso um leque de serviços diversificados, promovendo estímulos e serviços para uma melhor Qualidade de Vida (Bonfim, 1996).

Deste modo, e considerando o idoso como uma pessoa com necessidades de apoio prestado pelos serviços de Centro de Dia definiu-se o seguinte tema: “Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida: Um estudo com adultos mais velhos a frequentar o Centro de Dia”. Para este estudo estabeleceu-se como objetivo geral: analisar a relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida de adultos mais velhos a frequentar a resposta social Centro de Dia. Definiu-se como objetivos específicos: 1) identificar relação entre variáveis sociodemográficas e Qualidade de Vida em adultos mais velhos que frequentam os Centros de Dia; 2) Descrever as principais características dos centros de dia; 3) determinar a relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida de adultos mais velhos a frequentar a resposta social Centro de Dia

Este estudo é pertinente uma vez que na investigação e publicação científica se verifica alguma escassez de estudos relativos à resposta social Centro de Dia. A Qualidade de Vida é um fator importante no processo de envelhecimento e a Satisfação com a Vida também é associada, por vários autores, à Qualidade de Vida na velhice, indicando assim a possibilidade de uma relação entre estas duas variáveis a serem estudadas com frequentadores da resposta social Centro de Dia.

O problema de investigação centra-se nas seguintes questões que necessitam ser respondidas: Qual a relação entre Qualidade de Vida e Satisfação com a vida? De que forma a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida são aspetos importantes para envelhecer bem? Qual a relação entre Qualidade de Vida e variáveis sociodemográficas?

De forma a dar resposta aos objetivos enunciados, optou-se pelo método quantitativo, transversal e descritivo-correlacional, uma vez que se pretende avaliar a qualidade de vida e perceber a satisfação com a vida do adulto mais velho, frequentador do Centro de Dia. O método é composto por um protocolo de recolha de dados aplicado junto dos frequentadores de Centro de Dia no sentido de recolher informação relativa a aspetos sociodemográficos, percepção da Qualidade de Vida, e grau de Satisfação com a Vida, dos adultos mais velhos que frequentam os Centros de Dia. O protocolo inclui os seguintes instrumentos de avaliação (1) Ficha Sociodemográfica, construída para o efeito; (2) WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref; versão portuguesa de Canavarro et al, 2010; (3) Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa de Neto et al, 1990;

Em termos de estrutura, a presente dissertação encontra-se organizada em três secções: A Secção I corresponde ao enquadramento teórico e empírico e, engloba três temáticas: (1) As Múltiplas Faces do Envelhecimento Humano; (2) Envelhecer em Centros de Dia (3) Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida. Seguidamente, a Secção II diz respeito ao método, que descreve a forma como o estudo foi desenhado e desenvolvido, caracterizando os participantes do estudo, os instrumentos da recolha de dados, os procedimentos da recolha de dados e as estratégias de análise de dados. Por fim, a Secção III refere-se à descrição dos resultados e posteriormente à sua discussão finalizando-se o presente trabalho com a conclusão.

## **I – REVISÃO DA LITERATURA**

## **1. As Múltiplas Faces do Envelhecimento Humano**

Nesta secção será abordado o estado da arte relativamente ao envelhecimento humano, iniciando-se pela análise das relações entre Gerontologia e Gerontologia Social, seguido da análise das diferentes tipologias do envelhecimento.

### **1.1 As Relações entre Gerontologia e Gerontologia Social**

Ao longo da existência humana, o fenómeno do envelhecimento é uma temática presente no pensamento e nas práticas sociais de cada época. No entanto, salienta-se o ano de 1903, em que pela primeira vez é utilizado o termo Gerontologia por Metchnikov (1845-1916), definindo-o como a ciência que estuda o envelhecimento nas suas componentes biológicas, psicológicas e sociais, como ciência pura básica ou académica (Veríssimo, 2014).

Dada a importância que os mais velhos têm adquirido nas sociedades atuais, tornou-se necessário saber mais, assumindo a Gerontologia um importante papel para a obtenção de maior conhecimento sobre os mesmos (Fonseca, 2006).

A Gerontologia é um campo do saber relacionado com a velhice e com o envelhecimento. Este campo agrega os contributos de várias áreas científicas como a biologia, psicologia e sociologia, a Gerontologia constitui um novo campo de saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl & Ribeiro, 2012). O objeto de estudo é a pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações. Este campo do saber tem como objetivo descrever e explicar as mudanças típicas do processo de envelhecimento e os seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais (Neri, 2008). A Gerontologia é igualmente uma ciência de carácter interventivo, com vista à melhoria das condições de vida dos idosos em contextos quer públicos quer privados (Fernandez-Ballesteros, 2000).

Foi a partir do final da II Guerra Mundial que surgiu a necessidade de reunir mais conhecimento acerca do processo de envelhecimento e dos mais velhos, com vista a perceber como o mesmo ocorre e influênciar a história de vida de cada indivíduo. Este interesse surge com a necessidade de estudar o fenómeno do aumento da esperança média de vida e conseqüentemente o envelhecimento da população (Fernandez-Ballesteros, 2004).

Em 1946 é fundada a Gerontological Society of America com a participação de cientistas e investigadores das áreas das ciências biológicas, médicas, psicológicas e sociais, refletindo o carácter multidisciplinar e interdisciplinar deste campo do saber (Veríssimo, 2014).

Percebe-se então que a Gerontologia é um campo do saber recente, que começa a ser desenvolvido a partir da segunda metade do século XX, quando começa a acentuar-se um fenómeno importante: o envelhecimento da população (Fernández Ballesteros, 2004).

Por sua vez, a Gerontologia Social, segundo Fernández Ballesteros (2004), surge como um dos ramos da Gerontologia. O termo Gerontologia Social foi usado pela primeira vez por Clark Tibbits em 1954 (Neri, 2008).

A Gerontologia Social é definida como “a especialização da Gerontologia que além de tratar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, e as consequências sociais desse processo, assim como as ações sociais que se podem interpor para melhorar o processo de envelhecimento” (Fernández-Ballesteros, 2004).

De acordo com Paúl e Ribeiro (2012), a maioria da investigação em Gerontologia é teórica (61%), por isso, tem-se verificado um uso crescente da teoria na Gerontologia Social. Existe uma tendência para o uso de teorias transdisciplinares, sendo muitas delas não específicas do envelhecimento, tais como: perspectiva do curso de vida (life course, Glen Elder, 2003) ou teoria desenvolvimental do ciclo de vida (life-span, Paul Baltes, 1996).

Bass (2009) apresenta uma Teoria Integrada da Gerontologia Social, que se baseia em elementos que emergiram ao longo dos anos. A proposta de Bass (2009), em vez de configurar uma simples filosofia, combina os componentes fornecendo coerência para perceber o processo de envelhecimento do indivíduo na sociedade contemporânea. A Teoria Integrada de forma a compreender melhor as pessoas, combina componentes macro (que avaliam os contextos social, económico, ambiental, cultural e político que influenciam o comportamento humano e a saúde) e micro (a nível individual e familiar ao longo das mesmas dimensões) do envelhecimento.

Através de uma nova representação gráfica, semelhante a uma teia tridimensional, ou a uma rede, em que vários elementos são interativos com influências mútuas em diferentes momentos no tempo. Os elementos que constituem esta representação são seis. Sendo que no centro da teia está a fisiologia individual e condição psicológica, e nas extremidades divididos em quatro pilares estão: (1) família, religião, tradições e expectativas culturais, (2) política pública, serviços de saúde, sistemas de suporte social e programas governamentais, (3) construtos sociais (ex., estratificação social, status), e (4) circunstâncias macro e microeconómicas e recursos individuais. De referir que os quatro pilares têm na parte de fora da teia os contextos históricos residuais. Este modelo foi suportado pela ideia do processo de envelhecimento não ser estático, alterando-se e complexificando-se ao longo do tempo (Bass, 2009).

## **1.2 Diferentes facetas do Envelhecimento: Envelhecimento Individual vs Envelhecimento Demográfico/Coletivo**

O envelhecimento é entendido como um processo multidimensional, multidirecional, multicausal, multilinear e heterogéneo, de mudanças orquestradas por influências genético-biológicas e socioculturais de natureza normativa e não-normativa (Baltes & Smith, 2004). O conceito de envelhecimento, integra a noção da existência de mudanças evolutivas marcadas

por ganhos e perdas simultâneos que ocorrem ao longo de todo o processo desenvolvimental do ciclo de vida (*life-span*), numa dupla interação pessoa-contexto (Baltes, 1987- 1997).

De acordo com Paul (2005) o envelhecimento implica uma visão holística do indivíduo, considerando-o como um ser físico, social e psicológico. O envelhecimento biológico é medido pela capacidade funcional e vital dos sistemas do corpo humano, o envelhecimento social está relacionado com o papel social imposto pela população nesta fase da vida e o envelhecimento psicológico define-se pela autoconfiança e capacidade comportamental do indivíduo.

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas. No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares (Fraiman, 2004). Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos (Fraiman, 2004). Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta, os adultos mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas. Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também parecem mudar. Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao “desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados” (Diener, Oishi & Lucas, 2003). Essas mudanças psicossociais podem explicar por que em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo. Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial (Diener, Oishi & Lucas, 2003).

A população envelhece porque a Humanidade cresceu em saber e em conhecimento técnico-científico e as condições de vida das populações melhoram face ao passado (Rosa, 2012). O envelhecimento da população em Portugal mais que duplicou nas últimas décadas. A esperança média de vida aumentou, a mortalidade diminuiu e a fecundidade reduziu (Rosa, 2020).

A diversidade dos contextos e perfis de envelhecimento advém, não apenas dos fatores contextuais das envolventes externas e sociais, mas também das características dos indivíduos. Uma característica a evidenciar numa análise do processo é o «envelhecimento do envelhecimento» decorrente do rápido crescimento do número dos muito idosos, devido ao já referido prolongamento da esperança média de vida nas idades mais avançadas, estando este fenómeno associado aos indivíduos com 80 ou mais anos, quarta idade (Moreira, 2020). E por



causa da maior longevidade das mulheres, há mais mulheres idosas do que homens, sobretudo em idades avançadas. A relação de masculinidade, isto é, o número de homens que existe por cada 100 mulheres, reflete precisamente a feminização do envelhecimento: se em 2019, no grupo dos 65-69 anos, há mais 85 homens por cada 100 mulheres, para os que tem entre 80 e 84 anos essa relação desce para 64, e nos que tem 85 e mais anos já há só 48 homens por cada 100 mulheres, isto significa que a mulher vive mais anos que o homem (Moreira, 2020). Estas mulheres são principalmente viúvas, pois a viuvez é mais frequente nas mulheres e predomina a partir dos 75 anos. Quanto ao nível de escolaridade desta população, que é uma variável fundamental ao desenvolvimento de competências transversais, os dados relativos ao último recenseamento da população, realizado em 2021, mostram uma população de 65 ou mais anos, na generalidade, com uma escolarização baixa, 32% não completaram nenhuma escolaridade, embora 68% tenha completado o primeiro nível de ensino (Moreira, 2020). Quando consideramos a degradação por género, é visível a menor qualificação nas mulheres 41% sem nenhum nível de escolaridade completo, o nível de ensino predominante é o primeiro ciclo, 48% das mulheres com 65 ou mais anos, em 2021, tinham completado o primeiro ciclo, embora com mais percentagem nos homens com 56%. Tendo em consideração o peso do efeito geracional, uma vez que os que tinham 80 ou mais anos em 2021 nasceram na década de 1940, ou em décadas anteriores, onde as questões de género também eram condicionantes, o que explica que as mulheres sejam menos escolarizadas que os homens dessa época (Moreira, 2020). Num estudo de Sousa (2019), os resultados confirmam estes dados, os participantes são maioritariamente do género feminino (66,3%), com idade média de 77 anos (Min.=45; Max.= 96), mais de metade viúvos (53,5%) e a maioria tem em média 3,7 anos (dp=2,8) de escolaridade, ou seja, baixo nível de escolaridade. Tendo em consideração que em 2019 pessoas com 80 ou mais anos nasceram na década de 1930. No mesmo sentido os resultados de um estudo de Afonso (2021) revelam que a maior parte da amostra é constituída por mulheres, 80,8%. E quanto ao nível de escolaridade, é de salientar que 84 dos participantes (80,8%) têm estudos ao nível do 1º - 4º anos, sendo este o nível de escolaridade de grande parte dos participantes.

### **1.3. O Quadro de Referência Envelhecimento Ativo, Saudável e Bem-Sucedido**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) o envelhecimento ativo é "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas" (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009). O conceito de envelhecimento ativo atribui-se individualmente e também a grupos populacionais, permitindo assim que os indivíduos percebam o seu potencial, sendo este aplicado tanto a pessoas que trabalham como às que se encontram na situação de reforma.

A palavra "ativo" refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer

parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades, sociedade e países. O principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e aumentar a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer. O adulto mais velho deve mesmo participar ativamente em todas as questões da sociedade, inclusive as pessoas que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidado.

O adulto mais velho deve ter uma expectativa de vida saudável e com qualidade, em que pela perspectiva do envelhecimento ativo deve perceber “o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida”, e ainda ter um papel ativo nas “questões económicas, culturais, espirituais, cívicas e na definição das políticas sociais” (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo deve ir acontecendo ao longo do percurso de vida, pois o processo de envelhecimento não se inicia num ponto específico, “mas corresponde antes a um processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogêneos e idiossincráticos” (Ribeiro & Paúl, 2011).

Neste sentido, o envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos, no combate à exclusão social, à discriminação, ao idadismo e na promoção da igualdade entre géneros e da solidariedade entre gerações.

O modelo de envelhecimento ativo indicado pela OMS depende de uma diversidade de fatores designados de determinantes “os quais são de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamental (estilos de vida saudável e participação ativa no cuidado da própria saúde), económica (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), do meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abusos), e ainda relativos aos serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção da saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade)” (Ribeiro & Paúl, 2011). Estes determinantes podem-se subdividir em diversos aspetos, de onde têm sido criadas políticas a implementar pelos governos e instituições.

A nível individual o envelhecimento ativo deve ser promovido através de ações que façam com que a pessoa tome consciência acerca do poder e controlo que tem sobre a sua vida. “(...) a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios da independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas” (Ribeiro & Paúl, 2011).

Os adultos mais velhos devem ser sujeitos ativos e promotores, através da luta pelos seus direitos e o exercício da cidadania, sendo isto fundamental para que os seus direitos, já conquistados, sejam garantidos plenamente. O modelo de envelhecimento ativo encontra-se assente em três pilares básicos, a saúde, a segurança e a participação social. A nível da saúde

é “baseada em diagnósticos médicos ou percebida pelo próprio”; a segurança, inclui “um olhar crítico sobre o planejamento urbano e os lugares habitados (...), os espaços privados e o clima social de não-violência das comunidades”; a participação social, “na comunidade em que está inserido (...), a família, os grupos de pares, o exercício da cidadania emergem como palcos incontornáveis da vida social do ser humano” (Ribeiro & Paúl, 2011).

Estes três pilares revelam a grande complexidade e dimensão que o envelhecimento ativo possui, em que toda a sociedade tem a responsabilidade de os difundir.

O modelo do envelhecimento ativo representa uma estrutura coerente e abrangente para estratégias nos níveis global, nacional, local e individual para reagir à Revolução da Longevidade.

A saúde e o funcionamento são fatores consideráveis na idade avançada, assim, o relatório sobre envelhecimento saudável da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), define e diferencia dois conceitos importantes. O primeiro é a capacidade intrínseca e o segundo são os ambientes nos quais vivem e suas interações neles.

Tendo em conta a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), Envelhecimento saudável caracteriza-se como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. Esta é uma compreensão de que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes. Embora ambas tendam a diminuir com o aumento da idade, as escolhas de vida ou as intervenções em diferentes momentos durante o curso da vida irão determinar o caminho ou trajetória de vida de cada indivíduo. A capacidade intrínseca, que se refere à junção de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo. A capacidade intrínseca é apenas um dos fatores que irão determinar o que uma pessoa mais velha pode fazer. O outro são os ambientes nos quais vivem e suas interações neles, esses ambientes moldam o indivíduo. Essa combinação de indivíduos e seus ambientes e a interação entre eles é a sua capacidade funcional, definida como atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que valorizam. O Envelhecimento Saudável, portanto, não é definido por um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. Em vez disso, é um processo que permanece relevante a cada adulto mais velho, uma vez que sua experiência de Envelhecimento Saudável pode sempre tornar-se mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do Envelhecimento Saudável de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde acessíveis que otimizem a sua capacidade e se essas vivem num ambiente de apoio.

Aos 60 anos de idade são amplamente visíveis as perdas de audição, visão e movimentos relacionados com a idade, bem como doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e demência. A presença dessas condições de saúde não diz nada sobre o impacto que elas podem ter na vida de pessoas mais velhas. Por exemplo, apesar de ter uma deficiência auditiva significativa, uma pessoa pode manter altos níveis de funcionamento por meio de um aparelho auditivo (Moreira, 2020). Além disso, é simplista considerar o impacto de cada condição

independente porque o envelhecimento também é associado ao risco de sofrer mais do que uma condição crônica ao mesmo tempo (conhecida como multimorbilidade). Por exemplo, na Alemanha, aproximadamente 1/4 dos adultos mais velhos entre 70 e 85 anos de idade apresenta 5 ou mais doenças crônicas. O impacto da multimorbilidade no funcionamento, utilização de instalações de saúde e custos é muitas vezes significativamente maior do que poderia ser esperado dos efeitos em cada uma dessas condições isoladamente (Moreira, 2020).

Além disso, outros estados de saúde ocorrem em idade mais avançada não são captados por classificações de doenças tradicionais. Essas doenças podem ser crônicas (por exemplo, fragilidade, que pode ter uma prevalência em torno de 10% em pessoas com idade superior a 65 anos) ou agudas (por exemplo, delírio, que pode resultar de várias determinantes tão distintas como uma infecção ou efeitos colaterais de cirurgia).

Essa complexidade nos estados de saúde e funcionalidade apresentada por pessoas mais velhas levanta questões fundamentais sobre o que queremos dizer com saúde em idade mais avançada, como a medimos e como podemos promovê-la. São necessários novos conceitos definidos não apenas pela presença ou ausência de doença, mas em termos do impacto que essa condição tem sobre o funcionamento e o bem-estar de uma pessoa mais velha. Avaliações abrangentes desses estados de saúde são preditores significativamente melhores de sobrevivência e outros resultados além da presença de doenças individuais ou mesmo o grau de comorbilidade (Moreira, 2020).

No que se refere ao envelhecimento bem-sucedido podemos identificar três modelos distintos: numa perspectiva psicossocial o Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) de Baltes e Baltes (1990); numa perspectiva biomédica o Modelo biomédico de Rowe e Kahn (1997, 1998); e numa perspectiva sociológica o Modelo da Proatividade Preventiva Corretiva de Kahana e Kahana (1996).

Baltes e Baltes (1990) desenharam um modelo de envelhecimento bem-sucedido denominado de Modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC) que concetualiza como as pessoas reagem às perdas, sendo a proatividade uma estratégia que pretende prevenir as ameaças. Deste modo, o modelo SOC tem dois objetivos: (I) descrever o desenvolvimento em geral e (II) estabelecer como as pessoas podem manipular as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais. O conceito central desta teoria é a plasticidade, que diz respeito às capacidades que os indivíduos possuem para realizar alterações no seu percurso de vida, no entanto, este percurso depende das condições de vida e da experiência acumulada.

O Modelo pode ser incorporado por diferentes perspectivas teóricas (a comportamental ou a cognitiva), diferentes processos (como a memória) e diferentes domínios (como o bem-estar subjetivo). Mais especificamente, a Seleção é a forma como as pessoas selecionam as metas que tencionam alcançar, tendo em conta perdas e desafios que possam existir: a Otimização diz respeito à forma como são alcançadas as metas definidas; e por fim, a Compensação compreende a adoção de alternativas para manter o funcionamento utilizando recursos internos e externos. Estes três mecanismos são assumidos como universais e como sujeitos a ação

consciente ou inconsciente, operados pelos indivíduos ou por outrem, por indivíduos ou por instituições (Neri, 2006).

O modelo de envelhecimento bem-sucedido de Baltes e Baltes (1990) tem em conta os seguintes critérios: vida longa, saúde biológica, saúde mental, eficácia cognitiva, competência social e produtividade, controlo pessoal e satisfação com a vida. Para Baltes e Baltes (1990), estes sete critérios eram um bom ponto de partida para se verificar o envelhecimento bem-sucedido.

Para além dos critérios anteriormente referidos, os autores argumentam que a natureza do envelhecimento bem-sucedido pode ser explicada a partir de sete proposições. (1) existem diferenças substanciais entre o envelhecimento normal, ótimo e patológico: o envelhecimento normal diz respeito ao processo de envelhecer sem patologia biológica ou mental, o envelhecimento ótimo decorre sob condições ambientais favoráveis aos mais velhos e o envelhecimento patológico, caracteriza-se por envelhecer com doença. (2) há muita heterogeneidade (variabilidade) no envelhecimento: o processo de envelhecimento varia de indivíduo para indivíduo, em termos mentais, comportamentais e sociais. (3) há muita reserva latente, relacionado com esta proposição está o conceito de plasticidade e os mais velhos continuam a ter capacidade para novas aprendizagens, ou seja, ao longo da vida continuamos a ter capacidades adaptativas. (4) há perda no envelhecimento próximo do limite da capacidade reserva: existem limites associados à idade em termos de magnitude na capacidade de reserva cognitiva. (5) as pragmáticas baseadas no conhecimento podem retardar o declínio nas mecânicas no envelhecimento: as pragmáticas cognitivas podem compensar as perdas nas mecânicas da mente. (6) com o envelhecimento o equilíbrio entre ganhos e perdas é cada vez menos positivo: ao longo da vida existe uma dinâmica entre ganhos e perdas, que se torna mais desequilibrada à medida que a velhice avança. (7) o self mantém-se resiliente na velhice: apesar de existirem alguns estereótipos negativos acerca do envelhecimento, o self continua resiliente, havendo indivíduos que apresentam satisfação com a vida, controlo pessoal e autoeficácia (Baltes & Baltes, 1990).

Através do que já foi referido acerca do modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido (Baltes & Baltes, 1990) percebe-se que o mesmo tem como base uma vida com hábitos saudáveis, assim como explicita a necessidade do envolvimento em diversas atividades, bem como a manutenção de redes sociais de forma a estimular as capacidades físicas, mentais e sociais.

Rowe e Kahn (1987) propõem a distinção entre envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento normal (“usual” ou “comum”), como estados não-patológicos. Esta distinção surgiu no âmbito da necessidade de contrariar a tendência gerontológica até à altura que apenas fazia a distinção entre envelhecimento patológico e não patológico, ou seja, as pessoas que possuíam doença ou incapacidades e as que não apresentavam nenhuma delas. Sendo que a tendência anteriormente referida defendia que na ausência de doença ou incapacidade, outras alterações relacionadas com a idade na função física (aumento da pressão arterial) ou na função

cognitiva (défice moderado de memória) era normal e determinado por fatores intrínsecos de envelhecimento, geralmente genéticos e não associados a risco.

Face ao exposto, os autores anteriormente referidos descrevem, numa perspetiva biomédica, um modelo envelhecimento bem-sucedido. O envelhecimento bem-sucedido implica que as pessoas possuam um baixo risco de doença e incapacidade, que pratiquem um estilo de vida saudável e mantenham uma vida social ativa. Assim sendo, este conceito engloba três elementos centrais: (1) reduzida probabilidade de doença e a incapacidade a ela associada, isto é, inclui a ausência de doença, mas também a ausência ou a presença de reduzidos fatores de risco de doença, (2) elevada capacidade cognitiva e capacidade funcional, isto é o que a pessoa é capaz de fazer e o que realmente faz, e, (3) envolvimento ativo com a vida, que inclui a presença de relações interpessoais e o desenvolvimento de atividades produtivas (Rowe & Kahn, 1997).

Como anteriormente referido, o envolvimento com a vida é o terceiro elemento de envelhecimento bem-sucedido. Rowe e Kahn (1998) referem que ao longo de todo o curso de vida é necessário manter relações com os outros e continuar envolvido em atividades significativas e com propósito, de forma a favorecer o bem-estar das pessoas. Os autores destacam que estas atividades não têm um papel menos relevante nos mais velhos face às fases anteriores da vida. No entanto, quando uma pessoa chega a idades mais avançadas está mais próxima de perdas no que diz respeito a amigos e ente queridos, assim como mudanças relativas à casa, o que implica alterações nas relações de vizinhança. Importa salientar que a vida tem mais sentido e maior entusiasmo quando as pessoas possuem relacionamentos próximos com os outros e realizam atividades frequentemente (Rowe & Kahn, 1997).

O envolvimento com a vida está fortemente associado a duas questões: relacionamentos com outras pessoas e realizar atividades. Por vezes, com o avançar da idade, após a vida laboral terminar e os filhos se tornarem independentes, não se espera mais nada dos mais velhos. Apesar deste pensamento comum, existem idosos que superam as expectativas e fazem novas amizades, praticam atividade física, envolvem-se em atividades de grupo como forma de substituir o emprego remunerado e ocuparem as suas vidas. Desta forma, Rowe e Kahn (1997) abordaram a questão do envelhecimento bem-sucedido para tentar tornar os recursos para potenciar um envelhecimento bem-sucedido mais disponíveis e, conseqüentemente, tentar aumentar o número de pessoas que usufruam de um envelhecimento bem-sucedido.

De referir que o modelo de Rowe e Kahn (1997, 1998) foi alvo de diversas críticas devido ao foco em critérios fixos que não explicam de forma clara que processos são necessários para alcançar os mesmos (Baltes & Carstensen, 1996).

Kahana e Kahana (1996) numa perspetiva sociológica, criaram um modelo de envelhecimento bem-sucedido, denominado de Modelo de Proatividade Preventiva e Corretiva. Este modelo surge como crítica ao modelo anteriormente descrito de Rowe e Kahn (1997, 1998). O Modelo de proatividade preventiva foi desenvolvido para salientar o potencial dos mais velhos para enfrentar os desafios do envelhecimento através do uso de recursos sob a forma de adaptação proativa (Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012).

Kahana, Kahana & Kercher (2003) referem que o modelo de proatividade investiga de que forma é possível realizar a manutenção do bem-estar psicológico e envolvimento em atividades sociais, inclusive em pessoas mais velhas que estejam expostas a *stressores* como doenças, fragilidade e perdas sociais. No Modelo as disposições psicológicas (como a esperança e autoestima) podem tanto afetar as adaptações proativas como a qualidade de vida. A proatividade assume um papel importante para aumentar a capacidade de resiliência dos mais velhos. É adquirida uma postura proativa, sustentada na prevenção de fatores *stressores* e na correção desses acontecimentos, sendo este um modelo de processo que visa explicar de que forma os mais velhos apresentam indicadores de envelhecimento bem-sucedido.

Os autores destacam também o papel dos recursos internos e dos recursos externos na melhoria dos efeitos adversos do stress. As influências espaciais (características demográficas e comunidade) e o contexto temporal (história e biografia) têm efeitos em cada um dos *stressores*, amortecedores e resultados de componentes da qualidade de vida (Kahana & Kahana, 1996). No Modelo são definidos três comportamentos adaptativos preventivos, três comportamentos adaptativos corretivos e três comportamentos adaptativos emergentes. Os três comportamentos adaptativos preventivos podem ter um papel importante de antevisão da ocorrência de doenças crônicas e eventos stressantes, sendo os mesmos: (1) promoção de saúde (aquisição de hábitos de vida saudável); (2) planeamento futuro (importante para a adoção de estratégias de coping, essencialmente na doença); e (3) ajudar os outros (poderá ter implicações na rede social dos mais velhos, de forma positiva, o que poderá trazer benefícios em caso de doença). Relativamente aos três comportamentos adaptativos corretivos, poderão ser importantes na doença crónica, na correção/tratamentos, os mesmos são: (1) organização de suporte social (estabelecer o sentimento de apoio por parte das suas redes relacionais formais e informais); (2) substituição de papéis (modificação dos papéis sociais derivado a perdas sociais provocadas por acontecimentos de vida); e (3) modificações ambientais e de atividade (ajudas através de dispositivos de assistência, de forma a facilitar a execução de atividades e a melhorar o conforto e segurança dos mais velhos). Por último, os três comportamentos adaptativos emergentes, surgem como uma forma nova de encarar doença nos mais velhos, sendo os mesmos: (1) o uso da tecnologia (internet, telemóveis, instrumentos de monitorização da saúde); (2) utilização de cuidados de saúde/ "*Health care consumerism*" (a procura de cuidados de saúde pelos mais velhos); e, (3) autoaperfeiçoamento (conhecer formas de desenvolvimento pessoal, como investir no seu aspeto físico ou na aquisição de novos conhecimentos) (Kahana & Kahana, 1996).

Assim, o Modelo de Kahana e Kahana (1996) centra-se na proatividade preventiva e corretiva, baseadas na prevenção de fatores *stressores* e na correção dessas situações. Sendo então necessário fazer adaptações proativas para atenuar o *stress* acumulado ou recente e fazer-se adaptações corretivas para amenizar esse mesmo *stress*. Percebe-se igualmente que o modelo refere constantemente componentes sociais como ajudar os outros nas adaptações preventivas e o autoaperfeiçoamento nas adaptações emergentes. Quanto ao ajudar os outros, é claro que a manutenção das redes sociais, família, amizade e vizinhança são importantes para

o envelhecimento bem-sucedido, sendo que as mesmas podem ser alargadas quando se realiza o autoaperfeiçoamento, porque procurando atividades, por exemplo, a nível educacional, para adquirir novos conhecimentos, frequentando uma universidade sénior, poderemos alargar a nossa rede ao conhecer novas pessoas.

Fernández-Ballesteros (2009), analisando os Modelos anteriormente descritos refere algumas características similares relativamente ao envelhecimento bem-sucedido: saúde, o bom funcionamento físico, a satisfação com a vida, o bem-estar, as condições socioeconómicas e a participação social. Percebe-se então que os três modelos anteriormente descritos têm um papel importante para a prática gerontológica por permitir criar e sustentar um plano de intervenção adequado, suportado pela questão da promoção do envelhecimento bem-sucedido, da qualidade de vida e da satisfação com a vida.

## **2. Envelhecer em Centros de Dia**

Nesta sessão procura-se apresentar resposta a algumas questões relativas ao contexto de estudo que está a ser investigado. Questões como: Para que servem os Centros de Dia e quais os seus objetivos? O que se faz lá? Como se procede no dia à dia em Centros de Dia? O que diz a investigação sobre os Centros de Dia?

### **2.1. Centros de Dia em Portugal**

Atualmente existe uma grande diversidade de respostas sociais que proporcionam cuidados às pessoas na condição de velhice, organizadas em valências de apoio à terceira idade como, centros de dia (CD), centros de convívio (CC), serviço de apoio domiciliário (SAD), estruturas residenciais para idosos (ERPI). Algumas respostas de IPSS sem fins lucrativos e outras com fins lucrativos. Estas respostas organizadas por valências e equipamentos sociais, tem por objetivo proporcionar cuidados para satisfazer as necessidades básicas dos idosos, permitindo-lhes ter um conhecimento das necessidades e do contexto social onde se inserem e dirigem a ação social de acordo com a “realidade da pessoa” (Sousa, 2019).

Bonfim e Saraiva (1996) referem que Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que visa a manutenção da pessoa idosa no seu meio sociofamiliar, visando a promoção de autonomia e a prevenção de situações de dependência ou o seu agravamento.

As diferentes alterações que se verificam na sociedade atual, sobretudo ao nível da composição e funções do grupo familiar, da solidariedade intergeracional e social, da falta de investimento no envelhecimento por parte da sociedade e da influencia das resposta adequadas ao controlo das situações de dependência, permitem verificar que um grande numero de pessoas, nestas situações encontram no Centro de Dia uma resposta que contribui para colmatar



algumas das dificuldades com que elas próprias e mesmo o seu agregado familiar se debatem quotidianamente (Bonfim e Saraiva, 1996).

Os seus objetivos assentam-se na prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas, no fornecimento de apoio psicossocial e na promoção das relações interpessoais, evitando o isolamento social da pessoa idosa e retardando a institucionalização permanente. Simultaneamente o Centro de Dia é uma resposta que possibilita às pessoas novos relacionamentos e elos de ligação com o exterior (Bonfim e Saraiva, 1996).

Ao instruir-se o Centro de Dia, no âmbito das respostas sociais, procura-se que o mesmo possibilite uma oferta de serviços de proximidade diversificada, permitindo que o cidadão permanecesse, o maior tempo possível, no seu meio habitual de vida, retardando e invertendo a lógica de integração em ERPI.

Durante muito tempo os serviços sociais tinham uma oferta limitada nos serviços oferecidos, passando apenas pelo apoio domiciliário ou internamento total em ERPI's. Apesar do apoio domiciliário satisfazer algumas necessidades a alguns níveis de dependência, a institucionalização total pode provocar situações de maior dependência (Estevão, 2017). Assim, surge o que os autores chamam de "recurso intermédio" – os Centros de Dia. Por norma, os centros de dia oferecem diversos serviços e vantagens – para além do idoso estar acompanhado durante o dia, tem garantido várias refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e, em alguns casos, jantar), para além do tratamento de roupa e higiene pessoal. O Centro de Dia pode oferecer ainda atividades socioculturais, como festas, passeios, exercício físico, aulas de informática, entre outros. O Centro de Dia assegura entre outros os seguintes serviços: refeições; convívio/ocupação; cuidados de higiene; tratamento de roupas; férias organizadas. Alguns têm ainda acesso a um profissional de enfermagem que administra a medicação adequadamente, a serviço de acompanhamento ao exterior (como consultas médicas, por exemplo) e a cuidados de imagem (Bonfim e Saraiva, 1996). Arrazola (2003) refere que os Centros de Dia oferecem atenção sobre vários aspetos sociais da vida do idoso, bem como à sua saúde física e mental. Oferecem ainda diversas formas de socialização, participação e ocupação, reabilitando e/ou mantendo o nível de autonomia do idoso. Os Centros de Dia objetivam ainda a prevenção do internamento total numa ERPI.

De acordo com Jacob (2012) os Centros de Dia surgiram a título experimental por volta dos anos 70, objetivando a manutenção dos idosos no seu domicílio o maior tempo possível. O autor acrescenta ainda que esta resposta social estimula as relações interpessoais, evitando o isolamento. Os Centros de Dia são uma das respostas sociais mais eficazes no combate ao isolamento. Sendo esta uma problemática cada vez mais evidente, torna-se essencial direcionar estudos para esta valência. Mantendo o idoso no seu lar, este passa a maioria do dia na companhia de outras pessoas, possibilitado de participar em diversas atividades socioculturais.

Os Centros de Dia são estruturas semi-institucionalizadas que surgem enquadradas numa política de 'envelhecer em casa' sendo, por isso, uma verdadeira alternativa ao internamento permanente. Esta estrutura tem como objetivo promover as relações pessoais e

entre gerações e prevenir situações de dependência promovendo também a autonomia (Jacob, 2012).

No século passado assistiu-se em Portugal a uma gradual implementação dos cuidados comunitários (Sousa et al., 2004), reforçando a posição assumida pelo estado de proteção dos mais frágeis entre os quais as pessoas idosas (Carvalho & Almeida, 2014). O Lar ou asilo (como era designado no século passado) foi durante décadas a única resposta social para pessoas idosas, cuja utilização exigia a institucionalização definitiva da pessoa que ali se mantinha geralmente até ao fim da sua vida (INE, 1999), hoje em dia designado de Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

Na década de 70 do século XX, os Centros de Dia e os Centros de Convívio eram novos equipamentos que assumiram o objetivo de prestar serviços e apoiar os adultos mais velhos nas atividades da sua rotina quotidiana, possibilitando-lhe permanecer em casa. Nessa altura, os custos para integrar uma destas respostas sociais não se equiparavam aos custos de hoje. Verifica-se uma mudança a partir do início do século XXI, os custos para integrar uma destas respostas sociais duplicou nos últimos anos. A proteção social às pessoas mais velhas não se verifica somente ao nível das prestações financeiras que possibilitam as condições básicas de sobrevivência, mas também a nível de cuidados de saúde e nível sociofamiliar.

Segundo Martín (2016) o Centro de Dia é assumido como uma resposta de serviço comunitário não residencial, apesar de desenvolvido em equipamento, de funcionamento diurno, fora do domicílio, dirigida a grupos de adultos mais velhos, através de um plano de cuidados individualizado proporcionando assistência continuada a baixo custo. Este tipo de de apoio caracteriza-se por ser uma alternativa ao internamento do adulto mais velho permitindo, assim, que este se mantenha o máximo de tempo possível integrado e vinculado ao seu contexto social e familiar.

Enquanto que a Estrutura Residencial para Idosos (ERPI) constitui-se como uma resposta social desenvolvida em equipamento, destinada à institucionalização permanente, para pessoas com idade correspondente à idade da reforma ou outras pessoas em situações de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. Esta resposta social apresenta serviços de apoio biopsicossocial, de forma individual e coletiva. Os serviços disponibilizados aos clientes são: alimentação e nutrição; cuidados de higiene e conforto pessoal; lavandaria; enfermagem; fisioterapia; psicologia; acompanhamento médico com especialidades (cardiologia, psiquiatria e clínica geral); animação sociocultural; acompanhamento técnico; serviços religiosos. Já o serviço de apoio domiciliário (SAD) é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária (Martín, 2016).

Neste sentido podem ser apoiadas pelo Centro de Dia pessoas com 65 ou mais anos que estão sozinhos durante o dia pela razão dos seus familiares estarem a trabalhar e não lhes

poderem fazer companhia e/ou prestar apoio. Também podem ser apoiadas por este serviço pessoas que vivem sozinhas e numa situação de isolamento social. Podem, também, frequentar o centro de dia pessoas com algum tipo de incapacidade física/motora ou pessoas com menos de 65 anos, mas com incapacidades a nível intelectual ou perturbação do desenvolvimento intelectual que se caracteriza pela perda ou anomalia de estrutura ou função psicológica, fisiológica e anatómica de carácter permanente ou perda de autonomia. A incapacidade intelectual pode ser ligeira, moderada ou grave.

## **2.2. A escassez de investigação em Centros de Dia**

Kadowaki & Mahmood (2018) realizaram um estudo sobre a prestação de serviços dos Centros de Dia no Canadá e nos Estados Unidos. As palavras chave utilizadas para a pesquisa foram: envelhecimento, centros de terceira idade, revisão de literatura, idosos. Foram selecionados para a mostra 58 estudos, 51 deles americanos e 7 canadenses. A maioria dos artigos incidiu sobre temas relacionados com a participação de indivíduos em centros de dia, um número menor concentrou-se em temas relacionados com o ambiente. A principal motivação para a participação do centro era o desejo de socialização. No que toca aos resultados sabe-se que a maioria dos participantes dos centros de dia são do género feminino, são pessoas com 80+ anos, de baixa renda económica e a morar sozinhas. A maioria dos idosos tem grande interesse em participar nas atividades religiosas proporcionadas pelo centro de dia, em menor número participam nas atividades físicas. Foram encontradas diferenças significativas em relação à perceção da saúde mental ou física, mas em comum foi encontrado um elevado grau de ansiedade por parte dos usufruidores de centro de dia. O apoio social recebido por pelo centro de dia teve impacto positivo na saúde mental e física dos idosos e isso melhorou a satisfação com a vida do próprio idoso. Quanto ao ambiente físico e espaço nos centros de dia dois estudos concluíram a falta de espaços dedicados à realização de atividades, criando desafios para a realização das mesmas. Embora não haja estudos suficientes para tirar conclusões sobre os ambientes sócio físicos ideais para centros de dia, estes estudos destacam a complexidade dos seus ambientes.

Também Orellana, Manthorpe & Tinker (2020) realizaram um estudo visando perceber os benefícios, propósitos e objetivos dos Centros de Dia para pessoas idosas. Com este estudo pretendiam perceber quais as perceções dos usufruidores em relação a esta resposta social. Orellana, Manthorpe e Tinker (2020) destacam, assim, que a revisão teve como objetivo estabelecer os níveis de conhecimento existentes em relação a três questões, nomeadamente (1) Como são percebidos os Centros de Dia? (2) Quem se beneficia dos Centros de Dia e como? (3) Qual é a finalidade dos Centros de Dia?

As palavras chave utilizadas para esta pesquisa estavam relacionadas com idosos e centros de dia. Neste estudo foram incluídos 77 artigos. Os resultados revelam que na literatura foram identificados quatro objetivos principais dos centros de dia: proporcionar assistência social e serviços, apoiando a independência contínua dos atendedores, apoiando a saúde e necessidades da vida diária e permitir que os cuidadores familiares façam uma pausa e/ou continuem com emprego. O principal objetivo de participar no centro de dia é o desejo de socialização de forma a evitar o isolamento social. Num dos estudos analisados pelos autores verificou-se maior participação dos idosos em atividades religiosas proporcionadas pelo centro de dia.

Os resultados psicossociais positivos da frequência ao centro de dia foram os mais documentados, principalmente pela literatura fora do Reino Unido e um grande estudo em inglês, testando uma medida, que descobriu que a frequência ao centro de dia aumentou a qualidade de vida geral (Caiels, Forder e Malley 2010).

Foram encontradas sete intervenções associadas à diminuição do declínio ou melhor saúde mental, saúde física e cognitiva e aspectos de bem-estar, e aumento das redes sociais (Mathieu 2008). Orellana et al, (2020), observa neste estudo que a investigação é escassa no domínio dos centros de dia.

### **3. Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida: Contributos da Investigação**

Nesta sessão procura-se apresentar os aspetos conceptuais e metodológicos das duas principais variáveis em estudo, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, uma vez que estas duas variáveis estão associadas ao bem-estar no processo de envelhecimento.

#### **3.1. Qualidade de vida em Centros de Dia**

A noção de Qualidade de Vida foi empregue pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, referindo que "os objetivos não podem ser medidos pelo saldo da conta bancária. Só podem ser medidos pela Qualidade de Vida que as pessoas têm" (Canavarro, 2010). Atualmente o conceito de qualidade de vida é definido de diversas formas e por diversos autores.

Para a OMS (1994) a Qualidade de Vida é um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente. A Organização Mundial de Saúde (1998) define a Qualidade de Vida 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, 1998).

Canavarro (2010) refere que Qualidade de Vida é, acima de tudo, multidimensional. Segundo a mesma autora a Qualidade de Vida apresenta-se sob dois grandes domínios: (1) O domínio funcional que envolve as variáveis das capacidades físicas, cognitivas, as atividades de vida diária e da autoavaliação do estado de saúde; (2) E o domínio do bem-estar, tais como as variáveis de bem-estar corporal, emocional, do autoconceito e da perceção global de bem-estar.

Este é um conceito amplo que incorpora de uma forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças e a relação com as características proeminentes no ambiente da pessoa (Soares, 2015). Neste sentido a qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que se aproxima do grau de satisfação encontrado na vida social, na saúde física e mental, e nível económico, determinando o padrão de bem-estar de cada individuo.

Na literatura são diversos os termos usados para descrever a Qualidade de Vida, pelo que a utilização deliberada de palavras diferentes para referir o mesmo conceito pode originar alguma confusão na sua definição (Canavarro 2010). No entanto, apesar das questões concetuais, a Qualidade de Vida percebida pelas pessoas tem se revelado como um fator preponderante para o funcionamento individual, a relação das pessoas com a sociedade e a capacidade para lidar e preparar o futuro, pelo que é um aspeto a considerar no processo de envelhecimento individual (Sousa, 2019).

A preocupação com a qualidade de vida ganhou importância em função do crescimento do número de idosos e do aumento da longevidade. E se envelhecer é mudar, tais mudanças devem dirigir para uma melhor qualidade de vida. Assim, identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa Qualidade de Vida é tarefa de várias disciplinas no âmbito das ciências sociais, da psicologia e das ciências biológicas, que excede os limites da responsabilidade pessoal e passa ser vista como um empreendimento de carácter sociocultural (Ribeiro, 2009)

A literatura sugere existir correlações entre Qualidade de Vida e Satisfação coma Vida, apoio e longevidade, já que indivíduos que mantém maior contato com amigos e familiares, possivelmente, vivam por mais tempo do que aqueles que se abstém desses relacionamentos. E repensar a velhice de forma a ressaltar as suas virtudes, potencialidades e características é promover a longevidade saudável do adulto mais velho (Ribeiro, 2009).

Para Ribeiro (2009) proporcionar suporte físico, social, cultural, económico e psicológico ao idoso, faz com que o mesmo acredite que é querido, amado, estimado e que faz parte de uma rede social. Esta crença poderá ter implicações positivas sobre sua saúde. Por outro lado, uma relação social pobre é um fator de risco à saúde do idoso, podendo afetar as funções físicas e cognitivas na velhice, da mesma forma, idosos mais isolados socialmente apresentam um risco maior de doença ou morte.

Assim, quando falamos de pessoas idosas que possuem personalidades adaptáveis e tendem a ser moderadas no consumo e no exercício, parece existir evidência de que as diferenças no envelhecimento podem ser atribuídas à causa genética, às causas ambientais e ao estilo de vida. Desta maneira, o envelhecimento ativo, que é o processo de otimização das

oportunidades de saúde, participação e segurança, tem aumentado a Qualidade de Vida desses indivíduos (OMS, 2005).

Avaliar a Qualidade de Vida na velhice implica na adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural. Envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual e ter expectativas positivas em relação ao futuro. Desta forma, vários elementos são apontados como determinantes ou indicadores de bem-estar na velhice, tendências como (1) Satisfação, aspecto interno e subjetivo que se trata de um construto multidimensional envolvendo a saúde biológica; (2) Interação dentro e fora da família e avaliação que o idoso faz de sua situação atual; (3) Atividade, quanto mais ativo o adulto mais velho, maior sua satisfação onde a questão não é a quantidade, mas quais, como e quanto os pequenos eventos da vida diária estruturam a vida dos adultos mais velhos; (4) Senso de controle, quanto menor, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo; (5) Mecanismos de autorregulação são responsáveis pela mobilização de comportamentos auto-orientado pela auto-observação, julgamento e autorreação, onde influenciam descobrir significados para a existência que é crucial para os adultos mais velhos; (6) Processo adaptativo, a capacidade de lidar com eventos não-normativos (Neri, 1993).

Neste sentido, a Qualidade de Vida que as pessoas terão quando envelhecerem dependem não só dos riscos e oportunidades que experienciarão durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário (Fraiman, 2004).

À medida que o indivíduo envelhece, a sua Qualidade de Vida é fortemente determinada pela sua habilidade de manter autonomia e independência (OMS, 2005). E ter uma boa velhice não é unicamente atributo ou responsabilidade pessoal, mas da interação entre o indivíduo e o seu contexto, ambos em constante transformação (Neri, 1993).

Longe de ser sufocado, o medo que sentimos de envelhecer é um elemento a ser discutido por todos os profissionais da área do envelhecimento, para que surjam outras possíveis soluções sociais. Pessoas e entidades públicas e privadas precisam de ser confrontadas com seus preconceitos e tabus perante a velhice, reexaminando a grande questão do idoso: a atual impossibilidade de participação social ativa, ainda que com as limitações provenientes de perdas físicas, mentais, sociais e afetivas, naturais do processo de envelhecer (Fraiman, 2004).

Segundo Mendes (2020) para uma melhor Qualidade de Vida contribuem não só as leis e os programas de intervenção que orientam os direitos da pessoa idosa à Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, como é fundamental que individualmente se compreenda a importância de uma preparação precoce para um envelhecimento ativo, isto é, muito mais que facultar as condições materiais para um envelhecimento de Qualidade de Vida e bem-estar, é necessário educar, para que estes possam fortalecer uma velhice longa e bem-sucedida. Revela-se insuficiente a importância dos conceitos de envelhecimento (quando se é jovem) se na prática, a consideração de preparar o próprio envelhecimento é arrasada por crenças tais como: quem envelhece é(são) o(s) outro(s). Por fim pode concluir-se que a Qualidade de Vida é resultado do Envelhecimento Ativo.

A Qualidade de Vida é frequentemente avaliada através do WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref), sendo este o instrumento mais usado a nível mundial para avaliar a Qualidade de Vida, é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da Qualidade de Vida, podendo ser utilizada numa larga visão de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis. Neste estudo foi usada a versão portuguesa da escala WHOQOL-BREF de Canavarro (2010).

### **3.2. Satisfação com a Vida em Centros de Dia**

Primeiramente é essencial referenciar que Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida são critérios que estão relacionados. Relativamente à Qualidade de Vida constatamos que os estudos nesta área evidenciam duas categorias: uma que avalia a chamada experiência de vida, com uma visão mais subjetiva, e a outra que estuda as condições de vida, com uma orientação mais objetiva, ligada ao comportamento da pessoa.

Este estudo debruça-se sobre a primeira categoria, ou seja, a experiência de vida que se enquadra no bem-estar subjetivo, sendo considerado como uma verdadeira satisfação geral com a vida, que qualquer pessoa pode ter, aquilo que vulgarmente chamamos felicidade.

É importante referir que o bem-estar subjetivo está associado ao constructo da Satisfação com a Vida. O bem-estar subjetivo é definido como a procura em compreender a avaliação que os indivíduos fazem sobre a sua vida. É consensual que é composto pelas seguintes dimensões: Satisfação com a Vida e afetos positivos e negativos, sendo que a Satisfação com a Vida diz respeito a uma dimensão cognitiva e os afetos positivos e negativos englobam a experiência de sentimentos (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Compreende-se que uma pessoa possui um elevado bem-estar subjetivo quando está satisfeita com a vida e vive de maneira positiva (Martinez & Garcia, 1994). Diener (1984) dá ênfase a três aspetos do bem-estar subjetivo, sendo os mesmos, a subjetividade do conceito, não ser restrito à ausência de fatores negativos, mas incluir também fatores positivos e o facto de ser uma medida geral não se centrando apenas num momento da vida. De acordo com Simões e colaboradores (2003), o bem-estar subjetivo deve ser estudado individualmente de forma a ser possível obter-se uma visão global do mesmo. Sendo a Satisfação com a Vida um bom indicador social subjetivo (Schwarz & Strack, 1991).

Uma das primeiras definições do conceito de Satisfação com a Vida refere que é uma apreciação cognitiva da vida, através de um juízo subjetivo, de acordo com o padrão estabelecido pelo sujeito e não em critérios que o investigador considera importantes (Diener, 1984).

A satisfação com a vida é definida como uma avaliação subjetiva global sobre a satisfação e/ou felicidade com a vida pessoal que cada indivíduo faz sobre si (Dinner, Oishi & Lucas, 2003; Cheung & Lucas 2015). Dinner, Oishi e Lucas (2003) acrescentam que a presença de aspetos positivos e aspetos negativos também influenciam a Satisfação com a Vida. Referindo

também Joia, Ruiz e Donalísio (2007), que a Satisfação com a Vida é um fenômeno complexo e difícil de medir, pois é subjetivo.

De acordo com Calixto e Martins (2010), são cinco os fatores preditores do nível de satisfação com a vida: variáveis sociodemográficas, relacionamentos sociais, personalidade, coping e autoestima. Relativamente às variáveis sociodemográficas, Banhato, Ribeiro e Guedes (2018) referem que a idade, o género e a escolaridade podem ter influência na Satisfação com a Vida, esclarecendo, no entanto, que existem ideologias diferentes, existindo autores que defendem que a Satisfação com a Vida aumenta com a idade, e outros que se mantêm estática. Já, quanto ao género há quem se incline para maior satisfação com a vida nos homens, outros indicam maior satisfação com a vida nas mulheres Banhato, Ribeiro e Guedes (2018).

Wichmann, Couto, Areosa e Montañés (2013) referem que os relacionamentos sociais estão fortemente associados ao suporte social, sendo que podem aumentar de intensidade ao longo da vida e influenciar a Satisfação com a Vida.

No que diz respeito à personalidade, nos mais velhos as características de personalidade podem manter-se estáveis ou alterarem-se influenciadas por experiências vivenciadas ao longo da vida. Isto faz com quem tenha que existir uma adaptação das pessoas a essas mudanças, no entanto é comum as características manterem-se estáveis (Farina, Lopes & Argimon, 2016). Importa referir que pessoas com níveis superiores de extroversão tendem a ter atitudes mais positivas face ao envelhecimento, o que se traduz numa possível maior Satisfação com a Vida (Silva, Farias, Oliveira & Rabelo, 2012).

A autoestima refere-se ao grau de positividade que as pessoas têm relativamente a si próprias, assim como o respeito e a apreciação que fazem de si (Spiriduso, 1995). Moksnes e Espnes (2013) referem que as pessoas com elevada autoestima podem utilizar a mesma como um recurso ou fator protetor face a adversidades que ocorrem ao longo da vida, isto pode vir a implicar uma maior Satisfação com a Vida, comparativamente a pessoas que tem baixa autoestima. Hernández, López-Fernández e Ortiz-Alonso (2009) corroboram os autores anteriormente referidos, afirmando especificamente que fatores sociodemográficos tais como género, idade, nível de escolaridade e relações sociais influenciam o nível de Satisfação com a Vida. A natureza física, como a independência funcional e mobilidade física, também está fortemente ligada à Satisfação com a Vida (Sposito, D'Elboux, Neri & Guariente, 2013).

A Satisfação com a Vida aumenta à medida que as pessoas se tornam mais velhas porque se tornam mais sábias e mais instruídas, começam a ver que a vida será melhor à medida que envelhecem e compreendem melhor as coisas importantes da vida (Santos, 2019). Isto deve-se ao facto de a Satisfação com Vida quer passada, quer futura mudar progressivamente com a idade, enquanto a Satisfação com a Vida presente se mantêm estável ao longo da vida (Fujita & Diener, 2005). O equilíbrio dos idosos pode ser afetado por determinados eventos de vida, isto consequentemente poderá afetar e provocar o declínio da Satisfação com a Vida. No entanto, Diener e Ryan (2009) referem que as pessoas mais velhas possuem recursos psicológicos que permitem superar/amenizar possíveis eventos de vida adversos fazendo com que a Satisfação com a Vida volte ao seu nível inicial.



Calixto e Martins (2010) referem que apesar do rumo que a Satisfação com Vida pode sofrer ao longo do processo de envelhecimento, existem valores altos de condição de saúde ou possíveis perdas que possam ocorrer.

A Satisfação com a Vida na velhice é descrita como um sentimento de felicidade, contentamento e preenchimento, sendo experienciado quando existe uma adaptação positiva às alterações da velhice. É apontada como a chave para o envelhecimento bem-sucedido, trazendo implicações positivas para a qualidade de vida dos indivíduos (Martins, Santos & Andrade, 2015).

Assim, uma velhice satisfatória é largamente medida pela subjetividade, e referenciada ao sistema de valores que vigora num período. Deste modo, predomina o ponto de vista de que envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo que lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento (Ribeiro 2009).

A Satisfação com a Vida é frequentemente avaliada pela Escala de Satisfação com a Vida, originalmente criada e validada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin em 1985, sofrendo várias adaptações para as populações de vários países. A Escala de Satisfação com a Vida avalia o lado positivo da experiência das pessoas ao longo da vida, não se focando em emoções desagradáveis. Ao tentar medir a Satisfação com a Vida, esta medida centra-se nos padrões de avaliação individuais de cada um, isto é, cada pessoa baseia-se nos domínios que considera relevantes para julgar a sua Satisfação com a Vida em geral (Pavot & Diener, 1993). Neste estudo usou-se a versão portuguesa da escala de Satisfação com a Vida de Neto (1990).

Para Mendes (2020) além da preocupação das políticas de saúde para com as doenças e incapacidades inerentes ao processo de envelhecimento, revela-se importante elaborar planos de intervenção que proporcionem estados psicológicos positivos às pessoas idosas de forma a que estas possam envelhecer com qualidade de vida e a apresentarem um bem-estar físico, bem-estar psicológico e bem-estar social. Ao longo destes parágrafos, foi possível corroborar que um adulto mais velho tem a potencialidade de avaliar a sua própria trajetória na construção de um envelhecimento ativo e integrado numa sociedade em constante transformação, mas para tal, é imperativo que o indivíduo se assuma como parte do processo de envelhecimento, em que o resultado (produto) final será destacado pela sua ação no decurso normal do desenvolvimento humano. Por fim pode concluir-se que o Bem-Estar Subjetivo e a Satisfação com a Vida terão como resultado o Envelhecimento Saudável.

Face ao exposto o presente estudo tem como objetivo geral: analisar a relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida em adultos mais velhos a frequentar Centro de Dia. Foram traçados como objetivos específicos: 1) Identificar a relação entre variáveis sociodemográficas e Qualidade de Vida em adultos mais velhos a frequentar Centros de Dia; 2) Descrever as principais características dos centros de dia; 3) determinar a relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida de adultos mais velhos a frequentar a resposta social Centro de Dia.

## **II – MÉTODO**

Após a abordagem da componente teórica, impõe-se a tomada de decisões quanto metodologia mais adequada à recolha de informação precisa, objetiva e que seja passível de interpretação.

Esta secção propõe-se, então, descrever o modo como o estudo será conduzido, caracterizando o tipo pesquisa no qual se enquadra, os participantes, os materiais utilizados, o procedimento e ainda o tratamento de dados.

## **1. Plano de Investigação e Participantes**

Do ponto de vista da natureza da investigação, considera-se este estudo como quantitativo, transversal e descritivo-correlacional. Define-se como quantitativo, na medida em que, através da recolha de dados numéricos e da sua análise estatística, consegue estabelecer padrões de comportamento (Sampieri et al., 2006).

Por sua vez é classificado como descritivo e correlacional, tendo por base a perspetiva de Sampieri e colaboradores (2006), que consideram que os estudos descritivos têm como objetivo medir ou recolher dados, independente ou conjuntamente, acerca de conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades, características e perfis e de acordo com a mesma fonte, uma investigação caracterizada como correlacional foca-se no conhecimento do grau de associação, ou relação, que se estabelece entre dois, ou vários, conceitos, categorias ou variáveis, num contexto muito próprio, possibilitando a compreensão do comportamento de uma determinada variável, pelo conhecimento de outras que lhe estão associadas.

Também se considera pertinente classificar este estudo no que se refere à dimensão temporal ou, dito de outro modo, ao número de momentos em que foi feita a recolha de dados. Relativamente a este aspeto, o trabalho de investigação em questão é transversal, uma vez que a recolha de informação foi feita num único momento (Sampieri et al., 2010).

Apresenta-se como objetivo geral: analisar a relação entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida de adultos mais velhos a frequentar Centros de Dia.

Estabeleceu-se como objetivos específicos: 1) Identificar a relação entre variáveis sociodemográficas e Qualidade de Vida em adultos mais velhos a frequentar Centros de Dia; 2) Descrever as principais características dos centros de dia; 3) determinar a relação entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida de adultos mais velhos a frequentar a resposta social Centro de Dia.

No que se refere ao modo como foram selecionados os participantes, o presente estudo recorreu a um procedimento de amostragem não probabilística. Uma amostra não probabilística pressupõe uma estratégia de seleção informal, na medida em que a eleição dos sujeitos depende das características da investigação (Sampieri et al., 2010). Trata-se de uma amostra de

conveniência, dado que os elementos que participam no estudo foram selecionados tendo em consideração a sua pronta disponibilidade (Sampieri et al., 2010).

Tendo em conta estes aspetos, o presente estudo conta com a participação de 108 pessoas que frequentam o Centro de Dia.

## 2. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a concretização deste estudo foi usado um protocolo de recolha de dados aplicado aos idosos que frequentam Centros de Dia, de forma a recolher informação quanto aos aspetos sociodemográficos, à percepção da Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida.

O protocolo de recolha de dados inclui os seguintes instrumentos: (1) Questionário Sociodemográfico, que foi construído para o efeito; (2) Atividades instrumentais de vida diária, versão portuguesa de Araújo et al, 2008; (3) WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref; versão portuguesa de Canavarro et al 2010); (4) Escala de Satisfação com a Vida, versão portuguesa de Neto et al, 1990;

O **Questionário sociodemográfico** é composto por questões de resposta aberta e fechada, permite caracterizar os participantes do ponto de vista sociodemográfico, nomeadamente em aspetos como idade, género, escolaridade, estado civil, profissão relevante em idade ativa, número de anos de reforma, com quem reside e motivo de integração em Centro de Dia.

O **Índice de Lawton** desenvolvido por Lawton e Brody em 1969 é uma escala que pretende medir a incapacidade e servir para planear e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) que compreendem oito tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades (Araújo, et al., 2008; Sequeira, 2007). Araújo, et al., (2008) analisaram a qualidade da escala pontuada na forma original (0 ou 1) e na versão alternativa, obtendo os valores de  $\alpha = 0,91$  e  $\alpha = 0,94$ , respetivamente. A Escala (de 0 a 16) apresenta gradientes cujos extremos são total independência e total dependência (Azeredo & Matos, 2003). Estes autores converteram a escala em três grupos na mesma proporção em que apresenta cada item e consideraram os seguintes pontos de corte: 0-5 significa dependência grave ou total; de 6-11 moderada dependência; de 12-16 ligeira dependência ou independente.

O **WHOQOL-BREF** (World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref; versão portuguesa de Canavarro et al 2010) é o instrumento mais usado a nível mundial para avaliar a qualidade de vida, é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação

subjativa da Qualidade de Vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis ou qualquer nível étario. Este é constituído por 26 questões numa escala tipo Likert de cinco pontos, sendo que 1 corresponde a Nunca/Muito insatisfeito/Muito má/Nada e 5 corresponde a Sempre/Muito satisfeito/Muito boa/Completamente/Muitíssimo conforme a formulação dos itens. Assim, a estrutura do instrumento integra quatro domínios de Qualidade de Vida: Físico (com 7 itens), Psicológico (com 6 itens), Relações Sociais (com 3 itens) e Ambiente (com 8 itens). Cada um destes domínios é composto por facetas da Qualidade de Vida que sumarizam o domínio particular de Qualidade de Vida em que se inserem. Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de Qualidade de Vida. A primeira questão refere-se à Qualidade de Vida de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As restantes 24 questões estão organizadas em função de 4 domínios físico, psicológico, social e meio ambiente. O domínio Físico refere-se a um conjunto de facetas que integram mobilidade, sono, e repouso, energia e fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho. Já o domínio Psicológico refere-se a facetas relacionadas com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima espiritualidade e crenças pessoais. No domínio Relações Sociais são consideradas facetas relacionadas com atividade sexual, apoio social e relações sociais. Finalmente, o domínio Ambiente integra a segurança física, ambiente em casa, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte (Canavarro & Serra, 2010). Além disso, a Escala permite o cálculo de um indicador global – faceta geral da Qualidade de Vida.

A adaptação para a população portuguesa do WHOQOL-BREF desenvolvida por Vaz-Serra e colaboradores em 2006, mostrou indicadores de consistência interna muito adequados com um Alpha de Cronbach de 0,92, variando entre 0,64 e 0,87 para os domínios Social e Físico respetivamente (Canavarro & Serra, 2010).

**A Escala de Satisfação com a Vida** (Diener, Emmons, Larsen & Griffen, 1985; Neto, Barros & Barros, 1990) avalia a Satisfação com a Vida enquanto processo de avaliação cognitiva, de julgamento que cada pessoa faz sobre a sua Qualidade de Vida, de acordo com os parâmetros estabelecidos por si. Esta medida é composta por cinco itens, sendo que as opções de resposta estruturadas numa escala tipo likert de sete pontos, onde 1 corresponde a totalmente em desacordo e 7 a totalmente de acordo. A pontuação oscila entre os 5 pontos (baixa satisfação) e os 35 pontos (alta satisfação), sendo que 20 representa o ponto médio. A versão original do instrumento apresenta seis pontos de corte: (1) pontuação entre 5 e 9 indica extrema insatisfação com a vida; (2) pontuação entre 10 e 14 é igual a insatisfação; (3) pontuação entre 15 e 18 refere ligeira insatisfação; (4) pontuação entre 21 e 25 aponta ligeira satisfação; (5) pontuação entre 26 e 30 indica satisfação; e, (6) pontuação entre 31 e 35 aponta extrema satisfação (Pavot & Diener, 1993). No entanto, a versão portuguesa do instrumento não apresentou pontos de corte (Neto, Barros & Barros, 1990). No que diz respeito aos valores de fiabilidade do instrumento foi encontrada uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,87), sendo aplicado o teste-reteste com um intervalo de diferença de dois meses,

apresentando boa fidedignidade (0,82). De forma a perceber-se a validade convergente foi comparado com vários testes, foi encontrada uma forte correlação significativa com grande parte dos testes (entre 0,32 e 0,75), com exceção do Affect Intensity Measure (0,09) onde não se verificou correlação significativa (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Relativamente à versão portuguesa encontra-se um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,78. Quanto à validade verificam-se bons indicadores existindo correlações significativas com a eficácia pessoal no ensino, aceitação/rejeição pessoal, autoeficácia, autoconceito total, maturidade psicológica e ansiedade social (Neto, Barros & Barros, 1990)

### **3. Procedimentos de Recolha de Dados**

Após a aprovação do **Projeto CD.Living**, pela comissão de ética do IPVC, foram iniciados os procedimentos de recolha de dados. Uma vez realizado o levantamento dos Centros de Dia, utilizando a Carta Social, efetuou-se o contacto com os Diretores Técnicos das instituições selecionadas para saber da disponibilidade e solicitar a participação no estudo. Após a obtenção da adesão ao estudo, foram estabelecidas datas para apresentar o projeto aos adultos mais velhos, estes foram informados acerca dos objetivos do estudo, sendo imprescindível para a obtenção dos dados, o consentimento informado por escrito garantindo a participação livre e esclarecida, garantindo o seu anonimato, a confidencialidade dos dados e da informação recolhida. Salvaguardando assim os interesses do entrevistado e garantindo o respeito pelos direitos humanos e dignidade da pessoa. Foi ainda dada a informação do direito de recusa a participação ou de desistência à mesma, sem que isso trouxesse qualquer implicação ou consequência. A aplicação dos instrumentos aos frequentadores de centro de dia recorreu a procedimentos de heteroadministração. 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. A entrevista foi realizada em locais específicos dos Centros de Dia, que os participantes frequentavam, estes locais foram disponibilizados pelos técnicos das respetivas instituições, garantindo assim a privacidade e conforto do adulto mais velho.

### **4. Estratégias de análise de dados**

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa de software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21. Dada a natureza do estudo e dos dados recolhidos recorreu-se a métodos de estatística descritiva e inferencial seguindo as tendências de investigação no domínio. Em primeiro lugar para análise dos dados sociodemográficos, análise dos dados da Qualidade de Vida e da Satisfação com a Vida, usou-se a estatística descritiva com recurso a medidas de tendência central, dispersão e localização, como média, mínimo, máximo e desvio padrão.

Para comparar medidas de tendência central, aplicou-se o teste t de student ou o teste não paramétrico de Mann Whitney nos casos em que não se verificaram as condições estatísticas de aplicabilidade do teste paramétrico, para a comparação de duas amostras independentes.

Para comparação de mais de dois grupos independentes, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. por não se verificarem as condições estatísticas de aplicabilidade do teste paramétrico, recorrendo-se ainda à utilização do teste LSD.

Para a análise de relação entre as variáveis Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida usou-se a análise inferencial aplicando o coeficiente de correlação de Pearson que corresponde a uma medida de associação entre variáveis quantitativas, indicando que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana e Gageiro, 2014).

Para todos os procedimentos estatísticos o valor mínimo de significância estabelecido foi de 0,05.

## **5. Ética na Investigação**

O presente estudo é parte integrante do **Projeto CD.Living**, que tem por objetivo analisar a Qualidade de Vida e Bem-Estar em Centros de Dia, na sequência da Pandemia covid-19. Este projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de ética das Ciências Sociais da Vida e da Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC).

## **III – RESULTADOS**



Nesta secção apresentam-se os resultados relativos à avaliação da Qualidade de vida e Satisfação com a Vida dos frequentadores de Centro de Dia, estruturados da seguinte forma: (1) Caracterização dos Participantes quanto às variáveis sociodemográficas (2) Caracterização da Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida em Centros de Dia; (3) Análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas; (4) Análise das relações entre qualidade de vida e Satisfação com a Vida.

## **1. Caracterização dos Participantes quanto às variáveis sociodemográficas**

Neste ponto apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes (Tabela 1).

### **Tabela 1- Caraterização sociodemográfica dos participantes**

Observando a Tabela 1, é perceptível verificar que fazem parte deste estudo 108 participantes, com idades compreendidas entre 65 e 96 anos ( $M = 80,08$ ;  $DP = 7,57$ ), sendo que, a maioria, (57,4%) tem 80+ anos e são predominantemente mulheres (70,4%). Em termos de estado civil, a maior parte dos participantes são viúvos (54,6%). Quanto ao nível de escolaridade, é de salientar que a maioria dos participantes tem baixa escolaridade ao nível do 1º - 4º anos (61,1%), sendo que (26,8%) é analfabeta. Em termos de residência e considerando o número de pessoas com quem vive para além de si próprio, observa-se que maioria dos inquiridos vive sozinho ou com uma outra pessoa (58,3%).

Em termos do trabalho e relativamente á profissão que desempenhou ao longo da vida observa-se que grande parte dos participantes trabalhou na agricultura (26,85%).

No que diz respeito à condição socioeconómica, predominam os baixos rendimentos, sendo que a maior parte dos participantes (44,4%) dispõe até 400 euros mensais. É de salientar ainda que a maior parte, (75,9%) dos participantes refere que vive com grande ou alguma dificuldade. Observa-se ainda a existência de 21 casos omissos, sendo de referir que algumas pessoas afirmavam que não sabiam do rendimento mensal disponível sendo que eram os familiares que tratavam desse aspeto.

No que diz respeito à possibilidade de ajuda em caso de necessidade (por exemplo apoio nas atividades de vida diária), observa-se que (88,9%) dos participantes indicaram poder contar com ajuda. Remetendo-se essa ajuda, maioritariamente para a/o da filha/o (47,22%).

Quanto à capacidade funcional percebe-se que a maior parte dos participantes (61,1%) são severamente dependentes nas atividades instrumentais de vida diária.

### 1.1. Características do Contexto/Ambientes/Settings de Estudo

Neste ponto apresentam-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes (Tabela 1).

**Tabela 1-** Caraterização sociodemográfica dos participantes

	65-79 anos		80+ anos		Total	
	n = 46		n = 62		n = 108	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	30	65,2	46	74,2	76	70,4
Masculino	16	34,8	16	25,8	32	29,6
<b>Idade M (DP)</b>	73,07(4,60)		85,29 (4,49)		80,08 (7,57)	
<b>Min-Máx</b>	65 - 79		80 - 96		65 – 96	
<b>Estado Civil</b>						
Solteiro(a)	11	23,9	8	12,9	19	17,6
Casado(a)/União de facto	9	19,6	12	19,4	21	19,5
Separado(a)/ Divorciado(a)	8	17,4	1	1,6	9	8,3
Viúvo	18	39,1	41	66,1	59	54,6
<b>Escolaridade</b>						
Sem escolaridade	8	17,4	21	33,9	29	26,8
1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos	29	63,0	37	59,7	66	61,1
5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos	5	10,9	3	4,8	8	7,4
7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos	0	0,0	1	1,6	1	0,9
10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos	3	6,5	0	0,0	3	2,8
Ensino Superior	1	2,2	0	0,0	1	0,9
<b>Agregado Familiar</b>						
0	16	34,8	13	21,0	29	26,8
1	13	28,3	21	33,9	34	31,5
2	4	8,7	8	12,9	12	11,1
3	8	17,4	11	17,7	19	17,6
4	4	8,7	7	11,3	11	10,2
5	1	2,2	2	3,2	3	2,8
<b>Rendimento do Agregado*</b>						
Com grande dificuldade	22	47,8	25	40,3	47	43,5
Com alguma dificuldade	13	28,3	22	35,5	35	32,4
Com alguma facilidade	9	19,6	9	14,5	18	16,7
Com muita facilidade	2	4,3	2	3,2	4	3,7
<b>Rendimento mensal**</b>						
Inferior a 280€	6	13,0	3	4,8	9	8,3
281€- 300€	1	2,2	6	9,7	7	6,5
301€- 400€	18	39,1	14	22,6	32	29,6

401€-500€	7	15,2	10	16,1	17	15,7
501-600€	4	8,7	9	14,5	13	12,1
601€-1000€	4	8,7	4	6,5	8	7,4
1001€-1500€	0	0,0	1	1,6	1	0,9
<b>Possibilidade Ajuda AVD</b>						
Sim	40	87,0	56	90,3	96	88,9
Não	6	13,0	6	9,7	12	11,1
<b>Capacidade Funcional AIVD</b>						
Independente	1	2,2	2	3,2	3	2,8
Moderadamente Dependente	20	43,5	19	30,6	39	36,1
Severamente Dependente	25	54,3	41	66,1	66	61,1
<b>Satisfação com a vida <i>M (DP)</i></b>	17,9 (7,5)		19,7 (6,2)		18,9 (6,8)	

Legenda: \*Há 4 valores omissos; \*\* Há 21 valores omissos

Na tabela 2 serão apresentados resultados relativos às características do contexto de estudo – Centros de Dia.

**Tabela 2-** Caracterização dos Centros de Dia

Centro de Dia n=10	Dimensão	Utilizadores
Contexto A	50	31
Contexto B	50	28
Contexto C	40	33
Contexto D	40	25
Contexto E	33	17
Contexto F	30	27
Contexto G	30	26
Contexto H	30	25
Contexto I	25	25
Contexto J	15	4

Os dados foram recolhidos em 10 Centros de Dia da zona geográfica Litoral-Norte, entre as cidades de Viana do Castelo, Braga, Póvoa de varzim. Desses 10 Centros de Dia, cinco são de grande dimensão (capacidade maior que 25) e outros cinco de pequena dimensão (capacidade menor ou igual que 25), que varia entre 15 a 50. Inicialmente foi necessário fazer uma consulta à carta social para perceber a dimensão de cada um dos Centros de Dia, posteriormente foi aplicado um pequeno questionário, elaborado para o efeito, à Diretora Técnica responsável por cada Centro de Dia, depois da aplicação desse questionário foi possível perceber quantos utilizadores frequentavam os respetivos Centros de Dia.

## 2. Caracterização da Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida em Centros de Dia

Na presente secção apresentam-se os resultados obtidos quanto á caracterização das variáveis em estudo, Qualidade de Vida em função dos diferentes domínios (Tabela 3) e Satisfação com a Vida (Tabela 4).

**Tabela 3-** Descrição dos valores médios da Qualidade de Vida Geral e respetivos Domínios em função da idade

	65-79 anos	80+ anos	Total
	n = 46	n = 62	n = 108
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>
Qualidade de Vida/Faceta Geral	<b>48.91</b> (19.51)	<b>49.60</b> (21.94)	<b>49.31</b> (20.9)
Min – Máx	0 - 75	0 - 100	0 – 100
Domínio Físico	<b>48.37</b> (14.36)	<b>49.65</b> (13.01)	<b>49.11</b> (13.55)
Min – Máx	25 - 75	7.14 – 78.57	7.14 – 78.57
Domínio Psicológico	<b>47.19</b> (13.61)	<b>51.21</b> (15.06)	<b>49.50</b> (14.53)
Min – Máx	16.67 – 79.17	16.67 – 83.33	16.67 – 83.33
Domínio Relações Sociais	<b>45.83</b> (15.09)	<b>49.01</b> (17.34)	<b>47.69</b> (16.43)
Min – Máx	25 - 75	8.33 – 100	8.33 – 100
Domínio Ambiente	<b>52.17</b> (14.37)	<b>54.08</b> (17.36)	<b>53.27</b> (16.11)
Min - Máx	9.38 - 75	0 - 100	0 – 100

Tendo em conta a tabela 3, observa-se que em relação aos resultados de qualidade de vida na faceta geral os participantes obtiveram uma pontuação média de 49,3 ( $DP=20,9$ ) pontos, sendo o mínimo 0 e o máximo 100, traduzindo-se num nível baixo de Qualidade de Vida geral.

Observando os resultados obtidos, no total, em cada um dos domínios da escala WHOQOL-Bref verifica-se que o valor médio mais baixo pertence ao *Domínio das relações sociais* no qual os participantes obtiveram pontuação média de 47,6 ( $DP=16,4$ ). De seguida, surge o *Domínio físico* em que os participantes obtiveram uma pontuação média de 49,1 ( $DP=13,6$ ). No que toca ao *Domínio psicológico* a pontuação média foi de 49,5 ( $DP=14,5$ ). A pontuação média mais alta corresponde ao *Domínio do ambiente* 53,2 ( $DP=16,1$ ).

**Tabela 4-** Descrição dos valores médios da Satisfação com a Vida

	Total
	n = 108
	M (DP)
SWLS Total	18,99(6,827)
Min – Máx	5-35
De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal	3,88 (1,439)
Min – Máx	1-7
As condições da minha vida são excelentes	3,76 (1,515)
Min – Máx	1-7
Estou satisfeito com a minha vida	3,89 (1,518)
Min – Máx	1-7
Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida	3,91 (1,700)
Min – Máx	1-7
Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada	3,56 (1,752)
Min – Máx	1-7

Tendo em conta a tabela 4, observa-se que na *Satisfação com a Vida total*, os participantes obtiveram pontuação média de 18,99 ( $DP=6,827$ ), estando a baixo do ponto médio que é 20 pontos na escala de Likert e encontra-se afastado da pontuação máxima que é de 35 pontos. Parecendo, assim constatar-se que a Satisfação com a Vida dos participantes é baixa.

Observando os cinco itens da escala da *Satisfação com a Vida*, verifica-se que no item 1 “*De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal*”, os participantes obtiveram pontuação média de 3,88 ( $DP=1,439$ ), no item 2 “*As condições da minha vida são excelentes*”, com pontuação média de 3,76 ( $DP=1,515$ ), no que toca ao item 3 “*Estou satisfeito com a minha vida*”, a média foi de 3,89 ( $DP=1,518$ ), quanto ao item 4 “*Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida*” a pontuação média é 3,91 ( $DP=1,700$ ), e no ultimo item “*Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada*”, a pontuação média foi de 3,56 ( $DP=1,752$ ). Posto isto verifica-se que todas as pontuações médias estão um pouco afastadas da pontuação máxima que é 7.

### 3. Análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas

Nesta sessão são apresentados os resultados da análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas (tabela 5, 6 e 7).

**Tabela 5** - Descrição dos valores médios da Qualidade de Vida Geral e respectivos Domínios em função da escolaridade

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

\*p<0.05

Verifica-se que 29 dos participantes não tem nenhum nível de escolaridade e 79 dos participantes tem algum nível de escolaridade.

Os participantes que tem algum nível de escolaridade pontuam mais alto em todos os domínios da qualidade de vida, na *Qualidade Vida faceta geral*, pessoas sem escolaridade tem pontuação média mais baixa (M= 39,7; DP=19,5) em relação às pessoas com escolaridade (M= 52,8; DP=20,3).

Considera-se que há três significâncias estatísticas nos domínios *Qualidade de Vida Faceta Geral*, *Domínio psicológico* e *Domínio ambiente*.

Recorreu-se ao teste de Mann-Whitney U para analisar a Qualidade de Vida em função da escolaridade (sem e com escolaridade). Analisando os resultados obtidos em cada um dos domínios nesta tabela, verifica-se que o valor médio mais baixo pertence ao *Domínio qualidade de vida faceta geral* correspondente a “Sem escolaridade” (M= 39,7; DP= 19,5). O valor médio mais alto pertence ao *Domínio do ambiente*, quer em “Sem escolaridade” (M = 49,9; DP = 11,4), quer em “Com escolaridade” (M = 54,5; DP = 17,4).

Observando a tabela 5, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *Domínio Qualidade de Vida geral* (U= 712; p = 0,002), no *Domínio psicológico* ( U= 766,5; p = 0,008) e no *Domínio ambiente* ( U= 852, 5; p = 0,042).

Os participantes “Com escolaridade” apresentam valores mais altos de Qualidade de Vida quando comparados com os participantes “Sem escolaridade” (M = 52,8; DP = 20,3 vs. M = 39,7; DP = 19,5).

**Tabela 6** - Descrição dos valores médios da Qualidade de Vida Geral e respectivos Domínios em função do estado civil

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

\* $p < 0.05$

Verifica-se que 21 dos participantes é casado, 59 é viúvo e 28 encontram-se estado civil “outro”. O participante “viúvo” tem pontuação média mais alta em todos os domínios da Qualidade de Vida quando comparados com os participantes que tem “outro” estado civil.

Constata-se que há três significâncias estatísticas nos domínios psicológico, relações sociais e ambiente.

Para analisar a Qualidade de Vida em função do *estado civil* (Tabela 6) recorreu-se a comparação múltipla com amostras independentes com a utilização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Analisando os resultados obtidos na Qualidade de Vida geral e em cada um dos domínios, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *Domínio psicológico* ( $\chi^2_{(2)} = 7,289$ ;  $p = 0,026$ ), nas *relações sociais* ( $\chi^2_{(2)} = 8,904$ ;  $p = 0,012$ ) e no *ambiente* ( $\chi^2_{(2)} = 6,502$ ;  $p = 0,039$ ).

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

A análise estatística demonstrou que no domínio psicológico existem diferenças estatisticamente significativas entre “viúvo” e “outro” ( $p = 0,01$ ), pontuando mais alto o viúvo ( $M=51,8$ ;  $DP=14,1$  vs  $M= 43,3$ ;  $DP= 14,8$ ). Para o *Domínio das relações sociais* existem diferenças estatisticamente significativas entre “viúvo” e “outro” ( $p = 0,017$ ), pontuando mais alto o viúvo ( $M=49,7$ ;  $DP=17,7$  vs  $M= 40,8$ ;  $DP= 12,5$ ) e casado e outro ( $p = 0,027$ ), pontuando mais

alto o casado ( $M=51,2$ ;  $DP=15,2$ ). No *Domínio do ambiente* existem diferenças estatisticamente significativas entre viúvo e outro ( $p= 0,018$ ), pontuando mais alto o viúvo ( $M=56,1$ ;  $DP=15,5$  vs  $M= 47,3$ ;  $DP= 14,6$ ).

**Tabela 7.** Descrição dos valores médios da Qualidade de Vida Geral e respetivos Domínios em função dos rendimentos

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

\* $p<0.05$ ; \*\* Há 21 valores omissos

Na tabela 7 observam-se os resultados da qualidade de vida em função dos *rendimentos* mensais (em euros), para esta análise usou-se o teste t para amostras independentes. Analisando esta tabela verifica-se que 48 dos participantes tem rendimentos mensais inferiores a 400 euros e 39 dos participantes tem rendimentos superiores a 400 euros mensais, as pessoas com rendimentos superiores a 400 euros apresentam melhores valores de Qualidade de Vida ( $M=52,2$ ;  $DP= 21,6$ ) do que que pessoas com rendimentos inferiores a 400 euros ( $M=45,6$ ;  $DP= 20,5$ ).

Analisando os resultados obtidos em cada um dos domínios desta tabela, verifica-se que o valor médio mais baixo pertence ao *Domínio psicológico* nas pessoas que recebem rendimento mensal inferior a 400 euros ( $M=45,1$ ;  $DP= 13,6$ ), o valor médio mais alto pertence ao *Domínio ambiente* nas pessoas com rendimento superior a 400 euros ( $M=56,9$ ;  $DP=17,7$ ).

Verifica-se que há duas significâncias estatísticas na qualidade de vida em função dos rendimentos, no *Domínio psicológico* ( $t (85) = - 2,728$ ;  $p=0,008$ ) e *Domínio ambiente* ( $t (85) = - 2,015$ ;  $p=0,047$ ).

Apesar de parecer haver algumas diferenças na comparação de resultados de acordo com os grupos etários estabelecidos, (tabel 1) não surgem diferenças com significado estatístico utilizando o teste T para amostras independentes ( $p>0,05$ ).



Do mesmo modo, em relação á variáveis sexos não se encontram diferenças com significado estatístico entre os resultados de Qualidade de Vida nas diferentes dimensões quando se faz a comparação entre os resultados obtidos entre homens e mulheres ( $p < 0,05$ ).

#### 4. Análise das relações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida

Nesta secção analisa-se a relação entre as variáveis Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida. Utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 8).

**Tabela 8** - Correlações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida

	QoL_geral	QoL_físico	QoL_psicológico	QoL_social_relacional	QoL_ambiente
Satisfação com a vida	,422**	,224*	,605**	,524**	,538**
	,000	,020	,000	,000	,000

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

De modo a averiguar a existência de correlações entre os domínios da variável Qualidade de Vida e os itens da escala de Satisfação com a Vida, utilizou-se o coeficiente de pearson (tabela 8).

Observando a tabela 8, a análise das relações entre as variáveis em estudos, Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, demonstrou associações positivas e significativas, fracas a moderadas (Pestana e Gageiro, 2014). entre Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida geral ( $r = 0,422$ ;  $p = 0,01$ ), bem como entre Satisfação com a Vida e domínios específicos da Qualidade de Vida - físico ( $r = 0,224$ ;  $p = 0,05$ ), psicológico ( $r = 0,605$ ;  $p = 0,01$ ), relações sociais ( $r = 0,524$ ;  $p = 0,01$ ), ambiente ( $r = 0,538$ ;  $p = 0,01$ ).

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após apresentação dos resultados, é necessário discuti-los tendo em conta o enquadramento conceptual e empírico, bem como os objetivos do estudo: a) analisar as relações entre Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida em adultos mais velhos frequentadores da resposta social Centro de Dia, b) análise entre Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas. Esta discussão seguirá a ordem de apresentação de resultados no capítulo anterior (1) Caracterização sociodemográfica dos participantes; (2) Caracterização da Qualidade de Vida e da Satisfação com a Vida em Centros de Dia; (3) Análise da Qualidade de Vida em função das variáveis sociodemográficas; (4) Análise das relações entre Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida.

Fazem parte do estudo 108 participantes que frequentam a resposta social Centro de Dia. Globalmente, os resultados revelam que dos 108 participantes, são maioritariamente do sexo feminino (70,4%), com idade média de 80 anos, sendo que (57,4%), sendo que a maioria tem 80+ anos (Min.= 65; Max.=96). São ainda, maioritariamente viúvos (54,6%), com escolaridade reduzida (61,1%) entre 1º a 4º anos, maioria dos inquiridos vive sozinho ou com uma pessoa (58,3%). Em termos do trabalho e relativamente á profissão que desempenhou ao longo da vida grande parte dos participantes trabalhou na agricultura (26,85%). Quanto à condição socioeconómica, predominam os baixos rendimentos, sendo que a maior parte dos participantes (44,4%) dispõe até 400 euros. É de salientar ainda que a maior parte, a quase totalidade, (75,9%) dos participantes vive com grande ou alguma dificuldade económica.

O que vai de encontro ao esperado, Moreira (2020) reflete que há mais mulheres idosas do que homens, sobretudo em idades avançadas. Estas mulheres são principalmente viúvas, pois a viuvez é mais frequente nas mulheres e predomina a partir dos 75 anos. Estas apresentam baixa escolarização e baixos rendimentos económicos. A particularidade de a amostra integrar maior número de elementos do género feminino poderá dever-se ao facto de o género feminino ter uma esperança media de vida à nascença superior, comparativamente ao género masculino (Rosa, 2012). Observa-se que, no grupo estudado, a escolaridade é baixa, possivelmente devido à escolaridade mínima da época e ao começo precoce da entrada no mercado do trabalho. A maioria dos participantes trabalharam na agricultura, segundo Rosa (2020), no século XX, grande parte da população da região do alto Minho trabalhava na agricultura.

No que diz respeito à possibilidade de ajuda em caso de necessidade (por exemplo apoio nas atividades de vida diária), 88,9% dos participantes indicaram poder contar com ajuda, sendo referida maioritariamente que a ajuda é providenciada pela/o da filha/o 47,22%. No que diz respeito às AIVD, 61,1% dos participantes são severamente dependentes, necessitando de ajuda em pelo menos quatro ou mais, das atividades instrumentais da vida diária. O que vai no sentido esperado, segundo Pereira (2015), pessoas de idade avançada necessitam de ajuda nas tarefas da vida diária e são dependentes de familiares, cuidadores informais ou cuidadores formais. Segundo Silva, (2022), as filhas são o maior apoio na prestação de ajuda a pais idosos em situação de dependência.

Principais achados deste estudo: (1) a Qualidade de Vida geral dos participantes é baixa; (2) os resultados da avaliação da Qualidade de Vida apresentam diferenças estatisticamente significativas quando consideradas as variáveis sociodemográficas escolaridade, estado civil e rendimentos; (3) a Satisfação com a Vida dos participantes é baixa; (4) existem correlações significativas entre Satisfação com a Vida e Qualidade de Vida geral e todos os Domínios da Qualidade de Vida.

A Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida são duas variáveis centrais neste estudo. Em relação à Qualidade de Vida geral, observa-se que os participantes têm uma média de 49,3 ( $DP=20,9$ ), o que evidencia um nível baixo de Qualidade de Vida. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos participantes, na sua maioria, terem idade superior a 80 anos, existindo neste caso uma maior probabilidade de haver patologia associada, que em muitos casos pode ser em situação de comorbilidade (por exemplo doenças cardiovasculares ou maior risco de quedas). Isto pode estar relacionado uma vez que a pergunta da Qualidade de Vida faceta geral está diretamente ligada à saúde da pessoa (Canavarro, 2010).

O valor médio mais baixo pertence ao *Domínio das relações sociais* ( $M=47,69$ ;  $DP=16,43$ ), podendo este aspeto ser explicado pelo facto de habitualmente as relações sociais diminuem com o avançar da idade, embora as relações sociais sejam fortalecidas nesta fase de vida, a rede de suporte e apoio social também tem tendência a diminuir (Pereira, 2019).

No entanto, tendo em conta os resultados de estudos acerca da Qualidade de Vida no envelhecimento, este estudo apresenta resultados inesperados, visto que o valor médio mais elevado é no *Domínio ambiente* e o valor mais baixo pertence ao *Domínio das relações sociais*. Tais resultados não vão ao encontro das evidências apresentadas noutros estudos com adultos mais velhos, sendo o *Domínio psicológico* o valor médio mais alto (Bastos et al., 2020; Costa et al., 2018; Ferretti, Beskow, Slaviero & Ribeiro, 2015) e sendo o *Domínio físico* com valor médio mais baixo (Bastos et al., 2020; Ribeiro, Ferretti & Sá, 2017).

Neste estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na perceção de Qualidade de Vida quando se tem em conta os grupos etários, assim como não há diferenças estatisticamente significativas na Qualidade de Vida em função do sexo.

Verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a perceção de Qualidade de Vida quando se tem em linha de conta a *escolaridade*, as pessoas com algum nível de escolaridade apresentam valores médios significativamente mais altos do que pessoas sem escolaridade quer na Qualidade de Vida faceta geral assim como no Domínio psicológico e Domínio ambiente.

O baixo nível de escolaridade encontrado neste estudo é semelhante aos resultados de outros estudos. Observa-se que o predomínio do baixo nível de escolaridade neste estudo se relaciona diretamente com a qualidade de vida dos participantes.

A baixa escolaridade está associada a uma pior percepção de Qualidade de Vida na faceta geral e nos domínios psicológico e ambiente. Percebendo que a Qualidade de Vida faceta geral é composta por uma avaliação da Qualidade de Vida e da percepção de saúde geral (Canavarro et al.,2010), podemos questionar se os participantes com algum nível de escolaridade terão uma visão mais positiva da sua saúde face aos participantes sem escolaridade, influenciando assim a sua percepção Qualidade de Vida.

Ao considerarmos que o domínio psicológico aborda questões relacionadas com sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e questões sobre espiritualidade, religião e crenças pessoais. E o domínio ambiente engloba questões relacionadas à segurança física, disponibilidade de recursos financeiros, oportunidades de adquirir novas informações, recreação e lazer, e disponibilidade de cuidados com a saúde (Canavarro et al.,2010). A associação poderia ser explicada pelo fato de que essas variáveis demonstraram maior exposição da pessoa quanto aos seus sentimentos, à imagem física, às crenças pessoais, a piores condições de moradia e segurança física.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Pereira (2012) em as pessoas com baixo nível de escolaridade apresentam valores mais baixos nos domínios da Qualidade de Vida quando comparadas a pessoas com nível de escolaridade mais altos.

Relativamente aos resultados obtidos em cada um dos domínios da qualidade de vida verifica-se que o valor médio mais baixo pertence à *Qualidade de Vida faceta geral* correspondente a “Sem escolaridade” ( $M= 39,7$ ;  $DP= 19,5$ ). O valor médio mais alto pertence ao *Domínio do ambiente*, quer em “Sem escolaridade” ( $M = 49,9$ ;  $DP = 11,4$ ), quer em “Com escolaridade” ( $M = 54,5$ ;  $DP = 17,4$ ). Existem diferenças estatisticamente significativas em três domínios, no *Domínio qualidade de vida geral*, no *Domínio psicológico* e no *Domínio ambiente*.

Quanto à análise dos resultados de percepção de Qualidade de Vida em função do *estado civil*, os participantes “viúvos” apresentam valores médios mais altos 51,0 ( $DP= 20,7$ ) quando comparados com os participantes com “outro” estado civil com média de 43,7 ( $DP=19,1$ ). Este resultado é inesperado, porém pode ser explicado pelo facto de a amostra ser constituída predominantemente por participantes viúvos (54,6%).

Verifica-se que o valor médio mais baixo pertence ao domínio relações sociais no estado civil “outro” ( $M = 40,7$ ;  $DP = 12,4$ ). O valor médio mais alto pertence ao domínio ambiente nos “viúvos” ( $M = 56,1$ ;  $DP = 15,5$ ). O facto de haver associação entre o domínio relações sociais e estado civil “outro” poderá dever-se ao facto destas pessoas carecerem de uma rede de suporte social e de cuidados, uma vez as relações sociais tendem a diminuir na velhice (Brito, 2017). Uma vez que o domínio relações sociais engloba questões relacionadas com apoio social e relações sociais. Relativamente à associação entre o domínio ambiente e estado civil de “viúvo” poderá ser pelo motivo destas pessoas viverem acompanhadas (por exemplo pelos filhos) e possivelmente terão uma rede de cuidados e apoio social mais ampla comparativamente às

peças que se encontram no estado civil “outro”, o que contribui para melhor percepção de qualidade de vida. Uma vez que o domínio ambiente engloba questões relacionadas com o ambiente no lar e segurança física. Segundo Silva (2020) a relação entre qualidade de vida e estado civil é frequente nos estudos com adultos mais velhos, o que vai de encontro aos resultados deste estudo.

Analisando os resultados acerca da percepção de Qualidade de Vida em função dos rendimentos auferidos verifica-se que as pessoas com rendimentos superiores a 400 euros apresentam melhores valores ( $M=52,2$ ;  $DP= 21,6$ ) do que as pessoas com rendimentos inferiores a 400 euros ( $M=45,6$ ;  $DP= 20,5$ ). Constatou-se que o valor médio mais baixo pertence ao *Domínio psicológico* nas pessoas que recebem rendimento mensal inferior a 400 euros ( $M=45,1$ ;  $DP= 13,6$ ), o valor médio mais alto pertence ao *Domínio ambiente* nas pessoas com rendimento superior a 400 euros ( $M=56,9$ ;  $DP=17,7$ ). Existem duas significâncias estatísticas na Qualidade de Vida em função dos rendimentos, no *Domínio psicológico* e *Domínio ambiente*. Observou-se que o baixo rendimento parece estar associado a uma pior percepção de Qualidade de Vida. A associação entre Qualidade de Vida e baixo rendimento poderia ser explicada pelo facto de expor o indivíduo a histórias de vida sobre gestão financeira. Especificamente no que se refere à associação entre rendimentos e *Domínio ambiente* da Qualidade de Vida nos participantes com rendimento superior a 400 euros isto pode dever-se ao facto de os participantes que possuem rendimentos superiores encontrarem aí uma fonte de segurança face às ameaças do envelhecimento, para além de um instrumento nuclear para assegurar maior ou melhor acesso a recursos fundamentais para o modo como vivem e perspetivam a qualidade das suas vidas. Assim sendo, a relação do *Domínio ambiente* face ao rendimento, poderá fazer sentido, visto que o *Domínio ambiente* engloba questões sobre os recursos económicos (Canavaro, 2010). No que toca à associação entre rendimentos e *Domínio psicológico* nos participantes com rendimento inferior a 400 euros pode associar-se ao facto dos participantes que recebem rendimento inferior presenciarem sentimentos negativos uma vez que se sentem ameaçados porque não conseguem fazer face às despesas, os adultos mais velhos suportam mais despesas de saúde, principalmente com medicação. Esta relação poderá fazer algum sentido dado que o *Domínio psicológico* engloba questões relacionadas com a autoestima e sentimentos negativos (Canavaro, 2010). Noutros estudos é frequente observar a relação entre Qualidade de Vida dos adultos mais velhos e os rendimentos (Santos, 2019).

A baixa escolarização e os baixos rendimentos mostram-se estatisticamente associados à pior percepção de Qualidade de Vida. Os mais escolarizados e os que auferem de melhores rendimentos tendem a perceber melhor Qualidade de Vida. Estes resultados demonstram que existe associação entre as variáveis sociodemográficas e Qualidade de Vida, podendo contribuir para a implementação de medidas de algum modo corretivas a incrementar no sentido de procurar a obtenção de uma melhor Qualidade de Vida em adultos mais velhos que frequentam os Centros de Dia.

Analisando os resultados da Satisfação com a Vida, dos adultos mais velhos que frequentam o Centro de Dia, percebe-se que a Satisfação com a Vida total dos participantes é baixa se se considerar 20 como o ponto médio e percebe-se que a pontuação média dos participantes deste estudo está um pouco a baixo desse ponto ( $M=18,99$ ;  $DP=6,82$ ). Tal pode considerar-se um resultado inesperado, considerando os resultados obtidos estudo de Ryff et al (2021) seria de esperar que a Satisfação com a Vida fosse mais alta nos adultos mais velhos, uma vez que a investigação demonstra que os indivíduos à medida que envelhecem tendem a priorizar emoções positivas relativamente às negativas (fenómeno da positividade), e a Satisfação com a Vida aumenta com o avançar da idade. Este resultado pode ser explicado pelo facto dos participantes, na sua maioria, serem severamente dependentes (66,1%), o que pode despoletar neles sentimentos negativos, fazendo com que a percepção de Satisfação com a Vida seja baixa.

Quando analisados os cinco itens da escala da Satisfação com a Vida, observa-se que no primeiro item “De muitas formas a minha vida está próxima do meu ideal”, a pontuação média dos participantes foi de 3,88 ( $DP=1,439$ ), já no segundo item “As condições da minha vida são excelentes”, os participantes tiveram pontuação média de ( $M=3,76$ ;  $DP=1,515$ ), no que toca ao terceiro item “Estou satisfeito com a minha vida”, a média foi de ( $M=3,89$ ;  $DP=1,518$ ), quanto quarto item “Até agora tenho tido as coisas importantes que quero na vida” a pontuação média ( $M=3,91$ ;  $DP=1,700$ ), no quinto e ultimo item “Se pudesse viver tudo de novo, não mudaria quase nada”, a pontuação média ( $M=3,56$ ;  $DP=1,752$ ). Posto isto verifica-se que todas as pontuações médias estão um pouco afastadas da pontuação máxima que é 7. Acosta (2019), especifica que no caso de baixa satisfação com a vida nas pessoas mais velhas, pode ser considerada a complexidade inerente à percepção da satisfação com a Vida por parte da pessoa, sendo possível que na vida de cada um dos participantes existam outros aspetos que possam influenciar a maior ou menor percepção da Satisfação com a Vida.

No que diz respeito às relações entre as variáveis do estudo Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida estas tem relação positiva significativa, assim como todos os domínios da Qualidade de Vida têm uma correlação positiva significativa com Satisfação com a Vida, o que já seria de esperar tendo em conta os conceitos e face à literatura no domínio, visto que as duas variáveis são assumidas frequentemente como sinónimos, (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Resultados semelhantes são obtidos por Santos (2019), que obtém uma elevada correlação entre Satisfação com a Vida e os domínios da Qualidade de Vida.

Especificamente quando se analisa os diferentes domínios da Qualidade de Vida e a relação com Satisfação com a Vida, no caso *Domínio físico* encontra-se uma relação positiva, o que do ponto de vista experiencial, vários estudos apontam para uma associação entre mais Qualidade de Vida no *Domínio físico* e mais Satisfação com a Vida (Lucas Carrasco et al., 2014; Şahin et al.,2019).

A relação encontrada entre Satisfação com a Vida e o *Domínio psicológico* de Qualidade de Vida era um resultado esperado, uma vez que este domínio engloba sentimentos positivos e

sentimentos negativos (Canavarro et al., 2010) e como se sabe, a satisfação com a vida advém do bem-estar, esta é a componente cognitiva do mesmo, sendo acompanhada por mais dois componentes - os afetos positivos e os afetos negativos (Diener, Suh & Oishi, 1997).

Do mesmo modo, a relação encontrada entre Satisfação com a Vida e o *Domínio relações sociais* era esperada uma vez que quanto maior for a Satisfação com a Vida, mais fortes e coesas serão as relações sociais na idade avançada (Diener, 2018).

A relação entre Satisfação com a Vida e *Domínio ambiente* também era esperada, uma vez que este domínio engloba questões relacionadas com segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidade para adquirir novas informações, lazer e ambiente físico, e como já é sabido a Satisfação com a Vida provém do elevado bem-estar subjetivo que é componente da felicidade do indivíduo e da relação com o ambiente onde este está inserido.

Apesar de alguns resultados interessantes este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente: (1) a forma como os participantes foram selecionados, considerando a técnica de amostragem não probabilística, trata-se de uma amostra por conveniência o que obriga a que os resultados sejam lidos dentro das características dos participantes; (2) a amostra pertence à mesma área geográfica (zona Litoral-Norte de Portugal), sendo questionável se noutra área geográfica, nomeadamente territórios de baixa densidade populacional e elevado índice de envelhecimento, como é o caso do interior do país se obteriam resultados similares, (3) o protocolo de recolha de dados baseado, em instrumentos standardizados tem vantagens por permitir a comparabilidade, dado o elevado número de analfabetos, pode subavaliar a capacidade dos participantes;

Face às limitações anteriormente apresentadas sugere-se em próximos estudos atender a estas limitações, seria importante recorrer a grupos de comparação, um grupo com pessoas que não frequente os Centros de Dia e outro grupo com pessoas que frequentem os Centros de Dia, de forma a existir um maior contraste entre grupos.

A necessidade de alargar o estudo a nível territorial é essencial, uma vez que a investigação sobre Centros de Dia é escassa. Em estudos posteriores neste domínio é recomendado incluir o instrumento WHOQOL – Old, por ser específico para a população mais velha, poderá contribuir para estudos com adultos mais velhos frequentadores da resposta social Centro de Dia, uma vez que é possível verificar os diversos ganhos e perdas ao longo do tempo neste público alvo.

### **Implicações para a Prática Gerontológica**

Face aos resultados encontrados, a prática gerontológica em centros de dia precisa de ser executada em equipas multidisciplinares, o objetivo principal incide na otimização do bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa tendo em conta as suas necessidades, intervindo e olhando para a individualidade de cada um. Orientando e propondo ações para antecipar



possíveis problemas, com foco na melhoria do processo de envelhecimento. Essa intervenção também depende da capacidade da pessoa idosa a somar a outros fatores sociais e ambientais. O trabalho das equipas multidisciplinares necessita de ser alargado às famílias e comunidades promovendo a inclusão social das pessoas mais velhas. Finalmente é de ter em consideração a necessidade de avaliação e supervisão da intervenção gerontológica em centros de dia conciliando aspetos do indivíduo e dos contextos de vida.

## **PRINCIPAIS CONCLUSÕES**

Um número cada vez maior de pessoas vive mais anos, tornando o fenómeno do envelhecimento um dos temas nucleares do século XXI. Garantir qualidade de vida e bem-estar para toda a população, é uma das metas a atingir nesta década.

Investigar os aspetos que possam estar associados à Qualidade de Vida e Bem-estar dos adultos mais velhos é de grande relevância para os investigadores da área da Gerontologia Social no sentido de potenciar o envelhecimento ativo e saudável (OMS, 2015, 2020). Neste contexto, a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida podem ser consideradas como alguns dos indicadores a que importa atender para promover o envelhecimento ativo e saudável nos adultos mais velhos que frequentam Centros de Dia.

Nas últimas décadas os estudos sobre a Qualidade de Vida nos adultos mais velhos têm despertado a atenção dos investigadores na área da gerontologia, ao mesmo passo a Satisfação com a Vida também tem sido frequentemente abordada em estudos sobre adultos mais velhos. No entanto, apesar do interesse crescente dos investigadores, ainda são poucos os estudos acerca do envelhecimento em Centros de Dia (Orellana et al 2020). Na tentativa de retardar a institucionalização por completo, o Centro de Dia garante aos adultos mais velhos envelhecer no seu meio sociofamiliar, proporcionando-lhes serviços que satisfaçam as necessidades básicas, no fornecimento de apoio psicossocial e na promoção das relações interpessoais, evitando o isolamento social. No entanto é de ter em atenção que os resultados obtidos apontam para valores reduzidos de Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, aproximando-se as médias de valores clínicos (Vaz-Serra et al 2006).

Apesar deste quadro não muito favorável, é de referir que a Qualidade de Vida varia em função de algumas das características sociodemográficas dos participantes, designadamente: a Qualidade de Vida é superior nas pessoas mais escolarizadas, com mais rendimentos, observando-se também diferenças significativas em função estatuto conjugal. No que diz respeito às relações entre as variáveis do estudo Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida, observa-se que existe uma correlação positiva significativa entre Qualidade de Vida geral e os respetivos domínios com Satisfação com a Vida.

Finalmente, tendo em conta que a Qualidade de Vida e Satisfação com a Vida estão associadas e sendo estes “outcomes” do envelhecimento ativo e saudável, conclui-se que na prática gerontológica é de considerar estes aspetos no desenho e implementação de programas nesta resposta social.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Acosta, L. D. (2019). Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de argentina. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(1), 56-69.
- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31(4), 683-712.
- Afonso, F. F. (2021). *Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar na vida diária: Estudo sobre iniciativas de base comunitária* (Master's thesis).
- Araújo, F., Pais-Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *In Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 655-659). Lisboa: ISPA.
- Araújo, L., & Melo, S. (2018). Relacione-se com os outros. *Manual de Envelhecimento Ativo*, (2), 157-189.
- Arrazola, F., Méndez, A., & Lezaun, J. (2003). *Centros de día - atención e intervención interal para personas e mayores dependientes e com deterioro cognitivo*. España: Departamento de Servivios Sociales - Artaso.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 3 Série, 8 (4), 199-204.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23(5), 611.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16(4), 397-422.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as fondation of development theory. *American Psychologist*, 52(4),366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation.
- Baltes, P., & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. In Special Issue: *Contextual Influences on Life Span/Life Course Development* (pp. 123-144). Routledge.
- Banhato, E. F. C., Ribeiro, P. C. C., & Guedes, D. V. (2018). Satisfação com a vida em idosos residentes na comunidade. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 17(2), 16-24.
- Bastos, A., Faria, C. M. G. M. D., Pimentel, M. H., & Rosas-Silva, S. (2019). Capacitar para a 4ª idade-manual de práticas de base comunitária. *Capacitar Para a 4ª idade-manual de Práticas de Base Comunitária*.
- Bastos, M. A. M. D. S. C., Monteiro, J. M. M. D. P., Faria, C. M. G. M. D., Pimentel, M. H., Silva, S. D. L. R. D., & Afonso, C. M. F. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23.
- Bass, S. A. (2009). Toward an Integrative Theory of Social Gerontology. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 347-375). New York: Springer Publishing Company.
- Braga, M. C. P., Casella, M. A., Campos, M. L. N., & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista de APS*, 14(1).
- Bertolucci, P. H. F., Okamoto, I. H., Toniolo Neto, J., Ramos, L. R., & Brucki, S. M. D. (1998). Desempenho da população brasileira na bateria neuropsicológica do Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). *Rev. psiquiatr. clín.(São Paulo)*, 80-3.
- Birren, J. E., & Schroots, J. J. (2001). History of geropsychology.
- Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento). *Lisboa: Direção Geral de Ação Social*.
- Brito, A. M. M., Camargo, B. V., & Castro, A. (2017). Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 5-21.
- Caiels, J., Forder, J., Malley, J., Netten, A., & Windle, K. (2010). Measuring the outcomes of low-level services. In *Discussion Paper 2699*. Canterbury: University of kent.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 510-522). Portugal: Universidade do Minho.

- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (Eds.). (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas.
- Calixto, E., & Martins, H. (2010). Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Minho*.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão e crítica, 20*, 229-237.
- Carvalho, M.I. e Almeida, M.J. (2014). Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal. *Newsletter da Sociedade Portuguesa de Geriatria e de Gerontologia 3*, 3.
- Carvalho, A. M. R. M. D., & Almeida, V. O. (2015). *Nível de Satisfação nos Cuidados Prestados em Estruturas Residenciais para Idosos: estudo comparativo entre instituições do sector lucrativo e do sector solidário* (Master's thesis, ISMT).
- Censos 2021, Recenseamento da População e Habitação, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, 2021.
- 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.
- De la Salud, O.M. *Envejecimiento Saludable. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*; 2015.
- Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos* (Doctoral dissertation).
- Diener, E., Biswas-Diener, R., & Lyubchik, N. (2018). Social well-being: research and policy recommendations. *Global Happiness*.
- Diener, E., Seligman, M. E., Choi, H., & Oishi, S. (2018). Happiest people revisited. *Perspectives on Psychological Science, 13(2)*, 176-184.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997) Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology, 24(1)*, 25-41.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology, 54(1)*, 403-425.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49(1)*, 71-75.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist, 55(1)*, 34.
- Elder, G. H., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory (pp. 3-19). Springer US.
- Estêvão, S. M. V. P. (2017). *Qualidade de vida de idosos em centro de dia e em serviço de apoio domiciliário* (Doctoral dissertation).
- Farenzena, W. P., Argimon, I. L. Moriguchi, E., & Portuguez, M. W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós, 10(2)* 225-243
- Falcão, A., Pereira, F., Pimentel, H., Teixeira, C., & Rodrigues, V. (2017). The academic background of gerontologists and client satisfaction in long-term residential care for older persons. *Educational Gerontology, 43(2)*, 62-72.
- Farina, M., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2016). Perfil de idosos através do modelo dos cinco fatores de personalidade (Big Five): revisão sistemática. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia, 12(1)*, 97-108.
- Fernandez Ballesteros, R. (2004). Gerontologia Social. Una introducción. In R. Fernandez Ballesteros, *Gerontologia Social* (pp.31-54). Madrid: Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Psicología de la vejez*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. In *Congreso sobre envejecimiento. La investigación en España* (pp. 9-11).
- Fernandes, N. (2013). *A qualidade de vida em idosos institucionalizados* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação).
- Fernández, Y. A. (2021). *Ações de Educação em Saúde como estratégia de envelhecimento saudável*.
- Floriano, T. (2021). *A proteção social nos serviços de saúde voltados à pessoa idosa em Céu Azul-PR*.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Universidade Católica

Editora.

- Franco, P. C. J. (2012). Envelhecimento, satisfação e qualidade no Centro Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense (Master's thesis).
- Fraiman, A. P. (2004) Coisas da Idade. Alexa Cultural. São Paulo.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 158–164.
- Garcia, A. M. D. C. (2009). *A satisfação dos idosos em relação ao apoio prestado por IPSS* (Bachelor's thesis).
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1,(9) 9-10.
- Hernández, C. R., López-Fernández, V., & Ortiz-Alonso, T. (2009). *Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas*. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(2), 61-67.
- Instituto Nacional de Estatística. (1999). *As gerações mais idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia*. Viseu: Psicossoma.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation.
- Kahana, E., Kahana, B., & Kercher, K. (2003). Emerging lifestyles and proactive options for successful ageing. *Ageing International*, 28(2), 155-180.
- Kahana, E., Kelley-Moore, J., & Kahana, B. (2012). Proactive aging: a longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., ... & Lechner, C. (2004). Successful aging in the face of chronic disease. *Successful Aging Through the Life Span Intergenerational Issues in Health*. Springer New York: New York, 101-126.
- Kadowaki, L., & Mahmood, A. (2018). Senior Centres in Canada and the United States: a scoping review. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 37(4), 420-441.
- Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.
- Lucas, R., Den Oudsten, B. L., Eser, E., & Power, M. J. (2014). Using the Satisfaction with Life Scale in people with Parkinson's disease: A validation study in different European countries. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-7.
- Martin, I, J., & Teixeira, V, M. (2016). *Centros de Dia*. (1ª ed.) Braga: Editorial Byblos Native.
- Martinez, M., & Garcia, M. (1994). La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. *Revista de Psicología de la Salud*, 6(1), 55-74.
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107-123.
- Mahoney, F. I. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65.
- Mathieu, SI (2008) Happiness and humor group promotes life satisfaction for senior center participants. *Activities, Adaptation and Aging* 32, 134–148
- Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*, 3.
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research*, 22, 2921-2928.
- Mota, R. D. S. M., Oliveira, M. L. M. C., & Batista, E. C. (2017). Qualidade de vida na velhice: uma reflexão teórica. *Revista communitas*, 1(1), 47-60.
- Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. MMSE (Adaptação portuguesa) (1993). Lisboa: Laboratório de Estudos do Centro EgasMoniz, Hospital de Santa Maria.
- Neri, A. L., & do Nascimento, E. B. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Papyrus editora.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neri, A. L. (2001). Palavras-chave em gerontologia. In *Palavras-chave em gerontologia* (pp. 136-136).

- Neri, A. L. (2008). Gerontologia/gerontologia social/geriatria. *AL Neri (3ª ed.)*, *Palavras-chave em Gerontologia*, 95-102.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida, R. Santiago, P. Silva, O. Caetano, & J. Marques (Eds.), *A Acção educativa: Análise psicossocial* (pp. 105–117). Leiria: ESEL/APPORT
- Nunes, L., Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Leya.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS.
- 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 & Society*, 40(1), 73-104.
- Parente, M. A. M. P., & Wagner, G. P. (2006). Teorias abrangentes sobre envelhecimento cognitivo. *Cognição e envelhecimento*, 31-45.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em Psicogerontologia*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. *Envelhecer em Portugal*, 21-41.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). Manual de gerontologia. *Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pereira, K. C. R., Alvarez, A. M., & Traebert, J. L. (2011). Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 14, 85-95.
- Pereira, A. P. D. S., Cesarino, C. B., Martins, M. R. I., Pinto, M. H., & Netinho, J. G. (2012). Associação dos fatores sociodemográficos e clínicos à qualidade de vida dos estomizados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20, 93-100.
- Pereira, É. F., Teixeira, C. S. & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação física e Esporte*, 26(2), 241-250.
- Pereira, S. R. D. (2015). *Cuidar de idosos dependentes: a sobrecarga dos cuidadores familiares* (Doctoral dissertation).
- Pereira, F. L. D. S. C. (2019). O Envelhecimento e as relações sociais, políticas e familiares. *Revista Longeviver*.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. 6a Edição Edição revista e aumentada. *5a Edição Revista E Corrigida (6a)*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324>, 4.
- Ramalho, A. P., & Ramalho, J. G. (2014). A relevância da formação em gerontologia social na implementação das políticas sociais em Portugal. In H. R. A. Luz, & I. C. Miguel (Coord.), *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção*, (pp.39-50). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional do Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Ribeiro, A. (2005). O Percurso da Construção e a Avaliação de um Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Utentes em Relação aos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 16, 33-65.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Bem estar e qualidade de vida: contributos da psicologia da saúde*. Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa: Lidel.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: *usual and successful*. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). *Successful aging*. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). Successful aging: The MacArthur foundation study. *New York: Pantheon*.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. (2020). *Um tempo sem idades. Ensaio sobre o envelhecimento da população*. Tinta da China.
- Ryff, C., Boylan, J. & Kirch, J. (2021). Eudaimonic and hedonic well-being: Na Integrative perspective with linkages to sociodemographic factors and health. M. Lee, L. Kubzansky & T. VanderWeele (eds). Eudaimonic and hedonic well-being: *Measuring well-being*. Oxford University Press.
- Şahin, D. S., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and



- satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69-77.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). Metodologia de pesquisa. In Metodologia de pesquisa (pp. xxiv-583).
- Sampieri, C. L., de la Peña, S., Ochoa-Lara, M., Zenteno-Cuevas, R., & León-Córdoba, K. (2010). Expression of matrix metalloproteinases 2 and 9 in human gastric cancer and superficial gastritis. *World journal of gastroenterology: WJG*, 16(12), 1500.
- Sampieri, M. B. D. S., Santos, C. D. O., Duarte, B. G., Capelozza, A. L. Á., & Damante, J. H. (2010). Telangiectasia hemorrágica hereditária: relato de caso. *Rev. odontol. UNESP (Online)*, 379-382.
- Sampieri, Roberto Hernández; et al. (2006). Metodologia de Pesquisa. São Paulo: Mc Graw Hill.
- Santos, R. J. H. D. R. (2019). *Participação social, satisfação com a vida e qualidade de vida: um estudo sobre programas públicos com pessoas mais velhas* (Master's thesis).
- Schwarz, N., & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: A judgment model of subjective wellbeing. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *International series in experimental social psychology*, Vol. 21. Subjective well-being: *An interdisciplinary perspective* (pp. 27-47). Elmsford, NY, US: Pergamon Press.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. *Coimbra: Quarteto Editora*.
- Silva, F. C. M. (2011). *Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspectiva do utente)* (Master's thesis).
- Silva, L. C. C., Farias, L. M. B., Oliveira, T. S., & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(3), 119-140.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G., Lima, M., Pinheiro, M. R., Vieira, C. M., Matos, A., & Oliveira, A. L. (2003). *O bem-estar subjectivo dos adultos: Um estudo transversal*. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 37(1), 5-30.
- Silva, J. G., Caldeira, C. G., Cruz, G. E. C. P., & de Carvalho, L. E. D. (2020). Envelhecimento ativo, qualidade de vida e cognição de idosos: um estudo transversal em uma cidade de Minas Gerais. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(1), e1796-e1796.
- Silva, S. I. C. (2022). *Filhas cuidadoras de pais idosos em situação de dependência: Motivos e Desafios* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa (Portugal)).
- Soares, A. D. S. F., & Amorim, M. I. S. P. L. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *REVISTA Especial nº 2 Fevereiro de 2015*, 74.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. *Em Envelhecer em Família: Os Cuidadores Familiares na Velhice* (pp. 96-141). Porto: Âmbar.
- Sousa, M. C. M. (2019). *Prática gerontológica: satisfação com os serviços e qualidade de vida em idosos clientes de centros de dia* (Master's thesis).
- Social, S. Aplicação, I. (2022). *Proteção Social-Pessoas Idosas*. Lisboa: DGSS/DSIA.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Spiriduso, W. W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Sposito, G., D'Elboux, M. J., Neri, A. L., & Guariento, M. E. (2013). A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3475-3482.
- Uma Devi, L., KavithaKiran, V., & Swachita, P. (2015). Satisfaction with Life in Elderly with Reference to Gender, Age and Residence. *Journal of Humanities and Social Science*, 20(4), 57-59.
- Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., & Simões, M. R. (2010). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal.
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatría fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel.
- Whitehouse, & D. L., Morris (2013), *Successful aging through the life-span* (pp. 103-126). New York: Spring Publishing Company.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (pp. 60-60).
- World Health Organization Quality of Life Instruments – Bref; versão portuguesa de Canavarro, Serra, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Rijo, Carona, & Paredes, 2006)
- Whoqol-Bref Whoqol Group, 1998, adaptação para português do Brasil por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999.
- WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality

- of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report.
- Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 821-832.

# **ANEXOS**

## ANEXO - Capacidade Funcional

**Tabela Anexo A** - Caracterização dos participantes quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

	Total n = 108 M (DP)
Cuidar da Casa	3,59(1,460)
Min – Máx	1-5
Lavar a Roupa	2,54 (0,676)
Min – Máx	1-3
Preparar a Comida	3, 21 (1,103)
Min – Máx	1-4
Ir às Compras	3,26 (1,122)
Min – Máx	1-4
Uso do Telefone	2,39 (1,303)
Min – Máx	1-4
Uso de Transporte	2,51 (0,791)
Min – Máx	1-3
Uso do Dinheiro	2,14 (0,803)
Min – Máx	1-3
Responsável pelos Medicamentos	1,92 (0,799)
Min – Máx	1-3
Atividades Instrumentais da Vida Diária	21,55 (6,018)
Min – Máx	8-29

**Tabela Anexo B**-Pontuação Total Atividades instrumentais de Vida Diária

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