

QUALIDADE DE VIDA DOS UTILIZADORES DE CENTRO DE DIA DURANTE A COVID-19: UMA ANÁLISE DE GÉNERO

Data de submissão: 25/11/2024

Data de aceite: 02/12/2024

Raquel Sofia Arieira Gonçalves

Patrícia Maria Teixeira da Silva

Maria da Conceição Matias Gonçalves

RESUMO: A maior longevidade tem fomentado a necessidade de garantir dignidade e qualidade de vida aos idosos. Os Centros de Dia constituem uma resposta social desenvolvida para a concretização deste objetivo, contudo, durante a pandemia Covid-19, uma das medidas decretadas em Portugal foi a suspensão da sua atividade presencial. Assim, este trabalho visa analisar a qualidade de vida dos idosos depois da sua suspensão, atendendo às questões de género. A investigação, de natureza quantitativa, versa sobre 100 pessoas com 65 e mais anos integrados em Centros de Dia da região Norte de Portugal que responderam a um inquérito por questionário. A amostra foi constituída maioritariamente por mulheres e pessoas viúvas. A análise estatística descritiva e inferencial dos dados foi realizada através do programa SPSS. As análises permitiram concluir que os homens apresentam maior nível de qualidade de vida e que as

dificuldades no pagamento das despesas e ocupação do tempo durante o período de suspensão/encerramento dos Centros de Dia estão negativamente relacionadas com a qualidade de vida. Os resultados parecem apontar para a importância dos Centros na promoção da qualidade de vida, bem como para a necessidade de atender às diferenças de género na qualidade de vida em idades mais avançadas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Género; Centro de Dia; Envelhecimento; Covid-19.

QUALITY OF LIFE OF DAY CARE CENTER USERS DURING COVID-19: A GENDER ANALYSIS

ABSTRACT: Increased longevity has fostered the need to guarantee dignity and quality of life for the elderly. Day Care Centers are a social response developed to achieve this goal, however, during the Covid-19 pandemic, one of the measures decreed in Portugal was the suspension of its face-to-face activity. Therefore, this study aims to analyze the quality of life of the elderly after their suspension, considering gender issues. The research, which is quantitative in nature, involves 100 people aged 65 and

over in Day Care Centers in the northern region of Portugal who answered a questionnaire. The sample consisted mainly of women and widows. Descriptive and inferential statistical analysis of the data was carried out using the SPSS program. The analysis showed that men have a higher level of quality of life and that difficulties in paying expenses and occupying time during the period of suspension/closure of Day Care Centers are negatively related to quality of life. The results seem to point to the importance of the Centers in promoting quality of life, as well as the need to consider gender differences in quality of life at older ages.

KEYWORDS: Quality of Life; Gender; Day Center; Aging; Covid-19.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos elementos caracterizadores do século XXI, representando um conjunto de desafios e oportunidades para todos os domínios da sociedade. Se, por um lado, as oportunidades desta evolução demográfica são infindáveis – considerando o contributo que uma população em envelhecimento, social e economicamente ativa, segura e saudável, pode trazer à sociedade, por outro lado, uma população em envelhecimento representa também desafios sociais, económicos e culturais para os indivíduos, famílias e comunidade. Neste sentido, o “sucesso” da longevidade dependerá da forma como a sociedade lidar com os desafios e for capaz de maximizar as oportunidades geradas pelo envelhecimento populacional.¹

Assim, para que a população possa usufruir de um processo de desenvolvimento/envelhecimento positivo, é fundamental que as políticas sociais, enquanto políticas públicas, contribuam para a garantia do bem-estar e qualidade de vida da população. Com efeito, um dos objetivos da política social passa por melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, promover a manutenção do ambiente sociofamiliar e oferecer respostas adequadas à satisfação das necessidades.² Embora as condições de saúde individual sejam determinantes neste processo, a promoção do envelhecimento ativo, saudável e/ou bem-sucedido não se limita à promoção de comportamentos saudáveis, isto é, a família, a comunidade e a sociedade têm um papel muito importante na forma como se envelhece. Nesta linha, promover um bom envelhecimento implica que se considerem fatores ambientais e pessoais tais como os determinantes económicos, sociais e culturais, entre outros. Assim, envelhecer bem implica a existência de ambientes e oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam ao longo da vida.³

Neste contexto, a atuação da Política Social visa a promoção e garantia do bem-estar, constituindo-se como a área da atuação da Política Pública, com finalidades sociais, do Estado-Providência. Em Portugal, o sistema de proteção social dispõe de várias medidas que visam promover um bom envelhecimento, podendo estas agrupar-se em duas grandes áreas de intervenção: as prestações sociais e as respostas sociais.⁴ No contexto destas últimas, destacamos o Centro de Dia na medida em que se trata de uma resposta social desenvolvida em equipamento que visa potenciar a participação e autonomia das

peessoas mais velhas através da prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio sociofamiliar. Mais especificamente, o Centro de Dia tem como objetivos a prestação de serviços que satisfaçam necessidades básicas, a prestação de apoio psicossocial e o fomento das relações interpessoais das pessoas mais velhas e destas com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

Ainda que com características distintas em cada país, os Centros de Dia podem ser definidos como um serviço baseado na comunidade (que as pessoas podem frequentar o dia inteiro ou parte de um dia), que presta cuidados e/ou serviços relacionados com a saúde e/ou atividades específicas para pessoas mais velhas.⁵ Os seus objetivos estão relacionados com a socialização e atividades, serviços de saúde e reabilitação, sendo que em termos de serviços disponibilizados se destaca o contacto social, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoio na gestão das condições existentes e prevenção do declínio da saúde. Esta resposta social é essencialmente constituída por mulheres que residem sozinhas, viúvas, divorciadas ou solteiras, mais velhas, sem escolaridade, com baixo rendimento, com comorbilidades e polimedicadas. No que concerne ao motivo para frequentar os Centros de Dia, a literatura sugere que o isolamento social prévio e o mal-estar são as principais razões.

A literatura tem evidenciado que frequentar o Centro de Dia pode ter um impacto positivo na saúde mental, na vida social e na função física pessoas mais velhas. Contudo, esta resposta social, em Portugal, foi encerrada/suspensa a atividade presencial a partir do dia 16 de março de 2020, nos termos do Decreto-Lei.^o 10-A/2020 de 13 de março. Tal deveu-se ao facto de em 2020 ter sido declarada pela OMS a existência de uma pandemia provocada pela propagação do vírus SARS-COV-2. Este vírus revelou-se particularmente perigoso para as pessoas mais velhas uma vez que as taxas de mortalidade mais elevadas estavam globalmente associadas a este grupo populacional, o que levou os Governos nacionais e internacionais a definir um conjunto de medidas no sentido de salvaguardar a vida humana e minimizar o risco de contágio.

Face à suspensão da atividade presencial dos Centros de Dia, os utilizadores desta resposta social deixaram de poder usufruir do mesmo como habitualmente, passando a estar sujeitos a um período de confinamento no domicílio. Neste contexto, as instituições sentiram necessidade de se adaptar às novas circunstâncias, sendo que uma das alterações mais comuns implicou a manutenção dos serviços, ainda que num formato distinto do habitual (ex., domiciliação do serviço). Durante este período, as pessoas mais velhas assistiram a mudanças nas suas rotinas de vida, as famílias tiveram necessidade de se reorganizar de modo a garantir a prestação de apoio necessário e as organizações foram confrontadas com a necessidade urgente de ajustar a prestação de serviços às necessidades e características dos utilizadores da resposta social.²

Numa fase posterior (abril de 2021), e considerando a importância dos Centros de Dia para a promoção do bem-estar físico-motor, psicológico e social das pessoas mais

velhas, bem como o seu contributo no apoio aos cuidadores, foi decretada a possibilidade de reabertura. Esta decorreu de forma cautelosa, exigindo o cumprimento de um conjunto de medidas definidas pelo Governo no Decreto-lei n.º 53-A/2021 de forma a ser garantida a segurança de todos os intervenientes.

Na literatura, o encerramento dos Centros de Dia tem sido relacionado com diversas implicações negativas para a qualidade de vida das pessoas mais velhas. A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É assim, um conceito multidimensional que pode abarcar critérios objetivos, como o funcionamento fisiológico e a manutenção das atividades de vida diária, bem como componentes subjetivos, como a satisfação com a vida.⁶

De facto, as pessoas mais velhas foram sujeitas a uma série de privações, como sendo a privação do convívio presencial com amigos e familiares devido à necessidade de isolamento físico e também devido ao encerramento de alguns locais de interação social, como os Centros de Dia.⁷ A evidência mostra que o distanciamento social a longo prazo pode aumentar o medo, o stress e as preocupações desnecessárias com o futuro.⁸ Da mesma forma, outros autores verificaram um maior nível de ansiedade e menor qualidade de vida durante o confinamento domiciliar devido à Covid-19.⁹ Uma meta-análise envolvendo estudos realizados em seis países (China, Índia, Itália, Vietname, Reino Unido e Dinamarca) conclui que, em comparação com o período anterior à pandemia, a prevalência de depressão aumentou de 3,44% em 2017 para 25% em 2020.¹⁰ Com efeito, o confinamento domiciliar foi associado ao aumento da depressão.¹¹

A investigação sobre o impacto da Covid-19 na qualidade de vida das pessoas mais velhas sugere uma redução na qualidade de vida física e mental, consubstanciada numa diminuição da capacidade para a realização das atividades da vida diária e aumento da ansiedade.¹² Registou-se igualmente um aumento de sintomas depressivos, alterações da rotina com efeitos no exercício da autonomia (ex., vida social com amigos e familiares) e consequências para a saúde mental,¹³ bem como sentimentos de solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.¹⁴ Observou-se ainda um agravamento de doença mental ou cognitiva preexistente, regressão da capacidade locomotora e agravamento geral do estado de saúde.¹⁴

Em Portugal, durante o confinamento, os indivíduos relataram níveis mais elevados de ansiedade e níveis mais baixos de qualidade de vida.⁹ As mulheres e as pessoas mais velhas registaram os níveis mais elevados de ansiedade e a pior qualidade de vida, sendo que fatores como o estado civil, a situação profissional, o local de residência, a dimensão do agregado familiar, as crenças religiosas e as doenças crónicas se mostraram relevantes. Ser mulher, estar desempregado, ter uma doença crónica, viver numa aldeia pequena e com pessoas em risco ou sentir-se ansioso são determinantes de pior qualidade de vida.

Em contrapartida, ter níveis de escolaridade médios e elevados e ser casado, divorciado ou viúvo são fatores positivamente associados a melhor qualidade de vida. Assim, a qualidade de vida de homens e mulheres parece não ter sido afetada da mesma forma durante este período.¹⁵ A pandemia e o confinamento domiciliar provocaram uma série de prejuízos para as pessoas de ambos os sexos, sendo que as mulheres apresentavam duas vezes mais probabilidade de se sentirem deprimidas do que os homens após o confinamento.¹⁶ Num estudo levado a cabo em 13 países, os autores verificaram uma diminuição generalizada da saúde geral em mais de um terço dos 15.480 participantes, sobretudo no que diz respeito à ansiedade/depressão e no caso de jovens (<35 anos) e mulheres.¹⁷ Por outro lado, em outros estudos apenas os homens registaram um aumento dos sintomas depressivos, tendo manifestado pior bem-estar psicológico durante o período de confinamento.¹⁸

Considerando a importância do tema, a falta de consenso e a escassez de investigação em contexto específico de Centro de Dia no período associado à pandemia covid-19, o presente trabalho visa analisar a qualidade de vida dos utilizados desta resposta social, atendendo em particular às questões de género.

METODOLOGIA

Neste estudo de natureza quantitativa foi considerada uma amostra não probabilística intencional. Neste tipo de amostra, os indivíduos são selecionados de forma propositada por apresentarem características pré-definidas que interessam ao estudo).¹⁹ Neste caso, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: indivíduos a frequentar Centros de Dia no período pré e pós-pandemia Covid-19 pertencentes à região Norte de Portugal Continental, com idade igual ou superior a 65 anos, sem comprometimento cognitivo significativo.

Assim, a amostra da presente investigação é constituída por 100 utilizadores de Centros de Dia. Os participantes do estudo estão enquadrados em Centros de Dia da região Norte de Portugal Continental, mais concretamente de Viana do Castelo, Braga, Póvoa de Varzim, Vila do Conde, Vila Real, Viseu e Peso da Régua.

Procedimento de recolha de dados

Para a realização do estudo foi construído um protocolo de recolha de dados que incluiu: (1) um questionário sociodemográfico; (2) um questionário designado por “Pandemia Covid-19 e Centros de Dia” com cinco secções - O Centro de Dia antes da Covid-19; Encerramento/suspensão do Centro de Dia face à pandemia Covid-19; Reabertura dos Centros de Dia; Expectativas sobre o futuro dos Centros de Dia e Questões finais; (3) a versão Portuguesa da WHOQOL-BREF.^{6, 20} para avaliar a qualidade de vida dos participantes.

Variáveis

Qualidade de vida: no que diz respeito à avaliação da qualidade de vida dos participantes, foi utilizado o WHOQOL-BREF.^{6, 20} Trata-se de um questionário composto por 26 questões que se agrupam em quatro domínios de qualidade de vida:

- Domínio Físico (composto por 7 itens referente a dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, AVD, dependência de medicação ou tratamentos, e capacidade de trabalho);
- Domínio Psicológico (composto por 6 itens sobre sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, assim como espiritualidade);
- Domínio Relações Sociais (composto por 3 itens relativos ao apoio social, relações sociais e atividade sexual);
- Domínio Ambiente (composto por 8 itens relacionados com segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas competências, participação de lazer e recreio, ambiente físico e transporte);

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

Todas as escalas de resposta são de tipo Likert, de 5 pontos, quer em termos de intensidade (grau ou medida em que a pessoa experiencia um estado ou situação), capacidade (disponibilidade pessoal para um sentimento, estado ou comportamento), frequência (número de vezes em que ocorre um estado ou comportamento) ou avaliação (perceção de um estado, capacidade ou comportamento), existindo itens enunciados na positiva e na negativa. Os itens enunciados na negativa e que, portanto, implicam inversão são os itens 3, 4 e 26. Relativamente às propriedades psicométricas, este instrumento apresenta uma consistência interna muito boa (alfa de Cronbach de 0,92).²⁰ No presente estudo, o alfa de Cronbach foi de 0,853. Por fim, importa referir que o resultado final da WHOQOL-BREF é convertido numa escala de 0 a 100, correspondendo uma pontuação final mais elevada a uma melhor perceção de qualidade de vida.²⁰

Variáveis sociodemográficas: idade; género; estado civil; anos de escolaridade, dificuldade em fazer face às despesas mensais; residência a solo; dificuldades sentidas durante o período de encerramento dos Centros de Dia.

Procedimento de análise de dados

A análise de dados quantitativa foi realizada com recurso ao software SPSS, versão 27. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Num primeiro momento, no que respeita a estas últimas, para avaliar a interdependência entre duas variáveis qualitativas utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Para além disso, procedeu-se

à comparação de médias através de testes t de Student para amostras independentes. Consideraram-se significativos os testes inferiores a 0,05 e marginalmente significativos até 0,1.

Num segundo momento, com o objetivo de analisar as determinantes da qualidade de vida procedeu-se à realização de uma regressão linear. Na regressão, a qualidade de vida figurou como variável dependente e as variáveis sociodemográficas assim como a dificuldade de ocupação do tempo durante o encerramento do Centro de Dia (por constituir a dificuldade mais frequente em ambos os géneros) assumiram o estatuto de variáveis independentes.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 100 participantes, dos quais 78% (N=78) são mulheres e 22% (N=22) são homens. Os indivíduos do sexo masculino (M= 60,79; dp=18,21) declaram uma qualidade de vida média superior à dos indivíduos do sexo feminino (M=53,04; dp=17,69) sendo estas diferenças marginalmente significativas ($t(98) = 1,803$; $p=0,075$). Tal corrobora os resultados de outros estudos que identificam nas mulheres maior morbilidade, dor e menor qualidade de vida.²¹ Segundo alguns estudos, as mulheres mais velhas tendem a apresentar uma qualidade de vida inferior, devido a um conjunto de fatores inter-relacionados relativos às dimensões socioculturais, económicas, biomédicas e comportamentais.²² Sobre este assunto, a investigação mostra que as mulheres são duas vezes mais propensas a desenvolver pontuações médias inferiores de qualidade de vida em relação ao sexo masculino, apresentando piores resultados de qualidade de vida quando comparadas com os homens.²³ De igual modo, os dados obtidos noutros estudos revelam que é o género masculino aquele que apresenta melhores perceções de qualidade de vida na generalidade das dimensões.²⁴ Por sua vez, os fatores relacionados como o género são um importante contributo para explicar as diferenças que se acentuam durante o processo de envelhecimento, destacando que o sexo masculino é fisicamente mais forte e apresenta menos dificuldades, mas tem uma mortalidade mais elevada em todas as idades, comparativamente ao sexo feminino.²⁵

	Feminino N=78	Masculino N=22	Total N=100	t/χ ²	P -valor
Qualidade de vida					
M (dp)	53,04 (17,69)	60,79 (18,21)	54,75 (18,01)	1,803	0,075
Min-Máx	12,5-87,50	0-87,50	0-87,50		
Idade M(dp)	81,97 (7,17)	80 (8,43)	82,5 (7,47)	-1,096	0,276
Min-Máx	65-98	65-95	65-98		
Estado civil					
Com parceiro	11,50%	27,30%	15%	3,332	0,068
Sem parceiro	88,50%	72,70%	85,0%		
Anos de escolaridade					
M (dp)	2,47 (1,72)	3,04 (1,39)	2,60 (1,66)	1,603	0,117
Min-Máx	0 - 6	0 - 4	0 - 6		
Pagamento das despesas mensais					
Com dificuldade ou muita dificuldade	27%	47,60%	31,60%	3,21	0,073
Facilmente ou muito facilmente	73%	52,40%	68,40%		
Composição do agregado familiar					
Reside só	33,30%	45,50%	36%	1,094	0,296
Não reside só	66,70%	54,50%	64%		

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra deste estudo apresenta idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos (M=82,5; dp=7,47). As mulheres apresentam uma idade média superior à dos homens embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas. Relativamente às diferenças nos domínios da qualidade de vida em função de características específicas, verificamos que apesar de não se observarem diferenças estatisticamente significativas em função da idade, é o grupo com 80 ou anos aquele que apresenta valores mais elevados de qualidade de vida em quase todos os domínios quando comparado com o grupo dos 65-79 anos. Este resultado parece reforçar evidências prévias uma vez que a investigação sugere que a qualidade de vida não diminui necessariamente com a idade. Alguns investigadores compararam indicadores de qualidade de vida em idosos jovens e idosos mais velhos, tendo observado bons indicadores de qualidade de vida na população estudada, bem como o facto de que a qualidade de vida parece não decair com a idade.²⁷

Relativamente ao estado civil, predominam os participantes sem parceiros/as (85%). Contudo, neste âmbito, as mulheres (88,50%) declararam em maior percentagem que os homens (72,70%) não terem parceiro/as. As diferenças entre os grupos são marginalmente significativas do ponto de vista estatístico (χ^2 (1)=3,332, p=0,068). Ao apresentarem uma maior esperança média de vida são as mulheres que mais frequentemente experienciam a

viuvez e, portanto, tendem a ficar sem parceiro.

De uma forma geral, os participantes apresentam uma baixa escolaridade, não se verificando estatísticas significativamente diferentes entre homens e mulheres. As mulheres (73%), em maior percentagem que os homens (52,4%), declaram fazer face às despesas mensais facilmente ou muito facilmente ($\chi^2(1)=3,21$, $p=0,073$).

Por fim, a maioria da amostra reside com outras pessoas (64%) não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino. No que diz respeito às diferenças entre os domínios da qualidade de vida em função do perfil de residência, ou seja, se vive sozinho ou com outras pessoas, os resultados apontaram para diferenças estatisticamente significativas, ainda que marginais, no domínio das relações sociais, sendo que os participantes que vivem com outras pessoas manifestaram indicadores de qualidade de vida mais elevados do que os que residiam sozinhos. Sobre este assunto, os resultados obtidos em termos de qualidade de vida são mais favoráveis em todas as dimensões para pessoas que vivem acompanhadas, ou seja, que vivem com o conjugue, os filhos ou outros membros da família.²⁴ De igual modo, a investigação sugere que as relações sociais se constituem como uma dimensão fundamental para a promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas mais velhas.²⁷ Com efeito, a importância da família e das relações tem sido genericamente reconhecida nos estudos sociais e gerontológicos como um aspeto fundamental para a qualidade de vida.²⁴

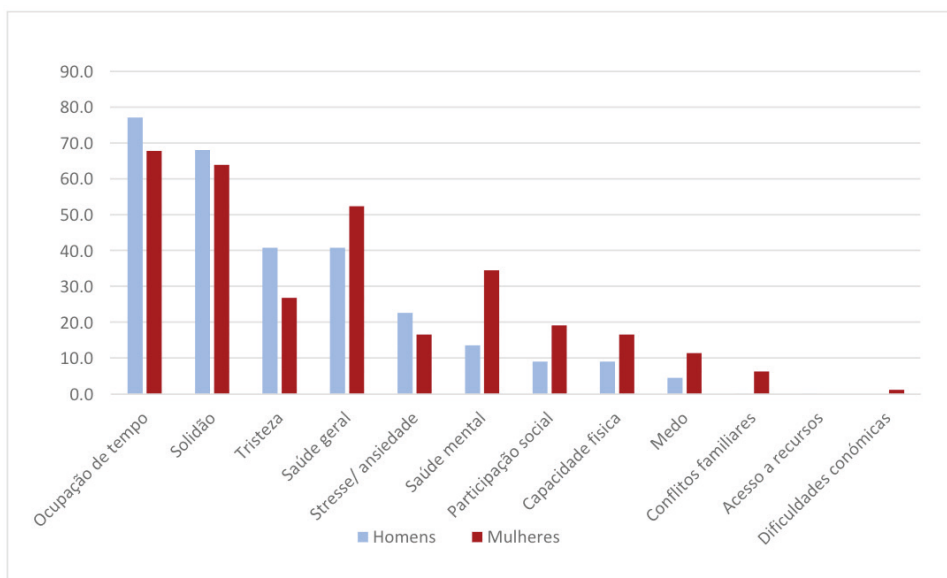


Gráfico 1. Dificuldades sentidas durante o período de suspensão/encerramento do Centro de Dia

No total dos participantes, 92,3% (N=72) das mulheres e 100% dos homens declararam ter sentido dificuldades durante o período de suspensão/encerramento do

Centro de Dia. A dificuldade na ocupação do tempo foi a mais percecionada pelos homens e mulheres, seguindo-se os sentimentos de solidão e as dificuldades com a saúde em geral. No caso das mulheres seguiram-se as dificuldades com a saúde mental, os sentimentos de tristeza, dificuldade em participar socialmente, sentimentos de stress/ansiedade, problemas na capacidade física, sentimentos de medo, a existência de conflitos familiares e, embora em muita reduzida percentagem, a dificuldade no acesso a recursos. No caso dos homens, depois da preocupação com a saúde em geral, seguiram-se os sentimentos de tristeza, de stress e ansiedade, as dificuldades com a saúde mental, as dificuldades em participar socialmente, os sentimentos de medo, a dificuldade no acesso a recursos e as dificuldades económicas (Gráfico 1).

Sobre este assunto, autores assinalaram que as principais razões que afetaram “muito” ou “bastante” os utentes das instituições parecem ter estado relacionadas com as consequências do isolamento (66,2%), nas quais se incluem efeitos psicológicos tais como solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.²⁸ De igual modo, outros autores acrescentam que as restrições e/ou distanciamento social necessários para minimizar a probabilidade de contágio geraram um grande impacto na vida social e bem-estar biopsicossocial das famílias e pessoas idosas.²⁹ No que diz respeito à ocupação dos dias durante o período de encerramento/suspensão dos centros de dia, as atividades mais destacadas foram ver televisão (62%) e rezar (24%), o que vai ao encontro da investigação prévia. Alguns estudos assinalam que os participantes do seu estudo referiram que a televisão e telefone se constituíram como os seus “amigos”. Quanto à reza, a investigação salienta que a dimensão da espiritualidade e da religiosidade surge como central nos discursos dos seus entrevistados, seja devido ao processo de confinamento a que estiveram sujeitos, seja pela sensação de limitação dos hábitos e práticas religiosas enquanto atividades do dia-a-dia.²

Nesta linha, a investigação salienta que os Centros de dia e os seus profissionais valorizaram a promoção de atividades que estimulassem as pessoas mais velhas no seu domicílio (ex., atividades lúdicas e informativas sobre a temática, oferta de máscaras, lavagem de mãos, distanciamento social, entre outros) e a adoção de estratégias alternativas de comunicação através de dispositivos móveis promovendo deste modo o envelhecimento ativo e saudável e minimizando os impactos do isolamento social e da solidão.² Por seu turno, é evidente que a rotina das pessoas mais velhas sofreu alterações em consequência das medidas de isolamento social e distanciamento físico que condicionaram o exercício da sua autonomia, especialmente o facto de não poderem exercer a sua vida social com amigos e familiares.¹³ Todavia, durante este período algumas pessoas mais velhas desenvolveram outras habilidades, tais como a utilização da tecnologia e/ou apostaram em atividades que promovessem o seu bem-estar cognitivo.

Estes dados corroboram outros estudos que identificaram a dificuldade de ocupação do tempo como uma das grandes consequências das medidas adotadas durante a pandemia

Covid-19.³⁰ Também foi possível verificar que o que mais afetou os utentes das instituições foram as consequências do isolamento, nas quais se incluem efeitos psicológicos como solidão, perdas relacionais e de sociabilização, desgaste, stress, ansiedade, tristeza e medo.²⁸

	B	SE	95% IC	p-valor
Constante	47,172	21,446	4,546; 89,799	0,030
Idade	0,265	0,243	-0,218; 0,748	0,278
Género (masculino)	9,196	4,389	0,472; 17,919	0,039
Estado civil (com parceiro/a)	-7,684	5,142	-17,904; 2,537	0,139
Anos de escolaridade	-1,210	1,083	-3,362; 0,943	0,267
Dificuldade em fazer face às despesas	-9,253	3,780	-16,767; -1,739	0,016
Viver só	2,323	3,748	-5,126; 9,772	0,537
Dificuldades na ocupação do tempo durante o encerramento do Centro de Dia	-7,871	3,819	-15,462; -0,279	0,042

N=95

Tabela 2. Principais determinantes da qualidade de vida depois da suspensão dos Centros de Dia durante a pandemia Covid-19

A pandemia Covid-19 teve diversas implicações na vida das pessoas mais velhas, com consequências negativas para a sua qualidade de vida.³¹ Tal como é possível observar na tabela 2, depois da reabertura dos Centros de Dia, os homens apresentaram níveis de qualidade de vida mais elevados. Mais especificamente, os indivíduos do sexo masculino apresentavam uma qualidade de vida superior às mulheres em 9,196 (IC= 0,472; 17,919). Este resultado corrobora outros estudos que associam maiores níveis de qualidade de vida aos homens.³² Este resultado é também congruente com investigações anteriores à pandemia Covid-19 que concluíram que as mulheres apresentam níveis de qualidade de vida inferiores aos dos homens, apesar de viverem mais tempo.^{15,33} As patologias nas mulheres tendem a ser mais incapacitantes e, conseqüentemente, tal aumenta a necessidade de cuidados de saúde e/ou apoio social.³³ As mulheres têm sido descritas como mais propensas a apresentar problemas de saúde mental e física, bem como declínio cognitivo, do que os homens.¹⁵

Tal como noutros estudos, pessoas mais velhas que declararam alguma ou muita dificuldade em fazer face às despesas mensais apresentam uma qualidade de vida inferior em -9,253 (IC=-16,767; -1,739) relativamente aos seus pares que conseguem fazer face às despesas mensais com muita ou alguma facilidade.³² Assim, as pessoas com baixos níveis socioeconómicos tendem a ser mais afetadas pelas restrições impostas pela pandemia Covid-19.

Por fim, os utilizadores do Centro de Dia que sentiram dificuldades na ocupação do tempo durante o encerramento desta resposta social têm menos -7,871 (IC=-15,462;

-0,279) qualidade de vida comparativamente aos seus homólogos que não sentiram essa dificuldade. Com efeito, outras investigações concluíram que as alterações necessárias nas atividades ocupacionais de forma a prevenir o contágio pelo vírus tiveram grandes implicações na possibilidade de manter uma vida saudável.³⁰ Mais concretamente, a falta de atividades ocupacionais teve um impacto negativo na saúde e bem-estar, sobretudo daqueles que estavam enquadrados em organizações.³⁰

Assim, nos Centros de Dia, a presença e a participação em intervenções pode ter um efeito positivo sobre a saúde mental, a vida social, a função física e a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Estas respostas disponibilizam contactos sociais, atividades e intervenções que melhoram a qualidade de vida, apoiando a gestão das condições existentes e podendo prevenir ou minimizar o declínio associado à doença.⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A suspensão/encerramento dos Centros de Dia devido à pandemia Covid-19 teve diversas implicações na qualidade de vida das pessoas mais velhas que frequentavam esta resposta social. A dificuldade na ocupação do tempo e a solidão foram as principais dificuldades encontradas pelos homens e mulheres mediante a suspensão/encerramento dos Centros de Dia.

Após a sua reabertura, os homens apresentaram níveis de qualidade de vida superiores aos das mulheres. A dificuldade de ocupação do tempo durante o período de suspensão/encerramento dos Centros de Dia mostrou estar relacionada com piores resultados em termos de qualidade de vida.

Estes resultados evidenciam a importância dos Centros de Dia na vida das pessoas mais velhas e apontam para a necessidade de se ter em consideração medidas que visem aumentar a qualidade de vida, sobretudo das mulheres.

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

Por fim, importa reforçar que uma das principais implicações do estudo é a necessidade de atender às diferenças de género em idades mais avançadas. Como

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

Como sugestões de investigação futura, parece-nos pertinente prosseguir com a investigação neste domínio, alargando a outras respostas sociais, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Serviços de Apoio Domiciliário, e aprofundar o nível de análise com recurso a metodologias qualitativas.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Leaving no one behind in an ageing world: world social report 2023. United Nations publication; 2023. eISBN 978-92-1-001968-2.
2. Monteiro D, et al. Ser idoso em tempos de pandemia: o impacto do encerramento dos Centros de Dia. *Interv Soc.* 2021;57-58:297-309. doi:10.34628/ga9e-6t03.
3. Martins F, Pinto F. O impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS. Universidade Católica Portuguesa e CNIS; 2021. Disponível em: <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relatório-COVID-19-nas-IPSS.pdf>.
4. EAPN. Envelhecimento e políticas sociais em Portugal: que respostas e que futuro? Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza; 2020. Disponível em: <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POL%C3%8DTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>.
5. Orellana K, et al. Day centres for older people: A systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing Soc.* 2020;40(1):73-104. doi:10.1017/S0144686X18000843.
6. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health.* 1994;23(3):24-56.
7. Rodrigues V, et al. Manual de Boas Práticas no Envelhecimento Intervenção em tempos de pandemia. Associação dos Profissionais Técnicos Superiores de Educação Social; 2022.
8. Lu X, Lin Z. COVID-19, economic impact, mental health, and coping behaviors: A conceptual framework and future research directions. *Front Psychol.* 2021;12:759974. doi:10.3389/fpsyg.2021.759974.
9. Ferreira LN, et al. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Qual Life Res.* 2021;30(5):1389-405.
10. Bueno-Notivol J, et al. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *Int J Clin Health Psychol.* 2020;21:1-11. doi:10.1016/j.ijchp.2020.07.007.
11. Ammar A, et al. Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: Insights from the ECLB-COVID19 multicentre study. *Biol Sport.* 2021;38(1):9-21. doi:10.5114/biolSport.2020.96857.

12. Sousa P, Oliveira I, Santos AC, Silva C. Impacto da COVID-19 na qualidade de vida de idosos: uma revisão sistemática. *Braz J Health Rev.* 2021;4(6):27374-83.
13. Marrocos EM, et al. Percepção dos idosos sobre as repercussões da pandemia por COVID-19 em sua saúde. *Res Soc Dev.* 2021;10(9):1-13. doi:10.33448/rsd-v10i9.18067.
14. Martins F, Pinto F. O impacto da pandemia de COVID-19 nas IPSS. Universidade Católica Portuguesa e CNIS; 2021. Disponível em: <http://cnis.pt/wp-content/uploads/2021/03/Relatório-COVID-19-nas-IPSS.pdf>.
15. Silva P, Delerue Matos A, Martinez-Pecino R. The protective role of the Internet in depression for Europeans aged 50+ living alone. *Soc Media Soc.* 2022;8(1):1-9. doi:10.1177/20563051221077675.
16. Betron M, et al. Men and COVID-19: Adding a gender lens. *Glob J Health.* 2020;15(7):1090-2. doi:10.1080/17441692.2020.1769702.
17. Violato M, Violato EM, Petrou S, Gray A. The COVID-19 pandemic and health-related quality of life across 13 high- and low-middle-income countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med.* 2023;20(4):1-14. doi:10.1371/journal.pmed.100414.
18. Ren Z, et al. The psychological burden experienced by Chinese citizens during the COVID-19 outbreak: Prevalence and determinants. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1617. doi:10.1186/s12889-020-09723-0.
19. Coutinho C. Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. 2ª ed. Almedina; 2022.
20. Rollero C, Gattino S, De Piccoli N. A gender lens on quality of life: The role of sense of community, perceived social support, self-reported health and income. *Soc Indic Res.* 2014;116(3):887-98. doi:10.1007/s11205-013-0316-9.
21. Zunzunegui MV, Minicuci N, Otero A, García LP, Mendonça-Landaeta H, Jacob ME. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison: The CLESA project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(3):198-207.
22. Daniel F, Monteiro R, Antunes S, Fernandes R, Ferreira PL. Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspetiva de género. *Port J Public Health.* 2018;36(2):59-65.
23. Correia T. Novos perfis de qualidade de vida após os 65 anos. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa; 2014. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18095/1/Tese%20Final%20Teresa%20Correia.pdf>.
24. Fernandes AA, Burnay R. Homens saudáveis, mulheres doentes? Um estudo sobre a esperança de vida e a saúde da população portuguesa. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2019;21(2):17-28.
25. Maués CR, Paschoal SMP, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med.* 2010;8(5):405-10.
26. Fonseca A. O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Universidade Católica Editora; 2006.

27. Khorani H, et al. Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol.* 2022;10(1):1-7.
28. Barbosa DA, Schneider MTD, Almeida EB, Lima da Silva TB. Desafios do distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19: Um relato de experiências de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e de um centro de dia. *Rev Kairós-Gerontol.* 2021;24:319-42.
29. Fristedt S, et al. Changes in daily life and wellbeing in adults, 70 years and older, in the beginning of the COVID-19 pandemic. *Scand J Occup Ther.* 2022;29(6):511-21. doi:10.1080/11038128.2021.1933171.
30. Siette J, et al. The impact of COVID-19 on the quality of life of older adults receiving community-based aged care. *Australas J Ageing.* 2021;40(1):84-9.
31. Khorani H, et al. Predictive factors of quality of life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol.* 2022;10(1):1-7.
32. Ko H, et al. Gender differences in health status, quality of life, and community service needs of older adults living alone. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019;83:239-45.