



**Mónica Alexandra
Vidal Teixeira**

**Centro de Dia – Cuidar de idosos em período
diurno: Perfil e satisfação dos utilizadores**



**Mónica Alexandra
Vidal Teixeira**

**Centro de Dia – Cuidar de idosos em período diurno:
Perfil e satisfação dos utilizadores**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Gerontologia e Geriatria realizada sob a orientação científica do Doutor José Ignacio Guinaldo Martín, Professor Auxiliar do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro

Aos meus queridos:
Pedro, Fátima, Mário e Hugo

o júri

presidente

Doutor Joaquim Manuel Vieira, Professor Catedrático, Universidade de Aveiro

Doutora Maria Constança Paúl dos Reis Torgal
Professora Catedrática, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação,
Universidade de Aveiro

Doutora Clara Cruz Santos, Professora Auxiliar, Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação, Universidade de Coimbra

Doutor José Ignacio Guinaldo Martin,
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro (orientador)

Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar, Instituto Superior de
Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa

agradecimentos

O presente trabalho resulta de um conjunto de esforços individuais da mais variada natureza que permitiram a sua conclusão.

Destaco e agradeço aos mais importantes.

Começo por agradecer ao Professor Doutor Ignácio Martin pela orientação, competência e motivação que me permitiram evoluir tanto neste trabalho como profissionalmente na área da gerontologia.

Agradeço ao Professor Joaquim Alvarelhão pela amizade.

À colega Laura pela partilha.

À Fernanda e Luís Carlos pois sem eles teria sido ainda mais difícil.

À Mila pelo apoio incondicional.

À Susana pela disponibilidade.

À Dora pelas palavras de incentivo.

Aos utilizadores dos Centros de Dia nos quais desenvolvi a minha atividade profissional e que durante 16 anos me deixaram “experimentar” pacientemente as minhas convicções.

Aos utentes e instituições disponíveis para colaborar no trabalho.

À Professora Doutora Paula Portugal e Dra. Andreia Fernando da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto pela colaboração.

Por fim, a todos aqueles que ao longo deste percurso me abriram e fecharam “portas”, uma vez que todos eles com o seu contributo permitiram a realização do trabalho.

palavras-chave

Centro de Dia, Perfil do Utilizador, Satisfação do Utilizador

resumo

O Centro de Dia para Idosos (CDI) é uma resposta social que disponibiliza serviços a pessoas idosas dependentes e seus familiares. Foram objetivos: a identificação do perfil de utente; a análise da relação que este estabelece com a resposta e, seguidamente, um estudo acerca das variáveis que impactam significativamente sobre a dimensão da satisfação global. Foi utilizado o Questionário de Avaliação dos Centros de Dia (Q-ADC) que recolheu dados de 186 utentes de 12 instituições. A amostra apresenta um predomínio de mulheres, viúvas, maiores de 77 anos, baixa escolarização, independentes nas Atividades de Vida Diária Básicas e presença de cuidador informal. Foram desenvolvidas análises sequenciais utilizando Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Modelos de Equação Estrutural (MEE), com o objetivo de criar uma modelagem dos dados. A AFE permitiu uma primeira abordagem, com totalidade dos dados da escala, e, depois de identificados quatro fatores, que explicam 37,1 % de variância, foram retirados os itens que não satisfaziam os critérios de saturação dos fatores para posteriores análises por meio de MEE. Em primeiro lugar, foram criados modelos por cada escala para verificar a sua consistência, *Satisfação com a vida* ($\chi^2 = 25,4$; gl= 14; p=0,031), *Escala de ambiente social* ($\chi^2 = 154,8$; gl=98; p<0,001); e *Satisfação global* ($\chi^2 = 33,7$; gl=9; p<0,001). A *Satisfação global*, relativamente às subescalas que compõem a *Escala de ambiente social*, apresenta valores estatísticos de bondade de ajuste satisfatórios ($\chi^2 = 472,1$; gl=206; p<0,001) e a “interação” possui um peso superior na expressão da variável “satisfação global” (0,85), comparativamente às outras. De seguida, o modelo de dimensão “estrutura” e “interior” mostrou-se globalmente pouco significativo ($\chi^2 = 5,3$; gl=4; p<0,22) o que implica possivelmente uma independência entre as dimensões, pelo que se introduz no seguinte modelo, de forma autónoma, para identificar a sua impactação na “satisfação global”, resultando num modelo satisfatório ($\chi^2 = 119,6$; gl=43; p<0,001). Em último lugar, foi desenvolvido um outro modelo ($\chi^2 = 212,753$; g.l.=89; p<0,001), que analisa a impactação sobre a “satisfação global” por “serviços de saúde” (-1,00) e “serviços de animação” (-0,07). Todos estes resultados parecem indicar que os CDI deveriam focar-se na qualidade humana do seu staff pela valorização que é atribuída pelo utilizador, assim como, na oferta de serviços na área da saúde tendo em conta a sua influência significativa na satisfação global do utente.

keywords

Adult Day Services, User Profile, User Satisfaction

abstract

. The Adult Day Services (ADS) it is characterized as a social facilities that gives support to the elderly dependent and their families. The present study has as objectives: to characterize the user profile; to evaluate the satisfaction of the user with the services of the ADS and subsequently a study about variables that impact significantly over the dimension of global satisfaction. For that it was used an Evaluation of the Day Care Centre Questionnaire which obtained data from 186 users of 12 institutions. The main results show a predominance of the female sex and marital status widow, average of ages higher than 77 years old and low education, independence in the basic daily life activities and support of the carer. The procedures of application of the Searching Factorial Analysis indicate Main Axis Factoring. Were obtained 4 factors (37,1% of variance) and the items that did not satisfied the criterion for further SEM were eliminated. First, models have been created for each scale to check their consistency, *Satisfaction Scale with life* ($\chi^2 = 25,4$; gl= 14; $p=0,031$), the *Social Environment Scale* ($\chi^2 = 154,8$; gl=98; $p<0,001$); and *Satisfaction Global Scale* ($\chi^2 = 33,7$; gl=9; $p<0,001$). The *Global Satisfaction*, in relation to the subscales included the *Social Environment Scale*, presents statistically satisfactory values of adjustment kindness ($\chi^2 = 472,1$; gl=206; $p<0,001$) and the interaction has a higher weight in the expression of the variable "global satisfaction" (0,85), comparatively to the others. Then, the model of "structure" and "interior" dimensions were globally very small ($\chi^2 = 5,3$; gl=4; $p<0,22$) expressing possibly an independency between dimensions, and therefore it is included in the following model, autonomously, to identify his impaction in "global satisfaction", resulting in a satisfactory model ($\chi^2 = 119,6$; gl=43; $p<0,001$). Finally, another model has been developed ($\chi^2 = 212,753$; gl=89; $p<0,001$), which analyses the impaction over "global satisfaction" by "health care" (-1.00) and "activity services" (-.07). The results seem to suggest that the ADS's should focus on the quality of their staff since their users appreciate the interaction with the workers and in the health care services that are offered.

ÍNDICE

SIGLAS _____	5
ÍNDICE DE FIGURAS _____	7
ÍNDICE DE TABELAS _____	9
ÍNDICE DE QUADROS _____	11
ÍNDICE DE ESQUEMAS _____	13
INTRODUÇÃO _____	17
<u>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	
CAPÍTULO I – Centro de Dia – Delimitação concetual _____	23
1. Delimitação concetual _____	26
1.1. Definição de Centro de Dia _____	26
1.2. Objetivos do Centro de Dia _____	28
2. Categorização do Centro de Dia para Idosos _____	30
2.1. Modelos de Organizacionais de Centros de Dia _____	30
2.1.1. Centro de Dia com predomínio nas áreas da saúde versus social	37
2.1.2. Centro de Dia com predomínio na área da demência	39
2.2. As especificidades dos Centros de Dia em Portugal - implantação, desenvolvimento e atualidade _____	43
2.2.1. Caracterização da implantação do Centro de Dia para Idosos _____	48
CAPÍTULO II - Modalidades de intervenção do Centro de Dia para os utilizadores _	53
1. Modalidades de Assistência – serviços e programas de atenção e intervenção _	55
1.1. Os serviços do Centro de Dia para Idosos _____	56
1.2. Programas de intervenção em Centros de Dia para Idosos nas diferentes áreas _____	57
1.2.1. Intervenção para a saúde _____	58
1.2.2. Intervenção social _____	60
1.2.3. Intervenção ambiental _____	62
2. Os benefícios do Centro de Dia para os utilizadores e cuidadores _____	64
2.1. Centro de Dia para Idosos – benefícios para os utilizadores _____	65
2.2. Centro de Dia para Idosos – benefícios para os cuidadores _____	68
3. As principais características do utente “tipo” do Centro de Dia para Idosos ____	71

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – Objetivos do estudo e metodologia de investigação _____	81
1. Objetivos do estudo _____	83
2. Método _____	85
2.1. Caracterização da amostra _____	85
2.2. Procedimentos de recolha de dados _____	86
2.3. Apresentação do protocolo de recolha de dados _____	86
2.4. Procedimentos na administração e análise dos instrumentos _____	94
CAPÍTULO IV – Apresentação e descrição dos resultados _____	97
1. Organização institucional dos Centros de Dia _____	99
2. Caracterização dos utentes dos Centros de Dia _____	103
2.1. Caracterização sociodemográfica _____	103
2.2. Rendimentos auferidos pelos utentes _____	106
2.3. Processo de admissão no Centro de Dia (passado e presente institucional) _____	108
2.4. Situação habitacional _____	109
2.5. Avaliação cognitiva _____	111
2.6. Avaliação do humor e satisfação com a vida _____	112
2.7. Análise à ocupação do tempo, avaliação funcional e caracterização dos cuidados recebidos _____	114
2.8. Avaliação comportamental _____	122
2.9. Avaliação dos Centros de Dia para Adultos _____	123
3. Avaliação da satisfação dos utilizadores dos Centros de Dia para idosos _____	131
3.1. Enquadramento teórico da metodologia de análise _____	131
3.2. Determinação dos dados de ajuste do modelo _____	135
3.3. Modelos de equações estruturais _____	136
3.3.1. Índices e variáveis dos modelos de equações estruturais _____	137
3.3.2. Metodologia e análise estatística _____	138
3.4. Resultados _____	139
3.4.1. Análise de fiabilidade de consistência interna por avaliação do alfa de Cronbach _____	139

3.4.2. Análise fatorial exploratória _____	142
3.4.3. Modelos de equações estruturais _____	145
3.5. Avaliação geral _____	158
CAPÍTULO V – Discussão dos resultados e conclusões _____	159
1. Perfil dos utilizadores de Centro de Dia _____	162
1.1. Feminidade e viuvez _____	162
1.2. Escolaridade e rendimentos _____	163
1.3. Núcleo familiar e habitacional _____	164
1.4. Caracterização das necessidades do utilizador _____	166
1.5. O utilizador e o Centro de Dia _____	170
2. Avaliação da satisfação do utente _____	174
2.1. Análise dos resultados descritivos _____	174
2.2. Análise dos resultados dos modelos de equações estruturais _____	176
3. Conclusões do estudo _____	178
Referências bibliográficas _____	183
Anexos _____	203
Anexo I - Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador (Q-ADC) _____	205
Anexo II - Tabela de identificação de códigos das variáveis _____	239

SIGLAS

CDI-Centros de Dia para Idosos

AVD-Atividades de Vida Diária

ABVD-Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD-Atividades da Vida Diária Instrumentais

AAVD-Atividades Avançadas de Vida Diária

CFI-Índice comparativo de ajuste

CMIN/DF-Quociente da diferença mínima pelos graus de liberdade

IFI-Índice incremental de Bollen

NFI-Índice de Bentler-Bonett

Q-ADC-Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob ponto de vista do utilizador

RFI-Índice relativo de Bollen

RMSEA-Root Mean Square of Approximation

SAD-Serviço de Apoio Domiciliário

TLI-Índice de Tucker-Lewis

UNIFAI-Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Análise fatorial confirmatória baseada em 2 fatores e 7 indicadores _	133
Figura 2 - Diagrama do modelo para a variável satisfação _____	145
Figura 3 - Diagrama do modelo para a variável ambiente social _____	147
Figura 4 - Diagrama do modelo para a variável satisfação global _____	149
Figura 5 - Diagrama do modelo para as variáveis satisfação global e ambiente social _____	150
Figura 6 - Diagrama do modelo para as variáveis estrutura e ambiente interior _	152
Figura 7 - Diagrama do modelo para as variáveis ambiente interior e satisfação global _____	154
Figura 8 - Diagrama do modelo para as variáveis saúde/animação e satisfação global _____	156

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de utilizadores inquiridos por Centro de Dia _____	85
Tabela 2 - Distribuição dos Centros de Dia por combinação de fonte de financiamento e média do valor recebido por utilizador _____	100
Tabela 3 - Respostas sociais e número de utilizadores _____	101
Tabela 4 - Serviços prestados pelo Centro de Dia, sua intensidade e necessidade de parceria _____	102
Tabela 5 - Distribuição das variáveis sexo, estado civil e escolaridade por faixa etária dos inquiridos _____	104
Tabela 6 - Distribuição dos utilizadores pelas diferentes configurações de habitação e coabitação _____	106
Tabela 7 - Distribuição dos utilizadores e valores despendidos na participação da resposta utilizada por escalão de rendimento mensal _____	107
Tabela 8 - Distribuição dos utilizadores pela resposta anteriormente utilizada e tempo de permanência na mesma _____	109
Tabela 9 - Distribuição dos itens de avaliação sociofamiliar de Gijon e medidas de tendência central para cada domínio _____	110
Tabela 10 - Pontuações e avaliação cognitiva dos utilizadores através do Mini Exame do Estado Mental _____	112
Tabela 11 - Distribuição dos itens da Escala de Satisfação com a Vida _____	113
Tabela 12 - Número de utilizadores que realizam e frequência de realização (%) de diferentes atividades de ocupação do tempo _____	114
Tabela 13 - Distribuição dos utilizadores por nível de dependência de realização de atividades básicas da vida diária (índice de Barthel) e distribuição por faixa etária em cada nível de dependência _____	116
Tabela 14 - Distribuição dos utilizadores por funcionalidade na realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e dentro destas por faixa etária _____	118
Tabela 15 - Número de sujeitos capazes de realizar atividades avançadas da vida diária em diferentes áreas e respetiva frequência de realização (%) _____	120
Tabela 16 - Tipo de cuidados recebidos e distribuição dos utilizadores por intensidade do cuidado _____	121
Tabela 17 - Número de utentes que manifestou cada comportamento problemático e reação dos técnicos _____	123

Tabela 18 - Distribuição dos utilizadores pela principal razão indicada para a decisão de integrar o Centro de Dia _____	124
Tabela 19 - Distribuição dos utilizadores por autoavaliação o estado de saúde, meio de transporte e tempo médio de viagem para a deslocação ao Centro de Dia	125
Tabela 20 - Distribuição dos itens de avaliação da estrutura e ambiente interior do Centro de Dia _____	126
Tabela 21 - Reconhecimento da existência no Centro de Dia de serviços de saúde, reabilitação, animação sociocultural, aconselhamento e outros serviços básicos por parte dos utilizadores. Sua utilização e satisfação _____	128
Tabela 22 - Distribuição dos itens da escala de Satisfação Global (%) _____	130
Tabela 23 - Índices de validação dos modelos de equações estruturais _____	137
Tabela 24 - Avaliação estatística global para cada item (Caso 1) _____	139
Tabela 25 - KMO e teste de Bartlett _____	142
Tabela 26 - Matriz de fatores para as variáveis em estudo e % de variância por fator _____	143
Tabela 27 - Coeficientes de efeitos totais normalizados _____	146
Tabela 28 - Variâncias associadas ao default model _____	146
Tabela 29 - Coeficientes de efeitos totais normalizado _____	147
Tabela 30 - Variâncias associadas ao default model _____	148
Tabela 31 - Coeficientes de efeitos totais normalizados _____	149
Tabela 32 - Variâncias associadas ao default model _____	150
Tabela 33 - Coeficientes de efeitos totais normalizados _____	151
Tabela 34 - Variâncias associadas ao default model _____	152
Tabela 35 - Coeficientes de efeitos totais arbitrários e normalizados _____	153
Tabela 36 - Variâncias associadas ao default model _____	153
Tabela 37 - Coeficientes de efeitos totais normalizados _____	154
Tabela 38 - Variâncias associadas ao default model _____	155
Tabela 39 - Coeficientes de efeitos totais normalizados _____	156
Tabela 40 - Variâncias associadas ao default model _____	157

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Resumo modelos de Centro de Dia para Idosos _____	36
---	----

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1- Serviços e Programas do Centro de Dia para Idosos _____	63
--	----

INTRODUÇÃO

Os Centros de Dia para Idosos (CDI) apresentam-se como uma das vertentes de apoio que fomenta a manutenção do indivíduo no seu contexto informal tendo por base o princípio “*aging in place*”. Este modelo de prestação de cuidados a idosos desenvolveu-se, a partir dos anos 60 do século passado, nos Estados Unidos da América e progressivamente se expandiu e disseminou pela Europa.

As políticas sociais europeias optaram por este modelo de prestação de cuidados integrado na comunidade, em que a prestação de cuidados a idosos dependentes é realizada sem que o indivíduo tenha que sair do seu meio habitual. É nesta direção que apontam os discursos europeus contemporâneos, que defendem a desinstitucionalização dos cuidados às pessoas mais velhas para que este processo seja realizado no domicílio e pressupondo a continuidade da vida quotidiana. Esta defesa ideológica, de envelhecer em casa, tem subjacente um interesse claramente económico, dado a incerteza quanto a um previsível aumento das despesas resultantes do aumento do número de pessoas idosas (Arca, 2007).

Em Portugal o internamento definitivo da pessoa idosa foi, durante bastante tempo, a única resposta de apoio formal existente, no entanto, a tomada de consciência dos custos excessivos, da ineficiência das estruturas de apoio e do processo de separação do indivíduo do seu meio, contribuíram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2005). Para além disto, as transformações sociais da sociedade portuguesa impulsionaram o reajustamento e a conceção de respostas sociais para essa nova realidade (Carta Social, 2006). A implantação do CDI, após um período experimental iniciado nos anos 70 (Serdi, 1975), faz-se de modo gradual até ao final dos anos 80 (Quaresma, 1996) tendo, até ao princípio do século vinte e um, um desenvolvimento exponencial (Carta Social, 2000) seguindo-se de um novo abrandamento (Carta Social, (2012).

Neste contexto, os propósitos deste trabalho são dois. O primeiro pretende caracterizar os utilizadores do CDI com o intuito de definir um perfil de utente. Ainda neste primeiro objetivo deseja-se compreender a relação que o utilizador estabelece com a estrutura do Centro de Dia no modo como avalia os programas e serviços disponibilizados, a prestação dos serviços, a qualidade dos prestadores, as relações que se estabelecem entre os intervenientes e a organização ambiental. O segundo objetivo pretende avaliar a contribuição das variáveis, escolhidas para a análise, na satisfação global dos utentes do CDI.

O estudo divide-se em duas partes distintas, sendo a primeira relativa ao enquadramento teórico e a segunda referente ao estudo empírico realizado. A primeira parte engloba dois capítulos nos quais se realiza um enquadramento teórico da temática resultante de pesquisa e revisão bibliográfica. Numa segunda parte, que engloba três capítulos, apresentam-se os objetivos e metodologia de investigação, faz-se a apresentação e descrição dos resultados e, por fim, a discussão dos resultados e as conclusões.

Deste modo, passaremos a apresentar, resumidamente, os temas desenvolvidos em cada capítulo. O Capítulo I, denominado “Centro de Dia - Delimitação conceptual”, apresenta a definição de Centro de Dia e elenca os seus objetivos, de modo a dar a conhecer a temática e as diversas contribuições teóricas que a integram. Segue-se a categorização dos diferentes modelos de Centro de Dia, exposta pelos diversos estudos, e as áreas de intervenção assumidas pela resposta. Por fim, são apresentadas as especificidades do Centro de Dia em Portugal no que concerne às suas características, implantação, evolução e panorâmica atual.

O Capítulo II, intitulado “Modalidades de intervenção do Centro de Dia para os utilizadores”, apresenta e caracteriza a diversidade de serviços apresentados pelo Centro de Dia, assim como, os programas de intervenção em áreas como a Saúde, Social e Ambiental. Seguidamente expõem-se os benefícios do Centro de Dia em duas vertentes distintas: a dos utilizadores e a dos cuidadores, de modo a explorar as vantagens para os indivíduos na utilização deste recurso. No final do capítulo são delimitadas, através dos estudos teóricos, as principais características do utilizador – tipo do CDI.

A segunda parte do trabalho é constituída pelo estudo empírico e divide-se em três capítulos. O Capítulo III denomina-se “Objetivos do estudo e metodologia de investigação” e é constituído pela definição dos objetivos de estudo e a apresentação da metodologia utilizada para a realização do mesmo. O ponto referente à metodologia integra: a caracterização da amostra; os procedimentos utilizados para a recolha da informação; a descrição do protocolo de recolha de dados - Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador (Q-ADC); e os procedimentos utilizados na administração e análise dos instrumentos.

No Capítulo IV, “Apresentação e descrição dos resultados”, é realizada uma análise dos resultados obtidos, que se divide em duas partes: a primeira parte integra os resultados descritivos e a segunda parte os dados obtidos através da análise dos modelos de equações estruturais.

No Capítulo V, “Discussão dos Resultados e Conclusões”, são salientados e interpretados, num primeiro ponto do capítulo, os dados de maior relevância obtidos no estudo. Num segundo ponto, do referido capítulo, são apresentadas as principais conclusões e outros pontos relevantes como sejam as limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO

CAPÍTULO I – Centro de Dia – Delimitação concetual

Nos anos 30 e 40 do século passado surgem na Rússia e no Canadá, respetivamente, programas de funcionamento permanente, integrados em estruturas psiquiátricas, que se preocuparam com o que denominavam “Daytime care”, isto é, o cuidado durante o dia a indivíduos idosos (Weissert, 1977; Weissert *et al.*, 1989).

Uma década mais tarde os hospitais britânicos contribuem para a criação do Centro de Dia e, por sua vez, influenciam toda a Europa com este novo modelo de prestação de serviços a indivíduos com necessidades ao nível do cuidado. Este recurso começa a ser entendido como uma alternativa à institucionalização (Ferrer, 2005), uma vez que, durante muito tempo, os cuidados prestados em estruturas residenciais terão sido a única forma de prestação de assistência a pessoas com incapacidade (Artaso *et al.*, 2002). A partir dos anos 60 do século passado os Centros de Dia para Idosos (CDI) implantam-se e desenvolvem-se substancialmente nos Estados Unidos, integrados e impulsionados pelo movimento de desinstitucionalização (Weissert *et al.*, 1989; Zarit *et al.*, 1998; Gaugler *et al.*, 2001), passando a assumir, a partir daí, como principal a função de cuidados a longo prazo (Conrad *et al.*, 1993). Assiste-se assim, a uma mudança de paradigma no modo de cuidar e, segundo Carvalho (2006), à integração ideológica da desinstitucionalização dos cuidados formais. A esta premissa de “envelhecer em casa” associam-se políticas sociais que colocam em marcha uma ampla gama de serviços, entre os quais o CDI, tornando, deste modo, viável a permanência dos indivíduos no seu ambiente habitual e permitindo-lhes viver em condições de bem-estar e dignidade o seu quotidiano (Castiello, 1996). Os poderes públicos impulsionam o reconhecimento generalizado do apoio familiar como principal promotor de cuidados e atenção às pessoas com dependência, através da criação de oferta diversificada de serviços, tanto para os idosos assim como para os seus familiares (Sancho & Rodriguez, 1999). Paralelamente, evidencia-se uma nova abrangência na intervenção do CDI uma vez que, para além do apoio prestado à pessoa idosa e seus cuidadores, passa a assumir uma resposta a outras realidades sociais que o envelhecimento Europeu apresenta e que se prendem essencialmente com: o aumento da dependência dos indivíduos mais velhos; a incidência de dependência e exclusão acentuados por barreiras sociais e físicas; o isolamento em meio rural de pessoas idosas com necessidades, sem cuidadores informais e fora das redes de cuidados formais; as alterações na relação laboral

feminina e a formação de novos modos de convivência e solidariedade familiar (Cabrero, 2006).

Assim, o presente capítulo tem como principais objetivos dar a conhecer os contributos dos investigadores no que concerne à conceitualização do CDI; apresentar os principais objetivos do CDI, extraídos da análise bibliográfica; apresentar os modelos de funcionamento considerados, pelos autores, mais comuns e, por fim, caracterizar o modelo de CDI existente em Portugal e o seu desenvolvimento até à atualidade.

1. Delimitação concetual

1.1. Definição de Centro de Dia

O CDI é, caracteristicamente, de definição difusa e intrincada tendo em conta a multiplicidade de definições dos diferentes autores e as características por eles destacadas. A versatilidade da resposta contribui para que a sua delimitação concetual seja igualmente complexa uma vez que engloba uma disparidade de modelos de intervenção. Misturam-se modelos de intervenção individual e grupal com modelos de saúde e psicossociais, cuja predominância varia consoante o tipo de população à qual são dirigidos (Arrazola *et al.*, 2003). Deste modo, partimos da premissa alargada que o fundamento teórico do CDI supõe um enfoque de atenção em aspetos como: multiplicidade de intervenientes, variedade de necessidades e objetivos que integra, a interdisciplinaridade que conjugam as áreas social, de saúde e psicológica, e por fim, na exigível flexibilidade organizativa (Cabrero, 2006), para além das mais diversas contribuições concetuais que os diferentes investigadores acrescentam a este conceito.

Começamos por definir o CDI como uma resposta de serviço comunitário (Conrad *et al.*, 1993; O'Keeffe & Siebenaler, 2006; Sanders *et al.*, 2007), não residencial (O'Keeffe & Siebenaler, 2006), apesar de desenvolvido em equipamento (Bonfin, & Saraiva, 1996), de funcionamento diurno (Inza & Arriola, 1999; Manchola, 2000; Cid & Dapia, 2007), fora do domicílio (O'Keeffe & Siebenaler, 2006), dirigida a grupos adultos idosos, através de um plano de cuidados individualizado (Conrad *et al.*, 1991), proporcionando assistência continuada (Manchola, 2000), a baixo custo (Handy & Bellome, 1996). De acordo com os

autores (Sannino, 1999; Inza & Arriola, 1999; Cid & Dapia, 2007) este tipo de recurso de apoio caracteriza-se por ser uma alternativa ao internamento do adulto/ idoso, permitindo, assim, que este se mantenha o máximo de tempo possível integrado e vinculado (Ferrer, 2005) ao seu contexto social e familiar.

O CDI proporciona resposta às necessidades básicas, terapêuticas e sociais dos utilizadores (Rodriguez & Rodriguez, 2007), através da prestação de serviços de apoio individual (NADSA, 2007).

O CDI desenvolve uma intervenção multidisciplinar (Manchola, 2000) dirigida a pessoas que apresentem incapacidades a nível funcional (Conrad *et al.*, 1993) e a nível cognitivo (Sanders *et al.*, 2007), bem como dificuldades sócio assistenciais (Inza & Arriola, 1999; Manchola, 2000). Assim sendo, poderemos afirmar que o CDI se direciona a pessoas com dependência (Rodriguez & Rodriguez, 2007), em áreas diversificadas.

Nesta tipologia de resposta de intervenção é desenvolvida a articulação com o cuidador informal (Gutierrez, 1999, citado por Arrazola *et al.*, 2003), através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad *et al.*, 1993; Rodriguez & Rodriguez, 2007), permitindo, deste modo, à família e a outros cuidadores a continuação do cuidado e a manutenção do familiar em casa (National Institute on Adult Daycare, 1984). Assim, estes podem continuar a desenvolver atividades diversas, nomeadamente de cariz profissional (Manchola, 2000) tendo alívio no que respeita à sobrecarga dos cuidados. Este recurso intermédio supõe uma resposta que consideramos global uma vez que facilita o ajustamento e a relação entre as necessidades/preferências e a oferta de recursos. Estes últimos englobam diferentes necessidades de cuidados e de especialização (Arrazola *et al.*, 2003).

É considerado um recurso “ponte” entre a assistência no domicílio e a assistência em resposta de lar; entre a pessoa e o familiar que cuida; entre a autonomia desejável e a dependência inevitável das pessoas mais velhas (Cabrero, 2006).

O conceito CDI, de acordo com o estudo de Weissert (1977), poderá possuir significados diferentes para pessoas e entidades. Alguns investidores observam-no essencialmente na perspetiva de reabilitação pós- hospitalar, outros entendem-no como prestador de serviços sociais, nutricionais e de cuidados de saúde, no entanto, em ambos os casos, dirigido a pessoas com limitações na realização de atividades de vida diária (AVD). Paralelamente,

alguns promotores do CDI direcionam-no a utilizadores específicos e outros ainda sem qualquer tipo de especificidade.

1.2. Objetivos do Centro de Dia

Ao enunciarmos e delimitarmos os objetivos do CDI optámos por realizá-lo considerando que o Centro de Dia apresenta objetivos diferentes tendo em conta duas áreas distintas. Por um lado, a dimensão individual centrada no utilizador e a dimensão alargada que se centra no (s) cuidador (es). Esta opção metodológica resulta igualmente da análise bibliográfica a qual conduziu à necessidade de setorização.

No que concerne à vertente individual os objetivos elencados ao CDI geralmente integram a prestação de serviços de saúde e/ou sociais numa determinada estrutura, na tentativa de manter os indivíduos integrados na comunidade e não em instituições (Lindeman *et al.*, 1991). Nesta perspetiva o CDI foca-se na promoção do bem-estar do utilizador nas áreas sociais, psicológicas, emocionais e físicas, assim como, restauração e manutenção do nível funcional do idoso. Incide igualmente na motivação, no incremento das suas capacidades e na adaptação ambiental (Leitner & Leitner, 1995), uma vez que num período considerável do dia este permanecerá no domicílio e necessita de manter algumas competências.

Na mesma linha teórica Conrad e Guttman (1991) consideram como objetivo central de um CDI a manutenção, o desenvolvimento e a melhoria das funções físicas e/ou mentais do utilizador. Salientam como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, das AVD's e interação social. Outros autores (Salgado & Montalvo, 1999; Benet, 2003), reforçam a ideia anterior, valorizando, como objetivo do CDI, a vertente de recuperação individual no máximo grau de autonomia que o indivíduo seja capaz.

Um dos primeiros investigadores sobre o CDI, Schwartz (1979, citado por Ferrer, 2005), salientou a importância da resposta na prevenção e/ou retardamento da institucionalização pois permite ao idoso manter-se no seu contexto habitual. Esta hipótese manteve-se atual sendo igualmente defendida por investigadores contemporâneos como O'Keeffe e Siebenaler (2006), no entanto, outros estudos sugerem que o CDI poderá ser utilizado pelos cuidadores como o primeiro contacto com a prestação de cuidados formais (Artaso *et al.*, 2002; Fields *et al.*, 2012). Sendo assim, uma primeira aproximação dos cuidadores

informais e do indivíduo à utilização de recursos de cuidados externos à família e com cariz profissionalizado. Os investigadores apontam ainda que o CDI poderá ser percebido como um facilitador no acesso à informação sobre estruturas de apoio permanente (Artaso *et al.*, 2002). Esta abordagem, no nosso entender, vem de encontro ao estudo de Wiessert (1977) que identifica o CDI como antecâmara para o internamento. Deste modo, o autor encontrou num dos modelos de CDI que categorizou, como motivação para a utilização do mesmo, a integração em estrutura de internamento definitivo, isto é, lar de idosos.

Depalma (2003) acrescenta duas ideias que nos parecem interessantes no que concerne aos objetivos do CDI, no âmbito do combate à solidão e como interveniente facilitador de independência do indivíduo. Assim, para além de resolver as dificuldades do indivíduo em se manter sozinho durante o dia também promove a sua vertente relacional e de convívio.

Arrazola *et al.* (2003) consegue, na nossa perspetiva, sistematizar e congregar de modo mais completo todos os objetivos apresentados anteriormente. Atribui ao CDI os seguintes propósitos: oferecer aos seus utilizadores um ambiente protetor de modo a prevenir e responder às necessidades básicas; fomentar a manutenção do grau de autonomia através da estimulação e reeducação das AVD's; retardar a institucionalização através da coordenação de recursos existentes; monitorizar e promover a saúde dos utilizadores através de ações que conduzam a esse propósito, e por fim, estimular à participação em atividades individuais e coletivas evitando a inatividade e o isolamento.

O CDI oferece, como já vimos, um apoio assistencial generalizado ao utilizador mas apresenta igualmente uma outra área de intervenção que engloba os cuidadores. No que diz respeito à esfera familiar ou dos cuidadores informais, o CDI proporciona alívio e aconselhamento relativamente à situação de cuidar. Deste modo dá a oportunidade aos cuidadores de continuarem as suas atividades diárias tranquilos sabendo que os seus familiares passam o dia sendo cuidados em local apropriado (Leitner & Leitner, 1995). O CDI demonstra, segundo os autores, ser uma alternativa adequada para o aumento da qualidade de vida do núcleo familiar no qual vive uma pessoa dependente, uma vez que o mesmo, ao proporcionar uma resposta integral e terapêutica, apoia e alivia a família cuidadora (Rodriguez & Rodriguez, 2007). A ênfase dada ao nível da intervenção familiar poderá não se centrar apenas no alívio, uma vez que abrange áreas de intervenção que englobam a aprendizagem e formação, a assessoria, o apoio psicológico (Rodriguez, 2001) através de atividades em grupos psicoeducativos e de autoajuda individualizada (Cabrero

et al., 2006). Apresentando-se, deste modo, o CDI como uma estrutura de referência “formativa e informativa” com o fim de apoiar as famílias nas tarefas de cuidado, assim como na prevenção e resolução de conflitos que se poderão produzir no núcleo familiar resultantes da permanência da pessoa com dependência. Deste modo, no entender dos autores, a intervenção com a família especifica-se essencialmente em aspetos centrais como sejam: influenciar positivamente a melhoria dos recursos familiares para a prestação de cuidados e incutir nos seus membros a necessidade de prevenção de problemas secundários. Sendo que este último fator, quando não acautelado, poderá produzir efeitos nefastos na dinâmica familiar. O CDI permite, como já referimos anteriormente, aos elementos do agregado familiar o desenvolvimento habitual das suas tarefas quotidianas uma vez que a pessoa passa parte do dia no CDI com o acompanhamento adequado. Para além de reduzir os cuidadores do stress e descompensação emocional provocados pela atenção permanente prestada ao seu familiar (Gaugler *et al.*, 2003) e promover ensinamentos essenciais para a prestação de cuidado (Burdallo, 2004).

A vertente familiar terá sido alvo de interesse por parte de vários investigadores (Montgomery & Borgatta, 1989; Zarit *et al.*, 1998; Zank & Schacke, 2002; Gaugler *et al.*, 2003; Femia *et al.*, 2007) pela importância que desempenha na prestação da continuidade de cuidados, e por esse motivo, será abordada no capítulo seguinte de modo mais aprofundado.

2. Categorização do Centro de Dia para Idosos

2.1. Modelos de organizacionais de Centros de Dia

Os CDI proliferaram, nos últimos anos, por todos os países de forma anárquica, o que se traduz numa diversidade de tipologias englobando objetivos, estrutura, recursos humanos e funcionamento diferenciados (Salgado & Montalvo, 1999).

A perspetiva de que o CDI poderá ser validamente classificado e categorizado não tem sido unânime, no entanto, é inegável que a especialização é imprescindível uma vez que resulta das necessidades apresentadas pelos utilizadores que procuram a resposta e os seus serviços. De acordo com os autores Conrad *et al.* (1990) é plausível que a variedade de

CDI possa ser classificada com base em pontos comuns observados entre os centros. Sendo uma tarefa facilitada pela pequena dimensão do CDI, em média de vinte utentes por dia, torna-se provável que uma especialização permita um tratamento mais eficaz e produtivo ao utilizador (Conrad *et al.*, 1993).

Neste sentido, um estudo realizado por Weissert (1977) que após análise a dez CDI, os decompôs em dois modelos distintos. O primeiro modelo, predominantemente orientado para a *Reabilitação*, dirigia-se a um grupo de clientes que, após alta hospitalar, apresentavam limitações ao nível das AVD's. Um segundo modelo, *Multi-objetivo*, orientado para as necessidades sociais dos utilizadores, no qual se incluíam clientes mais velhos, que necessitavam de menos cuidados médicos, tinham menos incapacidade, mas que, no entanto, utilizavam o programa como preparação para a institucionalização definitiva. Para além desta primeira tentativa de categorização dos CDI o autor em causa demonstra como evidência, tal como debatemos anteriormente, que o conceito de CDI representa significados diferentes para interlocutores diferentes sejam eles financiadores, gestores ou outros. Apesar de a amostra ser reduzida para permitir uma classificação precisa, o estudo mostrou-se útil uma vez que demonstrou que a versatilidade do CDI possibilitaria enquadrá-lo numa variedade de papéis e até mesmo introduzir a ideia de que é possível uma especialização de modo a dirigir os seus serviços a um grupo particular. Tal como vieram mais recentemente defender O'Keeffe e Siebenaler (2006), a necessidade de modelos especializados de CDI direcionados para grupos "target" como indivíduos com HIV/AIDS, esclerose múltipla, lesões cerebrais adquiridas ou doença mental.

Investigações realizadas com maior amplitude e abrangência por Conrad *et al.* (1990) verificaram a existência, por todas as regiões dos Estados Unidos, de uma grande variação na natureza dos CDI. A pesquisa utilizou o procedimento de Avaliação dos Centros de Dia para Adultos *Adult Day Care Assessment Procedure* (Conrad & Hughes, 1984), para obter informação detalhada acerca da estrutura (funcionários, envolvimento arquitetónico /edifício, tecnologia), população cliente (caracterização) e processos. Usando os dados recolhidos a 774 Centros de Dia, Conrad *et al.* (1993), desenvolveram um estudo no qual se determinou a existência de classes diferentes de CDI. A investigação procurou verificar se a partir de avaliações de programas de serviços e atividades era possível definir a existência de classes distintas e válidas de CDI. Analisou também se nas classes distintas e válidas era suscetível apurar quais seriam as características distintivas das mesmas noutras

avaliações do processo, estrutura, população e clientes. A análise agrupada de dez processos de avaliação de serviços e atividades permitiu identificar seis categorias diferentes de CDI: *Centro de Dia com Alta Intensidade Clínica e Social*, *Centro de Dia com Moderada Intensidade Clínica e Social*, *Centro de Dia de Apoio Familiares de Doentes de Alzheimer*, *Centro de Dia de Reabilitação*, *Centro de Dia de Intervenção Generalista* e *Centro de Dia com Níveis de Pontuação Baixos*.

Centro de Dia com Alta Intensidade Clínica e Social. Este perfil sugere um programa de intensidade forte nas áreas clínicas e sociais. O programa disponibiliza um conjunto de serviços e atividades desenhadas para uma população incapacitada predominantemente ao nível físico e moderadamente incapacitada ao nível cognitivo. Estes serviços são diversificados e constituem uma panóplia de possibilidades oferecidas aos utilizadores, constituídos, em linhas gerais, pelo planeamento de cuidados, apoio clínico, aconselhamento, terapias recreativas e apoio aos familiares.

Centro de Dia com Moderada Intensidade Clínica e Social. Direcionado para clientes sem comprometimento cognitivo, mas moderadamente incapacitados fisicamente e que requerem uma grande quantidade de treino e de cuidados pessoais. Este perfil preconiza intervenções ao nível da planificação dos cuidados a prestar, aconselhamento, atividades de animação sociocultural e terapia recreativa.

Centro de Dia de Apoio Familiares de Doentes de Alzheimer. Este perfil apresenta um baixo nível de serviços clínicos e uma alta intensidade de apoio à família (Conrad & Guttman, 1991). Este apoio à família é evidenciado pela integração da mesma na prestação de serviços e atividades dirigidos aos seus familiares (ex. grupos de apoio familiar e programas educacionais). O baixo nível de serviços clínicos deve-se ao facto do programa incidir sobre a manutenção dos clientes com incapacidade cognitiva, em vez da sua reabilitação, através de terapia recreativa em vez de terapias física, da fala ou ocupacional. Esta tipologia de CDI caracteriza-se, ainda, por um ambiente moral elevado, cuja estrutura requer dimensões reduzidas e um controlo forte por parte do administrador do programa.

Centro de Dia de Reabilitação. Esta categoria de CDI incide no apoio a uma população específica com pontuações baixas no que respeita às AVD`s, traduzindo-se na incapacidade física. Neste perfil, prevalece a existência de uma intervenção centrada nos serviços clínicos e planeamento de cuidados. A resposta desenvolve-se num ambiente predominantemente seguro para o utilizador.

Centro de Dia de Intervenção Generalista. O perfil do equipamento aponta como principal objetivo a intervenção em pessoas com incapacidades moderadas. Os utilizadores desta tipologia não necessitam de uma intervenção de intensidade elevada e não necessitam de serviços clínicos e sociais especializados.

Centro de Dia com níveis de Pontuação Baixos. Este modelo de CDI é constituído por serviços e atividades mínimos, onde possivelmente os utilizadores possuam um grau elevado de independência ou que o programa seja composto por serviços e atividades muito fracos. Os resultados do estudo confirmam, segundo os investigadores, que não é apropriado observar o CDI como um conjunto genérico de serviços, atividades, instalações e utilizadores, uma vez que existem, claramente, classes deriváveis empiricamente e logicamente distintas da resposta (Conrad *et al.*, 1993).

No entanto, não poderemos deixar de concordar com os autores (Martin *et al.*, 2007) que afirmam, relativamente a este estudo, terá sido conseguida uma categorização dos diferentes modelos de CDI partindo das características dos utilizadores. Apesar disso, consideram que essas diferenças tornam-se apenas evidentes nos perfis *Centros de Apoio a Familiares de Doentes de Alzheimer* e nos *Centros de Reabilitação*. Consideram, deste modo, que nas restantes categorias apresentadas os utilizadores possuem as mesmas características.

A comparação entre o estudo de Weissert (1977) e de Conrad *et al.* (1993) torna-se bastante complexa uma vez que as diferenças entre as amostras não permite esse exercício, no entanto, ao nível das categorias elencadas, poderemos encontrar algumas semelhanças. Assim, o modelo de CDI apresentado por Weissert (1977) orientado para a *Reabilitação* assemelha-se ao modelo de *CDI de Reabilitação* de Conrad *et al.* (1993). A mesma semelhança se verifica entre os modelos *Multi-objetivo* de Weissert (1977) e o *Modelo Generalista* (Conrad *et al.*, 1993). Estas semelhanças centram-se nos modelos de reabilitação no que respeita às limitações dos utilizadores nas AVD's e na intervenção focada para o planeamento e prestação de cuidados direcionados à reabilitação. Nos modelos *Multi-objetivo* de Weissert (1977) e *Generalista* (Conrad *et al.*, 1993) as semelhanças evidenciam-se na tipologia de utilizadores com incapacidades moderadas e consequentemente menor intensidade de cuidados. Por fim, os estudos defendem, no nosso entender, como premissa central a existência de modelos especializados de Centros de Dia.

Nos finais dos anos 90 surge um novo estudo (Samuelsson et al., 1998) que categoriza o Centro de Dia em dois grandes grupos: *Centro de Dia de Intervenção Social* e *Centro de Dia de Intervenção Médica*. Dentro desta primeira dicotomia social/médico o estudo em causa subdivide o Centro de Dia em cinco modelos de intervenção, sendo os dois primeiros da área social e os três seguintes incluídos numa vertente de saúde. O primeiro denominado *Centro de Dia Integrado em Estrutura Residencial*, inclui intervenções essencialmente de cariz social promovendo o desenvolvimento de jogos, atividades manuais (ex. tricô), entre outras similares. Estas unidades encontram-se acopladas a uma unidade residencial que dirige a sua intervenção para os adultos e ou idosos que lá residem. O segundo modelo denominado *Centro de Dia Independente* caracteriza-se essencialmente pela prestação de apoio ser realizada no domicílio a utentes que habitualmente vivem sozinhos. Aos utilizadores deste modelo são disponibilizadas atividades recreativas e físicas.

Como referimos anteriormente os restantes modelos integram-se na vertente da saúde. O *Centro de Dia para Pessoas com Demência* distingue-se pelas características dos seus utilizadores portadores de patologia mental diagnosticada. Este centra-se no apoio aos familiares dos utentes e distingue-se por ser um serviço de proximidade, uma vez que se situa na perto da habitação dos utilizadores e das suas famílias. *Centro de Dia Misto*, sendo um modelo que direciona a sua intervenção para pessoas com dificuldades físicas e/ou mentais, surge associado a um lar de idosos, promove atividades de intervenção no âmbito da terapia ocupacional focando-se em áreas de tecelagem e costura. Por fim, *Centro de Dia de Reabilitação*, o último modelo apresentado pelo estudo, dirige a sua intervenção na área da reabilitação. Caracteriza-se como sendo uma resposta de cariz temporário (período de três meses) e é composta por técnicos especializados nas áreas da terapia ocupacional e fisioterapia.

Evidenciam-se, no nosso entender, dois aspetos diferenciadores relativamente aos estudos anteriores, por um lado, o CDI poderá ser um recurso transitório e exclusivo ao período em que o utilizador necessita de uma intervenção especializada, tal como se verifica no *Centro de Dia de Reabilitação*. Por outro lado, no que concerne à tipologia denominada pelos autores como *Centro de Dia independente* a intervenção é prestada do domicílio do utilizador e não em contexto institucional como habitualmente.

Posteriormente Manchola (2000) terá circunscrito a categorização do CDI, realizando uma divisão quadripartida. Deste modo, o autor considera, tal como os autores precedentes, como ponto de partida para a classificação do CDI o perfil dos utilizadores e as metodologias de intervenção utilizadas pelo recurso e para o qual se direciona a intervenção. Desta linha de investigação resulta a construção dos seguintes modelos de Centro de Dia: *Centro de Dia Normalizado*, *Centro de Dia Monográfico*, *Centro de Dia Misto* e *Centro de Dia Psicogeriátrico*.

O *Centro de Dia Normalizado* é aquele cujo perfil de utilizador se ajusta a indivíduos que, no que respeita a prestação de cuidados pessoais, têm uma carga não excessiva, ou seja, os utilizadores apresentam uma boa conservação das suas capacidades físicas, apresentando essencialmente desajuste de âmbito social.

O *Centro de Dia Monográfico* acolhe de indivíduos portadores de demência senil nos mais variados estádios. A intervenção centra-se essencialmente em ações preventivas e terapêuticas direcionadas aos utilizadores, no entanto, a intervenção é igualmente dirigida aos cuidadores informais.

O *Centro de Dia Misto* pressupõe o acesso e a integração de utentes dos modelos anteriores, conjugando para a intervenção os recursos terapêuticos comuns existentes nos modelos normalizado e monográfico.

Por fim, *Centro de Dia Psicogeriátrico* focaliza a intervenção nas vertentes preventiva e terapêutica tendo como público-alvo utilizadores que se caracterizam como portadores de demência senil. Este recurso comunitário proporciona assistência continuada por tempo indefinido aos indivíduos e suas famílias, independentemente do grau de patologia. O modelo psicogeriátrico congrega o modelo psicossocial e de saúde que se complementam e coordenam resultando numa prestação de programas clássicos de carácter social e programas de reabilitação. Deste modo, os programas sociais dirigem-se à integração e apoio social dos utentes e os programas terapêuticos, que integram intervenção nas áreas física e psíquica, implementam-se através de prevenção primária e secundária.

De modo a permitir uma visão abrangente e sumária de todos os modelos analisados anteriormente apresenta-se seguidamente um quadro resumo (*Quadro 1*).

Quadro 1 – Resumo modelos de Centro de Dia para Idosos

Estudo / Autor	Perfis	Características Gerais
Weissert (1977)	Centro de Dia - Reabilitação	- Focado na Reabilitação - Utilizadores que apresentava limitações nas AVD's após alta hospitalar
	Centro de Dia Multi-Objetivo	- Focado nas necessidades sociais - Utilizadores mais velhos - Utilizadores mais novos - Preparação para a integração institucional definitiva
Conrad , Hughes, Hanrahn & Wang (1993)	Centro de Dia - Alta Intensidade Clínica e Social	- Dirigida a uma população com incapacidade predominantemente física e incapacidade cognitiva moderada. - A atuação do programa centra-se nos serviços: - Planeamento de cuidados - Apoio Clínico - Aconselhamento - Apoio Familiar - Entretenimento - Terapia Recreativa
	Centro de Dia - Moderada Intensidade Clínica e Social	- Clientes cognitivamente são e moderadamente incapacitados a nível físico - Privilegia intervenção nas seguintes vertentes: - Planeamento de cuidados - Aconselhamento - Entretenimento - Terapia Recreativa
	Centro de Dia - Apoio Familiares de Doentes de Alzheimer	- Apoio aos familiares dos utentes, envolvimento nas atividades - Estrutura com espaço reduzido - Ambiente moral elevado - Controlo forte - Intervenção não promove a independência e reabilitação - Baixo nível de serviços clínicos
	Centros de Dia - Reabilitação	- Clientes incapacitados fisicamente - Preponderância serviços clínicos, planeamento de cuidados. - Ambiente predominantemente seguro - Peso por cada colaborador menos elevado
	Centro de Dia - Intervenção Generalista	- Clientes com incapacidades moderadas - Baixa incidência da necessidade de serviços clínicos ou sociais
	Centro de Dia - Níveis de Pontuação Baixos	- Centro com serviços e atividades mínimos - Centro cujo programa indicia baixa qualidade.
Samuelsson, Malmberg, Hansson (1998)	Centro de Dia – Modelo Social Centro de Dia Integrado em estrutura residencial (I)	(I) Intervenção de caris social Intervenção direcionada para atividades lúdicas (ex. Jogos)
	Centro de Dia independente (II)	(II) Serviços prestados no Domicílio - A população alvo vive sozinha - O recurso disponibiliza atividades recreativas e físicas
	Centro de Dia – Modelo Saúde Centro de Dia para Pessoas com Demência (I)	(I) Utilizadores com diagnóstico de patologia mental - Recurso de proximidade integrado na comunidade do utilizador - Intervenção dirigida aos utilizadores e seus familiares
	Centro de Dia Misto (II) Centro de Dia de Reabilitação (III)	(II) População Alvo com dificuldades físicas e mentais - Apresenta-se habitualmente acoplado a lar de idosos - Promove atividades no âmbito da terapia ocupacional (III) – Intervenção com vínculo temporário - Intervenção foca-se na reabilitação dos indivíduos e é composta por técnicos das áreas da terapia ocupacional e fisioterapia.
Manchola (2000)	Centro de Dia Normalizado (I)	(I) População alvo apresenta uma boa conservação das suas capacidades físicas. - Intervenção direciona-se ao nível do desajuste social
	Centro de Dia Monográfico (II)	(II) Utilizadores portadores de demência senil - Intervenção dirige-se aos utilizadores e seus familiares através de ações preventivas e
	Centro de Dia Misto (III)	(III) Centro de Dia – Conjuga as características do Centro de Dia Normalizado e
	Centro de Dia Psicogeriatrico (IV)	(IV) População alvo portadores de demência senil e suas família - Intervenção preventiva e terapêutica (prevenção primária e secundária) - Programas de intervenção de âmbito social e reabilitação - Assistência por período indefinido

Adaptado de Conrad et al., (1993)

No seguimento da análise aos estudos anteriores destacamos três vertentes genéricas que poderão ser assumidas pelos CDI. Não sendo claramente comuns em todos os estudos, consideramos relevantes a sua abordagem, uma vez que, ao nível da implementação serão, no nosso entender, os mais comumente usados.

2.1.1. Centro de Dia com predomínio nas áreas da saúde versus social

A literatura norte americana distingue dois grandes grupos de CDI denominados por *Adult Day Health Services* e *Adult Day Services*. Os primeiros direcionados a fornecer uma resposta de intervenção na saúde com maior predominância na área de cuidados médicos, enfermagem e reabilitação. Os segundos atuam numa vertente de intervenção no âmbito social. A distinção entre os modelos depende inúmeras vezes do tipo de filosofia, médica ou social, programas de intervenção adotados, localização e fontes de financiamento (Abraham, 2000). Para além disso, o perfil dos utilizadores será igualmente relevante no que concerne ao modelo de funcionamento adotado pelo CDI (Weissert, 1977; Conrad & Guttman, 1991; Conrad *et al.*, 1993; Samuelsson *et al.*, 1998; Manchola, 2000; O’Keeffe & Siebenaler, 2006).

Os CDI, com predomínio na área da saúde, surgem nos anos 50 do século passado em contexto hospitalar englobando programas de intervenção orientados para apoio social e de saúde como resposta aos custos elevados da institucionalização em lar. Este recurso apresenta como objetivos centrais de intervenção a manutenção física e social, a reabilitação do utente e o alívio dos cuidadores (Lucas *et al.*, 2002).

De acordo com Alteras (2007) o CDI saúde, desempenha um papel cada vez mais importante ao nível da prestação de cuidados para um determinado segmento populacional. Direciona-se, deste modo, a indivíduos com condições físicas, cognitivas e mentais complexas que necessitam de acompanhamento de serviços multidisciplinares de curto e longo prazo, no entanto, não necessitam de supervisão 24 horas por dia. Weissert (1977) e Conrad *et al.* (1993) salientam a importância do recurso na intervenção pós alta hospitalar ao nível das AVD’s, assim como no que respeita à vertente de reabilitação. Samuelsson *et al.* (1998) apresentam, à semelhança dos autores anteriores, a vertente da reabilitação neste segmento da vertente saúde, integram na mesma tipologia, isto é saúde, um modelo para

indivíduos portadores de demência e um modelo que denominam como misto no qual predomina uma heterogeneidade de utilizadores. No nosso entender, isto poderá significar uma primeira junção entre a vertente social e a de saúde que é designada por alguns autores como CDI misto.

A maioria dos CDI com predominância na área da saúde desenvolvem programas e serviços que englobam a avaliação e monitorização do estado do utilizador, cuidados de enfermagem, assistência medicamentosa, apoio às AVD`s, transporte, participação em atividades recreativas e de socialização, participação em atividades terapêuticas e gestão de caso (Weaver, 1996, citado por Lucas, 2002).

Um outro serviço de atenção diurna originalmente desenvolvido em unidade hospitalar, à semelhança do CDI, é o hospital de dia. Este recurso de cuidado mantém-se atualmente integrado nas estruturas hospitalares (Cabrero *et al.*, 2006) ao contrário do CDI que se implantou no contexto comunitário. Caracteriza-se como uma unidade de atenção em ambulatório, de funcionamento diurno, que presta apoio partindo de uma avaliação diagnóstica, cuidados de enfermagem, reabilitação, educação para a saúde, acompanhamento psicológico e social. A intervenção é realizada por uma equipa multidisciplinar e obedece a uma metodologia de trabalho programada, reavaliada e individualizada, por um período temporal definido (Gómez, 2005; Cabrero *et al.*, 2006). A metodologia de intervenção do hospital de dia baseia-se no diagnóstico, tratamento e reabilitação resultantes de problemas de saúde de pessoas idosas ou doentes que na sua maioria estão em situação de alta hospitalar recente. As principais atividades desenvolvidas prendem-se com o acompanhamento de altas, avaliação de pessoas com problemas de saúde complexos, o treino das AVD`s, a resolução de problemas geriátricos, o internamento por um curto período (menos de um dia) e o apoio educativo a doentes e familiares (Arrazola *et al.*, 2003).

A implantação do CDI, ao nível não só das estruturas mas também dos programas, proporcionou o estabelecimento de projetos distintos em diversas áreas. Surgem programas dirigidos para a reabilitação física, abordados anteriormente, enquanto outros detêm uma intervenção de carácter mais psicossocial (Castiello, 1996). Os centros que desenvolvem a sua tipologia de intervenção tendo por base o modelo social, disponibilizam aos seus utilizadores serviços sociais, nutrição e atividades básicas da vida diária (ABVD) (Schimtt *et al.*, 2010). Focam a sua intervenção nas necessidades de socialização dos utentes através

do desenvolvimento de atividades individuais ou em grupo, nos serviços de alimentação e programas de educação para a saúde (Wacker & Roberto, 2008). Deste modo, através da socialização tentam colmatar e prevenir situações de isolamento social através da realização de atividades diversificadas como sejam jogos, artesanato, leitura (Svidén *et al.*, 2004). De acordo com O’Keeffe & Siebenaler (2006) este modelo social de funcionamento promove atividades terapêuticas que, desenvolvidas num ambiente seguro, ajudam os utilizadores a otimizar o seu funcionamento físico e mental.

Na vertente social destaca-se o modelo *Multi-objetivo* de Weissert (1977) cuja orientação é puramente social e os modelos de *CDI Integrado em Estrutura Residencial* (Samuelsson *et al.*, 1989), *Normalizado e Psicogeriátrico* definido por Manchola (2000) que evidenciam, no nosso entender, uma orientação direcionada ao apoio social.

Segundo a nossa análise, Conrad *et al.* (1993) não apresenta nenhum modelo de centro especificamente de cariz social. Os modelos de Conrad *et al.* (1993) cuja vertente social é mais evidente são: *CDI com Alta Intensidade Clínica e Social* e o *CDI com Moderada Intensidade Clínica e Social*, que como próprio nome indica congregam as duas vertentes.

O número de CDI com uma vertente puramente social poderá diminuir à medida que vão surgindo outros que disponibilizam um modelo combinado médico/social. Os CDI sociais parecem estar em desvantagem uma vez que os seus utilizadores tendencialmente desenvolverão, pela sua idade ou saúde, um aumento das necessidades a nível funcional (O’Keeffe & Siebenaler, 2006).

Por fim, apesar da dicotomia entre o social e o de saúde potenciarem a existência de estruturas diferenciadas para Behren (1988, citado por Conrad *et al.*, 1990) com o passar dos anos as linhas de demarcação, entre os dois modelos, ficarão indistintas. Os autores O’Keeffe & Siebenaler (2006) enfatizam, de certa forma, a ideia anterior uma vez que sugerem que a agregação das áreas médica e social poderá ser financeiramente mais atrativa para os promotores do CDI.

2.1.2. Centro de Dia com predomínio na área da demência

Nos últimos anos assiste-se ao desenvolvimento de centros específicos para patologias concretas, dirigidos a pessoas que terão dificuldades de integração em outras respostas

sociais. Surgem, quase sempre, da iniciativa da sociedade civil, mais propriamente de “associações de familiares”. O CDI para doentes de Alzheimer é um dos exemplos dos centros referidos anteriormente. O objetivo central deste CDI é conseguir um nível de cuidados que permitam a manutenção da autonomia pessoal e o apoio social e familiar. Assim, pretende proporcionar a máxima qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, cujas necessidades estão seriamente afetadas pela doença e prevenir a institucionalização (Tajes, 2003).

Desde o aumento do número de indivíduos portadores de doenças crónicas e incapacitantes que insistem em manter-se em suas casas ou em casa de familiares e amigos, que os CDI foram assumidos como uma alternativa atrativa aos lares de idosos. Esta alternativa surge do facto de em contexto comunitário ser possível desenvolver programas nas áreas da saúde e social através da oferta de serviços direcionados às vertentes física, mental e social dos indivíduos (Henry *et al.*, 2000).

Especificamente os CDI para doentes de Alzheimer resultam de uma natural evolução dos CDI fundados pelo movimento norte-americano iniciado nos anos 60 do século passado (Lindeman *et al.*, 1991). À medida que foram aumentando o número de pessoas com problemas cognitivos surge a dificuldade de tratamento e cuidados adequados nos CDI existentes. Deste modo, são criados os CDI especializados para este tipo de população ou aparecem integrados em unidades especializadas de equipamentos já em funcionamento (Ferrer, 2005).

Apesar de, atualmente, os CDI continuarem a apoiar indivíduos portadores de demência, esta resposta encetou, como referimos anteriormente, o desenvolvimento de programas mais especializados cuja evolução se acentuou a partir dos anos 80 do século passado (Lindeman *et al.*, 1991). Lindeman (1991) terá sido dos primeiros investigadores a estudar e analisar esta tipologia de resposta, tentando definir, compreender a sua implantação e o seu desenvolvimento. Para o autor, o CDI para Alzheimer define-se como um espaço ambientalmente seguro e estruturado para utilizadores com a doença ou com outras demências relacionadas, seus familiares e cuidadores.

Conrad e Guttman (1991) tentaram verificar a existência de uma distinção entre os CDI para doentes de Alzheimer e outros que não possuíam um número substancial de pessoas com a doença diagnosticada. Os autores atribuíram como critério de diferenciação, utilizado para distinguir os CDI para utentes com Alzheimer dos restantes, a existência de

uma percentagem igual ou superior a trinta por cento de clientes no programa. Procurou-se, deste modo, investigar diferenças relevantes no que respeita à estrutura e processos do programa, tendo em conta a presença/ausência de doença mental. Assim os autores consideraram que a estrutura do CDI prende-se com os recursos que capacitam o fornecimento de serviços, como sejam, colaboradores, construção ambiental, entre outros. No que se refere às características estruturais das instalações estas abrangem as características que tornam o CDI mais acessível e as que promovem uma qualidade superior na prestação de cuidados e conseqüente melhoria da qualidade de vida. O processo refere-se aos elementos constituintes do CDI e que integram interação utente/funcionário, o planeamento e gestão de cuidados e o ambiente social. São ainda considerados relevantes componentes como a cooperação entre os colaboradores, o estado de espírito, o grau de envolvimento da família e comunidade.

Os resultados do estudo apontam que os CDI com uma quantidade significativa de pessoas com demência têm uma programação que, genericamente, dá mais ênfase aos aspetos de apoio aos familiares, terapia recreativa, cuidados pessoais e formação. Por outro lado, dirige menos ênfase aos serviços clínicos, performance do cliente e aconselhamento. Do ponto de vista organizacional, os centros para doentes de Alzheimer desenvolvem-se em ambiente predominantemente urbano; proporcionam uma amplitude maior de horas de funcionamento; evidenciam uma menor taxa de utente por colaborador; prestam uma resposta mais intensa no serviço de transporte; despendem um maior investimento na agradabilidade da estrutura, assim como a adaptação da mesma às dificuldades dos utilizadores. No que concerne ao processo, o estudo demonstrou que o programa evidencia um forte envolvimento com os membros da família do utilizador, privilegia na intervenção a realização de atividades terapêuticas recreativas e uma prestação de cuidados pessoais mais intensos. Verificou-se ainda a não existência de diferenças notórias entre as tipologias, no que respeita ao planeamento de cuidados, terapias físicas, da fala e ocupacional, formação do cliente, passatempos e cooperação entre os colaboradores.

Pulliero *et al.* (2007) sugere que dentro do modelo de CDI para doentes de Alzheimer possam existir subdivisões que integrem três fases da patologia mental. O autor propõe como categorização os CDI para doentes em primeira fase ou leve, os CDI para doentes em segunda fase ou moderada e os CDI para doentes em terceira fase ou grave. A esta categorização associam-se modelos de intervenção diferenciados que passaremos a

enunciar. O centro disponibiliza aos utentes, em quadro demencial “leve”, atividades de intervenção terapêutica direcionadas aos problemas mnésicos. Pretende-se, deste modo, que as intervenções permitam ao indivíduo manter e estimular as capacidades residuais, superar o estado confusional, incrementar a autoestima, fortalecer as relações sociais e afetivas, manter autonomia ao nível das AVD, prevenir e reduzir sintomas psiquiátricos e proporcionar segurança.

No que concerne ao CDI para doentes “moderados” o autor propõe, para além das atividades elencadas anteriormente, psicomotricidade, ginástica, musicoterapia, atividades ao ar livre, passeios e caminhadas. Considera, igualmente como ponto central, a necessária manutenção de rotinas e horários estabelecidos para a realização de tarefas ou atividades a realizar pelo indivíduo.

Por fim, os CDI para doentes “graves” tenderão a adaptar a sua intervenção e serviços a este estágio da patologia, direcionando as suas linhas de intervenção aos cuidados básicos de enfermagem (medicação, alimentação, hidratação, higiene), estimulação afetiva e sensorial, ginástica passiva e posicionamentos.

O autor salienta ainda considerações genéricas, que nos importa salientar, no que concerne ao conforto ambiental da estrutura, qualidade dos recursos humanos e modelo de intervenção. Assim sendo, o centro especializado tenderá a prever a necessidade de adequação do desenho arquitetónico centrado na problemática e nas necessidades dos utilizadores. Ao nível do apoio institucional prestado pelo CDI salienta a necessidade de colaboradores treinados e formativamente especializados na problemática da doença de Alzheimer e outros quadros demenciais. E por fim, evidencia a importância da resposta possuir uma organização centrada num modelo de atenção e intervenção psicossocial baseado na estimulação, reeducação e manutenção as funções dos indivíduos. Este modelo operacionaliza-se através de programas específicos como psicoestimulação, orientação para a realidade, terapia ocupacional, treino das AVD’s, entre outros.

Tratando-se de um recurso recente com tendência à especialização, devido à doença de Alzheimer, conta com um apoio crescente dos cuidadores informais. A sua posição intermédia na rede assistencial, como ligação entre o lar residencial e o domicílio, concede-lhe uma posição estratégica no conjunto do sistema de prestação de cuidados assistenciais (Cabrero, 2006). Os estudiosos dos CDI para doentes de Alzheimer consideram-nos como uma importante alternativa para as famílias que não desejam a

institucionalização e prestam cuidado a doentes de Alzheimer ou outras demências, principalmente no que respeita às fases inicial e intermédia da doença. Este recurso torna-se decisivo uma vez que proporciona aos doentes a participação no seu meio psicossocial o que se revela “emocionalmente terapêutico” (Ferrer, 2005).

2.2. As especificidades dos Centros de Dia em Portugal – implantação, desenvolvimento e atualidade

A partir dos anos 60 do século passado, em Portugal assistiu-se a uma gradual implementação dos cuidados comunitários (Sousa *et al.*, 2004), reforçando a posição assumida pelo estado de proteção dos mais frágeis entre as quais as pessoas idosas (Carvalho & Almeida, 2014). As modificações sociais verificadas na sociedade portuguesa conduziram à necessidade de criação de novas respostas sociais e readaptação das existentes à nova realidade (Carta Social, 2006).

A política social pós período revolucionário de 1974 foi marcada pela ampliação da intervenção do Estado quer ao nível do apoio aos beneficiários assim como benefícios, serviços e taxas de cobertura (Wall, 1995), sendo a população idosa abrangida na dinâmica das medidas a partir desse momento preconizadas.

O período que engloba a segunda metade dos anos 70 do século vinte e o princípio do século vinte e um, caracterizou-se por mudanças de fundo no modo de cuidar das pessoas idosas. Assim foram criados equipamentos e serviços que apoiavam o idoso nas atividades da sua rotina quotidiana, possibilitando-lhe permanecer em casa. Este período englobou duas fases distintas em que na primeira (1976-1985) surge o modelo político de manutenção do idoso em casa com intuito de redução das despesas do estado. Deste modelo resulta o desenvolvimento de novos equipamentos como o Centro de Dia e os Centros de Convívio, uma vez que estes não implicavam os custos verificados nas instituições de internamento (asilos ou lares). Em reforço do primeiro período um segundo (1985-1995) que permitiu a emergência de novos “parceiros sociais”, protagonizado pelas instituições de apoio social e outras equiparadas que foram responsáveis pela concretização política da manutenção do idoso no domicílio (Veloso, 2008). Verifica-se, efetivamente, que a partir dos finais 1978 a proteção social às pessoas mais velhas não se verifica

somente ao nível das prestações financeiras que possibilitam as condições básicas de sobrevivência. Começa-se a evidenciar o aumento de interesse, até aí inexistente, no desenvolvimento de estruturas de apoio e integração social (Cardoso *et al.*, 2012).

A criação das novas respostas sociais, nomeadamente Centros de Dia e de Convívio, manifestam uma nova representação social relativamente à terceira idade que se apresenta com a ideia de idoso ativo em detrimento do idoso dependente e indigente. Os novos equipamentos sociais apontam para o fomento um novo modo de vida para o idoso, pautado pela participação e autonomia e conseqüente retardamento do processo de envelhecimento e institucionalização (Velo, 2007).

Desconhecendo a sua data de implementação (Bonfim *et al.*, 1996), o lar de idosos foi durante décadas a única resposta social, cuja utilização exigia a institucionalização definitiva do idoso que ali se mantinha geralmente até ao fim da sua vida (INE, 1999). A criação do Centro de Dia decorre da necessidade de alteração da política de institucionalização uma vez que, de acordo com Quaresma (1996), se demonstrava o forte investimento e inadequação às necessidades da maioria dos utilizadores, por parte das estruturas de alojamento coletivo (Lar).

O CDI surge a título experimental em meados dos 70 do século passado, com o pressuposto de desenvolver condições mais favoráveis à manutenção das pessoas idosas no seu domicílio (Carta Social, 2000) e em 1976 inicia-se a sua implantação, tendo por base um projeto desenvolvido, um ano antes, por um grupo “ad hoc” (Bonfim *et al.*, 1996).

De acordo com documento de criação e instalação da resposta social, o CDI (Serdi, 1975) define-se como um “conjunto de serviços no qual e/ou pelo qual, são organizadas atividades agrupadas que permitem às pessoas conservarem-se no seu meio familiar e social”. Esta definição resulta, segundo o referido documento, de duas conceções distintas no que diz respeito à resposta de apoio. Por um lado, a noção de que a resposta CDI terá como objetivo o encaminhamento da pessoa idosa para serviços já existentes na comunidade que correspondem as suas necessidades. Isto poderá significar, no nosso entender, que o CDI seria o mediador entre as necessidades do indivíduo e os recursos existentes na comunidade. Assim sendo, teria como função rentabilizar os recursos existentes na comunidade de modo a promover a satisfação das necessidades individuais do utilizador. Por outro lado, o mesmo documento apresenta uma conceção distinta, apresentando o CDI como espaço de funcionamento de atividades não existentes na

comunidade, sendo que o apoio a prestar é realizado no domicílio. Ainda no referido documento, na sua definição e concetualização, destacam-se como ideias basilares o fornecimento de resposta às necessidades das pessoas e paralelamente a manutenção em contexto domiciliário.

Para além da anterior, na década de 90 surge uma nova tentativa de definição de CDI como uma resposta social, desenvolvida em equipamento que se fundamenta na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do indivíduo no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996). Esta definição, no nosso entender, é similar à inicial, no entanto, os objetivos a que se propõe o CDI surgem mais abrangentes. Assim sendo, o CDI apresenta-se com objetivos em três eixos: prestação de serviços, prestação de apoio psicossocial e prevenção de isolamento.

Quaresma (1996) reforça as ideias anteriores, apresentando de um modo concreto e operacional os objetivos do CDI. Assim, aconselhamento individual traduzido no acolhimento e informação necessários ao utente. A importância no apoio na readaptação individual, que se baseia em auxiliar o idoso a fazer, de forma satisfatória, os reajustamentos necessários à aceitação dos seus próprios condicionalismos. O fomento e implementação de ações que promovam as relações interpessoais ao nível dos idosos e, destes, com outros grupos etários a fim de evitar o isolamento. O favorecimento do acesso das pessoas mais idosas às diversas formas de ajuda adequadas à sua situação, que não se encontrem acessíveis na comunidade local e se situem no âmbito deste tipo de equipamento. E por último, a deteção e análise das necessidades dos idosos, com vista ao planeamento dos serviços. O mesmo autor acrescenta um novo objetivo de intervenção, ainda que indiretamente, o apoio aos cuidadores informais.

Integrado nas medidas de promoção do cuidado para idosos dependentes, o CDI é categorizado, na atualidade, pela entidade reguladora (Segurança Social) em dois conceitos. O conceito de Centro de Dia que integra na sua intervenção as atividades da vida diária básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD). Um outro conceito que é denominado como Centro de Convívio marcadamente direcionado para a realização de atividades de animação (Martin *et al.*, 2007).

A implantação da resposta assenta em duas estratégias principais: a criação da resposta associada a um equipamento existente ou a criação de uma estrutura autónoma, tendo por base o levantamento das necessidades da população de uma determinada área (Serdi,

1975). Assim sendo, o CDI poderá desenvolver a sua intervenção em espaço próprio e de funcionamento independente ou se estar integrado numa estrutura existente quer esta seja lar de idosos, centro comunitário ou outra (Bonfim & Saraiva, 1996). Será no nosso entender partindo desta discrepância que poderemos tentar definir modelos de funcionamento que se prendem com os recursos existentes resultantes da agregação ou não do CDI a outra estrutura (ou estruturas) já existente e dinamizada. Deste modo, avançamos como modelos de funcionamento de Centro de Dia em Portugal os seguintes: o CDI “*Isolado*”, o CDI “*Agrupado*” e o mais recente e caracterizado seguidamente, o *CDI para doentes de Alzheimer*.

O *CDI para doentes de Alzheimer* surge como resultado do trabalho desenvolvido pela Alzheimer Portugal que, em 2003, avança com o primeiro CDI dirigido unicamente para pessoas com demência (Alzheimer Portugal, 2009). Um estudo realizado pelo Instituto da Segurança Social, IP (Gil & Mendes, 2005), sobre a situação social dos doentes de Alzheimer em Portugal, revela que a população inquirida considera haver uma total desadequação das estruturas existentes (entre as quais o Centro de Dia) às particularidades da demência, reforçando, deste modo, o movimento associativo responsável pelo desenvolvimento da resposta social de modo pioneiro. O CDI direcionado ao doente de Alzheimer, fracamente implantado em diferentes zonas do país, foca os seus serviços nas seguintes vertentes: apoio ao nível das AVD, apoio psicológico, reabilitação e transporte.

No desenvolvimento inicial do CDI a resposta social apresenta os mais diversos serviços que foram sofrendo alguns ajustes e readaptações ao longo do tempo. O manual de instalação (Serdi, 1975) elenca como áreas de apoio a prestar pelo CDI as seguintes: tempos livres e convívio, alimentação, ocupação, balneário, tratamento de roupa, cuidados de saúde, ajuda doméstica e preparação para a reforma. Os serviços referidos poderão ser desenvolvidos nas instalações do CDI, no domicílio dos utilizadores ou em outras estruturas existentes na comunidade.

Passaremos a descrever sumariamente os aspetos que nos parecem relevantes relativos aos serviços elencados anteriormente (Serdi, 1975), uma vez que a sua concetualização e caracterização merecerá atenção em capítulo específico do presente trabalho. O serviço de alimentação divide-se em três vertentes de apoio das quais fazem parte o fornecimento de refeições confeccionadas em local adequado (inclui instalações do CDI ou outras na existentes na comunidade); fornecimento de refeições confeccionadas no domicílio; e a

distribuição de géneros alimentares aos utilizadores. O serviço de balneário engloba, para além da higiene corporal, os cuidados de mãos, pés e cabelos, podendo ser enquadrado o seu funcionamento em estruturas da comunidade. O serviço de saúde, prestado por estrutura implantada na comunidade, assenta a sua intervenção nas áreas preventivas, curativas e de reabilitação, podendo a intervenção ser extensível ao domicílio dos utentes. O serviço de ajuda doméstica realiza-se no domicílio dos utentes e inclui as seguintes tarefas: higiene e conforto, trabalhos de limpeza e arrumação, aquisição de géneros alimentícios e/ou outros artigos, confeção de refeições e tratamento de roupa (desenvolvido nas instalações do CDI ou estrutura da comunidade). Salientamos por fim, que o documento de criação e instauração do CDI prevê, ainda, uma flexibilização no desenvolvimento e organização da resposta e dos serviços disponibilizados de acordo com as solicitações dos utilizadores.

De acordo com Quaresma (1996) foi realizada em Portugal uma primeira avaliação referente à resposta social que incidiu sobre a relação entre os serviços disponibilizados pelo CDI e as necessidades sentidas pelos utilizadores. Esta avaliação permitiu verificar o elevado grau de satisfação dos utilizadores, o reconhecimento dos serviços mais importantes e úteis desenvolvidos pela resposta (refeição, lavandaria e apoio ao domicílio). O estudo referencia igualmente os problemas habitacionais dos utilizadores considerando o CDI um espaço aprazível para utilização. Incluído no mesmo estudo, o ponto de vista dos colaboradores terá sido considerado para esta avaliação, destacando como principal proposta deste grupo a criação e desenvolvimento de um serviço de transporte para os utentes. Por fim a autora destaca a importância atribuída às atividades do CDI, por agentes da comunidade como sejam a imprensa local e organizações de carácter sociocultural.

O CDI, praticamente inexistente na década de 70 do século passado, terá tido uma dupla função: evitar o isolamento dos indivíduos através da promoção de atividades de convívio e outras consideradas adequadas; e permitir uma avaliação mais correta das verdadeiras necessidades de alojamento das pessoas idosas (Programa do I governo Constitucional, 1976). Criados por despacho governamental (Secretário de Estado da Segurança Social) em 1976 foram desenvolvidos 50 CDI com intuito experimental (Bonfim *et al.*, 1996), tendo por base de trabalho documento técnico construído um ano antes (Serdi, 1975).

2.2.1. Caracterização da implantação do Centro de Dia para Idosos

De acordo com a análise dos primeiros dados (Quaresma, 1996) sobre a resposta social constata-se que em 1989 existiam cerca de 541 CDI que respondiam às necessidades de 35.834 utilizadores. Sendo neste período a segunda resposta social com mais equipamentos (em que o lar de idosos liderava com 615 estruturas), era, no universo de 77.440 utentes que utilizavam o leque diversificado de respostas sociais, a resposta com maior número de utentes. Deste modo os CDI representavam 34% dos equipamentos totais (1.591) de todas as respostas sociais existentes, isto é, as residências, lares, centro de convívio e apoio domiciliário, no entanto, detinham cerca 46,27% dos utilizadores.

No ano 2000 a panorâmica da resposta apresenta-se com um número total de 1.542 equipamentos com capacidade para 51.413 indivíduos em que a utilização efetiva, isto é, o número de utilizadores efetivo era de 41.142 utentes (Carta Social, 2000). No período de 11 anos os CDI desenvolveram-se exponencialmente apresentando um crescimento de 185,03% ao nível dos equipamentos através da criação de 1001 novos equipamentos e apresentando um crescimento de 14,81% dos utilizadores reais traduzindo-se em 5.308 novos clientes.

Apesar do incremento inicial, nos anos seguintes evidenciou-se um abrandamento na implementação do Centro de Dia uma vez que o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) passou a constituir a resposta com maior crescimento entre 2000 e 2012 (62%). No conjunto das respostas para esta população segue-se ao SAD a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (44%) e por fim o Centro de Dia (31%). Verifica-se ainda, durante o período em causa, que o número total de novas respostas sociais para a população idosa foi de 2.100 (Carta Social, 2012).

O CDI desenvolveu-se rapidamente e com bastante êxito, no entanto, esse desenvolvimento não terá sido consistente e linear. Aspetos como incerteza quanto ao seu total aproveitamento em algumas zonas rurais, e em regiões específicas, a necessidade de reconversão dos Centros de Dia em Centros Comunitários (Bonfim *et al.*, 1996) poderão ter influenciado a sua expansão.

Numa panorâmica mais atualizada (GEP, 2013) verifica-se que as respostas sociais Lar de Idosos, SAD e Centro de Dia perfazem um número total 6.927 respostas sociais em Portugal Continental. A sua distribuição apresenta-se do seguinte modo: em primeiro lugar

o maior número é representado pelo SAD com 2.624 (37,88%) das respostas, seguindo-se o Lar de idosos 2.261 (32,64%) e por fim o Centro de Dia com 2.042 respostas (29,48%). Os números referenciados anteriormente correspondem a uma capacidade em número de lugares de 64.254 (25,47%) para o Centro de Dia, 86.532 lugares para a resposta de Lar (34,31%) e 101.448 (40,22%) de lugares para o SAD. Como é possível verificar mantém-se a tendência de desaceleração no crescimento do CDI iniciada no princípio do século vinte e um. Mantém-se igualmente a preocupação de manter o idoso no seu contexto comunitário, no entanto, privilegia-se que o cuidado seja prestado no domicílio.

Em suma a delimitação concetual permitiu-nos entender o CDI como um recurso multifacetado, flexível e variável, no entanto, com semelhanças em todos os modelos de funcionamento. Deste modo, o CDI caracteriza-se essencialmente como uma resposta comunitária e que, por esse facto, permite ao indivíduo manter-se no seu contexto sociofamiliar. Apesar da necessária estrutura para o seu funcionamento o CDI não possui características residenciais de internamento e o seu funcionamento é limitado ao período diurno.

De um modo genérico, é dirigido indivíduos portadores de dependência em diversos níveis, como seja, cognitivo (Sanders *et al.*, 2007) funcional (Conrad *et al.*, 1993) e sócio assistencial (Inza & Arriola, 1999; Manchola, 2000). A intervenção é realizada partindo de um plano de cuidados individualizado (Conrad *et al.*, 1991), através de uma resposta multidisciplinar, às necessidades dos utilizadores. O CDI intervém no sentido de responder às necessidades básicas do utilizador, promoção da sua autonomia (Benet, 2003), prevenção e supervisão da saúde e fomento da participação e socialização (Arrazola *et al.*, 2003).

Para além do apoio aos utilizadores o CDI apresenta uma componente de apoio à família. Esta vertente centra-se em áreas como aprendizagem, assessoria, apoio psicológico (Rodriguez, 2001). De um modo geral poderemos afirmar que o CDI, de acordo com a literatura consultada, favorece a aprendizagem essencial para a tarefa de cuidar e proteção do exercício da mesma.

Para um melhor conhecimento do funcionamento e organização vários estudos tentaram criar tipologias de CDI, apresentando uma diversidade de modelos tendo por base o grupo “target “ a quem se dirigia. Destaca-se, no nosso entender, deste conjunto de investigadores analisado, o estudo de Conrad *et al.* (1990) pela sua amplitude, abrangência, detalhe e

desenvolvimento de instrumento de Avaliação dos Centros de Dia para Adultos (ADCAP). Este estudo permitiu identificar seis classes de CDI com perfis diferenciados ao nível do processo, estrutura e clientes. A investigação sobre a categorização do CDI terá sido fortemente defendida por Conrad *et al.* (1990, 1993) pelas vantagens que apresenta, uma vez que permite melhorar a capacidade de desenvolver teorias precisas sobre cada tipologia e deste modo melhorar o fornecimento de serviços e sua adequação aos clientes (Aldenderfer & Blashfield, 1984, citado por Conrad *et al.*, 1993; Conrad & Buelow, 1990). A categorização também pode ajudar os pesquisadores/ avaliadores a esclarecer a natureza dos CDI que estão a estudar e a generalizar as suas descobertas, assim como apoiar os políticos na distribuição dos recursos (Conrad *et al.*, 1993).

Os modelos considerados transversais aos estudos apresentados são: CDI saúde, CDI social e CDI para indivíduos portadores de demência. O CDI desenvolvido com a vertente de saúde, destina-se a utilizadores portadores de patologias físicas, cognitivas e mentais que necessitam de supervisão e acompanhamento mas não com abrangência temporal das 24 horas (Alteras, 2007). Nesta tipologia são disponibilizadas, de acordo com os autores apresentados, atividades de acompanhamento, avaliação, treino e reabilitação. Por outro lado, o CDI com componente social promove a sua intervenção em áreas como socialização, ocupação, serviços de alimentação e programas de educação para a saúde. Por fim, o CDI para indivíduos portadores de demência intervém ao nível dos cuidados especializados de modo a permitir a manutenção e autonomia individual, comprometidas pela doença (Tajes, 2003), através da promoção das áreas física, mental e social do utilizador (Henry *et al.*, 2000).

O CDI em Portugal surge como estrutura comunitária e implanta-se gradualmente a partir dos anos 70 (Serdi, 1975). Possui como objetivo inicial a rentabilização dos recursos existentes na comunidade de modo a que estes consigam satisfazer as necessidades dos indivíduos. O desenvolvimento e a implantação do CDI decorreram de forma rápida até ao ano 2000 (Carta Social, 2000) e sofreram um abrandamento em períodos posteriores. Esta evolução verifica-se num contexto de políticas sociais assentes num modelo assistencialista e operacionalizadas através de protocolos com instituições particulares de solidariedade social (Martin & Lopes, 2008) em que o estado mantém o seu papel de relevância, como financiador e regulador do marco legal dos serviços sociais para idosos (Martin *et al.*, 2007).

No que concerne à oferta de serviços existiu um decréscimo de oferta e desaparecimento de alguns serviços que passaram a existir separadamente como o caso do serviço de apoio ao domicílio. Neste âmbito importa salientar, segundo Quaresma (1996), o papel decisivo do CDI no desenvolvimento do SAD.

Marcadamente de âmbito social o CDI atual, em Portugal, tende a disponibilizar (Bonfim & Saraiva, 1996) como serviços base: refeições, convívio/ocupação, cuidados de higiene, tratamento de roupa e férias organizadas. No entanto, a oferta tende a depender de fatores externos, como por exemplo, os CDI localizados em meios rurais dispõem de um orçamento mais reduzido e conseqüentemente menos pessoal e atividades; por sua vez o CDI implantado em centro urbano é condicionado pela área em que se insere e pela possibilidade de trabalhar com parceiros (Martin *et al.*, 2007). Neste âmbito, Quaresma (1996) considera que a implantação do CDI deverá ter em consideração a área de localização e a população a quem se dirige. Deste modo, considera relevante a localização dos centros em áreas onde a densidade da população idosa seja significativa e, tal como defendem os estudos internacionais, salienta a necessária análise das especificidades da população alvo.

**CAPÍTULO II – Modalidades de intervenção do Centro de Dia para os
utilizadores**

O período de utilização do CDI assume-se, pelo utente e sua família, de modo continuado ou parcial. A utilização do CDI em toda a amplitude de horário de funcionamento tende a ser feita pelos utentes que apresentam condições físicas, cognitivas e sociais com maior exigência na prestação de cuidados (Rodriguez & Rodriguez, 2007) e é essa a condição para uma assistência contínua de maior abrangência. Neste sentido, e de acordo com Cabrero *et al.* (2006) a permanência poderá prolongar-se no tempo de modo a atender à manutenção e controlo dos deficits avaliados. Por outro lado, a assistência parcial, como a própria denominação indica, permite ao utilizador uma frequência e assistência mais flexíveis, traduzindo-se numa utilização por períodos limitados de tempo durante o dia ou dias da semana. A frequência do utilizador, seja ela continuada ou parcial, estabelece-se, em consonância entre o utilizador, os seus familiares e o CDI, em função da avaliação realizada pelos profissionais. A equipa multiprofissional analisa a situação familiar, as necessidades do utilizador e os recursos disponíveis, sendo esta uma avaliação abrangente, cujos resultados permitem guiar a equipa técnica no desenho de planos de intervenção e de atividades dirigidas ao utente (Rodriguez & Rodriguez, 2007).

O presente capítulo debruçar-se-á sobre três aspetos ligados à utilização do CDI: a caracterização dos serviços e os programas disponibilizados pelo CDI; os benefícios associados à utilização do CDI pelos utentes e seus cuidadores; por fim, a definição das características mais comuns dos utilizadores.

1. Modalidades de Assistência – serviços e programas de atenção e intervenção

Os serviços e programas do CDI fazem parte integrante de um plano geral de intervenção que contempla três eixos: a pessoa idosa, a família que cuida e a própria resposta (Rodriguez & Rodriguez, 2007).

Os serviços e os programas de intervenção apresentam-se, no nosso entender, como duas realidades distintas mas confluentes, apesar de nem sempre surgirem na literatura de modo diferenciado. Os serviços do CDI visam colmatar as atividades de vida diária que o indivíduo, por qualquer motivo, não é capaz de satisfazer sozinho. Estas estão ligadas à sobrevivência e, de acordo com os autores (Leitner & Leitner, 1995), o cuidado diário

permite ao indivíduo lidar com a realidade que o rodeia. No que concerne aos programas de intervenção desenvolvidos pelo CDI, estes focam-se na manutenção e melhoria das funções individuais e apresentam-se como um conjunto de ações terapêuticas desenvolvidas por técnicos especializados em diferentes áreas.

Os CDI apresentam-se como estruturas promotoras de serviços terapêuticos, cuidados de saúde (serviço de enfermagem e gestão de medicamentos), terapia de reabilitação, cuidados pessoais, refeições e transporte (Reever *et al.*, 2004). Por outro lado, para Reilly *et al.* (2006) os CDI centram a sua intervenção na assistência nas AVD's, suporte social, exercício físico e terapia ocupacional. Esta divergência na definição dos serviços apresentados poderá ser explicada pela diferença de modelo de CDI analisado pelos diferentes autores. Esta diversidade de tipologias tem sido inúmeras vezes referenciada na bibliografia internacional e debatida em diversos momentos do trabalho.

1.1. Os serviços do Centro de Dia para Idosos

De uma forma sistemática, os serviços disponibilizados pelo CDI são apresentados por Salgado e Montalvo (1999), de forma tripartida, em serviços básicos, especializados e complementares. Constituem-se como os serviços básicos, o transporte do utente nas deslocações de e para o domicílio, alimentação e nutrição, higiene e conforto e, por fim, e acompanhamento. O conceito de acompanhamento, no nosso entender, sintetiza a diversidade de serviços que o precedem na definição, no entanto, o autor apresenta-o de modo distinto. Os serviços especializados integram uma panóplia de programas de intervenção desenvolvidos em áreas diversificadas, de acordo com as necessidades do utente. Os programas de intervenção obedecem a uma avaliação, programação, monitorização e adequação realizadas pelos profissionais do CDI de maneira atender às necessidades individuais do utilizador. Por fim, os autores incluem os serviços complementares que integram a podologia, cabeleireiro/ estética e biblioteca.

Manchola (2000) considera igualmente uma variedade de serviços desenvolvidos pelo CDI. Tal como os autores anteriores, congrega os serviços e programas, no entanto, apresenta-os em maior número. Deste modo, os serviços básicos elencados são: a assistência médica, nutrição e higiene, apoio e inserção social, promoção das AVD's e a

dinamização sociocultural. Considera igualmente como serviços (não atribuindo qualquer tipo de categorização) a reabilitação cognitiva, intervenção terapêutica ambiental, acompanhamento e assessoria à família e transporte. Por fim, categoriza como outros os serviços, a podologia, tratamento de roupa (lavandaria), cabeleireira/estética, horário alargado de funcionamento, biblioteca, reabilitação, compras diversas e fornecimento de jantar.

Na classificação dos serviços do CDI para Martinez *et al.* (2003) estes são apresentados em três áreas diferenciadas que incluem social/saúde; hoteleira e área complementar. A área social/ saúde integra serviço de cuidado, higiene pessoal, tratamento médico e de enfermagem, reabilitação física e mental, dietética e nutrição, treino das AVD's, animação e ócio, ginástica adaptada e terapia familiar. A área denominada como hoteleira centra-se unicamente no serviço de fornecimento de refeições diárias aos seus utilizadores, englobando, segundo o autor, as refeições principais como pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. No que concerne à área complementar são elencados o serviço de transporte, apoio no domicílio, acompanhamento, gestão (doméstica, financeira), formação, assessoria em ajudas técnicas, voluntariado, grupos de auto ajuda, apoio em projetos, serviços de estética e podologia.

De um modo geral é evidente que todos os autores apresentados anteriormente expõem os serviços prestados pelo CDI em três áreas diferenciadas nas quais são elencados maior ou menor quantidade de serviços. Comprova-se, tal como referido atrás, a não distinção de serviços e programas de intervenção uma vez que estes são apresentados em conjunto. Verifica-se ainda uma diversidade de categorização no que concerne aos serviços e programas do CDI, evidenciando mais uma vez, a dificuldade de entendimento concetual e sistematização sobre a temática em análise.

1.2. Programas de intervenção em Centros de Dia para Idosos nas diferentes áreas

Os CDI oferecem um espaço de convergência e conjugação entre intervenção de cariz social e de saúde, no que respeita à planificação e execução dos cuidados, objetivando a saúde e o bem-estar da pessoa idosa (Arrazola *et al.*, 2003). Assim sendo, verifica-se a necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção social e de saúde. Tendo em

conta a diversidade de programas de intervenção dirigidos à população idosa, desenvolvidos nas áreas da saúde, social e ambiental, optamos por referenciar sumariamente aqueles que consideramos mais importantes em cada área, uma vez que o interesse principal desta abordagem centra-se na associação ideológica entre os programas de intervenção elencados e suas especificidades de aplicação no CDI.

1.2.1. Intervenção para a saúde

O CDI possui um papel preponderante na resposta a indivíduos que, por motivos de saúde, desenvolveram problemas de dependência. Também neste âmbito o CDI cobre as necessidades básicas das pessoas sem as privar do contexto familiar, de amizade e vizinhança (Benet & Llanes, 2002). Para além disso, os programas de intervenção para a saúde incrementam ações de promoção com intuito de proporcionar às pessoas idosas um prolongamento de esperança de vida com qualidade. Estas ações têm subjacente uma dualidade de intenções ao manter a pessoa viva o máximo de tempo possível, por um lado, privilegiando a qualidade de vida por outro (Galvão, 2006).

O programa de nutrição surge agregado ao serviço de refeições prestado pelo CDI aos seus utilizadores. O programa de intervenção contém como objetivos fundamentais detetar e corrigir hábitos dietéticos prejudiciais à saúde, promover uma dieta equilibrada e variada, fomentar ações educativas no âmbito da alimentação e nutrição e desenvolver uma adequada ingestão de líquidos. Este programa parte da avaliação do estado nutricional e de hidratação do utente para a prescrição de uma dieta individualizada, programação de horários de hidratação, apoio aos utilizadores com problemas de autonomia alimentar e acompanhamento e supervisão dos profissionais (Rodriguez & Rodriguez, 2007).

A intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem configura-se em contexto de CDI em ações de promoção, prevenção, deteção precoce e controlo de doenças. O programa atua em áreas diversificadas como controlos periódicos (tensão arterial, peso, entre outros), vacinação, tratamentos, reabilitação, promoção da saúde, técnicas de enfermagem e cuidados de higiene pessoal (Illobre *et al.*, 2000). O desenvolvimento de ações na temática dos cuidados pessoais permite dar a conhecer ao utente e familiares a importância da higiene pessoal pois pretende-se que a higiene pessoal seja entendida pelos intervenientes

como um hábito de vida saudável (Trinidad, 1996). Neste domínio, as atividades a desenvolver prendem-se com o grau de higiene do idoso, hábitos de higiene adquiridos, programação das higiènes, cuidados especiais com os pés, higiene do cabelo e da boca (Cortés & Juarez, 1996). Ainda nesta área específica de intervenção o programa de controlo de esfínteres direciona-se à prevenção e minimização dos problemas decorrentes da incontinência. Neste campo de ação os profissionais afetos ao programa avaliam as necessidades do utilizador do CDI de modo a estabelecerem planos de intervenção individualizados (Rodriguez & Rodriguez, 2007). Ainda nos programas de intervenção na saúde a promoção de programas para prevenção de quedas tem como objetivos distintos a prevenção e tratamento, sendo que os estudos tendem a confirmar a eficácia da intervenção. Neste âmbito incluem-se a avaliação dos riscos de queda, exercício físico, controlo ambiental e/ou um combinado de intervenções (Rubenstein, 2006). Deste modo, potencia-se a redução da probabilidade que a queda se verifique através da diminuição dos fatores de perigo. Por outro lado, intervêm na prestação de cuidados às lesões ocasionadas pela queda (Rodriguez & Rodriguez, 2007). O programa de fisioterapia é, segundo Alda & Torres (1996) um elemento terapêutico fundamental no CDI, que, tendo como principal objetivo a promoção do movimento humano, assenta a sua atuação na melhor compreensão dos fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar nos idosos (Yuaso & Sguizzatto, 1996). O principal objetivo do programa de fisioterapia prende-se com a manutenção e/ou recuperação da mobilidade dos membros superiores e inferiores, assegurando a independência e a confiança do adulto idoso. A realização de atividade física controlada no CDI é um outro elemento importante uma vez que potencia a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda & Torres, 1996). Os benefícios da atividade física vão para além dos referidos anteriormente pois estão presentes em todas as dimensões do ser humano, atuando como facilitadores ao nível da integração reorganização da vida social (Mazo *et al.*, 2004). Os programas de terapia ocupacional baseiam-se na recuperação do funcionalismo anatómico permitindo ao idoso a independência para a realização das tarefas do seu quotidiano (Arrazola *et al.*, 2003). A intervenção terapêutica evidencia-se como um conjunto integrado de tecnologia e procedimentos específicos que se materializam através da reconstrução de padrões de vida e de atividades que contribuam para um processo de envelhecimento saudável (Borsoi, 1996). Em CDI poderão promover-se programas diversificados de intervenção nesta área,

nomeadamente, intervenções destinadas à melhoria ao nível das AVD's; atividades lúdicas individuais e grupais com objetivos terapêuticos; tratamentos através da terapia funcional; programas de ergoterapia destinados a recuperação através da realização de tarefas (Alda & Torres, 1996).

No que concerne à saúde mental, Manchola (2000) salienta como patologias mais comuns nos utilizadores de CDI, a depressão, a ansiedade e os transtornos comportamentais (tendência para fuga, paranoia). Nesta faixa etária, os programas de intervenção estão muitas vezes direcionados para a compreensão das aptidões funcionais dos idosos, aceitação dos seus défices e procura de formas de otimização do funcionamento, tendo em conta as suas limitações reais (Lima, 2004). No entanto, intervenções ao nível das terapias de apoio breve poderão ser utilizadas para idosos que necessitem de apoio, após acontecimentos com uma carga emocional forte (Gatto, 1996). Cerrato (1996) sugere a inclusão em CDI da realização de programas dirigidos à depressão, distúrbios ansiosos, suicídio e controlo de abuso de substâncias, cuja premissa é a prevenção e não tanto o tratamento.

No que concerne à cognição destacamos os programas de estimulação cognitiva que possuem a finalidade central de intervenção em dois âmbitos: compensação das funções alteradas e a otimização das funções que se mantêm preservadas (González, 2007). Arrazola *et al.* (2003) apresentam um programa específico para utilizadores de CDI partindo de uma classificação dos utilizadores segundo a sua capacidade cognitiva para aplicação de programas e exercícios adaptados às capacidades avaliadas. Neste âmbito, desenvolvem-se atividades de treino de memória, orientação para a realidade e programas de psicoestimulação.

1.2.2. Intervenção social

A informalidade de relacionamentos estabelecidos entre adultos idosos e crianças, em contexto institucional, podem ser os potenciadores da interação entre os dois grupos através da implementação de programas intergeracionais (Beisgen & Kraitchman, 2003). A intergeracionalidade integrada em instituições foi considerada como uma organização inovadora dos serviços direcionados aos idosos (Salari, 2002). O estabelecimento de uma

relação entre duas gerações tem como objetivos centrais a transmissão de valores culturais, a resolução de problemas sociais e a colaboração ativa entre os grupos (Bostrum *et al.*, 2004, citado por Martin *et al.*, 2007). Para além disso, está latente uma função preventiva no que respeita à segregação social do adulto idoso (Beisgen & Kraitchman, 2003). Salari (2002) reforça a ideia de que a implementação de programas intergeracionais, em CDI, poderá produzir efeitos benéficos para as duas gerações.

A manutenção dos interesses ocupacionais e o aumento das atividades recreativas contribuem, de acordo com Martins (2010), para tornar a vida das pessoas mais velhas produtiva e satisfatória. Os programas de animação promovidos em contexto institucional vão de encontro a este pressuposto uma vez que, permitem, no nosso entender, o desenvolvimento de ações de cariz recreativo, educativo, cultural e social dirigidas aos utilizadores. Benet (2002) ao analisar as atividades socioculturais desenvolvidas num CDI, verificou que estas se restringiam a oficinas de trabalhos manuais, jogos de mesa e celebrações festivas. Neste sentido, o mesmo autor, destaca no seu estudo a necessidade de mudança nesta área de intervenção, considerando pertinente que a dinamização de atividades pelos utentes, contemple uma avaliação dos interesses dos utilizadores do CDI, as aspirações e capacidades dos indivíduos, e que promova as atividades em espaços e diferenciados. Mais especificamente, no que concerne ao último ponto, aponta no sentido de criação de espaços distintos como sejam espaço de trabalho (ex. horta), espaço de promoção da criatividade (ex. atelier de pintura), espaço para exercício físico (ex. ginásio) e espaço para convívio (ex. bar). Deste modo corroboramos a afirmação do autor (Estrella, 2012) que a animação em contexto institucional permite desenvolver uma nova gestão do tempo e atribuição de significado.

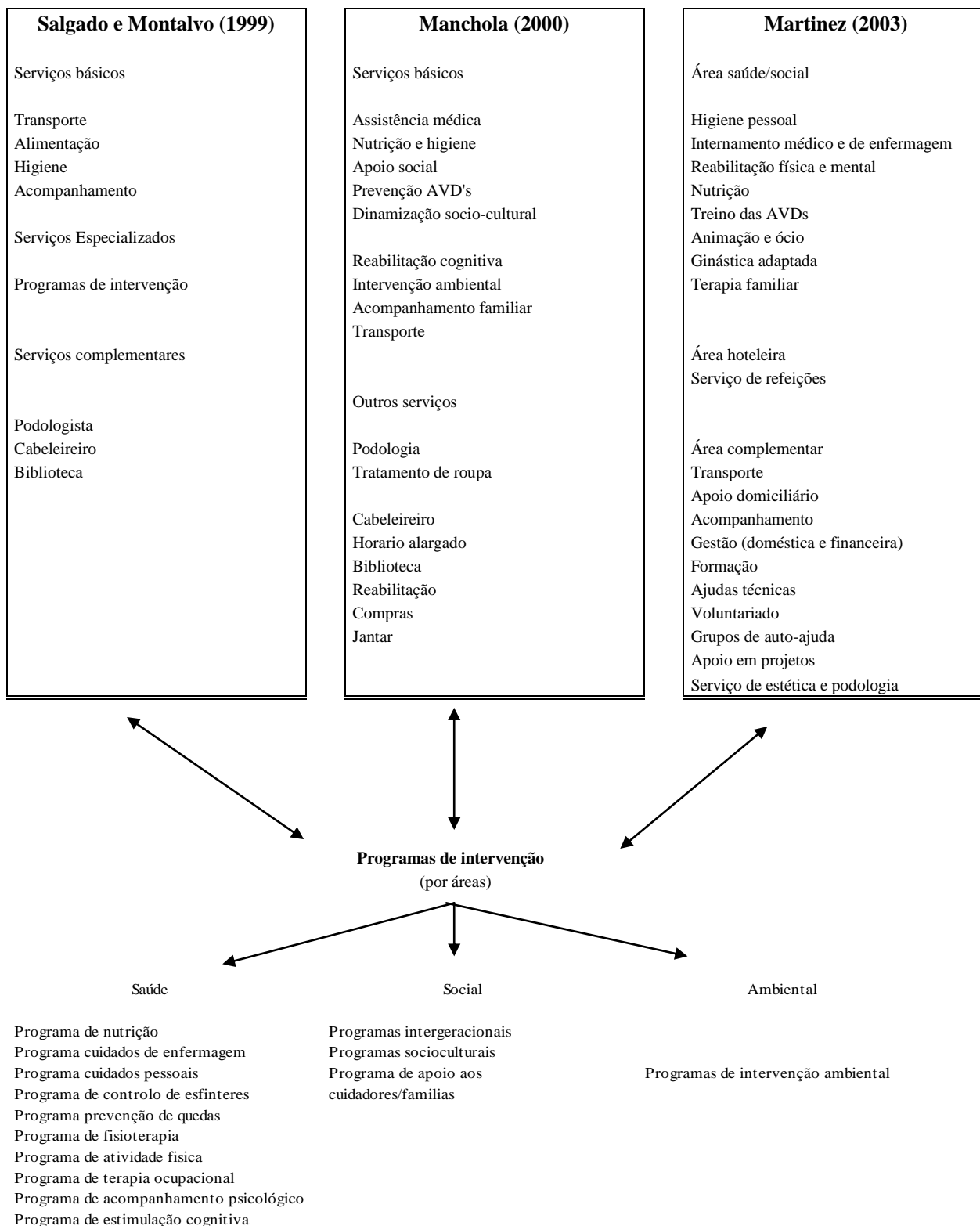
O CDI mantém uma relação bidirecional com a família respeitando as aprendizagens e o acompanhamento mantidos em casa e na instituição e permitindo o intercâmbio de informações e conteúdos emocionais (Arrazola *et al.*, 2003). Desenvolvidos para a família os denominados, pela literatura, como programas de “alívio”, estes são constituídos por diversos recursos formais disponibilizados pelo CDI para prestar ajuda aos familiares dos utilizadores (Montorio *et al.*, 1995). No entanto, o CDI não foi criado apenas para a promoção do alívio mas como um instrumento de orientação e apoio psicoeducativo para as famílias. Deste modo, existe um programa específico para a atenção das famílias o qual inclui três níveis de intervenção: assessoria, formação e apoio psicológico (Rodriguez,

2001). De acordo com Cabrero *et al.* (2006) a intervenção desenvolvida para a família engloba diferentes tipos de apoio: o apoio à família nas tarefas relacionadas com o cuidado, complementadas com os cuidados em contexto domiciliário; a promoção do tempo livre que permite ao cuidador a realização de atividades positivas e gratificantes numa vertente lúdica; a nível organizacional, congrega o apoio à gestão das atividades e tarefas diárias; e, por fim, a realização de programas de informação e formação de modo a capacitar o cuidador para o desempenho no seu quotidiano. Os programas de intervenção de apoio à família do CDI centram a sua intervenção na redução de situações difíceis proporcionando os recursos necessários às mesmas. Vasques *et al.* (2001) destaca como um dos pontos mais importantes a transmissão da informação à família sobre a situação em que se encontra o idoso e que dificuldades podem surgir (prestações, recursos, equipamentos...), as implicações na família, a aprendizagem que permitirá capacitar-se para melhorar o cuidar e finalmente a partilha com outras pessoas em situações semelhantes.

1.2.3. Intervenção ambiental

No que concerne à melhoria das condições estruturais, o programa de adaptação ambiental permite realizar a identificação das necessidades e a promoção das adaptações dos equipamentos. A arquitetura do ambiente pode ser menos representativa na qualidade de vida nas instituições do que as relações sociais, mas exerce uma forte influência (Coons & Mace, 2001). As características ambientais circundantes ao indivíduo revelam-se importantes nestes contextos, pois afetam de modo relevante a autonomia, o desempenho diário, e, conseqüentemente, a vida dos utilizadores. Um desenho ambiental apropriado permitirá influenciar uma melhoria nos problemas comportamentais, reduzir os riscos de quedas e otimizar os utilizadores da estrutura (Leturia & Yanguas, 1999). Neste sentido, torna-se importante que, no CDI, se eliminem barreiras arquitetónicas no exterior e interior, uma vez que estas dificultam o acesso de utilizadores física e cognitivamente dependentes (Arrazola *et al.*, 2003).

O *Esquema 1* seguidamente apresenta uma panorâmica geral dos serviços e programas de intervenção abordados anteriormente.



Esquema 1- Serviços e Programas do Centro de Dia para Idosos

No que diz respeito aos serviços e programas de intervenção do CDI, em Portugal a documentação mais recente desenvolvida pela entidade de tutela, considera que os serviços a disponibilizar pelo CDI são os seguintes: serviço de refeições (no equipamento ou domicílio), convívio e atividades de ocupação de tempo livre, cuidados de higiene e conforto, tratamento e cuidado do vestuário e organização de férias e acolhimento temporário (Bonfim & Saraiva, 1996). Existe uma preocupação estatal para a satisfação das AVD's não sendo claro no que respeita à prestação de outros serviços mais especializados, como seja, o serviço de podologia. De igual modo, no que se refere aos programas de intervenção o documento técnico deixa uma breve referência à necessidade de convívio e ocupação de tempo pelos utilizadores sem, no entanto, incluir uma abordagem mais aprofundada sobre o assunto. De um modo mais atual, Martin *et al.* (2007) apresenta uma diversidade de serviços e programas de intervenção a serem disponibilizados pelo CDI, onde se incluem serviços recreativos, saúde e bem-estar, e educacionais, refeições, transportes, artes manuais, assistência laboral, programas intergeracionais, grupos de suporte e atividades voluntárias. Desconhecemos contudo a adoção e sua aplicabilidade nas instituições de apoio a idosos que possuem resposta social de CDI.

Recomendações internacionais apontam para a necessidade de promoção no CDI de serviços essenciais como são os cuidados pessoais, cuidados de enfermagem, serviços sociais, as atividades terapêuticas, acompanhamento nutricional, o transporte, cuidados de emergência e formação para os cuidadores (NADSA, 2007). No entanto, o grupo de idosos utilizadores do CDI possui características heterogêneas e necessidades distintas pelo que se exigem respostas diferenciadas. Assim sendo, torna-se essencial o desenvolvimento de oferta de uma ampla gama de serviços de modo a permitir uma escolha que se adapte às necessidades e capacidades dos indivíduos (Benet, 2003).

2. Os benefícios do Centro de Dia para os utilizadores e cuidadores

A frequência do CDI mereceu a atenção de variados investigadores que se interessaram em estudar os benefícios que o utente e cuidador retiram da sua utilização. O CDI, tal como referenciamos anteriormente, apresenta-se, de um modo genérico, como uma opção de

apoio que promove cuidados de saúde e sociais a indivíduos com necessidades específicas e diversificadas de intervenção. Os utilizadores são acompanhados, por profissionais treinados, por um período de tempo diurno e regressam aos seus domicílios após esse período. Deste modo, a prestação de cuidados transfere-se da esfera institucional para a familiar, isto é, do cuidado formal para o cuidado informal. Os cuidadores são igualmente apoiados pelo CDI usufruindo, como confirmaremos pelos estudos apresentados em seguida, os benefícios pela sua utilização.

Sendo que a maioria dos adultos prefere viver na sua habitação o maior tempo possível (Eckert *et al.*, 2004) são necessárias, no nosso entender, evidências empíricas sobre os benefícios da resposta. No entanto, a análise dos benefícios dos CDI para os utilizadores da resposta poderá ser um processo complexo, tendo em conta as modificações constantes a nível dos utentes, programação interna e adaptação de colaboradores (Dabelko & Zimmerman, 2008), conduzindo a um constante reajuste do CDI. Esta dificuldade está, talvez, na origem da escassa pesquisa científica dedicada a este tema, ou seja, os benefícios do CDI para o utente.

A apresentação dos estudos analisados assenta na abordagem do tema sobre prismas diferenciados mas confluentes: benefício do CDI sobre o utilizador e benefício do CDI sobre o prestador de cuidados, partindo da premissa que, em qualquer um dos casos, o beneficiário do CDI, quer direta ou indiretamente, é o idoso.

Dabelko e Zimmerman (2008) sugerem que autores como Baumgarten *et al.* (2002), Gaugler e Zarit (2001), Zank e Schacke (2002) permitem diferenciar dois domínios de influência dos CDI nos utilizadores: psicossocial e físico. Estes domínios representam as necessidades gerais dos utilizadores, e no nosso entender, os estudos seguidamente apresentados refletem claramente as duas vertentes.

2.1. Centro de Dia para Idosos - benefícios para os utilizadores

O estudo de Schmitt *et al.* (2010) analisa de modo abrangente a melhoria da qualidade de vida como benefício direto da frequência de um CDI. O autor compara grupos de indivíduos que vivem em contexto comunitário utilizadores e não utilizadores dos serviços e programas do CDI. O estudo evidencia que a utilização da resposta de apoio interfere na

melhoria da qualidade de vida nos domínios físicos e emocionais a curto e a médio prazo, nomeadamente, após um ano de frequência, os utilizadores reportam menos dificuldades na realização das AVD's resultantes da melhoria do seu estado de saúde e emocional. Verifica-se, neste estudo, que o impacto positivo da utilização do CDI é experienciado e entendido pelos utilizadores. No entanto, não se revelaram melhorias ao nível da vertente social o que poderá ser justificado pelas características dos CDI analisados cuja intervenção se direciona para a área saúde.

Dabelko- Schoeny e King (2010) partiram da recolha das opiniões dos utentes para analisar os efeitos da frequência do CDI nos mesmos. Os resultados apontam como aspetos mais importantes para os utentes na dinâmica do CDI os relacionamentos sociais e os programas de intervenção de fisioterapia e terapia ocupacional. No que concerne a essas experiências, os autores sugerem estar associadas a melhorias percebidas no bem-estar psicossocial e redução percebida de um sentimento de dependência relativamente aos seus cuidadores.

Numa vertente centrada na saúde Franciulli *et al.* (2007) demonstraram o impacto positivo da intervenção individualizada da equipa multiprofissional do CDI na capacidade funcional dos utilizadores da resposta. Apesar do número reduzido de participantes no estudo os autores concluíram que o CDI revelou ser uma modalidade de assistência promissora na melhoria funcional do idoso.

No que diz respeito a utilizadores portadores de demência o CDI poderá ser um meio de intervenção não farmacológico adequado aos cuidados dos indivíduos, podendo evidenciar-se como uma opção atraente para pessoas intolerantes a algumas terapias medicamentosas. Mosselo *et al.* (2008) pretenderam avaliar quais os efeitos da utilização do CDI ao nível cognitivo, funcional e comportamental de indivíduos com quadro demencial. Paralelamente analisaram as diferenças referentes ao bem-estar dos familiares quando comparados com indivíduos cujo cuidado é prestado em casa. Os resultados evidenciam que os utentes em estádios demenciais moderados e severos apresentavam melhorias a nível psicológico e comportamental que se associa à redução de stress dos seus cuidadores.

A medição dos efeitos da participação em CDI no humor e comportamento de pessoas com quadro demencial revela-se igualmente pertinente, uma vez que, indivíduos com demência apresentam dificuldades em iniciar ou manter atividades. Por outro lado, os cuidadores poderão apresentar dificuldades relativamente à aptidão, tempo ou energia para

envolver e manter ocupados os seus familiares. Assim sendo, durante o dia os utentes apresentam sinais de sonolência e inatividade e durante a noite comportamentos de resistência e dificuldades para dormir. Neste âmbito Femia *et al.* (2007) realizam um estudo para avaliar quais as alterações verificadas ao nível dos domínios da depressão, agitação e sono após um período de dois meses de utilização do CDI. Embora nos dois primeiros domínios não se verifiquem alterações significativas entre os grupos de participantes e não participantes denotam-se, no entanto, melhorias ao nível do sono, possivelmente influenciados pela realização de atividade física. Os estudos de Woodhead *et al.* (2005) demonstraram, contrariamente ao anterior, que indivíduos portadores de demência experimentaram uma diminuição de sintomatologia depressiva ao longo de um período de três meses de frequência em CDI. No que respeita à agitação, esta diminuiu ao longo do tempo nos utilizadores que participaram em programas e se integraram em níveis elevados de atividades (jogos, artesanato, canto, teatro).

Poderá deste modo ser possível afirmar que as atividades sociais desenvolvidas nos programas do CDI, como sejam arte e musicoterapia, jogos e exercícios em grupo, possam influenciar a redução de comportamentos negativos no domicílio (Gaugler *et al.*, 2003). O extenso grau de estimulação de alguns programas desenvolvidos no CDI poderá deixar fatigado o participante de modo a que após a frequência não existirá energia para a manifestação de comportamentos problemáticos como o vaguear. Poderá igualmente verificar-se uma melhoria no humor, competências sociais e diminuição de comportamentos problemáticos testemunhados pelos cuidadores informais (Gaugler & Zarit, 2001).

Os estudos elencados anteriormente patenteiam dispersão conceitual não sendo possível mais do que uma apresentação dos benefícios que representam para os utilizadores. Deste modo, os temas apresentados, metodologias de estudo e sujeitos estudados, na sua maioria, não permitem uma discussão entre si. Por um lado, é analisada, de modo abrangente, a influência no CDI na qualidade de vida dos utilizadores nos domínios físicos e emocionais (Schmitt *et al.*, 2010), por outro lado, é analisada a melhoria da capacidade funcional do utilizador do CDI resultante da intervenção multidisciplinar da resposta do CDI (Franciulli *et al.*, 2007).

Os benefícios, para os utentes, da utilização dos programas de intervenção nos CDI são discutidos nos diversos estudos (Dabelko- Schoeny & King, 2010; Woodhead *et al.*, 2005;

Fémia *et al.*, 2007) e apresentam-se de modo diferenciado. Para Dabelko- Schoeny & King (2010) os programas de intervenção no âmbito da fisioterapia e terapia ocupacional permitem verificar melhorias no indivíduo ao nível do seu bem-estar e redução na dependência para o cuidado. A intervenção direcionada para atividades de exercício físico parece produzir benefícios ao nível do sono dos utilizadores (Fémia *et al.*, 2007), no entanto, a promoção de programas de intervenção de cariz lúdico que envolvam o utilizador em atividades exigentes, de acordo com Woodhead *et al.* (2005), parecem produzir efeitos positivos na agitação de utentes de CDI com demência.

A diferenciação entre os sujeitos e as tipologias de CDI analisados torna igualmente complexa a discussão entre os estudos. No que concerne à população de utilizadores em análise alguns estudos são direcionados especificamente para utentes com quadro demencial (Woodhead *et al.*, 2005; Fémia *et al.*, 2007; Mosselo *et al.*, 2008). No que se refere à tipologia de CDI em que se edifica o estudo também se evidencia alguma diversidade. Deste modo, existem estudos realizados em CDI com predomínio na área da saúde (Schmitt *et al.*, 2010; Mosselo *et al.*, 2008), na área da demência (Fémia *et al.*, 2007) e os restantes (Woodhead *et al.*, 2005; Dabelko- Schoeny & King, 2010; Franciulli *et al.*, 2007) que no nosso entender se apresentam categorizados num modelo de CDI misto.

2.2. Centro de Dia para Idosos – benefícios para os cuidadores

Paralelamente aos estudos supra mencionados, alguns outros mostram interesse em analisar as vantagens do CDI para os idosos e seus cuidadores. Zank e Schacke (2002) demonstraram efeitos positivos na utilização de CDI por portadores de demência. Esses benefícios revelam-se ao nível do bem-estar e sintomas resultantes do quadro demencial do utilizador, sendo apenas evidentes após um período superior a nove meses de utilização, e que se traduzem na diminuição de comportamentos de agitação (sem recurso a farmacologia) e sintomatologia depressiva, aumento de satisfação com a vida e do suporte social percebido. No que respeita aos cuidadores informais os efeitos positivos não são claros, uma vez que, se evidenciam apenas nas questões semiabertas. De qualquer modo, para os cuidadores, o CDI parece ter influência positiva nos conflitos laborais e familiares numa fase inicial de integração através da redução da sobrecarga do cuidar.

O estudo de Logsdon *et al.* (2014), integrado num programa específico para utilizadores demenciados, verificou que a frequência em CDI evidencia benefícios significativamente relevantes ao nível da diminuição da tendência de comportamentos depressivos e problemáticos. Para os cuidadores constata-se uma diminuição da angústia sobre os comportamentos dos seus familiares nomeadamente no que se refere a problemas comportamentais, de memória e depressivos. Apesar da especificidade do programa do estudo analisado, os resultados são promissores e sugerem que a participação neste programa pode influenciar positivamente a frequência de comportamentos depressivos nos participantes e angústia gerada nos cuidadores devido aos problemas comportamentais dos participantes.

Os programas desenvolvidos no CDI para os cuidadores disponibilizam recursos para estes se libertarem das responsabilidades do cuidar por algumas horas durante o dia. Mais especificamente, a investigação demonstrou que o CDI contribui para uma efetiva melhoria na adaptação e redução da sobrecarga, depressão, preocupação e raiva (Gaugler *et al.*, 2003; Montgomery & Borgatta, 1989; Zarit *et al.*, 1998) dos cuidadores.

Os diferentes trabalhos apresentados que estudam o impacto dos CDI nos cuidadores apresentam resultados diversificados no sentido da melhoria, no entanto, em todos está presente o pressuposto do “alívio no cuidar”. O modelo teórico fundamentado por Gaugler *et al.* (2003) revela uma associação existente entre a diminuição do período de cuidado, que resulta da utilização do CDI, e a diminuição da perceção de sobrecarga do cuidador, no que se refere à prestação dos cuidados. Deste modo, para os prestadores de cuidados, a utilização do CDI poderá permitir ativar as suas potencialidades tanto para a satisfação com a vida assim como para as atividades de cariz social. Este estudo oferece uma contribuição singular na investigação ao tentar determinar se a utilização do CDI reduz o período que os cuidadores usam para prestar cuidados a nível das ABVD e AIVD e a lidar com problemas comportamentais. No que respeita aos últimos sugere que o apoio prestado pelo CDI atenua o tempo gasto com a gestão de comportamentos problemáticos.

Zarit *et al.* (1998; Zarit *et al.*, 2003) demonstraram que a utilização dos CDI por um período mínimo de dois dias por semana diminui o stress e a depressão dos cuidadores quando comparado com um grupo que não recebe apoio desta tipologia de resposta. Neste ensaio clínico controlado, para cuidadores de familiares com demência, verificou-se que os cuidadores apresentaram sintomas de stress relacionados com o cuidado, sentimentos de

depressão e raiva mais baixos, após 3 meses de utilização do CDI, comparativamente com o grupo que não utilizava o CDI (Zarit *et al.*, 1998). Ainda liderado pelo mesmo autor (Zarit *et al.*, 2011) um estudo mais recente sugere que para além dos benefícios, anteriormente referenciados, os programas do CDI poderão focar-se num maior envolvimento dos cuidadores no desenvolvimento sistemático de atividades de cariz terapêutico. A promoção de atividades em CDI poderá possuir uma importância considerável para os cuidadores uma vez que estas poderão reduzir os comportamentos problemáticos e deste modo ajudar a manter os seus familiares no contexto familiar por um longo período de tempo.

Nem todos os estudos conseguem comprovar a existência de melhorias para os cuidadores decorrentes da utilização do CDI. No entanto, a investigação de Warren *et al.* (2003) revela resultados que não se focam na melhoria da utilização do CDI para os cuidadores mas no seu equilíbrio nas diferentes áreas analisadas devido ao apoio prestado pelo CDI. Deste modo, os cuidadores analisados no estudo não experimentaram aumento da sobrecarga, mantêm a sua qualidade de vida e qualidade de saúde percebida, conservando o seu papel de cuidador e apoiando-se nos programas desenvolvidos no CDI. No que concerne à opinião sobre a institucionalização a maioria manteve-se negativa sobre essa decisão. O estudo sugere, deste modo, o papel decisivo do apoio prestado pelo CDI, contribuindo para a manutenção dos indivíduos em casa por um extenso período de tempo.

Consideramos, tal como Cabrero (2004), que os estudos sobre os benefícios do CDI para os familiares parecem privilegiar aspetos subjetivos tais como sejam o bem-estar, satisfação com a vida e humor, não demonstrando qualquer tipo de eficácia no que concerne a outras áreas como sejam a saúde ou redução da dependência das AVD's. Corroboramos ainda a opinião do autor de que os resultados dos estudos apresentam alguns problemas metodológicos, entre os quais se destacam a reduzida dimensão das amostras, a não inclusão de grupo de controlo e a especificidade dos programas analisados o que torna os resultados inconclusivos. Ainda neste âmbito, Zarit *et al.* (2003) defendem em vários dos seus trabalhos que a investigação sobre o CDI e outros serviços de intervenção comunitária é complexa e com muitas ameaças à validade interna, nomeadamente alguns estudos que defendem a não existência de efeitos da intervenção no alívio dos cuidadores e que, após uma análise mais aprofundada, apresentam problemas metodológicos substanciais. Consideramos relevante salientar que, de acordo com Gaugler (2014), no que

se refere aos estudos sobre o CDI não tem sido evidente o modo como os utilizadores e cuidadores utilizam os programas e o processo que pode levar à retirada de benefícios para ambos os grupos, tornando-se necessário o estudo dessas temáticas e a utilização de metodologias mais adequadas para o efeito.

3. As principais características do utente-tipo do Centro de Dia para Idosos

Ao analisar o perfil sociodemográfico dos utilizadores do CDI os estudos concluíram que o sexo feminino predomina (Leitner & Leitner, 1995; Samuelsson *et al.*, 1998; Gonzalez & Capilla, 2004; MMI, 2010; Bronw *et al.*, 2012). Este predomínio do sexo feminino é verificado também no CDI pertencente a uma área de intervenção especializada como por exemplo, a saúde, o que pode ser confirmado pelo estudo realizado por Dabelko e Balaswamy (2000). Para além disso, num trabalho desenvolvido por Benet (2003) com 80 utilizadores de CDI, verificou-se que as mulheres constituem igualmente a maioria no grupo das idades avançadas (idade inferior a 81 anos) e em idades muito avançadas (mais de 81 anos) existe mais do dobro das mulheres do que homens utilizadores. Contrariamente, no estudo de Svidén *et al.* (2004) ao comparar grupos de utentes em dois CDI, de reabilitação e social, encontrou diferenças significativas entre o género dos participantes ao verificar que no CDI de reabilitação os utilizadores são na sua maioria homens. Este resultado poderá ter sido influenciado por questões metodológicas uma vez que o estudo utiliza uma amostra de tamanho reduzido (24 participantes). Outra possível explicação para esse facto poderá relacionar-se com a própria tipologia de CDI, que responde a um tipo de problema de saúde com maior incidência no sexo masculino.

Relativamente ao estado civil, de igual modo, a viuvez é o estado representado na maioria dos utilizadores do CDI (Benet, 2003). No entanto, no CDI de cariz social verifica-se uma predominância de utilizadoras solteiras (Svidén *et al.*, 2004).

No que concerne à idade os estudos não são consensuais. Deste modo, salientamos o valor mais baixo, apresentado pelos trabalhos de investigação analisados, que define a idade média do utilizador do CDI ser maior de 65 anos (MMI, 2010). Por outro lado, Svidén *et al.* (2004) e Gonzalez e Capilla (2004) apresentam os valores mais elevados sendo a média de idade superior a 78 anos e 81 anos respetivamente.

No que diz respeito à situação familiar a maioria dos utilizadores do CDI possui família (Gonzalez & Capilla, 2004) e vive com ela (Benet, 2003). No entanto, nem todos os estudos chegaram aos mesmos resultados indicando que o utilizador “tipo” vive sozinho (Samuelsson *et al.*, 1998). Não obstante, os cuidados são prestados na sua maioria por familiares que nem sempre possuem a capacidade de oferecer um apoio em permanência (Leturia *et al.*, 2003; MMI, 2010). Parece-nos evidente que os utilizadores na sua maioria possuem cuidador, só assim se justifica o facto do CDI ter definido, na sua oferta de intervenção, ações específicas para os familiares. Assim sendo, tal como referenciamos em outros momentos do presente trabalho, o CDI disponibiliza programas de intervenção direcionados aos cuidadores de modo a diminuir a exigência da tarefa de cuidar (Zank & Schacke, 2002).

A nível cognitivo parece unânime, entre as investigações apresentadas, que os utilizadores do CDI são indivíduos com comprometimento cognitivo. Leturia *et al.* (2003) vão mais longe ao considerar que indivíduos portadores de problemas cognitivos serão um grupo alvo da intervenção do CDI. Verificou-se, deste modo, que os utilizadores apresentam alta prevalência de demência (MMI, 2010), nomeadamente com diagnóstico de doença de Alzheimer (Artaso *et al.*, 2001; Bronwn *et al.*, 2012). O CDI assume, por isso, um papel importante uma vez que esta patologia e outras formas de demência requerem assistência nas AVD e monitorização constante.

Para além do deterioro cognitivo os utilizadores do CDI, segundo os autores, apresentam outras problemáticas do foro mental como a depressão (Leitner & Leitner, 1995; Gonzalez & Capilla, 2004). Contrariamente, Benet (2003), no seu estudo de caso, verificou que em termos gerais o estado de ânimo dos utilizadores do CDI era positivo, sendo que os utentes se sentiam satisfeitos consigo mesmos e orgulhosos com a sua vida. Para além da depressão Manchola (2000) considera que os distúrbios de ansiedade são comuns aos utentes do CDI. Ainda assim, Zank e Schacke (2002) apontam para a prevalência de pacientes com problemas cognitivos seja pela depressão ou demência.

Comprova-se, mais uma vez, que o CDI é uma modalidade de assistência preferencialmente indicada para a promoção do aumento de bem-estar subjetivo dos seus utilizadores.

Tal como se verificou na área cognitiva, no que concerne à funcionalidade, os utilizadores do CDI possuem um comprometimento mais acentuado quando comparados com

indivíduos que vivem na comunidade e sem apoio institucional (Cohen-Mansfield *et al.*, 2001), o que, neste sentido, nos levará a presumir que poderá existir uma relação entre o comprometimento (físico ou mental) e a frequência no CDI.

No que respeita à funcionalidade verifica-se que a tipologia mais frequente aponta para utilizadores com deficiências físicas (Dabelko & Balaswamy, 2000; Leturia *et al.*, 2003; MMI, 2010). Nas deficiências físicas, os autores destacam, comprometimento visual, artrite, amputação, doença cardíaca, doença pulmonar e sequelas resultantes de AVC (Leitner & Leitner, 1995). No âmbito da mobilidade o estudo de Benet e Llanes (2002) refere que nos utilizadores de CDI em causa, começam a ter relevância os problemas de mobilidade entre os 76 e 80 anos, que se acentuam e abrangem um maior número de pessoas nas idades compreendidas entre os 81 e os 85 anos.

A procura de um CDI poderá ter subjacentes diversas motivações, entre as quais razões familiares, sociais, de reabilitação e solidão (Trinidad, 1996). Assim, Benet (2003) procurou investigar as principais motivações na procura de apoio de um CDI. Neste estudo chegou a conclusões similares às do autor anterior, destacando como motivações principais as familiares, as emocionais, de saúde e económicas.

As motivações familiares relacionam-se com a integração em CDI uma vez que os cuidadores procuram, no serviço, apoio relativo às dificuldades do cuidar. O cuidado diário pela sua exigência poderá ser dificultado por questões de saúde, vida laboral ou sobrecarga de tarefas dos cuidadores. As motivações emocionais, segundo o estudo em questão, poderão interferir na escolha de frequência de um CDI. Deste modo foi possível verificar que as pessoas que vivem sozinhas e não conseguem encontrar sentido nesta etapa do seu ciclo vital, necessitam de um projeto de vida motivador. Este recurso poderá satisfazer essa necessidade uma vez que permite a promoção de contactos e a integração social. Samuelsson *et al.* (1998) corroboram a ideia de que o CDI poderá ser dirigido a indivíduos idosos que vivem sozinhos de modo a evitar a solidão (Leitner & Leitner, 1995).

Relativamente às motivações de saúde, estas são respondidas pelo CDI através da oferta de serviços de acompanhamento, atenção médica e de enfermagem. Os problemas ligados à saúde mental são tidos pelos autores Cohen-Mansfield *et al.* (2001) como a principal razão para frequentar o CDI. A prestação de cuidados de saúde no CDI efetua-se a um custo inferior quando comparado com a prestação de cuidados de saúde domiciliários ou de internamento. As motivações económicas são, ainda de acordo com o estudo de Benet

(2003), um outro fundamento para a integração no CDI. Este recurso cobre as necessidades básicas a um baixo custo e tende a promover uma ampla diversidade de serviços. Neste ponto, apresentam-se duas ideias centrais, para Artaso *et al.* (2001) os indivíduos que procuram o CDI apresentam dificuldades na satisfação das atividades básicas da vida diária, nomeadamente, com maior predominância da dependência na higiene corporal, em vestir e incontinência urinária. Por outro lado, inferimos que o CDI, por ser um recurso de apoio mais económico, poderá ser escolhido por indivíduos com recursos financeiros baixos.

Por fim, em Portugal a resposta terá sido direcionada para pessoas idosas e comunidade em geral (Serdi, 1975), tornando abrangentes e difusas as características específicas dos utentes a quem se dirige.

De acordo com Almeida e Cadete (1978, citado por Veloso, 2007) é elencada a hipótese de o CDI dirigir a sua intervenção para pessoas idosas com limitações ao nível da autonomia e igualmente integrar pessoas em situação de carência económica.

Nos anos 90 do século passado os contributos de alguns autores permitem compreender mais alguns requisitos e características da população para a qual os CDI se direcionam. Assim, Bonfim e Saraiva (1996) consideram que a resposta social centra a sua intervenção prioritária para os idosos que se encontrem em situação de risco de “acelerar ou degradar o processo de envelhecimento”.

Ao analisar a tipologia de utilizadores (Ferreira *et al.*, 2008) verificou-se que o CDI é procurado maioritariamente por mulheres (apesar da diferença ser diminuta), e no que respeita à faixa etária que procura esta resposta situa-se entre os 75 e os 84 anos de idade. A maioria dos utilizadores é viúvo/a e apresenta como característica mais proeminente o facto de residir sozinho. Possui rendimentos mais baixos e os encargos financeiros despendidos com a resposta são na sua maioria efetuados pelo utilizador. A motivação que conduz à procura do CDI prende-se com a satisfação das necessidades básicas, nomeadamente alimentares, e a participação em atividades lúdicas. Destacamos ainda, no que respeita ao estudo em análise, dois dados que nos parecem pertinentes: a dicotomia entre ambiente rural e urbano ao nível das taxas de utilização e distribuição de rendimentos dos utilizadores. No que toca à percentagem das taxas de utilização da resposta social verifica-se que em contexto urbano os valores apresentam-se bastante mais elevados do que em contexto rural. Deste modo, verifica-se uma taxa de utilização de 70% para CDI

em meio urbano e 18,2% em meio rural. No que concerne aos rendimentos, tal como referenciamos em estudos anteriores, a resposta social é utilizada maioritariamente por indivíduos com receitas mensais baixas (neste caso inferiores a 300€). Destacamos o facto de, no estudo em análise, nas zonas urbanas se verificar a utilização do CDI por indivíduos de todos os níveis económicos. Enquanto nas zonas rurais pessoas com rendimentos acima dos 750€ não utilizam a resposta sendo que a maioria dos utilizadores possuem rendimentos inferiores a 300€.

Em modo de conclusão, os CDI integrados na rede de serviços sociais revelam-se uma alternativa idónea para o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas que se encontram numa situação de dependência, uma vez que, por esse motivo, necessitam de serviços e programas de intervenção e de profissionais prestem atenção adequada às necessidades (Cabrero *et al.*, 2006). No presente capítulo foram apresentados os serviços que o CDI poderá disponibilizar aos seus utilizadores. Os estudos analisados (Salgado & Montalvo, 1999; Manchola, 2000; Martinez *et al.*, 2003) apresentam como serviços comuns ao CDI os seguintes: transporte, higiene pessoal, nutrição, podologia, serviço de estética e acompanhamento nas mais variadas vertentes (apoio social, gestão doméstica e financeira e apoio a projetos). Foi, deste modo, possível perceber que, apesar da diversidade concetual na definição dos serviços prestados pelo CDI, existe unanimidade no que se refere aos serviços básicos.

No que concerne aos programas de intervenção foram elencadas três áreas diversificadas (saúde, social e ambiental) das quais foram descritos os programas que, na literatura, surgem relacionados com o CDI. As intervenções ao nível da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas são desenvolvidas a fim de proporcionar um prolongamento da esperança de vida com qualidade (Murphy & Cicilline, 2001). Deste modo, os programas de intervenção para a saúde vêm de encontro às necessidades do utilizador. Salientamos, neste âmbito, os programas de nutrição, de cuidados pessoais, de controlo de esfíncteres, de prevenção de quedas, de fisioterapia, de atividade física, de terapia ocupacional, de acompanhamento psicológico e de estimulação cognitiva. No que diz respeito à área social salientamos os programas intergeracionais, os programas de ocupação e os programas de intervenção para a família. Os dois primeiros, dirigidos ao utilizador, incidem sobre áreas que promovem vertentes recreativas, sociais, culturais e sociais. Os programas de

intervenção para os cuidadores proporcionam apoio nas mais diversificadas áreas permitindo a quem cuida partilhar com o CDI a tarefa de cuidar.

No que concerne aos serviços, em Portugal estão determinados os serviços básicos como sejam cuidados de higiene, tratamento de roupa, refeições, ocupação, férias e acolhimento (Bonfim & Saraiva, 1996), deixando por definir os serviços especializados e programas de intervenção.

Neste capítulo foram ainda analisados os benefícios da utilização do CDI quer pelos idosos quer pelos cuidadores. A frequência de um CDI, independentemente da sua tipologia, permite aos utilizadores beneficiar da melhoria da qualidade de vida (Schmitt *et al.*, 2010), assim como melhorias, percebidas ao nível do bem-estar psicossocial e redução de dependência, de quem o cuida (Dabelko- Schoeny & King, 2010). O estudo de Franciulli *et al.* (2007) salientou a influência do CDI, nomeadamente dos programas de intervenção, na melhoria das capacidades dos utilizadores no que respeita à funcionalidade. Nos estudos com utentes portadores de demência evidenciam-se melhorias comportamentais e psicológicas (Mosselo *et al.*, 2008; Logsdon *et al.*, 2014); no sono (Fémia *et al.*, 2007); diminuição sintomas depressivos (Woodhead *et al.*, 2005); humor e competências sociais (Gaugler & Zarit, 2001). Por outro lado, os cuidadores beneficiam igualmente com a utilização do CDI. Nos estudos analisados destacam-se como benefícios a diminuição da sobrecarga (Gaugler *et al.*, 2003) que é igualmente referenciada como “alívio”. O CDI contribui ainda para a diminuição do stress e depressão (Zarit *et al.*, 1998; Zarit *et al.*, 2003) permitindo ao cuidador melhoria no humor, sentimentos de satisfação e bem-estar (Cabrero, 2004).

Por fim, analisamos um perfil de utilizador de CDI através da reunião das principais características elencadas nos diferentes estudos. Assim sendo, os estudos apontam para um utilizador “tipo” do sexo feminino, estado civil viúvo e com idade compreendida ente os 65 e 81 anos. Este poderá viver sozinho ou acompanhado, contudo, em qualquer dos casos, dispõe de um perfil de cuidados misto (José & Wall, 2006), isto é, possui uma organização de apoio partilhada entre a família e o CDI.

O utente “padrão” possui comprometimento cognitivo e apresenta problemas psicológicos associados à depressão e ansiedade. Caracteriza-se por deficiências físicas diversas e consequentes dificuldades no que respeita à mobilidade. De acordo com Cohen-Mansfield *et al.* (2001) os utilizadores do CDI, quando comparados com outros indivíduos residentes

na comunidade, apresentam os mesmos problemas cognitivos e funcionais, no entanto, mais acentuados. Deste modo, a procura de apoio no CDI poderá dever-se a fatores de saúde. De acordo com o estudo de Benet (2003) para além da motivação anterior serão motivações emocionais, económicas e familiares aquelas que poderão justificar a frequência do CDI. O estudo de Ferreira *et al.* (2008) permite-nos observar que o utilizador tipo, em Portugal, mantém a tendência relativamente ao género e estado civil, no entanto, caracteriza-se por viver sozinho e possuir rendimentos baixos (com maior predominância em meio rural). A motivação para a frequência no CDI prende-se com a participação em atividades lúdicas e a utilização do serviço de refeições.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III – Objetivos do estudo e metodologia da investigação

O presente capítulo contém a apresentação dos objetivos do estudo e a descrição da metodologia de investigação utilizada.

No que concerne à metodologia a abordagem centra-se na definição da amostra, nos procedimentos adotados para a recolha de dados, na apresentação do protocolo Q-ADC (Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador) e procedimentos adotados para sua administração.

1. Objetivos do estudo

O CDI, como vimos anteriormente, é uma resposta eclética no apoio a indivíduos com necessidades diferenciadas entre si. É considerado um recurso prévio à institucionalização, onde se disponibiliza uma intervenção individualizada a pessoas em situação de dependência sócio familiar.

A diversidade de estudos internacionais, anteriormente apresentados, reconhece a insuficiência de trabalhos de investigação nas mais variadas vertentes que integram o CDI (Samuelsson *et al.*, 1998; Dabelko & Balaswamy, 2000; Svidén *et al.*, 2004; Woodhead *et al.*, 2005; Franciulle *et al.*, 2007; Schmitt *et al.*, 2010).

Em Portugal a investigação sobre esta temática é residual, contrariamente ao que se verifica na implantação da resposta social. Deste modo, contrariamente ao número reduzido de trabalhos científicos evidencia-se um elevado número de CDI implantados em território nacional que de acordo com os dados da Carta Social (2014) correspondem a 2.048 respostas e a cerca de 64.707 lugares.

O desenvolvimento de políticas promotoras de “envelhecer no domicílio”, iniciadas nos anos 60 do século passado (Sousa *et al.*, 2004), foram sendo revistas, alteradas e adaptadas às novas realidades, no entanto, o CDI terá ficado à margem dessas transformações. Paralelamente assiste-se a uma debilidade legislativa e subfinanciamento por parte do Estado limitadores das potencialidades do CDI na prestação de cuidados aos seus utilizadores. Este facto, no nosso entender, reflete o desinteresse generalizado da sociedade civil sobre a resposta social associado a um desconhecimento sobre a importância da

mesma na intervenção com idosos, apenas contrariado pelo desenvolvimento de um novo modelo de CDI para doentes de Alzheimer.

Igualmente, entendemos que se mantém um desinteresse generalizado no que concerne ao seu funcionamento, metodologias de intervenção, abrangência e potencialidades da resposta social.

O presente trabalho almeja abordar a temática e contribuir modestamente para o começo da discussão necessária sobre a resposta social. Concretamente pretende-se, neste estudo:

Primeiramente, caracterizar a população de utilizadores do CDI, com o propósito de definir um perfil de utente. Sendo que este primeiro ponto permite-nos conhecer as principais características dos indivíduos que frequentam o CDI nos domínios sociodemográfico, financeiro, social, físico e mental, ocupacional entre outros, uma vez que nos fornecerá uma panorâmica generalizada sobre as características principais dos utilizadores. Interessa igualmente compreender a relação que o utilizador estabelece com a estrutura do Centro de Dia no modo os indivíduos avaliam os programas e serviços desenvolvidos, a prestação dos serviços, a qualidade dos prestadores, as relações que se estabelecem entre os intervenientes e a organização ambiental.

Seguidamente, avaliar a contribuição de algumas das variáveis analisadas na satisfação global do utilizador com o Centro de Dia. Pretendemos saber de que forma determinadas características do utente, da estrutura e do ambiente social vivido no Centro de Dia poderão influenciar a forma com os utilizadores se sentem globalmente satisfeitos com a oferta disponibilizada. Concretamente, tentaremos analisar o contributo da satisfação com a vida, estado de saúde, estado mental, grau de depressão, voluntariedade no ingresso no Centro de Dia, bem como características do ambiente social e da estrutura e ainda serviços disponibilizados. Percebendo quais as variáveis que se encontram fortemente relacionadas com a satisfação dos utentes, estaremos em melhores condições de pensar num novo modelo de Centro de Dia.

2. Método

2.1. Caracterização da amostra

De forma a responder aos objetivos que orientam este estudo, seleccionámos através do método de amostragem não probabilística de conveniência um grupo de utilizadores de 12 Centros de Dia do Litoral Norte de Portugal. Preservando o anonimato das instituições, fizemos corresponder a cada uma delas uma letra do alfabeto de A a M, através das quais as iremos referir doravante.

Em cada Centro de Dia inquirimos todos os utentes que se mostraram disponíveis. Contámos com a disponibilidade de 187 sujeitos, mas eliminámos um caso por apenas ter respondido à variável sexo. Ficámos com um total de 186 utilizadores (*Tabela 1*).

Tabela 1
Número de utilizadores inquiridos por Centro de Dia

Centro de Dia	Nº utilizadores
A	16
B	8
C	14
D	31
E	7
F	5
G	27
H	17
I	7
J	11
L	23
M	20

2.2. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados para investigação decorreu por diversas etapas que passaremos a reportar seguidamente. Procedeu-se ao contacto com as entidades, por ofício, a fim de apresentar o projeto de investigação ao nível dos seus objetivos e procedimentos necessários à sua concretização. As instituições caracterizar-se-ão na primeira parte da apresentação dos resultados por forma a contextualizar o ambiente institucional.

Após esta abordagem inicial foi realizado um contacto telefónico com intuito de averiguar a disponibilidade de participação e, caso esta se verificasse, proceder ao agendamento de uma reunião. O contacto presencial com o técnico responsável permitiu uma apresentação mais pormenorizada do projeto e do instrumento de recolha de dados de modo a preparar as visitas do (s) investigador (es). Deste modo, a recolha de dados foi realizada por elementos externos à instituição, cuja integração na dinâmica diária da instituição foi preparada e acautelada. Assim sendo as entrevistadoras previamente conhecedoras do protocolo de investigação e instruídas dos comportamentos adequados à situação de questionamento deslocaram-se às instalações dos Centros de Dia e recolheram os dados entre o dia 10 de Abril e o dia 11 de Dezembro de 2012.

Na presente investigação foram tidos em consideração o sigilo e confidencialidade da informação obtida. Deste modo não está identificado nos protocolos o nome dos participantes no estudo, assim como, as instituições participantes não têm acesso aos dados recolhidos aos utilizadores da resposta social.

2.3. Apresentação do protocolo de recolha de dados

O protocolo surge integrado num estudo em desenvolvimento na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos-UNIFAI- e o instrumento utilizado é um documento interno da UNIFAI, cuja designação é Q-ADC (Teixeira & Martin, 2012).

O Protocolo de investigação utilizado divide-se em três secções distintas: Secção A: permite realizar uma breve descrição da instituição e sua organização; Secção B: da qual faz parte integrante a identificação de um utilizador, seguida de uma avaliação de vários

domínios da sua vida e satisfação com os serviços e atividades prestados pela resposta social de Centro de Dia, caracterização dos cuidados prestados por cuidador (s) informal; Secção C: realiza uma breve avaliação, por parte de um funcionário prestador de cuidados do Centro de Dia, no que se refere ao comportamento dos utilizadores na resposta social em estudo.

Secção A

Esta secção permite a recolha de informação genérica sobre a caracterização e organização institucional nomeadamente no que se refere à localização, contactos, profissional de referência, fontes de financiamento e valores auferidos, área/zona de implantação, outras respostas sociais desenvolvidas pela instituição, número de utilizadores e tipologia de serviços prestados pelo Centro de Dia (serviço, intensidade da prestação e inclusão de parceiros na prestação).

Secção B

Numa primeira parte procura-se recolher informação sociodemográfica, socioeconómica e habitacional sobre o utilizador de Centro de Dia. Inclui informação sobre o género, idade, estado civil, habilitações literárias e profissão anterior à reforma, identificação da rede social primária (número de indivíduos, género, situação laboral, descendentes e distância a que vivem do familiar idosos) e coabitação, caracterização económica (origem, rendimento mensal auferido, valor mensal desembolsado no Centro de Dia), caracterização da situação anterior à admissão na resposta social (responsável pela admissão, histórico de respostas sociais utilizadas), caracterização habitacional do utilizador (enquadramento e características da habitação).

Numa segunda parte pretende-se avaliar, pormenorizadamente, os diversos domínios da vida do utilizador e a satisfação com os diferentes serviços. Esta inclui os seguintes instrumentos: i) Escala de Gijón de Avaliação Sociofamiliar no Idoso (García-González, 1999-versão Portuguesa: Mourão, 2008); ii) Escala de Ocupação do Tempo (Duarte & Martin, 2008); iii) Escala de Satisfação com a Vida (Neugarten & Havighurst, 1961 / Versão Portuguesa: Martín, 2002); iv) Protocolo de Avaliação de Centro de Dia para Adultos (PACD-II, adaptado por Teixeira, Martin e Almeida, 2012 I Versão Original: Teixeira & Martin, 2008); v) Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 /

Versão Portuguesa: Guerreiro *et al.*, 1993); vi) Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986 / Versão Portuguesa: Cardoso & Martín, 2007); vii) Instrumento de Avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária (desenvolvido por Martín & Teixeira, 2012); viii) Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969); ix) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965); x) Cuidados prestados por o Cuidador Informal/Pessoa de Referência.

i) Escala de Gijón de Avaliação Sociofamiliar no Idoso (García-González *et al.*, 1999- versão Portuguesa: Mourão, 2008)

Instrumento construído para avaliar relações sociais, rede de suporte social, situação habitacional e económica de indivíduos maiores de 65 anos. A escala inclui as seguintes áreas: familiar, económica, habitacional, relações sociais e suporte social. A pontuação das respostas varia de 1 a 5 pontos, representando o item 1 ausência de problemática ao item 5 que representa problema social instalado. No que respeita ao somatório dos itens são considerados pelos autores originais os intervalos de 5 a 9 pontos situação “social boa ou aceitável”, de 10 a 14 pontos situação social de “risco”, por fim, para valores superiores a 15 pontos “problema social” (García-González *et al.*, 1999), no entanto, não foram estes utilizados na investigação.

Esta versão adotou como ponto de corte a pontuação 13 pontos, também por nós adotada. O que significa que a soma da pontuação inferior a 13 pontos indica risco social “normal ou baixo” e os valores iguais ou superiores a 13 pontos indicam existência de risco social “intermédio ou elevado” (Mourão, 2008).

A opção pela escolha deste instrumento deve-se à sua facilidade de administração assim como à sua utilidade na medição de questões sociais da população em análise.

ii) Escala de Ocupação do Tempo (Duarte & Martin, 2008)

Escala constituída por 9 questões que avaliam o modo como o indivíduo ocupa o seu tempo. São elencadas no documento as seguintes atividades: trabalho remunerado, atividades agrícolas ou criação de animais, trabalho doméstico, atividades sociais, culturais e de lazer, atividades desportivas, atividades educativas e formativas, voluntariado e apoio informal. Para além da identificação da (s) atividade (s) realizada (s) é avaliada a

periodicidade com que são realizadas numa gradação crescente da categoria “Raramente” até “Todos os dias”.

Sendo a resposta CDI de funcionamento diário parcial torna-se importante avaliar as atividades desenvolvidas, pelos utilizadores, nos períodos em que se encontram no contexto domiciliar.

iii) Escala de Satisfação com a Vida (Neugarten & Havighurst, 1961 / Versão Portuguesa: Martín, 2002)

A escala de satisfação com a vida pertence a um grupo de instrumentos cujo objetivo é medir, na população adulta, a satisfação com a vida numa vertente subjetiva.

A versão utilizada no estudo LSI- A adaptada por Martin (2002) à população portuguesa, é composta por 18 itens e foi esta a versão utilizada no nosso estudo. A pontuação a cada um dos itens é atribuída do seguinte modo: 2 pontos a respostas positivas de satisfação com a vida, 0 pontos a respostas negativas e 1 ponto a respostas neutras.

iv) Protocolo de Avaliação de Centro de Dia para Adultos (PACD-II, adaptado por Teixeira, Martin & Almeida, 2012 ; Versão Original: Teixeira & Martin, 2008)

O protocolo de avaliação de CDI foi desenvolvido para analisar, de modo fiável, a estrutura, processos, populações e resultados, cujo objectivo central seria a avaliação do estado funcional do programa dirigido a idosos, a fim de promover o aperfeiçoamento dos programas (Conrad & Buelow, 1990 citado por Conrad *et al.*,1993).

A versão atual do protocolo de avaliação, resultante de sucessivas adaptações (Teixeira, Martin & Almeida, 2012), é constituída por quatro escalas de avaliação dirigidas aos diferentes intervenientes da dinâmica institucional: o administrador, os colaboradores, os cuidadores informais e os utentes. Para os propósitos deste estudo decidimos utilizar apenas as questões dirigidas aos utentes que são preenchidas num formato de entrevista aos utilizadores do CDI. O motivo da escolha prende-se com o facto de este permitir medir e avaliar, de modo abrangente, a satisfação dos utentes com os programas, serviços existentes e prestados, relação entre os intervenientes (utentes/funcionários) e organização ambiental.

As escalas de avaliação dos utentes constantes neste protocolo e por nós utilizadas são: escala de ambiente social, escala de satisfação global, escala de características estruturais (ambiente e estrutura), escala de serviços e atividades.

Escala de ambiente social é constituída por quatro subescalas: i) subescala de comunicação composta por quatro itens constituídos por quatro questões tipo “Likert” destinada a caracterizar o modo como a comunicação se processa entre os utentes em contexto institucional; ii) sub-escala de cuidados prestados pelos colaboradores constituída por quatro questões tipo “Likert”, que pretende avaliar do ponto de vista dos utentes, a performance dos colaboradores a nível da prestação de cuidados, atenção e informação; iii) subescala interação utente/funcionários constituída por quatro questões tipo “Likert” e pretende avaliar o relacionamento estabelecido entre os colaboradores da instituição e os utilizadores, ao nível da atenção prestada e da preparação/execução de atividades; iv) sub-escala de ambiente moral geral constituída por quatro questões tipo “Likert” pretende avaliar o modo como os utentes percecionam o ambiente geral da instituição ao nível da interação entre utentes.

Escala de satisfação global é composta por oito itens do tipo “Likert”, e pretende avaliar o nível de satisfação dos seus utilizadores relativamente ao serviço geral prestado pelo centro.

A escala de características estruturais é constituída por itens discretos presentes no questionário “Áreas com janelas” que avalia se o número de janelas é, do ponto de vista do utilizador, adequado ou não; “Luz” se o utente considera a luminosidade do espaço adequada; “Local agradável” avalia o que os utilizadores consideram ao nível da agradabilidade; “Cheiros” avalia o que é que os utentes consideram relativamente aos odores da instituição; “Limpeza das paredes ou chão” avalia o modo como os utentes avaliam a limpeza que é feita na instituição.

A escala de serviços e atividades divide-se em cinco subescalas (serviços de saúde, serviços de reabilitação, serviços de animação sociocultural, serviços de aconselhamento e outros serviços básicos) estas visam medir a existência, utilização e nível de satisfação da atividade e serviço do ponto de vista do utente utilizador do programa. A subescala dos serviços de saúde é constituída pelos itens “Exames à visão”, “Exames auditivos”, “Exames médicos”, “Dentista”, “Controlo de sinais vitais”, “Aconselhamento nutricional” e “Apoio na toma da medicação” os quais o utente irá identificar nas diversas vertentes de

saúde existentes e utilizadas no CDI. A subescala de serviços de reabilitação visa analisar a existência, frequência e o nível de satisfação em atividades e serviços como “Fisioterapia”, “Terapia da Fala” e “Terapia Ocupacional. A subescala de serviços de animação sociocultural inclui itens como “Artes e Ofícios”, “Programas Educacionais”, “Entretenimento”, “Serviços Religiosos” e “Atividades com Crianças” entre outros, que visam avaliar a oferta de serviços de animação disponibilizados pelo programa aos seus utilizadores. A subescala de serviços de aconselhamento é constituída por dois itens: “Terapia de Grupo” e “Aconselhamento Individual”. Por fim, a subescala de serviços básicos inclui os itens “Apoio à refeição”, “Cuidados de higiene”, “Cuidados de imagem”, “Transporte”, “Tratamento de roupa”, “Apoio na aquisição de bens e serviços”, “Formação específica à família”, entre outros direcionados aos utilizadores e aos cuidadores. Nas subescalas referenciadas, para todos os itens as questões são as seguintes: “Este serviço ou atividade existe no Centro?” sendo as opções de resposta “Sim”, “Não” e “Não sei”; “Já usou este serviço/atividade?” tendo como opção de resposta “Sim”, “Não, não preciso”, “Não, não gosto” e “Não, outra Razão”; Se sim, qual o nível de satisfação?” ao qual o utente poderá responder “Muito insatisfeito”, “Insatisfeito”, “Satisfeito”, “Muito satisfeito”, respostas cotadas a de 1 a 4 pontos.

Para além das escalas o protocolo inclui questões iniciais relacionadas com tempo de frequência, utilização e motivação para ingresso em CDI e questões finais relacionadas com perceção do estado de saúde, meio e tempo despendido na deslocação para o CDI e uma pergunta aberta que avalia: “O que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de Dia mais agradável?”

v) Mini-Mental State (Folstein, Folstein & McHugh, 1975 / Versão Portuguesa: Guerreiro *et al.*, 1993)

A escala desenvolvida por Folstein *et al.* (1975) avalia o funcionamento cognitivo nas áreas de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Permite realizar o “screening” do défice cognitivo do sujeito em análise (Barata & Afonso, 2012). Adaptado para a população portuguesa por Guerreiro *et al.* (1994), o instrumento é constituído por 30 questões às quais se confere um ponto por cada resposta correta, com um total máximo de 30 pontos. Foram designados pontos de corte distintos consoante o nível de escolarização dos indivíduos. Deste modo, considera-se que existe deterioração

cognitiva quando a soma da pontuação é igual ou inferior a 15 pontos em pessoas analfabetas, 22 pontos em indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade e 27 pontos em inquiridos cuja escolaridade é superior a 11 anos. O instrumento de administração breve e simples e de acordo com os autores (Freitas *et al.*, 2013) poderá considerar-se que é o mais adequado para a avaliação cognitiva breve em indivíduos com idades avançadas e baixa escolaridade.

vi) Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986 / Versão Portuguesa: Cardoso & Martín, 2007)

Instrumento usado para o rastreio de depressão em pessoas idosas. Criado por Sheikh & Yesavage, (1986), numa versão de 30 itens, a partir da qual se desenvolveram versões de 15,10 e 5 itens. A escala adotada para o estudo foi a versão composta por 15 itens, com resposta dicotómica (Sim ou Não), sendo que as respostas indicativas da existência de depressão correspondem a um 1. A classificação dos intervalos de pontuação apresenta-se do seguinte modo: 0 a 4 pontos ausência de depressão, 5 a 8 pontos depressão ligeira, 9 a 11 pontos depressão moderada e 12 a 15 pontos depressão severa (Cardoso & Martin, 2007).

vii) Instrumento de Avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária (desenvolvido por Martín & Teixeira 2012)

Este instrumento pretende avaliar o desempenho de atividades não elementares nas áreas da mobilidade, comunicação, gestão financeira, organização doméstica, cuidados pessoais, interação e relacionamento social, formação, atividades remuneradas, participação cívica e comunitária. A primeira questão avalia a capacidade do inquirido para a realização da tarefa através da resposta “Sim“ ou “Não”. A segunda questão determina qual a periodicidade para a realização da tarefa numa gradação crescente de “Nunca” a “Diariamente”.

Desenvolvido por Martin e Teixeira (2012) pretende analisar quais das atividades avançadas são realizadas pela população alvo sujeita à semi-institucionalização na resposta de CDI. Os efeitos longitudinais do desempenho das Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) são inconclusivos apesar de inúmeros trabalhos académicos destacarem a

importância dos aspetos sociais, produtivos, de ocupação e lazer no processo de envelhecimento (Dias *et al.*, 2010).

viii) Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969)

Escala permite avaliar o desempenho do indivíduo idoso em oito atividades diferenciadas como usar o telefone, fazer compras, preparar a alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gestão financeira. Esta permite aferir a capacidade do indivíduo viver de forma independente. Tem sido utilizada em diversos estudos e considerada como um instrumento de confiança (Cromwell *et al.*, 2003).

Numa ótica descritiva de caracterização dos sujeitos da nossa amostra, optámos por cotar esta escala de acordo com a cotação dicotómica proposta pelos autores da mesma (para cada atividade os itens que representam independência ou capacidade recebem a pontuação de 1 e os que representam dependência ou incapacidade recebem a pontuação de 0), cujo somatório vai de 0 a 8. Tal permitiu classificar os utilizadores com pontuação total de 8 como independentes e com pontuação inferior a 8 como dependentes em pelo menos uma atividade instrumental da vida diária.

ix) Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

O instrumento avalia o nível de independência da pessoa na realização das atividades básicas da vida diária. Nesta categoria incluem-se atividades como alimentação, banho, vestir, higiene pessoal, controlo urinário e fecal, uso da sanita, transferências, mobilidade e subir e descer escadas. Originalmente a sua pontuação varia de 0 a 100 em que a pontuação mínima (0) corresponde à máxima dependência e a pontuação máxima (100) corresponde à independência total na realização das atividades (Mahoney & Barthel, 1965). No estudo foi utilizada a versão original do instrumento e os pontos de corte propostos por Sequeira (2007).

Surge como um instrumento fiável, válido, de fácil aplicação e permite identificar e localizar as incapacidades de modo individualizado. Deste modo possibilita que a avaliação de cada item específico, o que se revela importante para a planificação de cuidados (Araújo *et al.*, 2007).

x) Cuidados prestados por o Cuidador Informal/Pessoa de Referência.

O conjunto de itens compilados neste ponto permitem analisar e identificar qual a relação, ao nível dos cuidados prestados, entre o idoso e o cuidador informal. Pretende-se avaliar num primeiro momento se o idoso necessita ou não de cuidado informal e se o possui ou não possui. Caso o idoso indique que necessita de cuidado informal a avaliação conduz-nos para o tipo de cuidados prestados e a intensidade/duração da prestação. No acaso do idoso afirmar que possui pessoa de referência ou cuidador informal identificar a relação e a distância a que o idoso vive do elemento identificado.

Secção C

Esta secção pretende avaliar o comportamento do utente através da perspetiva de um funcionário da instituição. Para o efeito foi adaptada a grelha de avaliação comportamental da escala Revised Memory and Behaviour Checklist (Teri *et al.*, 1992) constituída por sete itens. Os referidos itens pretendem avaliar a incidência de comportamentos disruptivos mais especificamente identificar a ocorrência do comportamento e a medição do incómodo desencadeado no colaborador inquirido. Deste modo em primeiro lugar é aferida a presença ou ausência de comportamentos (com periodicidade recente) nos quais se incluem: a destruição de objetos, comportamentos embaraçosos e perigosos, linguagem agressiva, exaltada e em volume elevado e realização de ameaças. Em seguida é avaliado o grau de incómodo, no cuidador, da ação desencadeada através de uma gradação crescente da categoria “Nada“ até “Extremamente”.

2.4. Procedimentos na administração e análise dos instrumentos

O procedimento consistiu em entregar o protocolo de investigação relativo à “organização institucional” (Secção A) ao diretor técnico da instituição para que o mesmo fosse autoadministrado. No que concerne à secção do protocolo dirigido ao “utilizador” (Secção B) procedeu-se a uma abordagem inicial sobre a investigação realizada individualmente pelo responsável técnico da instituição (ou outro por si designado) e após essa fase inicial o utente inicia o contacto com o investigador. O investigador inicia a recolha de dados, aos utilizadores disponíveis, em espaço adequado para o efeito, reforçando novamente os

objetivos da investigação e lendo o termo de consentimento livre e esclarecido de modo a ser assinado antes do início do preenchimento do questionário.

Na Secção C dirigida ao “funcionário” o técnico responsável (ou outro por si designado) indica qual o funcionário que naquele momento estava responsável pela prestação de cuidados a cada um dos utilizadores e este responderá à questão desta secção que será realizada diretamente pelo investigador. Esta última secção, apesar de ser respondida pelos funcionários, diz respeito aos comportamentos dos utilizadores. Cada utilizador foi avaliado por um funcionário mas cada funcionário avaliou mais do que um utilizador.

Os registos recolhidos em papel foram introduzidos numa base de dados construída no software estatístico “IBM SPSS Statistics”, versão 20. Este software foi utilizado no tratamento de dados que visa responder ao primeiro objetivo do trabalho. No que concerne ao segundo objetivo da investigação foi utilizado o módulo SPSS AMOS do mesmo software.

Capítulo IV – Apresentação e descrição dos resultados

O presente capítulo foca-se na apresentação e descrição dos resultados obtidos em consonância com os objetivos propostos.

Num primeiro momento procede-se a uma contextualização de dados através da caracterização dos CDI utilizados pelos utentes de modo a permitir uma melhor compreensão dos resultados obtidos (Secção A do protocolo de recolha de dados).

Posteriormente são apresentados resultados que incidem sobre características sociodemográficas, económicas, habitacionais, cognitivas, ocupacionais, funcionais, comportamentais, institucionais dos utilizadores e cuidados recebidos (Secções B e C do protocolo de recolha de dados).

Uma segunda parte do capítulo apresenta resultados no que concerne à satisfação global do utente com a utilização do CDI. Começamos por analisar a robustez das variáveis a introduzir nos modelos de satisfação, estudamos a sua estrutura e medimos o efeito das variáveis agregadoras na satisfação global.

1. Organização institucional dos Centros de Dia

As 12 instituições avaliadas constituem-se organizações privadas sem fins lucrativos. A Segurança Social apresenta-se como o financiador de todos os Centros de Dia, mas apenas sete referem os valores recebidos. Cinco instituições indicam receber 103.89€ e duas 102.97€ por cliente da Segurança Social. A diferença nos valores de financiamento é explicada pelas datas de recolha dos dados em cada um dos Centros de Dia, sendo os valores de 102.97€ anteriores ao Protocolo de Cooperação 2011-2012 (2012). Em 50% das instituições a família é também uma fonte de financiamento, mas apenas conseguimos saber que numa o valor é de 150€ e noutra o valor é de 160€ por cliente. A autarquia financia apenas uma instituição, que não refere o valor atribuído. Há ainda 25% das instituições com outras fontes de financiamento, uma delas provindo do próprio cliente (158€) e outra de fonte não especificada (140€). A *Tabela 2* apresenta a prevalência das

diferentes combinações de entidades financiadoras e o valor médio por utente que cada uma delas origina para os Centros de Dia¹

Tabela 2
Distribuição dos Centros de Dia por combinação de fonte de financiamento e média do valor recebido por utilizador

Proveniência do financiamento	n	%	Valor por utente	
			M ^a	DP
Segurança Social	4	33,3	103.89	0
Segurança social + família	4	33,3	258.43	7.72
Segurança social + outra	2	16,7	252.43	12.08
Segurança social + família + outra	1	8,3	-	-
Segurança social + autarquia + família	1	8,3	-	-

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

^a Média calculada apenas entre as instituições que referiram os valores de todas as entidades que as financiam.

Apenas dez Centros de Dia classificaram a área em que se encontram implantados em termos populacionais. Destes, metade referiu integrar-se em zonas pouco povoadas, quatro em zonas mediantemente povoadas e um numa zona densamente povoada.

Quanto às respostas sociais existentes, verifica-se alguma heterogeneidade entre as instituições que consultámos. Para além do Centro de Dia, quatro instituições (33,3%) têm mais três valências, três instituições (25%) apresentam mais um tipo de resposta e as restantes cinco instituições dividem-se entre dois, quatro, cinco, seis e nove outras respostas sociais. A representação de cada tipo de resposta existente e o número mínimo, máximo e médio de utilizadores de cada uma delas encontra-se na *Tabela 3*. Naturalmente, todas as instituições são Centros de Dia, mas para além disso, 91,7% das instituições têm também serviço de apoio domiciliário, 66,7% creche, 41,7% centro de atividades de tempos livres e 33,3% estabelecimento de educação pré-escolar, entre outras valências menos representadas.

¹ Em toda a estatística descritiva apresentamos percentagens válidas, ou seja, calculadas com base no número de respostas obtidas para cada questão.

Tabela 3
Respostas sociais e número de utilizadores

Resposta Social	N	%	Nº utilizadores			
			Mínimo	Máximo	M	DP
Creche	8	66,7	13	49	33.57	12.96
Estabelecimento de educação pré-escolar	4	33,3	15	44	34.33	16.74
Centro de atividades de tempos livres	5	41,7	10	53	35.75	18.23
Serviço de apoio domiciliário	11	91,7	12	45	26.40	9.52
Centro de convívio	2	16,7	10	43	26.50	23.34
Centro de dia	12	100	8	44	23.75	11.74
Residência	1	8,3	15	15	15	-
Lar de idosos	5	41,7	34	82	55.00	18.14
Atendimento/acompanhamento social	1	8,3	-	-	-	-
Centro comunitário	1	8,3	428	428	428.00	-
Ajuda alimentar	1	8,3	-	-	-	-
Centro de acolhimento temporário	1	8,3	30	30	30.00	-
Centro de atividades ocupacionais	1	8,3	18	18	18.00	-

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa; nem todos os Centros de Dia que indicaram a existência de determinada resposta social referiram o seu número de utilizadores.

Averiguando mais detalhadamente o tipo de serviços prestados pelos Centros de Dia e a regularidade com que o fazem (*Tabela 4*), verificamos que o dia-a-dia destas instituições é dominado pelos cuidados de higiene e cuidados de imagem, pela elaboração de refeições e apoio na refeição, pela assistência medicamentosa, tratamento de roupa, pela dinamização de atividades socioculturais e ainda pela disponibilização de transporte, serviços fornecidos por todas as instituições avaliadas, numa base diária para a maioria delas. Todas as instituições referem também apoiar na aquisição de bens e/ou serviços, acompanhar os utentes ao exterior e realizar atividades desportivas, mas com uma periodicidade menos frequente. Realizados sobretudo numa base diária, mas referidos por menos instituições, encontramos serviços como o apoio social e as atividades quotidianas (como por exemplo

a realização de compras) e os cuidados de reabilitação. Outros serviços como o apoio psicológico ao cliente, o apoio psicológico e a formação específica à família e a higiene habitacional são disponibilizados por menos de metade das instituições e com uma intensidade menor. Para prestação de serviços alguns Centros de Dia contam com o apoio de outras instituições, sendo estas sobretudo a autarquia ou outras instituições particulares de solidariedade social, mas também privados como cabeleireira (cuidados de imagem) ou empresa de *catering* (refeições).

Do conjunto de 18 serviços tipificados na grelha apresentada, os Centros de Dia referiram disponibilizar um mínimo de 12 e um máximo de 17 serviços ($M=14.4$; $DP=1.57$).

Tabela 4

Serviços prestados pelo Centro de Dia, sua intensidade e necessidade de parceria

Tipologia de serviço	Nº de instituições que presta o serviço	%	Intensidade da prestação (<i>Moda</i>)	Nº de instituições que presta o serviço em parceria
Cuidados de higiene	12	100	diária	0
Cuidados de imagem	12	100	diária	2
Refeições	12	100	diária	1
Apoio na refeição	12	100	diária	0
Cuidado de reabilitação	4	33,3	diária	0
Assistência medicamentosa	12	100	diária	1
Apoio social	11	91,7	diária	1
Apoio psicológico ao cliente	5	41,7	1 vez/semana	0
Apoio psicológico à família	4	33,3	1 vez/semana outra (quando necessário)	0
Formação específica à família	4	33,3	outra (quando necessário)	0
Tratamento de roupa	12	100	diária	0
Higiene habitacional	3	25,0	1 vez/semana	0
Apoio na aquisição de bens/serviços	12	100	outra (quando necessário)	1
Acompanhamento ao exterior	12	100	outra (quando necessário)	0
Atividades socioculturais	12	100	diária	3

Atividades quotidianas	11	91,7	diária	0
Atividades desportivas	12	100	1 vez/semana	6
Transporte	12	100	diária	0

Nota. Em caso de não resposta num dos serviços, assumimos que o mesmo não era prestado.

2. Caracterização dos utentes dos Centros de Dia

2.1. Caracterização sociodemográfica

Dos 186 utilizadores analisados, 57 (30,6%) são do sexo masculino e 129 (69,4%) do sexo feminino. As suas idades² oscilam entre os 50 e os 96 anos, com uma média de 77.76 e um desvio-padrão de 9.47. A última linha da *Tabela 5* apresenta a sua distribuição etária em classes, uma vez que esta variável serve também de estrato para a apresentação de outra informação sociodemográfica (sexo, estado civil e escolaridade). Mais de metade da amostra (51,1%) tem entre 80 e 89 anos.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos utentes é viúva (58,4%), 28,7% são casados ou unidos de facto, 8,1% solteiros e 4,9% divorciados ou separados. Os respondentes solteiros concentram-se maioritariamente entre os 60 e os 79 anos. Dos 108 utentes viúvos, apenas 85 indicaram os anos de viuvez, que apesentam um mínimo de quatro e um máximo de 45 anos, encontrando-se metade da amostra até aos oito anos de viuvez e outra metade a partir desse valor. Quantos aos sujeitos divorciados ou separados, apenas cinco dos nove indicaram os anos de separação, que vão dos 10 aos 40, estando em 19 o número de anos que divide a amostra ao meio.

² Na questão relativa à data de nascimento, a inquiridora tinha instruções para registar apenas a idade, caso o respondente tivesse manifestas dificuldades em referir a data de nascimento. Calculando a percentagem para a totalidade da amostra, a data de nascimento em exclusivo foi indicada por 19,9% dos respondentes, unicamente a idade foi referida por 20,4% das pessoas e 6,5% não conseguiram ou quiseram responder a esta pergunta. No entanto, situações houve em que ambas as informações foram disponibilizadas e o seu registo efetuado (53,2%). A análise desta informação é merecedora de nota, uma vez que para alguns sujeitos foram encontradas incongruências entre a data de nascimento e a idade que diziam ter. Dos 99 sujeitos que indicaram as duas informações, em 28 (28,3%) registou-se uma diferença de um ano de idade, numa pessoa (1%) uma diferença de 3 anos e noutra pessoa uma diferença de 12 anos. Se as diferenças de um ano poderão ser explicadas pela relação entre o mês de aniversário e o mês da entrevista (a regra foi os sujeitos indicarem a idade que teriam em 2012, provavelmente porque a esse ano subtraíram o ano de nascimento, mesmo se à data da entrevista ainda não a tivessem completado), mais estranhas são as diferenças de 3 e 12, que poderão indiretamente revelar alguma fragilidade cognitiva destas pessoas. Nestes casos, seleccionámos a data de nascimento como informador privilegiado da idade dos indivíduos.

Tabela 5

Distribuição das variáveis sexo, estado civil e escolaridade por faixa etária dos inquiridos

Variáveis sociodemográficas	Faixa etária ^a										Total ^b	
	50-59		60-69		70-79		80-89		90-99		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo (n= 185)												
Masculino	5	9,4	9	17,0	9	17,0	28	52,8	2	3,8	57	30,6
Feminino	4	3,3	19	15,8	30	25,0	60	50,0	7	5,8	129	69,4
Estado civil (n= 185)												
Solteiro	3	23,1	5	38,5	4	30,8	1	7,7	-	-	15	8,1
Casado	2	4,3	9	19,6	9	19,6	26	56,5	-	-	49	26,5
União de facto	-	-	-	-	2	50,0	2	50,0	-	-	4	2,2
Viúvo	2	2,0	12	11,8	22	21,6	57	55,9	9	8,8	108	58,4
Divorciado/Separado	2	25,0	2	25,0	2	25,0	2	25,0	-	-	9	4,9
Escolaridade (n= 184)												
Nunca frequentou	-	-	4	10,0	15	37,5	18	45,0	3	7,5	44	23,9
1º Ciclo incompleto/Ensino primário incompleto	4	5,1	11	13,9	14	17,7	45	57,0	5	6,3	83	45,1
1º Ciclo/Ensino primário	4	8,2	12	24,5	10	20,4	23	46,9	-	-	50	27,2
2º Ciclo/Ensino preparatório	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	3	1,6
3º Ciclo/Ensino secundário	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Ensino universitário	1	33,3	-	-	-	-	2	66,7	-	-	3	1,6
Total	9	5,2	28	16,1	39	22,4	89	51,1	9	5,2	184	100

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

^a Percentagem válida relativa à frequência em cada categoria em linha. ^b Percentagem válida relativa à totalidade da amostra. O n pode não corresponder ao somatório das colunas à esquerda devido aos *missings* na idade.

A escolaridade dominante na nossa amostra é o 1º Ciclo ou ensino primário, muito embora 45,1% dos elementos o tenha incompleto. Este grau de ensino foi completado por 27,2% dos respondentes. Cerca de um quarto dos sujeitos (23,9%) não possui habilitações académicas, estando escolaridades acima do 1º Ciclo fracamente representadas – 2º Ciclo ou ensino preparatório e ensino secundário ambos com 1,6% e 3º Ciclo ou ensino secundário com 0,5%, que representa apenas um respondente entre os 60 e os 69 anos de idade.

Profissionalmente, os utentes dos Centros de Dia desempenharam, na sua vida ativa, sobretudo funções de agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (40,6%), funções de trabalhadores não qualificados (32,2%) e foram trabalhadores

qualificados da indústria, construção e artífices (16,1%). Apenas alguns trabalharam como operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (4,4%), trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (2,8%), e desempenharam serviços de especialistas das atividades intelectuais e científicas e de técnicos e profissões de nível intermédio (1,1% para ambos os casos).

Quanto à caracterização da sua família nuclear, a maioria (68,5%) refere ser composta apenas pelos filhos, 21,5% pelo cônjuge e os filhos e 4,4% apenas pelo cônjuge. Das 181 pessoas que responderam a esta pergunta, há ainda 5,5% que não indicaram possuir cônjuge ou filhos. Uma vez que a questão por nós formulada implicava a sinalização dos elementos pertencentes à família nuclear, é aqui importante contabilizar também as não respostas (8,1%), que indicam provavelmente a inexistência de cônjuge e filhos, muito embora estes sujeitos não estejam contemplados nesta análise. Para aqueles que referem ter filhos, o seu número oscila entre um e 16, mas a grande maioria (75,9%) tem entre um e quatro filhos.

A família nuclear nem sempre é aquela com quem se coabita. Dos 25,9% que referem ter cônjuge, 22,2% vive com ele/ela e, de forma natural, apesar de 90% da nossa amostra referir ter filhos, apenas 47,1% vive com eles³. A seguir à coabitação com os filhos (independentemente de a este agregado pertencerem também outros elementos), a segunda maior fatia da nossa amostra indica viver sozinha (27%).

As diferentes configurações de coabitação podem ser analisadas na *Tabela 6*. Quando não se vive sozinho, viver só com filhos ou só com o cônjuge é o mais comum entre os nossos respondentes, seguindo-se, entre os agregados mais alargados, a coabitação com filhos, genro e/ou nora e netos (12,4%). A coabitação com outros (pessoas não referidas nas opções sugeridas) acontece que esse (s) outro (s) seja (m) a (s) única (s) pessoa (s) para além do utilizador, quer esteja (m) integrado (s) num conjunto de coabitação que envolve pelo menos mais uma das pessoas sugeridas no questionário. Referem-se sobretudo a mãe e/ou pai (3 casos), cunhado (s) (3 casos), sobrinhos (2 casos), companheiro/a (2 casos) mas há também casos isolados de uma afilhada, uma enteada, uma parceira, uma empregada durante os dias de semana, uma família de acolhimento, os filhos da ex-patroa, ou mesmo duas pessoas que o respondente não consegue identificar.

³ As comparações entre a caracterização da família nuclear e os elementos que coabitam com o utilizador são apenas aproximadas uma vez que à primeira questão responderam 181 pessoas e à segunda responderam 185 pessoas. Apresentamos as percentagens válidas, calculadas com base no número de respostas a cada questão.

Tabela 6
Distribuição dos utilizadores pelas diferentes configurações de habitação e coabitação

Configuração	<i>n</i>	%
Sozinho	50	27,0
Cônjuge	26	14,1
Filhos	40	21,6
Netos	1	0,5
Irmãos	3	1,6
Parentes próximos	1	0,5
Outros	9	4,9
Cônjuge + filhos	7	3,8
Cônjuge + outros	2	1,1
Filhos + genro e/ou nora	8	4,3
Filhos + netos	1	0,5
Filhos + irmãos	1	0,5
Filhos + outros	3	1,6
Netos + irmãos	1	0,5
Irmãos + outros	2	1,1
Cônjuge + filhos + genro e/ou nora	2	1,1
Cônjuge + genro e/ou nora + netos	1	0,5
Filhos + genro e/ou nora + netos	23	12,4
Cônjuge + filhos + genro e/ou nora + netos	3	1,6
Filhos + genro e/ou nora + netos + outros	1	0,5

2.2. Rendimentos auferidos pelos utentes

A origem dos rendimentos da maioria dos utilizadores dos Centros de Dia avaliados (n=178) é a pensão de reforma (83,1%), seguida da pensão de sobrevivência (35,4%). Bastante menos representados estão os rendimentos próprios (3,9%), um seguro (2,8%), outros rendimentos (2,8%) ou o trabalho (0,6%). Estas fontes de rendimento encontram-se por vezes combinadas, sobretudo as pensões de reforma e sobrevivência, em 22,5% dos casos, ou o exemplo dos seguros que nunca aparece como rendimento exclusivo.

Das pessoas que responderam, 2,2% não referiram possuir nenhum dos rendimentos sugeridos, indicando provavelmente a ausência de qualquer rendimento.

Os rendimentos dos utilizadores dos Centros de Dia encontram-se maioritariamente até aos 475€, valor aproximado recebido por 30,6% da amostra. Valores inferiores recebem 27,4% dos respondentes, com aproximadamente 2/3 da pensão de sobrevivência, 12,9% com o valor da pensão de sobrevivência, 254€, e ainda outros 12,9% com rendimentos inferiores a esse valor. A distribuição dos utilizadores por escalões de rendimento pode ser consultada nas primeiras colunas da *Tabela 7*.

A *Tabela 7* mostra-nos também uma análise dos valores despendidos na comparticipação dos gastos do Centro de Dia, por escalão de rendimento. À exceção de uma inversão nos dois primeiros escalões, em que se verifica que em média os utilizadores que recebem o valor da pensão de sobrevivência pagam mais do que aqueles que têm um rendimento superior a esse valor, a regra é que os valores de comparticipação da resposta aumentam à medida que os rendimentos mensais são superiores. No entanto, dez dos sujeitos que nos indicaram este valor não referiram o seu escalão de rendimento, não podendo desta forma ser integrados nesta análise. Destes, um utilizador indicou pagar zero euros, não entrando também para a estatística referida de seguida. Assim, com base na resposta de 98 utilizadores, o valor médio em euros despendido na comparticipação da resposta utilizada é de 148,72, com um desvio padrão de 65.80, sendo o valor mínimo 12 e o máximo 385.

Tabela 7

Distribuição dos utilizadores e valores despendidos na comparticipação da resposta utilizada por escalão de rendimento mensal

Escalão	n	%	Valor despendido na comparticipação da resposta (n= 89)			
			Mínimo	Máximo	M	DP
Inferior ao valor de pensão sobrevivência	16	12,9	40	160	119.45	41.78
Valor da pensão de sobrevivência	16	12,9	12	160	78.00	51.74
Aproximação ao valor de 2/3 da pensão de sobrevivência	34	27,4	12	255	145.85	49.63
Aproximação ao valor relativo a um salário mínimo nacional	38	30,6	12	251	160.67	51.90
Aproximação ao valor relativo a um salário e meio mínimo nacional	15	12,1	12	385	182.00	111.95
Aproximação ao valor relativo a dois salários mínimos nacionais	1	0,8	189	189	189.00	-

Aproximação ao valor relativo a dois salários mínimos nacionais	2	1,6	160	280	220.00	84.85
Superior a três salários mínimos nacionais e inferior a quatro	2	1,6	250	250	250.00	-

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa; o escalão de rendimentos “aproximação ou superior ao valor relativo a quatro salários mínimos nacionais” não foi integrado na tabela por não existirem respondentes nesta situação.

2.3. Processo de admissão no Centro de Dia (passado e presente institucional)

Da avaliação socioeconómica faz também parte o conhecimento da forma como os indivíduos chegaram ao Centro de Dia e qual a sua anterior situação quanto à utilização de respostas sociais. Caracterizando o percurso dos utilizadores até à chegada ao Centro de Dia, verificamos que a maior parte deu entrada na instituição através da comunidade (47,5%), seguidos de pedidos ou sinalizações vindos de outros (29,3%), da Segurança Social (8,8%), de uma instituição de apoio social (8,3%), vindos de um internamento hospitalar (5,5%) ou ainda, no caso de um utente (0,6%), de uma clínica de reabilitação. Quando as admissões ou readmissões partiram da sinalização de outros elementos não considerados nas opções sugeridas, verificamos que se tratou grande maioria de familiares (84,6%), sobretudo filhos/as, mas há também casos em que a decisão foi por vontade própria (13,5%) ou, em apenas um caso (1,9%), por sugestão de amigos.

Dos 31 respondentes que referem ter utilizado respostas anteriores ao Centro de Dia atual, 58,1% tinham já frequentado outro Centro de Dia e 38,7% o SAD. Respostas inscritas na rede de cuidados continuados, residência ou Lar de Idosos foram opções de cuidados anteriores ao Centro de Dia escolhidas apenas por um ou dois indivíduos.

A *Tabela 8* mostra o número de meses que os utilizadores permaneceram em cada um desses serviços. Devido à grande dispersão dos valores, optámos por referir o mínimo, máximo e a mediana, verificando que o serviço de apoio domiciliário é aquele que mais tempos os utentes utilizaram antes de serem admitidos no Centro de Dia.

Tabela 8

Distribuição dos utilizadores pela resposta anteriormente utilizada e tempo de permanência na mesma

Tipo de resposta anterior	N	%	Tempo de permanência (meses)		
			Mínimo	Máximo	Mdn
Serviço de apoio domiciliário	12	38,7	1	120	12
Centro de Dia	18	58,1	1	84	9.5
Residência	1	3,2	-	-	-
Lar de idosos	1	3,2	3	3	-
Rede de cuidados continuados	2	6,5	0.03	0.50	0.27

Nota 1. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa; nem todos os que indicaram utilização do serviço referiram o tempo de permanência.

Nota 2. O somatório excede os 100% pois há três sujeitos com resposta múltipla, tratam-se de três sujeitos que utilizaram anteriormente quer o Serviço de Apoio Domiciliário quer um outro Centro de Dia.

2.4. Situação habitacional

Atentando na situação habitacional do utilizador, verificamos que a maioria (78,7%) vive numa habitação localizada na população, vivendo os restantes 21,3% numa habitação isolada. Quanto ao tipo de habitação, 89,7% residem numa casa unifamiliar, 8,7% num apartamento ou andar e 1,6% numa parte de habitação, por exemplo uns anexos.

. Escala de Gijon de Avaliação Sociofamiliar no Idoso

A distribuição dos utilizadores de acordo com as categorias definidas por Gijon (González *et al.*, 1999; Mourão, 2008) nos vários domínios sociofamiliares e as medidas de tendência central de cada um dos domínios encontram-se na *Tabela 9*. De forma a caracterizar a maioria dos nossos respondentes, podemos dizer que vive com familiares sem dependência física ou psíquica (39,4%) ou com familiares e/ou cônjuge com algum grau de dependência (22,2%), em casas adequadas às necessidades (53,1%) e ganha desde a pensão do sistema contributivo a dois salários mínimos (60,7%). Em termos de relações sociais, a maior parte tem relações com família e vizinhos (40,4%) ou relações mais alargadas (37,1%) e recebe apoio de familiares e vizinhos para as suas necessidades (91,8%).

Uma vez que valores mais elevados (em cada domínio é atribuída aos itens uma ordenação crescente de 1 a 5 pontos) representam risco sociofamiliar superior, podemos dizer que o domínio que apresenta o maior risco é a situação económica e aquele que exige menos preocupações é o apoio da rede social. Em termos globais, podendo apenas contar com 118 sujeitos, aqueles que responderam aos cinco itens, o risco social médio dos elementos da nossa amostra é de 10.80 ($DP=2.93$). Entre estes sujeitos, a pontuação mais baixa é de cinco e a mais elevada de 19 pontos. Adotando o ponto de corte de 13 valores, inclusive, sugeridos por Mourão (2008), temos 23,7%, que corresponde a 28 utilizadores, em risco sociofamiliar.

Tabela 9

Distribuição dos itens de avaliação sociofamiliar de Gijon e medidas de tendência central para cada domínio

Domínio	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>
Situação familiar (n = 180)			2.58	1.52
1. Vive com a família sem dependência física/psíquica	71	39,4		
2. Vive com o cônjuge de similar idade	17	9,4		
3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência	40	22,2		
4. Vive sozinho mas tem filhos próximos	21	11,7		
5. Vive sozinho sem filhos	31	17,2		
Situação económica (n = 122)			3.09	0.95
1. Mais de 2 salários mínimos	6	4,9		
2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo	25	20,5		
3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo	49	40,2		
4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social	36	29,5		
5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados	6	4,9		
Habitação (n = 179)			1.66	0.88
1. Adequada às necessidades	95	53,1		
2. Barreiras arquitetónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)	61	34,1		
3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)	13	7,3		
4. Ausência de elevador e/ou telefone	8	4,5		
5. Habitação inadequada (Barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)	2	1,1		
Relações sociais (n = 178)			1.96	0.97
1. Relações sociais	66	37,1		

2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos	72	40,4		
3. Relações sociais só com a família ou vizinhos	23	12,9		
4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas	15	8,4		
5. Não sai do domicílio nem recebe visitas	2	1,1		
Apoio da rede social (n= 182)			1.19	0.68
1. Com apoio familiar ou de vizinhos	167	91,8		
2. Voluntariado social, ajuda domiciliária	2	1,1		
3. Não tem apoio	10	5,5		
4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica	-	-		
5. Tem cuidados permanentes	3	1,6		
Total	118	100	10.80	2.93

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa

Após uma caracterização mais abrangente do contexto em que inserem os utilizadores dos nossos 12 Centros de Dia, em termos sociodemográficos, socioeconómicos e sociofamiliares, apresentamos de seguida uma avaliação das características próprias destes indivíduos, em domínios cognitivos, afetivos e comportamentais, explorando também como ocupam o seu tempo e qual o seu grau de autonomia funcional, para depois analisarmos a avaliação que fazem do Centro de Dia que frequentam.

2.5. Avaliação cognitiva

Utilizámos o Mini Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro *et al.*, 1993) para fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas em diferentes áreas como a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva e globalmente classificar os sujeitos quanto ao seu estado cognitivo. Neste teste, cada resposta correta é cotada com um ponto, podendo a pontuação global ir até um máximo de 30 pontos. Uma vez que a interpretação da pontuação final está dependente do nível educacional do sujeito, apresentamos os resultados na *Tabela 10* utilizando os subgrupos de escolaridade propostos pelos autores. Os pontos de corte da pontuação final para a consideração de deterioração cognitiva são de 15 pontos (igual ou inferior) para pessoas analfabetas, 22 pontos (igual ou inferior) para sujeitos entre um a 11 anos de escolaridade e 27 pontos (igual ou inferior) para indivíduos com escolaridade

superior a 11 anos. Os sujeitos com deterioração cognitiva representam metade da amostra escolarizada e ligeiramente menos de metade da amostra analfabeta, como podemos analisar na *Tabela 10*. No total, 48,4% dos utilizadores dos Centros de Dia estudados apresentam deterioração cognitiva, seguindo os critérios do Mini Exame do Estado Mental.

Tabela 10
Pontuações e avaliação cognitiva dos utilizadores através do Mini Exame do Estado Mental

Escolaridade	n	Pontuação Mini Exame do Estado Mental				Avaliação cognitiva	
		Mínimo	Máximo	M	DP	Com deterioração (%)	Sem deterioração (%)
Analfabetos	44	2	29	16.11	5.23	43,2	56,8
Um a 11 anos	136	3	30	21.33	6.46	50,0	50,0
Mais do que 11 anos	4	18	30	25.25	5.85	50,0	50,0

2.6. Avaliação do humor e satisfação com a vida

Para além da avaliação cognitiva, aferimos o estado de humor dos utilizadores, no que aos sintomas depressivos diz respeito, através Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986; Cardoso & Martín, 2007). Utilizando as linhas de corte propostas pelos autores, para a população portuguesa, relativamente às respostas positivas a um conjunto de 15 itens, verificamos que em 19,9% dos utilizadores não existe depressão, a maior fatia de respondentes apresenta depressão ligeira (38,2%), seguidos dos que manifestam depressão moderada (30,9%) e por fim depressão severa (11%). Apenas 136 utilizadores responderam ao conjunto total dos itens da escala.

Explorámos também o grau de satisfação com a vida que os utilizadores apresentam com recurso à Escala de Satisfação com a Vida (Neugarten & Havighurston, 1961; Martín, 2002), que permite a construção de um índice resultante do somatório das pontuações dos itens⁴, em que valores mais elevados significam uma avaliação mais positiva da própria

⁴ Apesar de Martín (2002) ter encontrado multidimensionalidade no estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa desta escala, o próprio autor optou pela consideração dos autores originais em utilizar uma única pontuação, decisão que vamos seguir.

vida. A *Tabela 11* apresenta as respostas dos sujeitos em cada um dos itens. De uma forma bastante global, a sua análise permite caracterizar os utentes como pessoas insatisfeitas ou cansadas com a fase pela qual estão a passar (77,4% de pessoas que concordam com a afirmação “Sinto-me velho/a e de alguma forma cansado/a” e 69% com “Este é o período mais deprimente da minha vida”), mas sem arrependimentos com o passado (73,1% de concordância com “Olhando para a minha vida passada, sinto-me francamente satisfeito/a”) e satisfeitas na comparação com os pares (69,5% a concordarem com “Comparativamente a outras pessoas da minha idade tenho um bom aspeto físico”). Numa amplitude total entre 0 (total insatisfação) a 36 (total satisfação), os sujeitos da nossa amostra (n=160) apresentam um mínimo de 2 e um máximo de 34 valores, com uma média de 16.37 e desvio padrão de 7.17.

O alfa de Cronbach para esta escala, com esta amostra, é de .76.

Tabela 11
Distribuição dos itens da Escala de Satisfação com a Vida

Itens	Não tenho a certeza		Concordo		Discordo	
	n	%	n	%	n	%
1. À medida que vou envelhecendo, as coisas parecem melhor do que aquilo que eu tinha imaginado	36	20,1	62	34,6	81	45,3
2. Tenho tido mais oportunidades na vida do que a maioria das pessoas que conheço	31	18,0	59	34,3	82	47,7
3. Este é o período mais deprimente da minha vida	11	6,3	120	69,0	43	24,7
4. Sou tão feliz como quando era mais novo/a	8	4,5	51	28,8	118	66,7
5. A minha vida podia ser mais feliz do que é agora	9	5,1	112	64,0	54	30,9
6. Estes são os melhores anos da minha vida	10	5,6	62	35,0	105	59,3
7. A maior parte das coisas que faço são aborrecidas ou monótonas	17	9,8	82	47,4	74	42,8
8. Espero que coisas interessantes e agradáveis me aconteçam no futuro	37	20,8	90	50,6	51	28,7
9. As coisas que faço são tão interessantes para mim como sempre foram	13	7,4	96	54,5	67	38,1
10. Sinto-me velho/a e de alguma forma cansado/a	2	1,1	137	77,4	38	21,5
11. Olhando para a minha vida passada, sinto-me francamente satisfeito/a	13	7,4	128	73,1	34	19,4
12. Não mudaria o meu passado mesmo que pudesse	18	10,1	101	56,7	59	33,1
13. Comparativamente a outras pessoas da minha idade tenho um bom aspeto físico	18	10,2	123	69,5	36	20,3

14. Tenho feito planos para coisas que estarei a fazer daqui a um mês ou um ano	20	11,4	54	30,9	101	57,7
15. Quando eu penso sobre o meu passado concluo que não consegui fazer a maior parte das coisas importantes que desejava	16	9,2	106	60,9	52	29,9
16. Comparativamente com outras pessoas fico deprimido/a demasiadas vezes	16	9,0	100	56,5	61	34,5
17. Tenho bastante daquilo que esperava da minha vida	22	12,6	93	53,1	60	34,3
18. Apesar do que se diz, a maior parte das pessoas está cada vez pior, não melhor	25	14,4	108	62,1	41	23,6

Nota. A cotação seguiu a grelha de Wood, Wylie e Sheafor (1969): *Não tenho a certeza* com 1 valor; *Concordo* com 2 valores para os itens 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14 e 17 e 0 valores para os restantes; *Discordo* com 0 valores para os itens 1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14 e 17 e 2 valores para os restantes.

2.7. Análise à ocupação do tempo, avaliação funcional e caracterização dos cuidados recebidos

De forma a conhecer que atividades preenchem o dia-a-dia dos elementos da nossa amostra recorremos à Escala de Ocupação do Tempo (Duarte & Martín, 2008). Verificámos que os utilizadores dos Centros de Dia se ocupam essencialmente em atividades sociais, numa frequência maioritariamente diária, atividades desportivas, sobretudo semanalmente e na realização de trabalho doméstico, que a maioria exerce todos os dias, entre outras atividades que um menor número de pessoas realiza como revela a *Tabela 12*. De destacar que embora beneficiários de um serviço de apoio como o Centro de Dia, 8,7% da nossa amostra presta também apoio informal a outrem, na grande maioria dos casos o/a companheiro/a, registando-se também o apoio a uma/um tio/a, um/uma filho/a, a uma mãe e a uma neta.

Tabela 12

Número de utilizadores que realizam e frequência de realização (%) de diferentes atividades de ocupação do tempo

Atividade	n	%	Raramente	Algumas vezes ao ano	Uma a duas vezes ao mês	Semanal	Diário
Trabalho remunerado	5	2,7	-	33,3	-	33,3	33,3
Atividades agrícolas ou criação de animais	25	13,7	-	7,7	11,5	34,6	46,2
Trabalho doméstico	69	37,7	2,9	5,8	7,2	30,4	53,6
Atividades sociais	163	89,6	1,3	1,9	6,4	34,4	56,1

Atividades culturais e de lazer	19	10,5	5,9	23,5	29,4	41,2	-
Atividades desportivas	101	55,2	1,0	-	4,1	88,8	6,1
Atividades educativas e formativas	20	11,0	-	-	25,0	65,0	10,0
Trabalho de voluntariado	8	4,4	-	12,5	50,0	25,0	12,5
Apoio informal	16	8,7	-	9,1	9,1	9,1	72,7

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

Para além de caracterizar a forma como os utilizadores dos Centros de Dia ocupam o seu tempo, pretendemos avaliar a sua capacidade para realizar funções concretas ao nível das atividades básicas, instrumentais e avançadas, atribuindo-lhes, pelo menos no que às atividades básicas e instrumentais diz respeito, graus de dependência.

Relativamente às atividades básicas da vida diária, calculámos o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) através da avaliação de 10 atividades - nas áreas de alimentação, banho, vestir, higiene pessoal, funcionamento dos intestinos, funcionamento da bexiga, uso da sanita, transferências entre um local e outro, mobilidade e subir e descer escadas – pontuadas em dois (0 ou 5 pontos) três (0, 5 ou 10 pontos) ou quatro níveis (0, 5, 10 ou 15 pontos) consoante a dependência dos indivíduos. Este índice varia entre 0 e 100, em que valores mais elevados indicam níveis de dependência menores. Optámos por utilizar os pontos de corte propostos por Sequeira (2007) para interpretar as pontuações na nossa amostra: entre zero e 19 considera-se que o indivíduo apresenta dependência total; entre 20 e 35 que é severamente dependente; entre 40 e 55 é moderadamente dependente; entre 60 e 89 ligeiramente dependente e entre 90 e 100 considera-se independente. Na *Tabela 13* apresentamos a distribuição dos indivíduos avaliados nas 10 atividades pelos níveis de dependência construídos a partir do índice de Barthel, no total e por faixa etária. Os pontos de corte utilizados permitem-nos classificar a maioria dos indivíduos da nossa amostra (53,7%) como independentes, sendo baixa a percentagem de utentes severa ou totalmente dependentes. No grupo dos mais novos, a maioria é independente bem como no grupo etário mais representado na nossa amostra (80-89), pois apesar de se distribuírem por todos os graus de dependência, a grande parte destes idosos é independente ou ligeiramente dependente.

O índice de consistência interna desta escala, alfa de Cronbach, situou-se em .88.

Tabela 13

Distribuição dos utilizadores por nível de dependência de realização de atividades básicas da vida diária (índice de Barthel) e distribuição por faixa etária em cada nível de dependência

Classificação nas atividades básicas	Faixa etária ^a										Total ^b	
	50-59		60-69		70-79		80-89		90-99			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Independente	6	6,6	19	20,9	19	20,9	43	47,3	4	4,4	95	53,7
Ligeiramente dependente	1	1,8	6	10,5	13	22,8	33	57,9	4	7,0	60	33,9
Moderadamente dependente	1	7,7	1	7,7	5	38,5	6	46,2	-	-	15	8,5
Severamente dependente	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-	3	1,7
Totalmente dependente	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-	4	2,3

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

^a Representados os 167 sujeitos que responderam a todos os itens da escala e indicaram a idade. Percentagem válida relativa à frequência em cada categoria em linha. ^b Representados os 177 sujeitos que responderam a todos os itens da escala, sobre os quais incidem as percentagens totais.

Aferimos as atividades instrumentais com recurso à Escala de Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária [AAIVD] (Lawton & Brody, 1969), traduzida na Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (Martin *et al.*, 2009), que avalia capacidade da pessoa idosa na realização de oito atividades (capacidade para usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, deslocação em transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com o dinheiro). A Tabela 14 apresenta a distribuição dos sujeitos da nossa amostra por capacidade de realização de cada uma das oito atividades instrumentais e, dentro de cada um deles, a sua distribuição por faixa etária⁵.

No que diz respeito à capacidade para usar o telefone, a maior parte dos utilizadores (37,4%) consegue fazê-lo por iniciativa própria, embora 26,9% não usem o telefone. Em relação a fazer compras, 32,8% são incapazes de realizar esta atividade, mas 26,2% fazem-na sozinho. As refeições precisam de ser preparadas e servidas a 48,1% da amostra mas 23,8% dos indivíduos são totalmente independente nesta atividade. Quanto a cuidar da casa, embora 44% não participem em nenhuma tarefa doméstica, 28% realizam tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama. Mais de metade dos indivíduos (51,1%) é incapaz de lavar a sua roupa, seja porque nunca o fez seja porque já não o consegue fazer.

⁵ O número de missings varia entre atividades, ou seja, há sujeitos que falham a resposta a uma (ou mais do que uma) e outros sujeitos falham a outra. Isto acontece tanto se contemplarmos a amostra total como só os sujeitos que indicam a idade.

A mobilidade destes utilizadores de Centro de Dia não se encontra muito autonomizada, uma vez que 60,6% referem deslocar-se de táxi ou automóvel quando acompanhados por outra pessoa. Relativamente à toma de medicação, 44,1% precisam que os medicamentos sejam separados por outros e 41,3% são independentes nessa tarefa. Por fim, quanto à habilidade para lidar com o dinheiro, a maior fatia da amostra de indivíduos (45,7%) consegue fazer as compras do dia-a-dia, mas precisa de ajuda para compras maiores. A distribuição por faixa etária dentro destes perfis de utilização parece seguir as proporções de representação etária destes indivíduos na amostra total.

Como proposto pelos autores da escala (Lawton & Brody, 1969) e utilizado também na versão portuguesa de Araújo *et al.* (2008) atribuímos, dentro de cada atividade, a pontuação de 1 aos itens que revelavam que a mesma era desempenhada de forma independente e a pontuação de 0 àqueles que demonstravam que o indivíduo era incapaz de a desempenhar sozinho, sendo portanto dependente. Somando a pontuação de cada sujeito, aqueles que obtêm um valor de 8 podem ser classificados como independentes na realização das atividades instrumentais da vida diária, e os indivíduos que somam menos de 8 pontos são considerados dependentes em pelo menos uma das atividades. Para dividir a nossa amostra em sujeitos totalmente independentes e sujeitos dependentes nas atividades da vida diária considerámos apenas aqueles que responderam às oito atividades avaliadas pela escala ($n = 174$). Os elementos do sexo masculino foram também avaliados nas atividades de preparação das refeições, cuidado da casa e lavagem da roupa, tarefas tradicionalmente atribuídas às mulheres. Esta não é a prática original, mas corresponde às mais recentes recomendações (Lawton *et al.*, 2003). Na verdade, um indivíduo dependente é não só aquele que já não consegue realizar a atividade como também aquele que nunca a realizou, encontrando-se portanto necessitados de ajuda de outrem. Podemos assim dizer que 10,3% dos utilizadores (18 indivíduos) são independentes na realização de atividades instrumentais da vida diária, estando complementarmente 89,7% da nossa amostra (156 indivíduos) dependentes em pelo menos uma destas atividades. Dos utilizadores dependentes (que simultaneamente indicaram a idade), 6% tem entre 50 e 59 anos, 13,4% entre 60 e 69 anos, 22,8% entre 70 e 79 anos, 51,7% entre 80 e 89 anos e finalmente 6% está na faixa etária dos 90 aos 99 anos.

O alfa de Cronbach para esta escala, com esta amostra, é de .82.

Tabela 14

Distribuição dos utilizadores por funcionalidade na realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e dentro destas por faixa etária

Atividade instrumental	Faixa etária ^a										Total ^b	
	50-59		60-69		70-79		80-89		90-99			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capacidade para usar o telefone												
Utiliza o telefone por iniciativa própria	6	9,1	14	21,2	14	21,2	29	43,9	3	4,5	68	37,4
Marca alguns números que conhece bem	-	-	5	16,7	7	23,3	17	56,7	1	3,3	30	16,5
Atende o telefone, mas não marca números	1	3,0	2	6,1	10	30,3	18	54,5	2	6,1	35	19,2
Não usa o telefone	2	4,7	7	16,3	7	16,3	24	55,8	3	7,0	49	26,9
Fazer compras												
Faz sozinho as compras que necessita	2	4,5	12	27,3	11	25,0	18	40,9	1	2,3	48	26,2
Compra sozinho pequenas coisas	3	9,7	5	16,1	9	29,0	14	45,2	-	-	31	16,9
Necessita de ser acompanhado para qualquer compra	2	4,5	24	9,1	8	18,2	27	61,4	3	6,8	44	24,0
Incapaz de fazer compras	2	3,8	7	13,2	10	18,9	29	54,7	5	9,4	60	32,8
Preparar refeições												
Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho	1	2,5	12	30,0	8	20,0	18	45,0	1	2,5	43	23,8
Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários	-	-	2	10,0	5	25,0	12	60,0	1	5,0	21	11,6
Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada	2	6,7	4	13,3	8	26,7	15	50,0	1	3,3	30	16,6
Necessita de refeições preparadas e servidas	6	7,5	10	12,5	17	21,3	41	51,3	6	7,5	87	48,1
Cuidar da casa												
Cuida da casa só ou com ajuda ocasional	-	-	9	37,5	7	29,2	7	29,2	1	4,2	27	14,8
Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama	5	10,0	6	12,0	10	20,0	27	54,0	2	4,0	51	28,0
Realiza tarefas domésticas diárias, mas não mantém um nível aceitável de limpeza	1	11,1	2	22,2	4	44,4	2	22,2	-	-	10	5,5
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1	7,1	-	-	3	21,4	10	71,4	-	-	14	7,7
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	2	2,7	11	14,7	14	18,7	42	56,0	6	8,0	80	44,0
Lavar a roupa												
Lava toda a sua roupa	-	-	10	30,3	10	30,3	12	36,4	1	3,0	36	20,0
Lava pequenas peças da sua roupa	5	9,8	6	11,8	9	17,6	29	56,9	2	3,9	52	28,9
É incapaz de lavar a sua roupa	4	4,7	12	14,0	18	20,9	46	53,5	6	7,0	92	51,1
Modo de transporte												
Desloca-se em transportes públicos ou	3	7,0	11	25,6	10	23,3	19	44,2	-	-	45	25,0

usa viatura própria												
Não usa transportes públicos, exceto táxi	-	-	-	-	1	33,3	2	66,7	-	-	4	2,2
Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado	1	9,1	4	36,4	1	9,1	5	45,5	-	-	11	6,1
Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro	4	3,8	11	10,4	23	22,1	58	55,8	8	7,7	109	60,6
Incapaz de se deslocar	1	11,1	1	11,1	3	33,3	3	33,3	1	11,1	11	6,1
Responsabilidade pela própria medicação												
Toma medicação nas doses e horas corretas	5	6,9	14	19,4	15	20,8	36	50,0	2	2,8	74	41,3
Toma a medicação se preparada e separada por outros	3	3,9	10	13,2	19	25,0	38	50,0	6	7,9	79	44,1
É incapaz de tomar medicação	1	4,3	4	17,4	4	17,4	13	56,5	1	4,3	26	14,5
Habilidade para lidar com o dinheiro												
Resolve problemas monetários sozinho	3	6,7	14	31,1	8	17,8	18	40,0	2	4,4	45	24,5
Lida com compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores	5	6,3	7	8,8	22	27,5	41	51,3	5	6,3	84	45,7
Incapaz de lidar com o dinheiro	1	2,1	7	14,6	8	16,7	30	62,5	2	4,2	55	29,9

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

^a. Percentagem válida relativa à frequência em cada categoria em linha. ^b Percentagem válida relativa à frequência na totalidade da amostra.

As atividades avançadas foram medidas por um instrumento desenvolvido por Martín & Teixeira (2012), designado Instrumento de Avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária, que avalia a autonomia e independência do indivíduo em diferentes áreas, através da capacidade e frequência de realização de atividades concretas ao nível avançado. Uma vez que para as atividades avançadas avaliadas por este instrumento não existem pontos de corte que nos permitam caracterizar os respondentes por níveis de dependência, apresentamos na *Tabela 15* uma análise descritiva por atividade. Para a frequência de realização foram contabilizados apenas aqueles sujeitos que afirmaram possuir capacidade de realizar cada uma das atividades avançadas, uma vez que o nosso interesse é o de explorar o modo como a pessoa avalia a sua capacidade de realização. No entanto, verificámos que residualmente havia respostas de frequência dadas por sujeitos que afirmavam não se sentir capazes de realizar a respetiva atividade, o que pode revelar a realização de atividades por força ou por necessidade, embora já não sintam capacidade para tal.

Podemos verificar que as atividades que os sujeitos da nossa amostra mais se sentem capazes de efetuar são o relacionamento com outros (para além de família ou vizinhos) e o cuidado pessoal avançado (estética e beleza) que realizam sobretudo diária e mensalmente, respetivamente. Aquelas em que demonstram mais dificuldades são as atividades avançadas ligadas à vida doméstica (apenas 26,9% diz que se sente capaz de preparar refeições para visitas) e as menos realizadas são as de formação pessoal - apesar de 50,6% dizerem que sentem interesse em aprender, 70,1% dessas pessoas afirmam que nunca participam em conferências, aulas ou formações.

Tabela 15

Número de sujeitos capazes de realizar atividades avançadas da vida diária em diferentes áreas e respetiva frequência de realização (%)

Área de atividade	<i>n</i>	%	Nunca	Anualmente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
Mobilidade	74	41,1	26,8	32,4	16,9	11,3	12,7
Comunicação	51	28,0	4,3	-	8,7	39,1	47,8
Gestão financeira	65	35,3	16,9	18,5	49,2	7,7	7,7
Vida doméstica	49	26,9	39,6	18,8	16,7	12,5	12,5
Cuidado pessoal	119	65,0	3,5	18,6	69,0	8,8	-
Interação e relacionamentos	138	77,1	5,6	11,9	24,6	25,4	32,5
Formação pessoal	91	50,6	70,1	5,7	11,5	5,7	6,9
Vida cívica, social e comunitária	95	52,2	5,3	27,7	17,0	45,7	4,3

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

Após caracterizar o grau de dependência dos utilizadores dos Centros de Dia, quisemos também perceber que tipo de cuidados lhes eram prestados, e por quem. Questionámos os participantes sobre a necessidade ou não necessidade de cuidado informal e sobre a posse ou inexistência de pessoa de referência ou cuidador. A necessidade de cuidados é referida por 74,3% da nossa amostra (133 sujeitos) mas o número de pessoas que refere ter um cuidador é superior, 87,3% (158 sujeitos).

Destes utilizadores que indicaram ter uma pessoa de referência (independentemente de necessitar ou não de cuidados) apenas 151 referiu a sua identidade e 150 a distância a que deles vive. Para maioria essa pessoa é o filho (70,2%), seguido de longe pelo cônjuge (9,3%), ou por outra pessoa (7,9%), familiar ou alguém empregado. Essa pessoa vive

sobretudo na mesma casa (58,7%) ou no mesmo bairro ou rua (20%), mas também há casos em que vive na mesma terra, a menos de 10 quilômetros (12,7%) ou em localidades próximas, a menos de 20 quilômetros (8,7%).

A *Tabela 16* apresenta a caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores aos utilizadores que necessitam de apoio e beneficiam do mesmo. Os utilizadores com estas características são 124 (70,9%) apesar de apenas 120 terem caracterizado o apoio que recebem e 114 referido a sua intensidade. Os cuidados mais prestados pelo cuidador são o acompanhamento a consultas, aquisição de bens no exterior, higiene e arrumação da habitação e tratamento de roupa, com uma intensidade elevada, sobretudo durante mais de cinco horas por dia (35,1%), entre três a cinco horas ou mesmo permanente. De notar que 28 utilizadores (16%) referiram ter pessoa de referência mas não necessitar de cuidados⁶. São apenas sete (4%) os respondentes que dizem precisar de cuidados mas não ter ninguém que lhes preste.

Tabela 16
Tipo de cuidados recebidos e distribuição dos utilizadores por intensidade do cuidado

Cuidados	<i>n</i>	%
Tipo ^a		
Alimentação (inclui realização e apoio na tarefa)	90	75,0
Higiene íntima (parcial ou total)	55	45,8
Higiene e arrumação da habitação	106	88,3
Tratamento de roupa	102	85,0
Apoio e supervisão na medicação	83	69,2
Aquisição de bens no exterior	106	88,3
Acompanhamento a consultas	109	90,8
Recreação e lazer (companhia, passeios)	74	61,7
Saídas ao exterior	84	70,0
Apoio emocional e psicológico	52	43,3
Outro	2	1,7
Intensidade		
Permanente	25	21,9
Mais de cinco horas diárias	40	35,1

⁶ A percentagem referida não corresponde à diferença entre os que possuem prestador de cuidados (87,3%) e os que necessitam de cuidados (74,3%) pois houve utilizadores que não responderam a uma e/ou outra destas perguntas, sendo não só o *n* de cada uma delas diferente entre si, mas diferente também do *n* que permite caracterizar a combinação necessidade/posse de cuidador. Referimos mais uma vez que indicamos percentagens válidas.

Entre três a cinco horas diárias	28	24,6
Entre uma e duas horas diárias	11	9,6
Menos de uma hora	2	1,8
Outra ^b	8	7,0

Nota. ^a Resposta de escolha múltipla, que resulta num somatório das percentagens a exceder os 100%. ^b Refere-se sobretudo ao fim-de-semana.

2.8. Avaliação comportamental

A avaliação comportamental dos utilizadores foi realizada não através das respostas dos próprios, mas questionando os funcionários que de momento lhes prestavam cuidados. Apenas 180 utilizadores foram avaliados comportamentalmente, 40,6% através dos animadores, 21,1% dos assistentes sociais, 17,2% dos trabalhadores de ação direta, 10,6% dos educadores sociais e, mais residualmente, 4,4% pelos chefes de serviço, 3,3% pelos administrativos e 2,8% pelos diretores técnicos.

Adotámos, para esta avaliação, sete itens da Revised Memory and Behaviour Checklist (Teri *et al.*, 1992) de entre as suas subescalas. A escolha dos itens da escala deve-se ao facto destes medirem comportamentos que consideramos necessários ao estudo e que nenhum outro instrumento do protocolo se debruçava. Seguimos o formato de resposta e a cotação proposta por Roth *et al.* (2003), mas utilizamos aqui a informação com um sentido diferente daquele proposto pelos autores. Com efeito, o nosso objeto de análise é o utilizador e não a díade prestador/recetor de cuidados, tendo recorrido ao funcionário apenas com o propósito instrumental de recolher informação sobre o comportamento do utilizador que não sofresse dos enviesamentos de uma autoavaliação.

Na maioria dos utilizadores (73,3%) não foram identificados comportamentos problemáticos, sendo a co-sinalização de três problemas feita em 9,4% dos sujeitos. Todas as outras combinações de problemas foram referidas para percentagens mais baixas da nossa amostra, num máximo de cinco problemas por utilizador (1,7%). A *Tabela 17* apresenta o número de utentes que manifestou cada um dos comportamentos problemáticos e o grau de aborrecimento que cada um desses comportamentos provocou ao prestador de cuidados, avaliado com recurso a uma escala entre 0 (*nada*) e 4 (*extremamente*). Discutir, evidenciar irritabilidade e/ou reclamar, falar em voz alta e rapidamente e ser agressivo

verbalmente com os outros foram os comportamentos de rutura que mais utilizadores manifestaram, respetivamente 18,9%, 17,8% e 16,1%, muito embora os dois primeiros tenham causado nos técnicos reações de incómodo mediamente baixas. Verificamos também que os dois comportamentos menos ocorridos estão entre os que mais incomodaram os funcionários que os identificaram. São de salientar os elevados valores de desvio-padrão nas pontuações relativas à reação de aborrecimento, o que denota a heterogeneidade das avaliações.

Tabela 17

Número de utentes que manifestou cada comportamento problemático e reação dos técnicos

Itens	n	%	Aborrecimento entre os que identificaram o problema	
			M	DP
2. Fazer coisas que o embaraçam	19	10,6	1.68	1.11
3. Falar em voz alta e rapidamente	32	17,8	1.75	0.95
4. Ter um comportamento potencialmente perigoso para si ou para outros	5	2,8	2.20	0.84
5. Fazer ameaças de ferir os outros	6	3,3	2.00	1.27
6. Ser agressivo verbalmente com os outros	29	16,1	2.10	0.86
7. Discutir, evidenciar irritabilidade e/ou reclamar	34	18,9	1.94	1.01

Nota. O item 1. “Destruir objetos” não foi integrado na tabela pois nenhum técnico identificou este comportamento como tendo ocorrido por parte de um dos utilizadores a quem prestava cuidados.

2.9. Avaliação dos Centros de Dia para Adultos

Caraterizadas as valências dos Centros de Dia selecionados e as características dos seus utilizadores, sobretudo ao nível das suas capacidades/incapacidades e necessidades, escolhemos utilizar protocolo PACD-II de Conrad *et al.* (1984) adaptado por Teixeira e Martín (2008) e utilizado por Teixeira (2008) para explorar a relação do utente com o Centro de Dia que frequenta. Deste modo o instrumento pretende avaliar a satisfação dos utentes com os programas e serviços disponibilizados pelo CDI.

Os sujeitos do nosso estudo fazem uso dos serviços de um Centro de Dia, na sua grande maioria (98,4%), cinco dias por semana. A antiguidade de utilização destes serviços é

muito variada, indo de um mês a 201 (quase 17 anos). Metade da nossa amostra utiliza o Centro de Dia há pelo menos 24 meses, enquanto a outra metade o faz há tanto ou menos do que esses dois anos.

Relativamente à principal razão que motivou a integração no Centro de Dia, a *Tabela 18* mostra-nos que os sujeitos decidiram integrar o Centro de Dia sobretudo por sentirem necessidade de acompanhamento diurno devido a dependência e/ou doença (41,2%) e para contrariarem o isolamento (22,5%) a que alguns chegaram devido ao falecimento do cônjuge. Das outras razões destaca-se a necessidade da alimentação preparada e a incapacidade para tratar do cônjuge e do próprio. A maioria dos utentes solicitou o apoio de forma voluntária: 33,1% de livre vontade após sentirem a necessidade e 38,1%, a maior fatia, após uma ponderação e experiência, que levou à decisão. Os restantes chegaram ao Centro de Dia não por iniciativa própria mas por deliberação da rede de proximidade, conformando-se com a decisão que por eles foi tomada, em 25,4% dos casos, ou mesmo, numa pequena parte dos utentes (3,3%), sendo forçados a aceitar a utilização desta resposta social.

Tabela 18
Distribuição dos utilizadores pela principal razão indicada para a decisão de integrar o Centro de Dia

Configuração	n	%
Ocupação de tempos livres	15	8,2
Melhorar a imagem pessoa	2	1,1
Necessidade de acompanhamento diurno devido a dependência e/ou doença	75	41,2
Estimular/preservar as capacidades físicas e cognitivas	8	4,4
Contrariar o isolamento/solidão	41	22,5
Condições de habitação precárias	1	0,5
Sentimento de sobrecarga aos familiares	11	6,0
Conflitos/ carência/ abandono de apoio familiar	2	1,1
Manutenção da sua independência em relação à família	2	1,1
Indisponibilidade familiar em horário laboral	14	7,7
Outra	11	6,0

Na verdade, estas são pessoas conscientes das suas crescentes necessidades e da sua relação com o Centro de Dia (*Tabela 19*). Os utentes classificam o seu estado de saúde como sendo razoável ($M=2.92$; $DP=0.94$), avaliando-o numa escala de 1 (*muito bom*) a 5 (*muito fraco*), muito embora 84,9% afirmassem não terem no último mês estado doente de forma limitadora do desempenho das atividades diárias habituais. Dos que referiram ter estado doentes, indicaram entre um a 30 dias (todo o mês anterior), sendo que metade desta amostra esteve doente e impedida de realizar as atividades quotidianas durante 4,5 dias ou mais (mediana). A grande maioria (81,2%) chega às instalações do Centro de Dia através de um veículo do próprio Centro de Dia, demorando menos de 30 minutos a fazer a viagem (77,1%).

Tabela 19
Distribuição dos utilizadores por autoavaliação do estado de saúde, meio de transporte e tempo médio de viagem para a deslocação ao Centro de Dia

Avaliação	<i>n</i>	%
Estado de saúde		
Muito bom	6	3,4
Bom	56	31,5
Razoável	76	42,7
Fraco	27	15,2
Muito fraco	13	7,3
Meio de transporte		
A pé	13	7,2
Veículo particular	17	9,4
Transportes públicos	4	2,2
Veículo do Centro de Dia	147	81,2
Tempo médio de viagem		
Menos de 30 minutos	135	77,1
Entre 30 minutos e uma hora	37	21,1
Entre uma hora e uma hora e 30 minutos	3	1,7

Os utentes foram também convidados a avaliar o Centro de Dia que frequentam ao nível do seu ambiente interior e da sua estrutura, ao nível do ambiente social existente e dos

serviços e atividades proporcionados, referindo também a sua satisfação global com a resposta utilizada e fazendo propostas de melhoria.

Como mostra a *Tabela 20*, a maior fatia dos utentes considera que o Centro de Dia é uma estrutura muito atrativa e agradável, com boa iluminação e um número adequado de janelas. Ao nível do ambiente interior, consideram que se apresentam sem cheiros e com as paredes e chão muito limpos.

Tabela 20
Distribuição dos itens de avaliação da estrutura e ambiente interior do Centro de Dia

Domínio	<i>n</i>	%
Áreas com janelas		
Muitas janelas	77	45,6
Número adequado de janelas	81	47,9
Poucas janelas	8	4,7
Sem janelas	3	1,8
Luz		
Excelente iluminação	59	34,9
Boa iluminação	98	58,0
Um pouco inadequada	10	5,9
Muito inadequada	2	1,2
Local agradável		
Muito atrativo e agradável	109	70,3
Razoavelmente atrativo e agradável	42	27,1
Pouco atrativo e desconfortável	1	0,6
Nada atrativo e muito desconfortável	3	1,9
Cheiros		
Cheiro fresco e agradável	67	39,0
Sem cheiros	93	54,1
Um pouco desagradáveis	12	7,0
Muito desagradáveis	-	-
Limpeza das paredes e chão (ou tapetes)		
Muito limpas	98	56,0
Limpas	74	42,3
Um pouco sujas	3	1,7
Muito sujas	-	-

Explorando os serviços e atividades proporcionados pelos Centros de Dia, a adesão e satisfação por parte dos utilizadores (*Tabela 21*), podemos ver que, na área da saúde, os serviços mais reconhecidos são o apoio à medicação (97,8%) e as consultas regulares com o médico (62,8%), utilizados pela maioria dos utentes. De realçar que há serviços que poucos utilizadores referiram existir mas são utilizados por uma percentagem por vezes maior do que aqueles serviços muito sinalizados. Talvez os mesmos sejam maioritariamente reconhecidos por quem os utiliza, sendo a sua existência desconhecida para alguns dos outros utilizadores. Na área específica da reabilitação, a fisioterapia é o serviço mais disponibilizado (33,5%) e é utilizado pela maioria (61,8%) dos utentes que o sinaliza.

Dos serviços de animação sociocultural, o entretenimento (98,9%), as saídas ao exterior (95,1%) e as festas (90,1%) são aqueles cuja existência é mais referida e recebem a adesão da maioria dos utentes. Outras atividades realizadas nos Centros de Dia e reconhecidas por bastantes utilizadores são: a atividade física (88,5%), os serviços religiosos (87,5%) e as artes e ofícios (72,7%), não sendo estes últimos do agrado de 15,1% das pessoas que os sinalizam.

Os serviços de aconselhamento não se encontram muito representados, mas granjeiam a adesão de grande parte das pessoas que o sinaliza. Mais uma vez, presumimos que os mesmos são desconhecidos para alguns utilizadores.

Excetuando o apoio psicológico e a formação, os restantes serviços básicos estão bastantes representados, sendo de destacar: o apoio na refeição que, apesar de todos os utentes dizerem que é prestado pelo seu Centro de Dia, 67,4% referem não precisar dele; o serviço de higiene habitacional, que apesar de menos reconhecido (62,3%) é ainda bastante prevalente mas apenas 3,8% referem utilizar; e o serviço de transporte (99,5%) que é utilizado por uma larga maioria de pessoas (80%).

Os utilizadores dos serviços e atividades disponibilizados pelos Centros de Dia encontram-se maioritariamente satisfeitos com os mesmos, como se pode verificar pelas pontuações médias e pela pontuação mais escolhida de uma escala de satisfação de 1 (*muito insatisfeito*) a 4 (*muito satisfeito*). De destacar como atividades que proporcionam níveis mais elevados de satisfação as atividades com crianças (*Moda*= 4), o apoio à refeição (*Moda*= 4) e a terapia da falar (bimodal a 3 e 4), avaliadas como muito satisfatórias para aqueles que nelas participam.

Tabela 21

Reconhecimento da existência no Centro de Dia de serviços de saúde, reabilitação, animação sociocultural, aconselhamento e outros serviços básicos por parte dos utilizadores. Sua utilização e satisfação

Serviço ou atividade	Reconhecimento (%) ^a		Utilização (%) ^b				Satisfação		
	Sim	Não sei	Sim	Não, não preciso	Não, não gosto	Não, outra razão	M	DP	Moda
Serviços de saúde									
Exames à visão	10,8	20,5	47,4	26,3	-	26,3	3.33	0.50	3
Exames auditivos	17,8	17,8	71,9	21,9	-	6,3	3.19	0.51	3
Consultas regulares com o médico	62,8	4,4	63,6	22,4	-	14,0	3.17	0.41	3
Dentista	4,9	13,6	33,3	16,7	-	50,0	3.00	-	3
Controlo de sinais vitais	9,8	2,7	93,3	4,9	-	1,8	3.31	0.52	3
Aconselhamento nutricional	30,9	16,0	65,2	19,6	-	15,2	3.00	0.39	3
Apoio na tomada de medicação	97,8	1,6	62,4	30,6	0,6	6,4	3.30	0.48	3
Serviços de reabilitação									
Fisioterapia	33,5	13,2	61,8	23,6	-	14,5	3.19	0.54	3
Terapia da fala	6,1	25,1	50,0	37,5	-	12,5	3.50	0.71	3 e 4
Terapia ocupacional	7,4	34,1	54,5	36,4	-	9,1	3.20	0.45	3
Serviços de animação sociocultural									
Artes e ofícios	72,7	7,7	49,2	1,6	15,1	34,1	3.36	0.55	3
Festas	90,1	1,6	85,9	0,6	6,4	7,1	3.33	0.47	3
Atividade física	88,5	3,3	77,7	2,5	3,2	16,6	3.26	0.50	3
Programas educacionais	30,8	17,6	46,0	2,0	14,0	38,0	3.23	0.61	3
Entretenimento	98,9	1,1	85,5	0,6	4,0	9,8	3.25	0.51	3
Serviços religiosos/missas	87,5	1,6	85,5	0,7	3,9	9,9	3.49	0.50	3
Debates em grupo	36,1	16,7	76,3	-	10,2	13,6	3.19	0.51	3
Saídas ao exterior	95,1	1,1	78,3	-	3,6	18,1	3.41	0.54	3
Atividades com crianças	51,9	6,6	77,0	-	6,9	16,1	3.52	0.50	4
Grupos de canto/coro	48,9	9,4	63,5	-	11,8	24,7	3.29	0.50	3
Filmes/cinema	41,6	10,7	76,8	1,4	10,1	11,6	3.15	0.5	3
Serviços de aconselhamento									
Terapia de grupo	9,1	30,7	66,7	20,0	-	13,3	3.38	0.52	3
Aconselhamento individual	19,6	26,3	58,1	29,0	-	12,9	2.94	0.57	3
Outros serviços básicos									

Apoio na refeição	100	-	30,9	67,4	-	1,7	3.43	0.63	4
Cuidados de higiene	97,8	-	57,7	33,7	0,6	8,0	3.29	0.50	3
Cuidados de imagem	94,1	3,8	62,5	29,2	1,8	6,5	3.26	0.54	3
Transporte	99,5	0,5	80,0	16,0	-	4,0	3.26	0.51	3
Tratamento de roupa	90,2	2,2	34,8	52,5	-	12,7	3.13	0.60	3
Apoio na aquisição de bens e serviços	76,2	9,9	20,9	72,9	-	6,2	3.11	0.51	3
Higiene habitacional	62,3	8,2	3,8	82,1	-	14,2	3.33	0.58	3
Apoio psicológico ao cliente	23,6	29,2	37,8	40,5	-	21,6	3.21	0.43	3
Apoio psicológico à família	10,7	36,7	26,7	40,0	-	33,3	3.33	0.58	3
Formação específica à família	15,5	39,1	31,8	45,5	-	22,7	3.14	0.38	3

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa.

^a Questionados sobre a existência do serviço ou atividades, os utilizadores podiam responder “sim”, “não” e “não sei”. Decidimos apresentar também a percentagem de utilizadores que não sabe pois considerámos ser um dado informativo do afastamento dos mesmos relativamente à resposta (Centro de Dia) que utilizam. A percentagem dos que responderam “não” é aquela que falta para completar os 100%. ^b Percentagem válida relativa aos utilizadores que reconheceram a existência do serviço ou atividade.

A escala de ambiente pretende avaliar o modo como o utente percebe a realidade que rodeia no CDI. Isto é, como comunica com os outros utentes, como se relaciona com os pares e funcionários e como avalia o desempenho dos funcionários na prestação de cuidado. Na adaptação da escala realizada por Teixeira e Martin (2008) procedeu-se à avaliação das propriedades psicométricas que resultou na retirada de alguns itens.

Nas diferentes dimensões do ambiente social vivenciado no Centro de Dia, os sujeitos posicionaram-se numa escala de concordância de 1 (*discordo muito*) a 4 (*concordo muito*). Para os itens integrantes das subescalas Comunicação, Serviços Prestados pelos Funcionários e Interação Funcionário-Utente, valores mais elevados significam ambiente social positivo, enquanto para a subescala Ambiente Moral Geral valores mais elevados representam ambiente social negativo. A Interação Funcionário-Utente é aquela que granjeia avaliações mais favoráveis ($M= 3.22$; $DP= 0.42$), seguido dos Serviços prestados pelos Funcionários ($M= 3.16$; $DP= 0.48$). A Comunicação e o Ambiente Moral Geral são as dimensões do ambiente social em que os utilizadores se mostram mais descontentes, uma vez que menos concordam com as descrições de uma boa comunicação

operacionalizadas pelos itens ($M= 2.48$; $DP= 0.55$) e avaliam desfavoravelmente o Ambiente Moral Geral com uma média de 2.49 ($DP= 0.59$).

Relativamente à satisfação global, a *Tabela 22* apresenta o posicionamento dos sujeitos nos oito itens da escala. Os itens que destacam concordância e que traduzem maior percentagem de satisfação são os que incidem sobre o respeito pelos desejos e interesses individuais (82,6%), a satisfação pelos cuidados prestados (79,2%) e o agrado pelas atividades desenvolvidas pelo Centro de Dia (79,1%).

Tabela 22
Distribuição dos itens da escala de Satisfação Global (%)

Itens	Discordo muito	Discordo	Concordo	Concordo muito
1. Vir para este Centro de Dia faz-me sentir bem	0,6	2,8	69,1	27,5
2. Alguns serviços neste Centro de Dia podiam ser melhorados	1,9	54,3	41,4	2,5
3. Os cuidados que recebo são bons	-	2,2	79,2	18,5
4. Gosto da maioria das atividades neste Centro de Dia	-	2,3	79,1	18,6
5. Estou satisfeito/a com os cuidados que recebo aqui	-	2,3	74,9	22,9
6. Há alguns aspetos nos cuidados que recebo aqui que podiam ser melhores	0,6	60,6	37,5	1,3
7. Os meus interesses e desejos pessoais são respeitados no Centro de Dia	0,6	0,6	82,6	16,3
8. Os funcionários tentam agradar-me e mostram sensibilidade	0,6	3,6	74,6	21,3

Nota. O traço indica inexistência de casos na condição que a célula representa

Questionados sobre o que poderia ser feito para tornar as suas participações no Centro de Dia mais agradáveis, apenas 112 utilizadores se pronunciaram, embora nem todos tenham apresentado sugestões. Na verdade, 17,9% dos que responderam disseram não saber o que fazer para melhorar (entre os quais se encontram as afirmações “*Eu só quero mesmo é comer e beber e ajuda para ir à casa de banho*” e “*Era sair de cá*”) e 36,6% afirmaram estar tudo bem e sentirem-se satisfeitos. A necessidade de outras valências ou outro tipo de permanência na instituição foi referida por 18,8% dos utilizadores, destacando-se a construção de um lar de idosos (alguns utentes sugeriram angariação de fundos para esse

efeito), sendo também sugeridas a construção de um pavilhão, uma rampa, uma sala maior, wc's e a existência de um sofá, bem como o desejo de internamento à noite e ao fim-de-semana. Nesta categoria encaixa-se também a seguinte ideia: *“No Inverno ir embora mais cedo, porque chegamos a casa muito de noite e tenho medo pelas funcionárias”*.

Foram também sugeridas outras atividades ou serviços (13,4%), tais como festas ou atividades de animação, desportivas, trabalhos manuais, atividades ligadas à música e à dança, cinema e internet sem fios, atividades de saúde e ainda, supomos, acompanhamento de atividades no exterior: *“Nada. Gostava de ir à praça fazer compras.”*

A melhoria da relação entre utentes, sobretudo mais diálogo, convívio, respeito e união, foi sugerida por 8,9% dos utilizadores, e 7,1% referiram também a necessidade de funcionárias mais atentas, empenhadas e carinhosas, e, pelo menos na opinião de um utente, mais bem pagas: *“As funcionárias deveriam ter mais disciplina e conversarem menos umas com as outras. Aumentarem os salários das funcionárias.”*

Por fim, 4,5% das propostas de melhoria vão para o sector da alimentação, que dizem ser por vezes má, havendo dois utentes a destacar a necessidade de sal na comida.

3. Avaliação da satisfação dos utilizadores dos Centros de Dia para idosos

3.1. Enquadramento teórico da metodologia de análise

Os modelos de equações estruturais podem ser definidos como uma classe metodológica de análise que visa a representação das hipóteses associadas às médias, variâncias e covariâncias dos dados observados, considerando um pequeno número de parâmetros estruturais estabelecidos por um modelo teórico ou uma hipótese concetual (Smelser & Baltes, 2001). São de facto uma ferramenta estatística de análise de dados que, recorrendo à análise multivariada e fatorial, representa as translações de uma série de hipóteses de relações de causa-efeito entre variáveis, com o objetivo de estimar quantitativamente os parâmetros de um modelo e os seus erros, visando o ajuste global do modelo aos dados e a determinação da aplicabilidade desses parâmetros a várias amostras (Knoke *et al.*, 2002).

Do ponto de vista histórico os modelos de equações estruturais derivam da conjugação de duas correntes de análise estatística, a análise fatorial e a modelação de equações. Esta

técnica consiste fundamentalmente em duas partes: a parte estrutural que liga as variáveis latentes por via de um sistema de equações e a parte de medição que liga as variáveis latentes às variáveis observadas, por via de um modelo fatorial restrito (confirmatório) (Smelser & Baltes, 2001).

Esta ferramenta de análise é frequentemente utilizada em várias áreas do conhecimento (Dang *et al.*, 2014; Tse *et al.*, 2011), permitindo a incorporação e entendimento das diversas relações que existem num sistema complexo. A utilização de variáveis latentes é um conceito que permite a representação das variáveis cuja análise por meios comuns torna-se difícil (Gaeddert & Oerther, 2014). Os modelos de equações estruturais tem vindo a ser usados com sucesso no âmbito da sociologia, psicologia e do serviço social, porém, nalguns estudos, a abordagem teórica, o enquadramento analítico e a expressão dos resultados são pobres, minimizando as potencialidades desta análise estatística na deteção de relações casuísticas entre as variáveis dos processos sociais.

Uma vantagem importante dos modelos de equações estruturais é a sua capacidade de combinar observações empíricas com relações entre situações não observadas num sistema integrado. A abordagem teórica inerente a esta análise procura representar a relação entre situações latentes (não observadas) com um ou mais indicadores observados (medições operacionais ou variáveis), construindo desta forma um conceito relacional.

No entanto, Guo *et al.* (2008) ao efetuarem uma revisão sistemática da aplicação dos modelos de equações estruturais na investigação em ciências sociais, referem que a fraca qualidade de alguns estudos pode comprometer o padrão de conhecimento nesta área específica. Deste modo, considera que para benefício dos investigadores é imperativo a melhoria das práticas seguidas na utilização desta ferramenta, uma vez que esta possui um papel cada vez mais importante no desenvolvimento de conhecimentos na área social.

A fiabilidade e validade de uma medida empírica são propriedades indispensáveis neste tipo de análise. A fiabilidade indica o grau de consistência dos resultados obtidos após distintas manipulações operacionais do mesmo conceito. Refere-se à replicação dos resultados obtidos nas mesmas condições. Por sua vez, a validade refere-se ao grau com que as manipulações operacionais de uma variável, refletem com precisão o conceito que pretendem representar (Knoke *et al.*, 2002). A fiabilidade de uma medição integra erros aleatórios. Se esses erros ocorrem quando uma medida é efetuada várias vezes nas mesmas condições, então os resultados obtidos formam uma distribuição normal em torno do valor

verdadeiro. O erro médio dessa distribuição representa a magnitude do erro da variável. Quanto maior o erro médio, menor a fiabilidade da variável.

O erro aleatório não se correlaciona com o valor verdadeiro da variável. O erro inerente à variável medida e o erro aleatório contribuem para a variância total da população (Smelser & Baltes, 2001). O quociente das variâncias do valor verdadeiro e observado definem a fiabilidade da medida de X .

A análise fatorial integra-se num grupo de métodos estatísticos que representam na forma de fatores comuns, a relação entre uma série de variáveis observadas. Os fatores comuns geram as covariâncias associadas às variáveis observadas (ou correlações, se todas as variáveis estiverem normalizadas em relação à média com variâncias unitárias). Na análise fatorial confirmatória é estabelecido à priori um modelo teórico de medida que descreve ou explica a relação entre os fatores comuns inerentes e as medições empíricas. Desta forma são utilizados critérios de ajuste estatístico para determinar o grau de consistência do modelo proposto.

Na *Figura 1* estabelece-se a hipótese de que as variáveis observadas relativas a três respostas negativas e quatro respostas positivas de atividades de animação social (X_1 a X_7) refletem-se em fatores latentes independentes mas correlacionados (ξ_1 e ξ_2), denominados Atividade 1 e Atividade 2 (Knoke *et al.*, 2002).

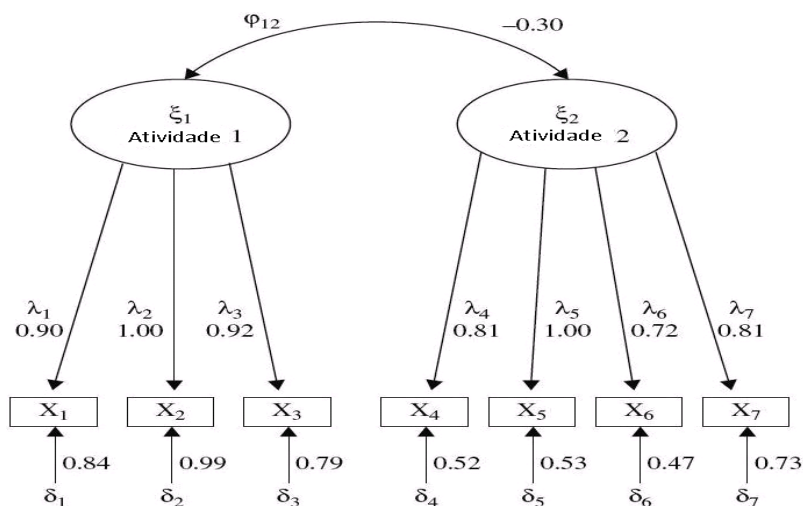


Figura 1. Análise fatorial confirmatória baseada em 2 fatores e 7 indicadores (adaptado de Knoke et al., 2002).

Os valores foram obtidos a partir de um inquérito efetuado a 1070 pessoas. λ representam os valores dos fatores (factor loadings) de cada variável observada em cada um dos fatores comuns e δ representam os erros associados a cada uma das variáveis observadas. Este exemplo ilustra que as relações latentes são responsáveis pela covariância dentro das variáveis observadas. Cada resultado observado resulta da combinação linear do fator não observado partilhado e do termo de erro associado.

A *Figura 1* assume que os sete erros não se correlacionam com os dois fatores e entre eles próprios (embora modelos alternativos permitam essas premissas). Assim, as únicas fontes de variância são os próprios fatores ξ e o seu termo de erro.

$$\sigma_{X_i}^2 = \lambda_i^2 \sigma_{\xi_k}^2 + \Theta_{\delta_i}^2 \quad (1)$$

Onde $\Theta_{\delta_i}^2$ representa a variância do erro em X . Dado que ξ_k não é observado, as suas variâncias não são conhecidas, podendo assumir-se que é uma variável normalizada com uma variância igual a 1. Desta forma,

$$\sigma_{X_i}^2 = \lambda_i^2 + \Theta_{\delta_i}^2 \quad (2)$$

Mais uma vez, esta expressão aproxima-se da expressão clássica na qual a variância de uma medida iguala a soma de duas componentes, são elas o valor verdadeiro da variância e o erro associado. Quando ambos os componentes são normalizados, a sua soma deve igualar 1. A fiabilidade de um indicador X define-se como a correlação entre um fator e o indicador. Este valor é a proporção da variação em X que é estatisticamente explicada pelo fator comum que se propõe a medir. Finalmente a covariância entre quaisquer dois indicadores num modelo multifatorial é o valor esperado para o produto dos valores dos fatores pela correlação entre os mesmos.

Um fator comum associado a um indicador não observado não possui escala definida, o que significa que tanto a ordenada na origem como a unidade de medida são arbitrárias. A unidade de medida pode ser dimensionada por uma das seguintes formas: fixando a variância dos fatores não observados à unidade, ou forçando os valores dos fatores de um

indicador (λ), chamado indicador de referência, para um valor específico (tipicamente 1). Este último, força a variância verdadeira associada aos fatores, a igualar a variância associada aos indicadores de referência. Este procedimento é demonstrado na *Figura 1* onde os valores das duas escalas são normalizados ao igualar a 1 os valores dos fatores associados aos indicadores X_2 e X_5 . Embora os sete valores estimados sejam todos positivos, os dois fatores possuem uma correlação negativa (-0,30) (Knoke *et al.*, 2002). O resultado da análise fatorial confirmatória pode expressar as relações de uma forma normalizada ou não normalizada. Dado que um modelo de equações estruturais resulta da análise integrada da estrutura e das medidas, a normalização pode ser efetuada em separado em cada nível, das seguintes formas: a solução normalizada dimensiona os fatores para que os desvios padrão assumam o valor de 1, mas mantenham a variável observada na sua escala original; a solução completamente normalizada força à unidade os desvios padrão das variáveis latentes e observadas.

3.2. Determinação dos dados de ajuste do modelo

A significância estatística dos parâmetros e a correspondência global entre os dados e os parâmetros do modelo são dois aspectos importantes neste tipo de análise. Os testes estatísticos para avaliar o ajuste global do modelo aos dados, envolvem a comparação de duas matrizes de variância-covariância: a matriz de covariâncias observada (S) entre os indicadores empíricos (K) associados aos dados da amostra, e a matriz de covariâncias esperada entre os mesmos valores de K determinados a partir dos parâmetros estimados do modelo (θ). Um programa de modelos de equações estruturais ajusta um modelo aos dados pela minimização da função de ajuste (Knoke *et al.*, 2002). A função de ajuste envolve diferenças entre as matrizes observadas e previstas.

Os programas de modelos de equações estruturais calculam uma série de índices que podem ser utilizados para avaliar a qualidade do ajuste global ao modelo. Muitos desses índices estão normalizados entre 0 e 1, com valores elevados a refletir ajustes melhores, porém, outros assumem escalas arbitrárias. Alguns desses índices são função do tamanho da amostra, como por exemplo χ^2 , enquanto que outros variam com os graus de liberdade.

Por exemplo, um índice frequentemente utilizado, o RMSEA (root mean square of approximation) mede a média do quadrado das diferenças entre as matrizes observadas e previstas por cada grau de liberdade. Valores de RMSEA baixos ($< 0,05$) indicam um ajuste apertado (Knoke *et al.*, 2002).

3.3. Modelos de equações estruturais

Os modelos de equações estruturais combinam os princípios da análise fatorial e outros modelos recursivos de causalidade na especificação de uma série de equações lineares que representam relações hipotéticas entre estruturas latentes e os seus múltiplos indicadores. Os modelos de equações estruturais integram dois componentes interrelacionados, um modelo associado às medições e um modelo associado à estrutura. O modelo associado às medições, que especifica o quanto as estruturas latentes são expressas pelos seus indicadores, descrevem as propriedades de medição desses últimos (fiabilidade e validade). Os modelos de equações estruturais expressam as relações causais entre as variáveis latentes, descrevem os seus efeitos diretos e indiretos, e atribuem variâncias explicadas e não explicadas às estruturas dependentes.

Os indicadores observados estão distribuídos em variáveis exógenas cuja variância é determinada fora do modelo e variáveis endógenas cuja variância é explicada pelo modelo. Um modelo de equações estruturais implica a existência de uma estrutura de covariância para as variáveis observadas. A estimativa do modelo assume os dados empíricos de uma amostra aleatória de N casos para os quais todos os indicadores tenham sido medidos. O programa estatístico utiliza um algoritmo integrativo para ajustar o modelo à matriz de covariância (S) associada aos indicadores. O programa estima simultaneamente os parâmetros livres associados aos modelos de estrutura e de medição, os erros para cada parâmetro e calcula vários índices de ajuste do modelo. Os diagramas são ferramentas indispensáveis na conceitualização e interpretação dos modelos de equações estruturais (Smelser & Baltes, 2001).

3.3.1. Índices e variáveis dos modelos de equações estruturais

Os modelos de equações estruturais consideram vários índices e variáveis cujos valores expressam no grau de qualidade da aplicabilidade do modelo aos dados de origem. Apresentam-se de seguida na *Tabela 23* os índices e variáveis utilizados neste trabalho, a sua descrição e alguns valores de referência considerados por vários investigadores.

Tabela 23
Índices de validação dos modelos de equações estruturais

<i>Sigla</i>	<i>Descrição</i>	<i>Valor de referência</i>
CMIN/DF	Quociente da diferença mínima pelos graus de liberdade	Próximo de 1
χ^2 relativo	$\frac{\chi^2}{df}$	Máximo 5 ou entre 3 e 1 Valores > 2 ajuste inadequado
NFI	Índice de Bentler-Bonett	Valores < 0,9 ajuste inadequado
RFI	Índice relativo de Bollen	Próximo de 1
IFI	Índice incremental de Bollen	Próximo de 1
TLI	Índice de Tucker-Lewis	Entre 0 e 1 ou próximo de 1
CFI	Índice comparativo de ajuste	Próximo de 1
RMSEA		Até 0,05: Bom; Próximos de 0,08: erro considerável; Maiores que 0,1: modelo inadequado

3.3.2. Metodologia e análise estatística

Os resultados dos inquéritos efetuados aos 186 indivíduos foram submetidos a análise estatística com o objetivo de avaliar a influência das características do utente, da estrutura e do ambiente social vivido no CDI, na satisfação global do utente.

Desta forma, utilizaram-se os métodos de análise de fiabilidade de consistência interna por avaliação do alfa de Cronbach, a análise fatorial exploratória e a análise de modelos de equações estruturais. Tal como referimos anteriormente, a análise estatística aplicada neste trabalho de investigação foi realizada com o programa SPSS Statistics version 20 e com o módulo SPSS AMOS version 20 da IBM. Os resultados são apresentados na forma de tabelas, gráficos e diagramas.

Na matriz de dados original foram selecionadas as variáveis relacionadas com a parte central do estudo. Essas variáveis correspondem às respostas para cada uma das componentes do estudo que visam integrar os modelos. As componentes são: satisfação com a vida; grau de voluntariedade no ingresso, características do ambiente social (comunicação, serviços, interação, moral); características da estrutura e do ambiente interior; serviços e atividades disponibilizados (saúde, reabilitação, animação, aconselhamento e básicos); estado de saúde do utilizador, avaliação cognitiva do utilizador, índice de depressão geriátrica e avaliação da satisfação global.

Com vista à obtenção dos modelos, procedeu-se à análise de fiabilidade de consistência interna por avaliação do alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach é uma estimativa da consistência interna associada ao *scores* que derivam de uma escala, sendo o seu valor importante dado que, na ausência de fiabilidade, não se verifica validade da própria escala. De seguida os dados foram submetidos a análise fatorial exploratória com o objetivo de verificar a existência de estrutura funcional de relação entre as variáveis em questão.

Sendo este um sistema complexo, a análise direta ou indireta do efeito de uma determinada variável é por vezes difícil de perceber. Desta forma, é importante fazer a análise conjunta de todos os efeitos e suas relações, recorrendo à modelação de equações estruturais. A análise de modelos de equações estruturais integra a aplicação conjunta da análise fatorial e da análise de regressão, permitindo verificar relações entre múltiplas variáveis em simultâneo, sejam elas latentes ou observadas.

3.4. Resultados

3.4.1. Análise de fiabilidade de consistência interna por avaliação do alfa de Cronbach

Caso 1 – análise considerando todas as variáveis não escalares

Num total de 186 casos dos quais 75 são válidos, o alfa de Cronbach foi estimado em .613, o que significa que 61,3 % da variabilidade dos resultados compostos, combinando os 92 itens (variáveis) que foram submetidos à análise, pode ser considerada como verdadeira, ou que, a sua variância interna é fiável.

De uma forma geral, o critério relativo ao alfa de Cronbach para aceitar o nível de fiabilidade de uma análise ronda os .70.

Outro aspeto importante desta análise é a avaliação das correlações internas associadas às variáveis envolvidas. Nalguns casos verifica-se que a intercorrelação é negativa, sendo que, de uma forma geral, neste tipo de análise é viável a obtenção de fatores de correlação na ordem de .3, ou superior, para que a escala seja aceitável. Estes fatores de correlação negativos poderão ser o motivo da obtenção de um alfa de Cronbach inferior a .70.

Na tabela seguinte (*Tabela 24*) avaliamos o fator de correlação de cada item relativamente à totalidade dos restantes, o que nos permite também observar o peso de cada uma das variáveis na escala total. De facto, as variáveis das componentes serviço e interação são as que apresentam fatores de correlação mais baixos.

Tabela 24
Avaliação estatística global para cada item (Caso 1)

Item ^a	Item Corrigido-Correlação Total	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
A1	0,135	0,608
A2	0,375	0,594
A3	0,001	0,615
A4	-0,02	0,616
A5	0,156	0,607
A6	0,268	0,602
A7	-0,137	0,622
A8	0,304	0,594
A9	0,326	0,597
A10	-0,12	0,62

A11	0,343	0,597
A12	0,293	0,598
A13	0,409	0,591
A14	0,163	0,606
A15	0,114	0,609
A16	-0,111	0,621
A17	0,202	0,603
A18	0,242	0,601
B1	0,035	0,616
C1	-0,321	0,641
C2	-0,224	0,633
C3	-0,171	0,628
C4	-0,169	0,625
D1	0,461	0,591
D2	0,499	0,586
D3	0,55	0,588
D4	0,516	0,589
E1	0,44	0,593
E2	0,564	0,587
E3	0,416	0,595
E4	0,282	0,6
F1	-0,46	0,652
F2	-0,511	0,657
F3	-0,439	0,653
F4	-0,093	0,623
G1	0,194	0,606
G2	-0,169	0,624
G3	0,337	0,6
G4	0,104	0,61
G5	0,4	0,597
G6	-0,126	0,62
G7	0,444	0,597
G8	0,427	0,595
H1	0,261	0,6
H2	0,16	0,607
H3	-0,038	0,617
I1	0,091	0,61
I2	0,156	0,608
J1	0,091	0,61
J2	0,09	0,611
J3	0,373	0,595
J4	0,17	0,609
J5	-0,049	0,615
J6	0,46	0,591
K1	0,296	0,599
K2	0,247	0,604
K3	0,227	0,604
L1	0,345	0,597
L2	0,063	0,612
L3	0,15	0,61
L4	0,233	0,603
L5	-0,18	0,621
L6	0,067	0,612
L7	0,035	0,612
L8	-0,105	0,62

L9	0,315	0,598
L10	0,146	0,608
M1	0,18	0,606
M2	0,301	0,599
N1	0,022	0,613
N2	-0,166	0,617
N3	0,11	0,61
N4	0,039	0,614
N5	0,272	0,6
N6	0,172	0,606
N7	0,052	0,612
O1	0,012	0,619
P1	0,266	0,604
Q2	-0,13	0,619
Q3	0	0,614
Q4	-0,128	0,619
Q5	0,267	0,603
Q6	0,159	0,607
Q7	0,179	0,607
Q8	-0,289	0,628
Q9	-0,265	0,627
Q10	0,006	0,614
Q11	0,038	0,612
Q12	0,151	0,608
Q13	0,228	0,604
Q14	0,034	0,613
Q15	-0,065	0,618

^a A identificação de cada item encontra-se na *Tabela 1* do anexo 2

Caso 2- análise considerando a exclusão das seguintes variáveis:

A3; A4; A7; A10; A16; B1; C1; C2; C3; C4; F1; F2; F3; F4; G6; L6; L9; P2; P4; P8; P9; P15

Neste caso, num total de 186 casos dos quais 97 são válidos, o alfa de Cronbach foi estimado em .845, o que significa que 84,5 % da variabilidade dos resultados compostos, combinando os 70 itens (variáveis) que foram submetidos à análise, pode ser considerada como verdadeira, ou que, a sua variância interna é fiável.

Dado que neste caso o alfa de Cronbach é elevado, bastante superior a .7, optou-se por reduzir o número de variáveis excluídas para maximizar a quantidade de informação extraível da amostra em questão. Apresenta-se de seguida o resultado dessa análise.

Caso 3 – análise considerando a exclusão das seguintes variáveis:

A3; A4; A7; A10; A16; G6; L6; L9; O2; O4; O8; O9; O15

Neste caso, num total de 186 casos dos quais 97 são válidos, o alfa de Cronbach foi estimado em .717, o que significa que 71,7 % da variabilidade dos resultados compostos, combinando os 79 itens (variáveis) que foram submetidos à análise, pode ser considerada como verdadeira, ou que, a sua variância interna é fiável.

3.4.2. Análise fatorial exploratória

Com o objetivo de verificar quantos fatores deverão ser extraídos na análise fatorial exploratória, efetuou-se uma análise de componentes principais inicial considerando eigenvalues superiores a 1. Analisando a representação gráfica dos eigenvalues, constata-se que os 4 primeiros fatores são os responsáveis pela maior parte da variância. Desta forma, optou-se por efetuar a análise com a extração de 4 fatores principais. Considerando esses mesmos fatores ortogonais, efetuou-se a análise selecionando a opção Varimax. De seguida apresentam-se os resultados para a extração de 4 fatores pelo método *Principal Axis Factoring*.

Caso 1 – análise considerando a exclusão das seguintes variáveis:

J1; J2; J3; J4; J5; J6; K1; K2; K3; L1; L2; L3; L4; L6; L7; L8; L9; L10; L11; M1; M2; N3; N5; N6; N7; N8; N9; N10

Tabela 25 - KMO e teste de Bartlett.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,506
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3903,649
	df	2211
	Sig.	0,000

Sendo o valor de KMO próximo de .6 e sendo esta uma medida de adequabilidade da amostra, verifica-se que a análise fatorial é adequada para a amostra em questão. O valor do teste de Bartlett é também significativo, o que quer dizer que a correlação entre as variáveis da matriz é significativamente diferente de zero.

Na *Tabela 26* encontra-se explicada a contribuição parcial e cumulativa dos fatores para a variância da amostra. A matriz de fatores extraídos pelo método: *Principal Axis Factoring*, mostra que os quatro primeiros fatores são responsáveis por 37,1 % da variância total da amostra em questão, apresentando os dois primeiros fatores os scores mais elevados relativos às variáveis discriminantes consideradas na análise.

Tabela 26

Matriz de fatores para as variáveis em estudo e % de variância por fator

Item	Fator			
	1	2	3	4
A1	0,321	-0,162	-0,003	-0,163
A2	0,506	-0,143	-0,161	0,004
A3	0,081	0,171	-0,451	-0,129
A4	0,123	-0,122	0,256	-0,059
A5	0,169	0,092	-0,302	-0,061
A6	0,393	-0,061	0,026	0,036
A7	-0,273	0,315	-0,148	0,251
A8	0,744	-0,18	-0,276	-0,011
A9	0,551	-0,202	-0,026	-0,176
A10	-0,21	0,411	-0,4	0,056
A11	0,556	-0,092	0,227	0,003
A12	0,514	-0,227	0,135	-0,035
A13	0,719	-0,141	0,012	0,099
A14	0,665	-0,046	-0,221	0,049
A15	0,146	0,199	-0,413	-0,098
A16	-0,016	0,274	-0,536	0,031
A17	0,547	-0,14	-0,084	-0,05
A18	0,305	0,058	-0,071	0,104
B1	0,144	-0,273	-0,012	0,13
C1	-0,593	0,152	0,259	0,08
C2	-0,619	0,143	0,364	-0,167
C3	-0,393	-0,074	0,387	-0,252
C4	-0,434	0,052	0,47	-0,347
D1	0,705	0,451	0,088	0,011
D2	0,6	0,426	0,153	-0,017

D3	0,536	0,525	0,261	-0,171
D4	0,462	0,454	0,283	-0,237
E1	0,324	0,488	0,106	-0,213
E2	0,511	0,49	0,136	-0,356
E3	0,376	0,51	0,143	-0,366
E4	0,377	0,394	0,147	-0,098
F1	-0,752	-0,165	0,248	0,062
F2	-0,84	-0,09	0,191	-0,059
F3	-0,731	-0,049	0,187	-0,083
F4	-0,313	-0,126	0,259	0,014
G1	-0,091	0,333	0,234	0,017
G2	-0,145	-0,192	0,05	-0,489
G3	0,036	0,588	0,227	0,072
G4	0,036	0,393	0,37	0,209
G5	0	0,495	0,35	-0,043
G6	-0,077	-0,213	0,101	-0,311
G7	0,163	0,579	0,424	-0,024
G8	0,237	0,467	0,278	-0,252
H1	0,127	0,225	0,283	0,597
H2	0,13	0,294	0,19	0,435
H3	-0,068	0,243	0,203	0,612
I1	0,038	0,386	0,033	0,225
I2	-0,045	0,258	0,152	0,487
O1	0,144	-0,317	0,268	0,08
P1	0,51	-0,263	0,304	0,326
P2	-0,218	0,124	-0,301	0,181
P3	-0,11	0,427	-0,514	-0,081
P4	-0,38	0,315	-0,276	0,097
P5	0,66	-0,181	0,1	0,146
P6	0,378	0,175	-0,375	0,028
P7	0,627	-0,153	0,109	0,185
P8	-0,472	0,064	-0,184	-0,019
P9	-0,503	0,195	-0,144	0,012
P10	-0,121	0,335	-0,331	0,043
P11	0,069	-0,233	0,275	0,197
P12	-0,01	0,421	-0,263	-0,011
P13	0,579	-0,104	0,116	-0,021
P14	0,034	0,225	-0,343	-0,102
P15	-0,251	0,382	-0,351	0,118
<i>Variância (%)</i>	17.2	9.1	6.6	4.2

3.4.3. Modelos de equações estruturais

Apresentam-se de seguida os modelos propostos para a análise da estrutura de cada uma das variáveis estudadas e os modelos para a relação entre as mesmas. Os passos anteriores desaconselham a integração nos modelos de todas as variáveis que nos tínhamos proposto analisar. Assim ficámos apenas com: satisfação com a vida, comunicação, serviços prestados, interação e ambiente moral (ambiente social), satisfação global, estrutura e ambiente interior e serviços de saúde e animação. Nalguns casos, como por exemplo a variável satisfação com a vida, foram excluídos elementos com uma contribuição negativa para a análise em questão, tendo por base a avaliação dos índices de avaliação de ajuste do modelo, tais como o RMSEA. Importa também referir que a construção dos modelos centrou-se na avaliação do impacto de variáveis não observadas relevantes, sobre a variável não observada satisfação global. Para tal, por cada um destes itens, selecionaram-se as variáveis observadas de interesse estatístico, pela avaliação, por exemplo, de fatores de correlação e variabilidade interna. Foi apenas avaliado o impacto das componentes do ambiente social, estrutura e ambiente interior e serviços de saúde e animação na satisfação global.

Os modelos hipotéticos gerados e que se apresentam de seguida, cobrem a gama combinatória de variáveis com interesse neste estudo, pelo que não foram gerados modelos alternativos.

Modelo 1 – Satisfação com a vida (exclusão de itens com coeficientes de correlação inferiores a .5)



Figura 2. Diagrama do modelo para a variável satisfação.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 25,369 com 14 graus de liberdade e um nível de significância p de $< .031$.

Tabela 27 – Coeficientes de efeitos totais normalizados

Variável	Coeficiente
A17	0,66
A14	0,562
A13	0,683
A11	0,616
A9	0,629
A8	0,78
A2	0,68

Tabela 28 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Satisfação	,131	,047	2,806	,005

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 1,812; NFI 0,865; RFI 0,798; IFI 0,935; TLI 0,898; CFI 0,932; RMSEA 0,105. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 1,81 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 2 – Ambiente social

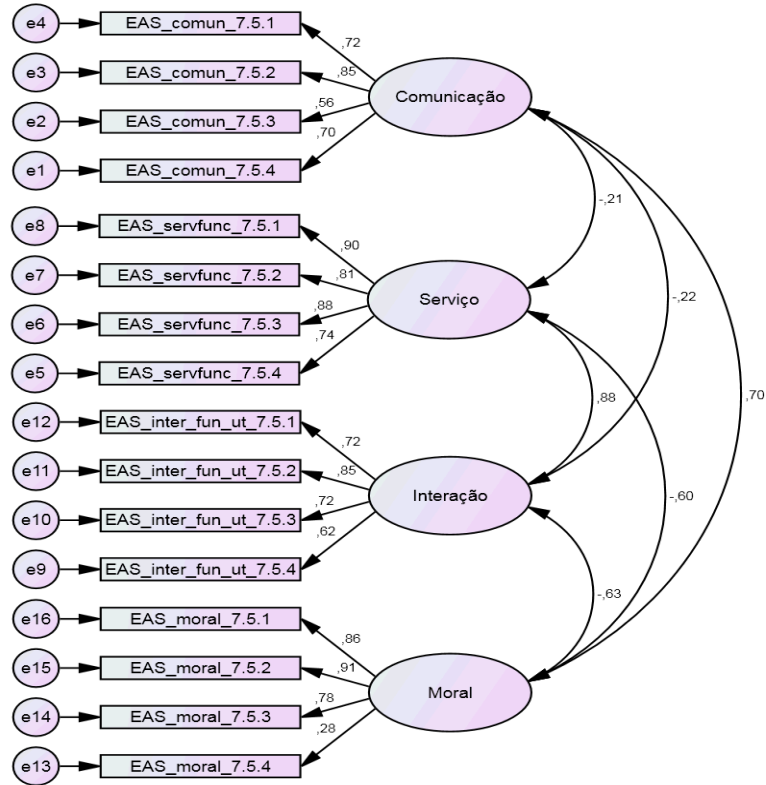


Figura 3. Diagrama do modelo para a variável ambiente social.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 154,771 com 98 graus de liberdade e um nível de significância $p < .001$.

Tabela 29 – Coeficientes de efeitos totais normalizado

Normalizado				
Variável	Moral	Interação	Serviço	Comunicação
F4	,865	,000	,000	,000
F3	,907	,000	,000	,000
F2	,785	,000	,000	,000

F1	,280	,000	,000	,000
E4	,000	,718	,000	,000
E3	,000	,850	,000	,000
E2	,000	,723	,000	,000
E1	,000	,622	,000	,000
D4	,000	,000	,900	,000
D3	,000	,000	,815	,000
D2	,000	,000	,878	,000
D1	,000	,000	,735	,000
C4	,000	,000	,000	,715
C3	,000	,000	,000	,853
C2	,000	,000	,000	,561
C1	,000	,000	,000	,698

Tabela 30 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Comunicação	,172	,054	3,212	,001
Serviço	,145	,040	3,600	***
Interação	,119	,042	2,834	,005
Moral	,038	,032	1,180	,238

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 1,579; NFI 0,808; RFI 0,765; IFI 0,920; TLI 0,899; CFI 0,917; RMSEA 0,088. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo

adequado, o χ^2 relativo de 1,58 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 3 – Satisfação global



Figura 4. Diagrama do modelo para a variável satisfação global.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 33,671 com 9 graus de liberdade e um nível de significância $p < .001$.

Tabela 31 – Coeficientes de efeitos totais normalizados

Variável	Coefficiente
G8	,656
G7	,763
G5	,835
G4	,605
G3	,719
G1	,544

Tabela 32 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Satisfação	,069	,029	2,371	,018

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 3,741; NFI 0,825; RFI 0,709; IFI 0,866; TLI 0,768; CFI 0,861; RMSEA 0,192. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 3,74 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 4 – Estrutura da relação entre as componentes do ambiente social e a satisfação global

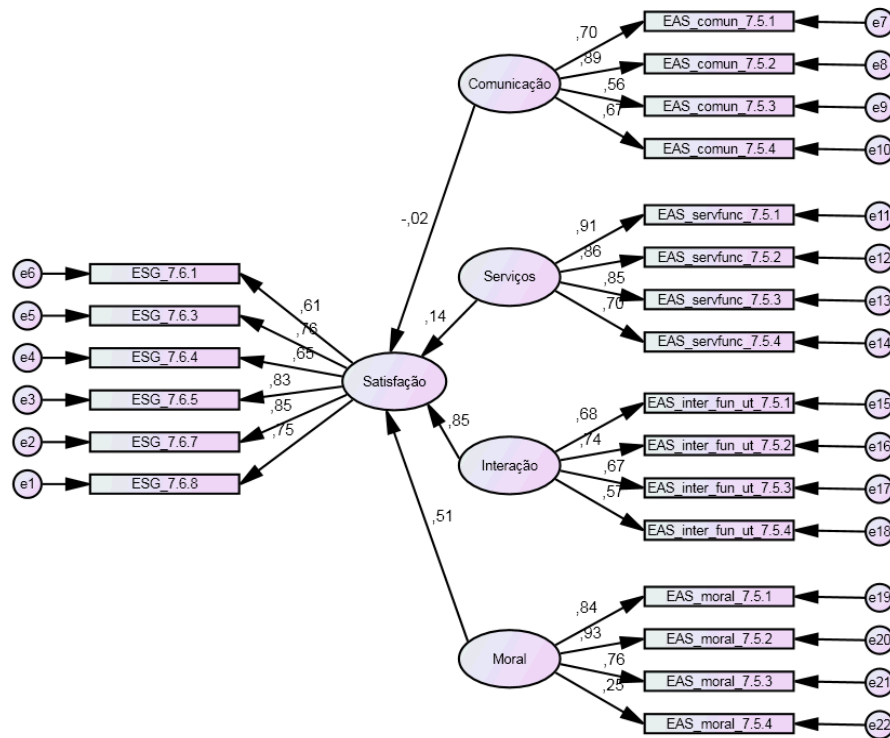


Figura 5. Diagrama do modelo para as variáveis satisfação global e ambiente social.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 472,079 com 206 graus de liberdade e um nível de significância $p < .001$.

Tabela 33 – Coeficientes de efeitos totais normalizados

Variável	Moral	Interação	Serviços	Comunicação	Satisfação
Satisfação	0,512	0,848	0,136	-0,018	0
F4	0,25	0	0	0	0
F3	0,764	0	0	0	0
F2	0,934	0	0	0	0
F1	0,843	0	0	0	0
E4	0	0,569	0	0	0
E3	0	0,665	0	0	0
E2	0	0,743	0	0	0
E1	0	0,685	0	0	0
D4	0	0	0,699	0	0
D3	0	0	0,854	0	0
D2	0	0	0,855	0	0
D1	0	0	0,909	0	0
C4	0	0	0	0,668	0
C3	0	0	0	0,556	0
C2	0	0	0	0,893	0
C1	0	0	0	0,696	0
G1	0,313	0,519	0,083	-0,011	0,612
G3	0,391	0,647	0,104	-0,014	0,763
G4	0,332	0,55	0,088	-0,012	0,649
G5	0,423	0,7	0,112	-0,015	0,826
G7	0,435	0,721	0,115	-0,015	0,85
G8	0,384	0,635	0,102	-0,013	0,749

Tabela 34 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Comunicação	,297	,093	3,207	,001	par_22
Serviços	,244	,050	4,893	***	par_23
Interação	,115	,036	3,177	,001	par_24
Moral	,473	,109	4,344	***	par_25

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 2,292; NFI 0,594; RFI 0,544; IFI 0,722; TLI 0,679; CFI 0,714; RMSEA 0,132. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 2,29 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 5 – Estrutura e ambiente interior

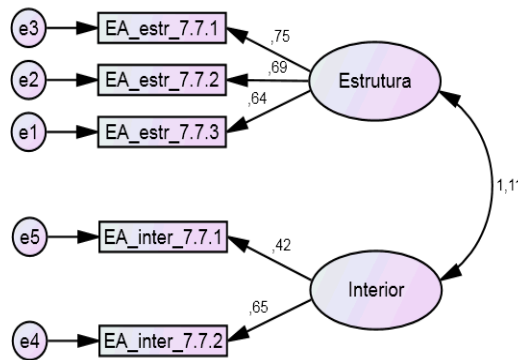


Figura 6. Diagrama do modelo para as variáveis estrutura e ambiente interior.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 5,3 com 4 graus de liberdade e um nível de significância p de $< .220$.

Tabela 35 – Coeficientes de efeitos totais arbitrários e normalizados

	Estrutura	Interior
I2	,000	,421
I1	,000	,652
H3	,751	,000
H2	,690	,000
H1	,638	,000

Tabela 36 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Estrutura	,100	,036	2,777	,005
Interior	,081	,035	2,286	,022

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 1,330; NFI 0,948; RFI 0,871; IFI 0,987; TLI 0,964; CFI 0,986; RMSEA 0,067. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 1,33 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 6 – Estrutura da relação entre as componentes do ambiente interior e estrutura das instalações e a satisfação global

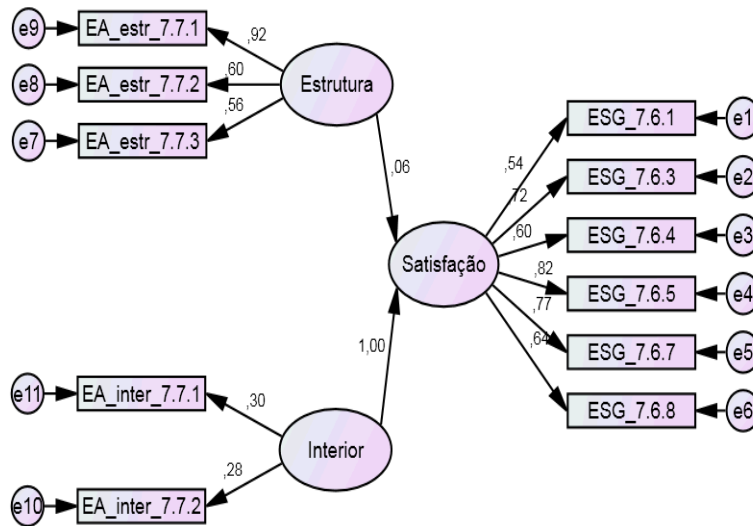


Figura 7. Diagrama do modelo para as variáveis ambiente interior e satisfação global.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 119,611 com 43 graus de liberdade e um nível de significância $p < .001$.

Tabela 37 – Coeficientes de efeitos totais normalizados

	Interior	Estrutura	Satisfação
Satisfação	,998	,062	,000
I1	,300	,000	,000
I2	,278	,000	,000
H1	,000	,918	,000
H2	,000	,605	,000
H3	,000	,558	,000

G8	,638	,040	,640
G7	,764	,047	,765
G5	,820	,051	,822
G4	,603	,038	,605
G3	,718	,045	,719
G1	,543	,034	,544

Tabela 38 – Variâncias associadas ao default model

	Estimate	S.E.	C.R.	P
Estrutura	,076	,035	2,192	,028
Interior	,015	,013	1,135	,256

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 2,782; NFI 0,649; RFI 0,552; IFI 0,743; TLI 0,658; CFI 0,732; RMSEA 0,155. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 2,78 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

Modelo 7 – Estrutura da relação entre os serviços de saúde e serviços de animação e a satisfação global

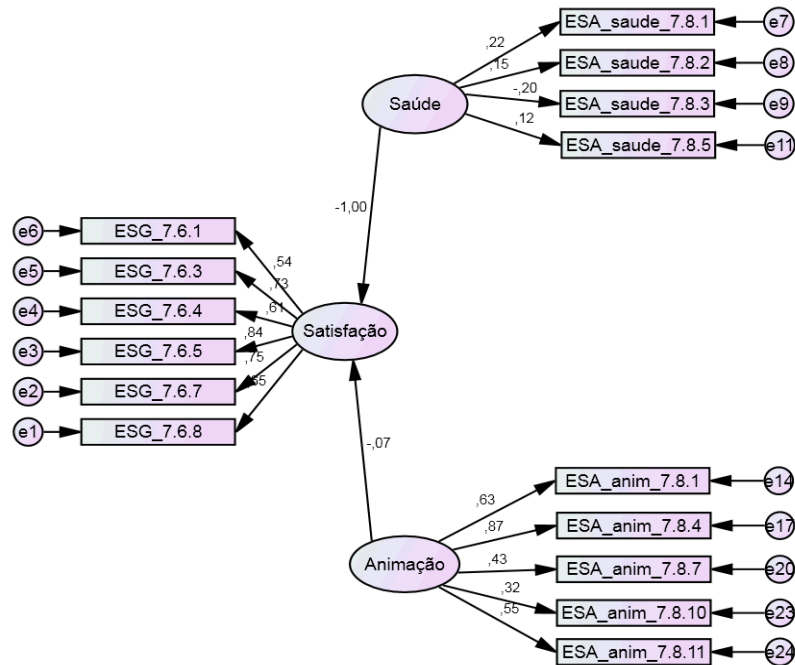


Figura 8. Diagrama do modelo para as variáveis saúde/animação e satisfação global.

A convergência do modelo foi atingida com um mínimo determinado para um χ^2 de 212,753 com 89 graus de liberdade e um nível de significância $p < .001$.

Tabela 39 – Coeficientes de efeitos totais normalizados

	Animação	Saúde	Satisfação
Satisfação	-,067	-,998	,000
L11	,546	,000	,000
L10	,320	,000	,000
L7	,433	,000	,000
L4	,867	,000	,000

L1	,630	,000	,000
J5	,000	,122	,000
J3	,000	-,201	,000
J2	,000	,150	,000
J1	,000	,217	,000
G1	-,036	-,541	,542
G3	-,049	-,728	,729
G4	-,041	-,605	,606
G5	-,056	-,836	,837
G7	-,051	-,752	,753
G8	-,044	-,649	,651

Tabela 40 – Variâncias associadas ao default model

	<i>Estimate</i>	<i>S.E.</i>	<i>C.R.</i>	<i>P</i>
Saúde	,010	,012	,880	,379
Animação	,121	,047	2,609	,009

Obtiveram-se os seguintes índices de validação do modelo: CMIN/DF 2,390; NFI 0,521; RFI 0,435; IFI 0,651; TLI 0,569; CFI 0,635; RMSEA 0,137. Pese embora alguns índices se encontrem distantes dos valores considerados típicos para considerar o ajuste ao modelo adequado, o χ^2 relativo de 2,39 encontra-se dentro da gama de validação, pelo que a disparidade dos valores poder-se-á dever à reduzida dimensão da amostra.

3.5. Avaliação geral

A aplicação dos modelos de equações estruturais mostrou-se adequada para a avaliação das relações entre as variáveis selecionadas para o estudo, permitindo a constatação das relações e fatores que contribuem para o nível de satisfação global dos intervenientes. A adaptabilidade dos modelos baseou-se numa avaliação integrada dos índices típicos de ajuste, considerando as gamas estabelecidas na literatura. Devem ser tomadas em consideração os valores dos coeficientes de correlação dos efeitos totais arbitrários e normalizados, relativos à relação entre as variáveis latentes e as variáveis operacionais (observadas). Esta análise permite verificar quais as variáveis operacionais com um peso determinante na expressão da respetiva variável latente (coeficientes mais elevados indicam um maior peso). Os mesmos tipos de observações devem ser efetuados na avaliação da relação entre as variáveis latentes. A título de exemplo, observando a *Figura 5*, é visível que a variável interação tem um peso superior na expressão da variável satisfação global, comparativamente às restantes variáveis incluídas no modelo (moral, serviços e comunicação).

Capítulo V – Discussão dos resultados e conclusões

O presente capítulo encontra-se organizado em dois pontos. No primeiro será realizada a discussão dos resultados da investigação de modo a salientar e interpretar os aspetos de maior relevância na mesma, estabelecendo sempre que possível comparação com estudos de outros investigadores. De seguida, um segundo ponto apresentará uma síntese das principais conclusões do trabalho, as limitações do estudo e sugestões para investigações futuras.

Sendo este um estudo exploratório/explicativo com intuito de descrever e caracterizar fenómenos pretende, de forma modesta, contribuir como ponto de partida para estudos futuros através de sugestões e pistas para investigação.

O presente trabalho centra-se em dois aspetos: a caracterização do perfil dos utilizadores/clientes e compreensão da relação que estes estabelecem com o CDI, e avaliação do contributo das variáveis elencadas na satisfação global dos indivíduos participantes no estudo. Concretamente num primeiro momento focámo-nos sobre a caracterização do utilizador nas vertentes: sociodemográfica, financeira, social, física e mental, ocupacional entre outras. E, paralelamente, em conhecer a relação que o utilizador estabelece com o Centro de Dia através da autoavaliação dos programas e serviços disponibilizados, da prestação dos serviços, da qualidade dos prestadores, das relações entre os intervenientes e da organização da estrutura onde funciona o Centro de Dia. Num segundo momento tentar-se-á analisar o contributo das variáveis satisfação com a vida, comunicação, serviços prestados, interação e ambiente moral (ambiente social), satisfação global, estrutura e ambiente interior e serviços de saúde e animação para a satisfação global dos utilizadores do CDI.

A discussão de resultados divide-se nestas duas abordagens distintas mas congruentes com os objetivos do estudo que passaremos seguidamente a apresentar.

1. Perfil dos utilizadores do Centro de Dia

1.1. Feminidade e viuvez

No que concerne à predominância de utilizadores do sexo feminino o presente estudo encontra-se alinhado com estudos apresentados anteriormente (Leitner & Leitner, 1995; Samuelsson *et al.*, 1998; Dabelko & Balaswamy, 2000; Benet, 2003; González & Capilla, 2004; Ferreira & Monteiro, 2008; MMI, 2010; Brown *et al.*, 2012) e, ainda que a discrepância percentual entre os géneros não seja unânime, a diferença é comum a todos os estudos.

A média de idades dos constituintes da nossa amostra situa-se nos 77,7 anos, aproximando-se dos valores dos estudos Svidén *et al.* (2004) e de González e Capilla (2004) que expõem médias de idades superiores a 78 e a 81 anos respetivamente. Importa salientar que metade da amostra (51,1%) possui entre 80 e 89 anos, o que poderá evidenciar que frequentam o CDI um número significativo de utentes com idades avançadas (Benet, 2003; Pulliero *et al.*, 2007). Ao partirmos da premissa, defendida por alguns estudos, que as pessoas mais velhas necessitam de mais cuidados devido ao aumento das necessidades que apresentam (O'Keefe & Siebenaler, 2006), evidencia-se uma necessária reorganização do CDI para responder às especificidades dos indivíduos desse grupo etário. Tal como foi anteriormente defendido por Quaresma (1986) o envelhecimento progressivo da população confronta o CDI com necessidades diversificadas de intervenção. Verificamos pela cronologia do autor que esta não é uma problemática recente, mantêm-se, no entanto, atual como podemos confirmar com o presente estudo. Permanecendo, deste modo, por aferir de que modo o CDI se preparou para prestar apoio a utilizadores mais velhos.

Uma descoberta interessante verifica-se na amplitude de idades dos utentes, assunto já anteriormente abordado Leitner e Leitner (1995). Especificamente, na nossa amostra, a idade do utente mais novo é de 50 e a idade do mais velho é de 96 anos. Encontramos apenas em outro estudo (Sanders *et al.*, 2007) a referência a utilizadores com idades inferiores a 60 anos, sem, no entanto, ser mencionada qualquer tipo de explicação relativa ao facto, o que nos poderá levar a crer na sua irrelevância percentual. Contrariamente, na nossa amostra o número de utilizadores menores que 60 anos representa 12,7% dos utentes que frequentam o CDI, levando-nos a presumir que sejam indivíduos em situação de

exclusão social, resultante de condições de precariedade económica, dependência de álcool ou drogas ou de patologia mental. Apontamos como hipótese que a situação de vulnerabilidade social poderá influenciar a integração precoce no CDI, no entanto, esta questão não é clara necessitando, por isso, de estudos amplos e profundos sobre as características dos indivíduos, o número de pessoas nesta condição etária que utilizam a resposta, diferenças entre meios rural/urbano e motivo de ingresso no CDI.

A viuvez é o estado civil mais representativo na população analisada, corroborado pelos dados do estudo de Benet (2003), Lecovich e Biderman (2011) que apresentam dados similares. No entanto, para outros estudos a predominância do estado civil pode variar entre viúvo e casado (Artaso *et al.*, 2001). De diferente modo a pesquisa de Svidén *et al.* (2004) encontrou predominância de pessoas solteiras como utentes do CDI. Não sendo claro, no nosso entender, que exista um padrão no que concerne ao estado civil, o que sabemos, através da análise documental (Carrilho & Craveiro, 2015) é que a longevidade das mulheres é mais elevada do que a dos homens, sendo que este facto poderá conduzir, por um lado, a um número mais elevado de mulheres e, por outro lado, à existência de um maior número de viúvas. Deste modo, influenciando fortemente, como analisamos, a predominância de mulheres utilizadoras do CDI e cujo estado civil é a viuvez, assemelhando-se aos dados apresentados no estudo de Zank e Schacke (2002).

1.2. Escolaridade e rendimentos

Relativamente às habilitações académicas o estudo em causa indica que a maioria (72,2%) dos utilizadores possui como grau de escolaridade o primeiro ciclo, que pode ser completo ou incompleto. A baixa escolaridade encontra-se analogamente referenciada em outros estudos (Artaso *et al.*, 2001; Benet, 2003; Lecovich & Biderman, 2011). Estes resultados consideram-se estar associados às características da vida profissional que se representam, na nossa amostra, por tarefas agrícolas, pesca e floresta (40,6%) e funções não qualificadas (32,2%). Especificamente, de acordo com Benet (2003), as mulheres dedicavam-se essencialmente às tarefas de cuidar da casa e, quando trabalhavam fora de casa, o serviço doméstico era igualmente o conjunto de tarefas desempenhadas. Ainda segundo o mesmo autor, situações precárias de trabalho podem influenciar os valores auferidos atualmente

que, no nosso estudo, advêm da pensão de reforma (83,1%) e de sobrevivência (35,4%). A maior percentagem (30,6%) refere auferir rendimentos até 475€ sendo que para os restantes elementos os valores são mais baixos ou até mesmo para alguns (2,2%) supomos que o rendimento poderá ser zero. Ainda no que concerne ao presente estudo o maior número de entrevistados (40,2%) menciona que os valores auferidos se encontram reportados no intervalo entre salário mínimo até à pensão do sistema contributivo, seguindo-se por aqueles (29,5%) que auferem valores entre pensão do sistema contributivo até à pensão social (29,5 %). De igual modo, em outros trabalhos nacionais (Ferreira *et al.*, 2008) os idosos que frequentam o CDI auferem baixos rendimentos. Dabelko e Balaswamy (2000) ao compararem utentes de CDI com utentes de SAD observam que os primeiros apresentam rendimentos mais baixos. Contrariamente, outros trabalhos referem que o agregado familiar dos utilizadores do CDI caracteriza-se por possuir uma situação económica moderada (Pulliero *et al.*, 2007) e no estudo Lecovich e Biderman (2011) o estatuto económico é percebido pelos indivíduos como bom. Deste modo, é imprudente referir que os baixos rendimentos serão uma característica dos utilizadores do CDI em Portugal, no entanto, considera-se pertinente uma análise mais aprofundada sobre características financeiras dos utilizadores do CDI e à influência de motivações económicas, tal como refere Benet (2003), na escolha e utilização deste recurso. Ainda no âmbito financeiro os resultados do nosso estudo indicam que o valor médio em euros pago pela utilização do CDI é de 148,72 €, balizado pelo valor mínimo 12€ e o máximo 385€.

1.3. Núcleo familiar e habitacional

No que respeita à composição familiar apuramos que, para a maioria dos elementos da amostra, o seu núcleo familiar é constituído apenas pelos filhos. Relativamente à coabitação a maioria (47,1%) vive com os filhos (90% da nossa amostra refere ter filhos), na grande maioria numa habitação unifamiliar e que se localiza integrada na comunidade. Na mesma linha do estudo de González e Capilla (2004) em que apresenta valores elevados de coabitação com os filhos dos utilizadores de um CDI, no entanto, esta mesma estrutura está situada em zona urbana. Para Franciulli *et al.* (2007) a partilha da habitação estende-se para além dos filhos ao verificar a maioria dos idosos que frequentam o recurso

estão integrados núcleos familiares multigeracionais. A percentagem de indivíduos a viver sozinhos apresenta-se diminuta, situando-se nos 27%. Inversamente existem outros estudos em que predominam os utilizadores que vivem sozinhos (Dabelko & Balaswamy, 2000; Lecovich & Biderman, 2011). Samuelsson *et al.* (1998) descreve que nos CDI independentes os utentes frequentemente vivem sozinhos. Benet (2003) unifica esta discrepância uma vez que enuncia percentagens iguais para utentes de CDI que vivem sozinhos e que vivem com filhos.

Independentemente de com quem coabitam 158 dos indivíduos da nossa amostra que responderam a esta questão, referem possuir um cuidador, apesar de nem todos considerarem a necessidade desse apoio. Para a esmagadora maioria esse cuidador é filho (70,2%) com quem partilha a habitação (58,7%), o mesmo bairro ou a mesma rua (20%). Subentendemos, deste modo, que o recurso ao CDI poderá estar determinado por fatores ligados à falta de disponibilidade de um familiar para cuidar e à ausência de respostas aceitáveis tanto dentro como fora da organização familiar (José & Wall, 2006), criando deste modo uma gestão partilhada de cuidados a prestar ao idoso, também designado pelos autores antecedentes como perfil misto apoiado no Centro de Dia. Por outro lado, Artaso *et al.* (2001) revela que a utilização do CDI pode não estar relacionada com dificuldade ao nível do apoio familiar, uma vez que, na sua pesquisa, uma percentagem elevada (89%) de frequentadores do CDI contavam com um cuidador principal dentro do núcleo familiar e em média com dois cuidadores secundários. Apesar disso, o estudo não indica resultados a partir dos quais seja possível averiguar a disponibilidade dos cuidadores e as necessidades individuais dos idosos. Como verificamos em diversos momentos do trabalho, os cuidadores também são alvo de intervenção para o CDI, deste modo, o recurso promove para estas ações de assessoria, formação e apoio (Rodriguez, 2001). Uma vez que o propósito do CDI é prestar apoio à pessoa idosa, os cuidadores utilizam-no como uma oportunidade para o alívio tornando-o num recurso eleito para o cuidado. Nesta ótica, Samuelsson *et al.* (1998) e Pulliero *et al.* (2007) salientam que em alguns CDI as características do cuidador e seu bem-estar tendem a ser mais importantes do que as características do utilizador. Neste âmbito, Conrad *et al.* (1993) vai ainda mais longe ao considerar que, na tipologia *Centro de Dia de Apoio a Familiares de Doentes de Alzheimer*, os cuidadores são tratados como sendo os verdadeiros utilizadores.

No que concerne aos cuidados prestados pelo cuidador são referenciados pelos nossos sujeitos, o acompanhamento a consultas, a aquisição de bens no exterior, a higiene e a arrumação da habitação e o tratamento de roupa. Estes são administrados com uma intensidade elevada nomeadamente mais de cinco horas por dia (35,1%), entre três a cinco horas (24,6%), ou mesmo, em permanência (21,9%).

1.4. Caracterização das necessidades do utilizador

As necessidades e dependência no cuidado reportam-nos para a caracterização dos utilizadores do CDI no que concerne à funcionalidade englobando as vertentes psicológica e fisiológica. Na primeira vertente o CDI é considerado um recurso útil aos indivíduos com transtornos cognitivos (Pilar *et al.*, 2004) premissa esta confirmada pelo nosso estudo uma vez que 48,4% dos utilizadores dos CDI estudados apresentam indícios de deterioração cognitiva. Parece ser unânime que, em maior ou menor número, o CDI é utilizado por indivíduos portadores de quadro demencial independentemente da especificidade do seu diagnóstico (Manchola, 2000; Artaso *et al.*, 2001; Caro *et al.*, 2002; Sanders *et al.*, 2007; Brown *et al.*, 2012). Para além dos equipamentos desenvolvidos especificamente para indivíduos portadores de demência, anteriormente descritos e caracterizados nos diversos estudos apresentados neste trabalho (Lindeman *et al.*, 1991; Conrad & Guttman, 1991; Samuelsson *et al.*, 1998; Manchola, 2000; Tajés, 2003; Cabrero, 2006; Pulliero *et al.*, 2007), existem outros CDI que congregam utentes com patologias diferenciadas.

Ao nível dos distúrbios de humor, a população em estudo apresenta sintomatologia depressiva nos graus ligeira (38,2%) e moderada (30,9%). De modo similar os estudos de Leitner e Leitner (1995), Manchola (2000), Franciulli *et al.* (2007), encontraram nos utilizadores do CDI sintomas de depressão, contrariamente ao estudo de Benet (2003) que não encontrou indícios no que concerne a este distúrbio de humor. No entanto, os resultados obtidos na amostra em estudo, levam-nos a conjecturar que apesar da existência de um número significativo de indivíduos com sintomatologia depressiva, esta poderá, de certo modo, estar ligada a níveis de insatisfação com a sua vida atual, nomeadamente quando uma percentagem elevada de inquiridos concordam com as afirmações “Sinto-me

velho/a e de alguma forma cansado/a” (77,4%) e “Este é o período mais deprimente da minha vida” (69%).

Não é manifesto que a nível institucional se desenvolvam ações de intervenção específicas para utilizadores com quadro demencial ou depressão. Esta afirmação baseia-se nos dados obtidos que revelam que menos de metade das instituições (5) indicam possuir acompanhamento psicológico ao cliente e que apenas 23,6 % dos idosos respondentes identificam a existência do serviço no CDI que frequentam. De igual modo, a identificação, pelos idosos, da oferta dos serviços “terapia de grupo” e “aconselhamento individual” (9,1% e 19,6%) é reduzida apesar do nível de utilização ser elevado (66,7% e 58,1%). Assim sendo, a literatura analisada sugere que poderão existir utilizadores no CDI com diagnóstico demencial e sintomatologia depressiva, não sendo possível avaliar, na nossa investigação, que recursos de intervenção são disponibilizados, pelos CDI estudados, para os indivíduos com as problemáticas identificadas anteriormente e o modo como são divulgados à população cliente.

A avaliação comportamental, baseada na perceção dos prestadores responsáveis pelos cuidados (independentemente da sua categoria profissional), revelou que a maioria (73,3%) dos utilizadores da nossa amostra não apresenta comportamentos problemáticos. Assim, os dados aferidos contrariam os dados resultantes do trabalho de investigação desenvolvido por Artaso *et al.* (2001) cujos utilizadores do CDI apresentam comportamentos de agitação, irritabilidade e atividades psicomotoras anómalas, sendo que, neste estudo, a amostra era constituída na sua maioria (66%) por indivíduos diagnosticados com demência. Manchola (2000) inclui no seu modelo concetual de CDI *Psicogeriatrico* o perfil de utilizador com problemas de conduta e as suas múltiplas manifestações como sejam agressividade, tendência para fuga e transtornos de comportamento sexual. Ainda no âmbito da problemática comportamental os trabalhos de investigação de Mossello *et al.* (2008), Zarit *et al.* (2011) e Logsdon *et al.* (2014) abordam os comportamentos problemáticos dos utilizadores com demência e a influência do CDI nessa tipologia de comportamentos. De um modo frágil parece haver, na literatura, uma associação entre os comportamentos problemáticos e a tipologia de CDI direcionado para utentes com demência ou com um rácio elevado de utilizadores demenciados.

O CDI desempenha uma função no apoio a indivíduos não autónomos para a realização das ABVD necessitando do auxílio de outros para a realização das mesmas (Arrazola *et al.*,

2003). Tal como foi demonstrado no estudo de González e Capilla (2004) a aplicação do índice de Barthel revelou que 97% dos utilizadores do CDI eram portadores de algum tipo de dependência e apenas 3% eram independentes. Na população observada por Brown *et al.* (2012), os idosos apresentavam em média dificuldades na realização de duas ABVD, enquanto para Artaso *et al.* (2000), um maior número de indivíduos manifestavam mais dificuldades na realização de tarefas como tomar banho (86%), vestir (67%) e incontinência urinária (49,5%). Surpreendentemente, a maioria dos indivíduos da nossa amostra classificam-se como independentes (53,7%), sendo baixa a percentagem de utentes severa ou totalmente dependentes. Indo de encontro ao defendido por José *et al.* (2002) que os CDI em Portugal não estão vocacionados para apoiarem utilizadores com grau elevado de dependência. No grupo dos mais novos, a maioria é independente bem como no grupo etário mais representado na nossa amostra (80-89), pois apesar de se distribuírem por todos os graus de dependência, a grande parte destes idosos é independente ou ligeiramente dependente. Resultados que nos parecem incongruentes quando comparados com outros itens do protocolo. Assim sendo, verifica-se que a principal motivação dos idosos (41,2%) para ingresso no CDI é a dependência ou a doença. A maioria dos respondentes (98,4%) utiliza os CDI cinco dias por semana, isto é, em toda a amplitude semanal de funcionamento. Verifica-se que uma percentagem elevada de indivíduos utiliza os serviços de cuidados de higiene (57,7%) e cuidados de imagem (62,5%). No que respeita aos cuidados formais todas as instituições do estudo (12) disponibilizam serviços os básicos: cuidados de higiene, cuidados de imagem, refeições, apoio à refeição, tratamento de roupa aos utentes, no qual se supõe que esta oferta está em sintonia com as necessidades dos utilizadores e suas famílias. Parece-nos relevante destacar que relativamente ao apoio à alimentação apenas 30,9% referir utilizar o serviço. Facto que, no nosso entender, parece evidenciar dificuldades de compreensão sobre o conteúdo da questão, uma vez que, no que toca aos cuidados prestados por cuidadores informais, 75% dos indivíduos refere necessitar de alimentação (que inclui a realização e o apoio na tarefa).

Quanto às AIVD, estas são aquelas que permitem ao indivíduo manter-se independente no contexto comunitário. Possui relevância a avaliação das mesmas uma vez que os utilizadores do CDI ao manterem-se nos seus domicílios têm necessidade de realizar algumas delas. Para além disso, a dependência em algumas das atividades instrumentais poderá ser preditiva no diagnóstico de deterioro cognitivo (Arrazola *et al.*, 2003). A

população em estudo apresenta o número mais elevado de indivíduos com capacidade de realização tarefas como seja tomar a medicação nas doses e em horários correto (41,3%) e manusear dinheiro para a compra de bens necessários ao seu dia a dia (45,7%), apesar de 32,9% dos inquiridos avaliados serem incapazes de realizar compras. No que diz respeito às atividades os resultados indicam valores mais elevados na incapacidade de execução de refeições (48,1%) que inclui tarefas de preparar e servir; tratamento da higiene da roupa (51,1%) e participação na realização das tarefas domésticas (44%). De um modo geral, cerca de 89,7% dos utilizadores do CDI em estudo apresentam dependência em uma das AIVD. Não foram encontrados na literatura internacional estudos que avaliem a capacidade de realização das AIVD dos utilizadores do CDI o que se revela interessante ao retomarmos a ideia, anteriormente elencada, que salienta a importância da capacidade de realização das AIVD nos indivíduos que residam na comunidade. Apesar dos estudos, anteriormente apresentados e o presente, apontarem que existe um elevado número de idosos que frequentam o CDI que vivem com familiares ou possuem cuidador supomos, que sendo embora uma minoria, existem idosos que vivem sozinhos, não possuem cuidador ou são cuidadores (que no nosso estudo representam percentualmente 8,7% da amostra). Por outro lado a situação de dependência do utilizador de CDI é apresentada em diversos trabalhos científicos (Cabrero *et al.*, 2006; Martin *et al.*, 2007) presumimos que essa possa ser uma característica “tipo”, relevando deste modo o interesse no estudo sobre capacidade dos utilizadores na realização de atividades instrumentais.

Os resultados relativos às AAVD revelam que os indivíduos são independentes nas áreas de interação e relacionamento e de cuidado pessoal, sendo capazes de encetar ações no âmbito de estabelecer relacionamentos com novas pessoas fora do seu núcleo familiar e de amizades, e por outro lado, recorrer a cuidados de estética e beleza. De acordo com os dados apresentados no nosso estudo, os elementos da amostra evidenciam, segundo a escala de Gijon, percentagens elevadas no domínio das relações sociais. Em termos de relações sociais, a maior parte dos indivíduos possui relacionamentos com família e vizinhos (40,4%) ou relacionamentos mais alargados (37,1%) e recebe apoio de familiares e vizinhos para as suas necessidades (91,8%). Para além disso, é objetivo do CDI a promoção de atividades de socialização e convívio para os seus utilizadores (Svidén *et al.*, 2004; Wacker & Roberto, 2008) que permitem colmatar e promover as suas necessidades de relacionamento com os outros. No que se refere aos cuidados de imagem, também estes

são, segundo os autores (Salgado e Montalvo,1999; Manchola, 2000; Martinez *et al.*,2003), disponibilizados pelo CDI, sendo mencionados por uma percentagem relevante (94,1%) de sujeitos da nossa amostra. Assim sendo, estas áreas podem estar completas para o indivíduo não pela sua capacidade/incapacidade de realização, mas sim pela intervenção do CDI que disponibiliza cuidados de higiene e imagem e promove atividades de convívio para os seus utilizadores.

Os CDI são estruturas que tendem a satisfazer as necessidades de interação social, estimulação cognitiva e atividade física direcionada a indivíduos portadores de doença de Alzheimer (Silverstein *et al.*, 2010 citado por Brown *et al.*, 2012). Sendo o CDI uma estrutura de semi-institucionalização (Salgado & Montalvo, 1999) que o utente frequenta durante um período de tempo restrito, considerou-se pertinente avaliar o perfil ocupacional dos participantes. Este define-se essencialmente pela participação diária em tarefas domésticas, atividades sociais e na realização semanal de atividades desportivas. Permanece, ainda assim, por averiguar se no que respeita às atividades sociais e desportivas estas não serão as mesmas que os utentes participam na frequência do CDI.

A maioria dos utilizadores ingressa no CDI vinda do contexto comunitário (47,5%) podendo anteriormente ter frequentado um CDI ou um SAD ou nenhum dos anteriores. Quando esta entrada parte da sinalização de outros é na sua maioria encetada pelos filhos (84,6%). Estes resultados são reforçados com os estudos de Artaso *et al.* (2002) e Fields *et al.* (2012) que apontam que os CDI são a primeira aproximação dos cuidadores informais a estruturas de prestação de cuidados formais.

1.5. O utilizador e o Centro de Dia

Na relação com o CDI verificou-se que a maioria dos utilizadores (98,4%) usufrui do equipamento nos 5 dias de funcionamento. Metade dos utentes utiliza os serviços da resposta num período mínimo de 2 anos e num máximo de 17 anos. De acordo com Salgado e Montalvo (1999) a frequência de um CDI poderá ser prolongada de vários meses a anos, durante um período de 8 a 9 horas em dia laborais funcionando como um substituto de casa.

O ingresso no equipamento resultou, para os utilizadores entrevistados, de decisão livre do utilizador, seja tomada após negociação com a rede de proximidade e experiência de utilização (38,1%), por decisão própria (33,1%) ou resignação quanto à decisão tomada pela rede de proximidade (25,4%). Como referenciamos anteriormente, os motivos com maior peso percentual para a entrada no CDI foram situação de doença ou dependência (41,2%) e isolamento (22,5%). As motivações de saúde e ou dependência anteriormente elencadas por Trinidad (1996) e Benet (2003) consideram-se como motivações que habitualmente fazem parte da esfera familiar, isto é, a exigência do cuidado, por motivos de saúde ou incapacidade, poderá conduzir os cuidadores à procura da intervenção do CDI. Contrariamente os resultados da nossa amostra indicam que a maioria dos indivíduos são independentes nas ABVD (53,7%) e avaliam o seu estado de saúde como razoável (42,7%) ou bom (31,5%), o que nos leva a supor que no que concerne a este motivo não terá sido sua a decisão de entrada no CDI. Apesar disso, o CDI é identificado pela literatura pela resposta que confere apoio às pessoas idosas que começam a desenvolver problemas de dependência decorrentes de problemas de saúde (Benet & Llames, 2002). No trabalho de investigação de Dabelko-Schoeny & King (2010) identificaram como diagnósticos mais frequentes entre os utentes: a diabetes, a hipertensão arterial, a doença cardiovascular e a insuficiência renal. Os utilizadores do estudo eram portadores de pelo menos duas patologias e a sua maioria portadores de três das doenças referenciadas pelos investigadores.

No que respeita ao motivo ‘evitamento da solidão’ a literatura sugere (DePalma, 2003) que este terá importância na promoção das relações e do convívio, nomeadamente, o CDI com predominância de intervenção na vertente social (Wacker & Roberto, 2008). Deste modo os indivíduos procuram a sua utilização para satisfação das suas necessidades de companhia e socialização (Benet, 2003).

No que respeita aos serviços disponibilizados pelo CDI os participantes no estudo foram questionados quanto à sua existência e utilização. Ao nível do reconhecimento e uso dos serviços do CDI na área da saúde o apoio à medicação (97,8%) e as consultas regulares com o médico (62,8%) são os serviços mais identificados pelos indivíduos. Relativamente ao apoio à medicação é notório que em todas as instituições (12) da nossa amostra se encontra predefinido o serviço e verifica-se igualmente que a percentagem de utentes que o utiliza é elevada (62,4%). No que se refere às consultas regulares com o médico não é

possível comparar com a oferta institucional uma vez que essa questão não foi incluída no protocolo. Esta decisão fundamenta-se tendo por base as orientações técnicas para a constituição e funcionamento do CDI (Bonfim & Saraiva, 1996) que não preveem na estrutura o referido serviço e por inerência o profissional afeto. No entanto, como verificamos, é elevada a utilização do mesmo. Deste modo, supomos que possa ser explicado pelo facto de 41,7% CDI da amostra serem agrupados à resposta de lar de idosos e assim rentabilizar o profissional de saúde para os utilizadores do CDI. Por outro lado, todas as instituições disponibilizam o serviço de acompanhamento ao exterior, no qual o acompanhamento a consultas poderá estar incluído, podendo ser entendido pelo utilizador como um serviço único.

Um outro aspeto que nos parece relevante, ao nível da saúde, prende-se com o facto de os utentes identificarem uma percentagem elevada de utilização em alguns serviços, sendo os mais representativos exames à visão, exames auditivos, aconselhamento nutricional, e controlo dos sinais vitais que, no entanto, apresentam percentagens residuais no que concerne à sua realização na estrutura do CDI. Parece-nos pertinente analisar, em trabalhos futuros, as necessidades de saúde dos utilizadores do CDI e a resposta disponibilizada pelo equipamento, seja como facilitador ou como prestador de serviços, uma vez que, a prestação de cuidados de saúde em CDI poderá desempenhar um papel relevante para os utilizadores da resposta (Arrazola *et al.*, 2003), nomeadamente em situações de pós alta hospitalar (Conrad *et al.*, 1993; Svidén *et al.*, 2004) e reabilitação (Samuelsson *et al.*, 1998).

Na vertente dos serviços de reabilitação, a fisioterapia evidencia-se como o serviço mais disponibilizado (33,5%) e é utilizado pela maioria (61,8%) dos utentes que o sinaliza, apesar do cuidado de reabilitação ser disponibilizado apenas por 33,3% das instituições que representam quatro Centros de Dia. A intensidade, frequência e tipologia de serviços de saúde é determinada pelo estado saúde do indivíduo. A manifestação de um processo agudo necessitará de um serviço de saúde pontual e temporário, enquanto um processo crónico necessitará de cuidados de saúde continuados que, segundo o contexto familiar, poderão ser ministrados por uma instituição de cuidados pontuais, como por exemplo, o hospital de dia, ou por uma instituição que presta cuidados de saúde e sociais de forma integrada como CDI (Cabrero & Codorniú, 2002). A reabilitação nos CDI como componente primordial evidencia-se nos diferentes estudos analisados anteriormente

(Weissert, 1977; Conrad *et al.*, 1993; Samuelsson *et al.*, 1998) revelando, no nosso entender, a sua importância como serviço a disponibilizar ao utilizador.

Os serviços de animação são reconhecidos pelos autores como uma área de intervenção no CDI para os utilizadores (Manchola, 2000; Martinez *et al.*, 2003) podendo abranger de igual modo os familiares (Tajes, 2003). O estudo de Benet (2003) revela que 56,3% dos utilizadores participam em atividades, ainda que, um em cada quatro utilizador considere que não realiza qualquer atividade durante o período de frequência da resposta. De qualquer modo quase metade dos entrevistados, no estudo em questão, refere realizar atividades como sejam a leitura e atividades manuais. Para além destas, são dinamizadas no CDI outras como sejam festas, jogos de mesa e conversas, o que de certa forma vai de encontro às atividades de animação identificadas por um maior número de indivíduos da nossa investigação. Nesta evidenciam-se percentualmente as atividades de organização de festas (90,1%) e de entretenimento (98,9%). No que respeita às atividades manuais verifica-se um diferencial percentual entre a identificação da existência (72,7%) e a utilização (49,2%). Denote-se ainda sobre esta atividade uma representativa percentagem de utilizadores (15,1%) que refere não gostar de participar. De um modo geral todos CDI da nossa amostra disponibilizam aos seus utilizadores serviços de animação não sendo possível identificar em detalhe a tipologia de atividades desenvolvidas de modo a comparar com resultados das respostas dos utilizadores, assim como, de outros trabalhos de investigação. Ainda neste âmbito, Benet (2003) salienta que com a idade se verifica um aumento de atividades de “ócio passivo”, contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo em que os utentes identificam e utilizam a atividade física em percentagens de 88,5% e 77,7% respetivamente. Sendo que esta importância atribuída à atividade física parece ser transversal a todos os intervenientes no CDI uma vez que a oferta desportiva é desenvolvida por todos os CDI do estudo com uma periodicidade semanal.

Os serviços de aconselhamento apresentam baixas percentagens de identificação por parte dos idosos, apesar de valores elevados no que toca à utilização dos mesmos seja numa vertente de grupo ou individual, o que nos leva a supor que poderá haver, por parte das instituições, alguma dificuldade de divulgação sobre este serviço. Parece-nos no entanto inquestionável a sua disponibilização por parte das instituições uma vez que na sua maioria (11) oferecem serviço de apoio social e, em menor número (5), apoio psicológico ao utente.

Por fim, no que concerne aos serviços básicos identificados pela maioria dos utilizadores são: apoio à refeição, cuidados de higiene, cuidados de imagem, transporte e tratamento de roupa. Todos os serviços elencados anteriormente são disponibilizados por todos os CDI presentes no estudo. No entanto os serviços que são mais utilizados pelos utentes são transporte (80%), cuidados de imagem (62,5%) e cuidados de higiene (57,7%). Excetua-se o apoio à refeição que se supõe, tal como mencionamos anteriormente, que a questão não tenha sido entendida pelos inquiridos. Apesar disso, os serviços básicos identificados pelos utilizadores e pelos representantes das instituições encontram-se referenciados nos estudos dos diversos autores (Salgado & Montalvo, 1999; Manchola, 2000; Martinez *et al.*, 2003).

2. Avaliação da satisfação do utente

Relativamente à satisfação dos utentes abordaremos a temática em duas vertentes: os resultados descritivos e os resultados obtidos através dos modelos de equações estruturais.

2.1. Análise de resultados descritivos

De um modo genérico os utilizadores da amostra dizem-se satisfeitos com os serviços disponibilizados pelo CDI nas vertentes saúde, reabilitação, animação sociocultural, aconselhamento e serviços básicos. Destacam-se entre todos os serviços, com níveis mais elevados de satisfação, o apoio à refeição, terapia da fala e atividades com crianças. Tal como referenciamos anteriormente, sendo o serviço de apoio à refeição dúbio relativamente ao seu entendimento por parte dos inquiridos, os resultados relativos à terapia da fala e atividades com crianças possuem um significado relevante para o estudo. No que concerne ao primeiro serviço não encontramos na literatura evidências da sua experimentação em contexto de CDI, no entanto, nos estudos de Conrad e Guttman (1991) e Conrad *et al.* (1993) existe uma leve referência à existência da terapia da fala no conjunto de serviços disponibilizados pelos CDI mais especificamente no modelo direcionado a doentes de Alzheimer. No que diz respeito às atividades com crianças, a convivência intergeracional desenvolvida em contexto institucional, é entendida pela investigação como

geradora de efeitos benéficos para os intervenientes (Salari, 2002). Apesar de o estudo atual não se debruçar sobre essa temática, parece-nos relevante evidenciar que os utilizadores do CDI parecem satisfeitos com a promoção dessas atividades em contexto institucional.

A importância das características ambientais de uma estrutura revelam-se benéficas uma vez que tendem a influenciar, entre outras, a autonomia e desempenho dos utilizadores em áreas como modificação de comportamentos e redução de risco de quedas (Leturia & Yanguas, 1999). No que concerne à estrutura e ao ambiente interior globalmente os idosos consideram o CDI como um local muito atrativo e agradável (70,3%). Esta avaliação integra a opinião dos utilizadores sobre número de janelas, luminosidade e os cheiros. Deste modo a maior percentagem de utilizadores considera que o CDI possui um número adequado de janelas (47,9%) e que possui boa iluminação (58%). Por outro lado, ao nível da avaliação ambiental a maior fatia de utentes refere que o CDI não tem cheiros (54,1%) e o chão e paredes estão muito limpas (56%). No entanto, quando questionados no sentido de fornecerem sugestões para a melhoria do CDI, 18,8% de utentes que considera necessária a readaptação arquitetónica ao nível da construção de novos espaços, readaptação da estrutura e aquisição de equipamento. Deste modo, parece-nos relevante que os utilizadores se manifestam atentos às condições do equipamento que utilizam.

A avaliação do ambiente social permite compreender de que forma o utilizador perceciona a realidade do CDI ao nível da comunicação, serviços prestados pelos funcionários e interação funcionário-utente e ambiente moral. A interação funcionário- utente é aquela que evidencia resultados mais favoráveis para os utilizadores, seguida pela subescala dos serviços prestados pelos funcionários. Os itens que avaliam a interação centram-se essencialmente em duas dimensões na prestação de cuidados: a relação entre os intervenientes e o ato de cuidar. No que concerne aos serviços prestados pelos funcionários os itens avaliam essencialmente a prestação de cuidado. Os resultados parecem revelar a importância, do ponto de vista individual, no âmbito do ambiente vivenciado pelo utilizador, o trato na prestação de cuidados para além da própria prestação do ato de cuidar. Estes resultados evidenciam concordância com estudo de Stern e Caro (2004) que salientam que a chave para a qualidade de cuidado centra-se no modo como o staff atende o utilizador, centrando a prestação de cuidados em pressupostos como a segurança, carinho, amizade e empatia e privilegiando atenção individualizada. Por outro lado, a

necessidade de prestação de cuidados é igualmente relevante para o utilizador e sua família uma vez que será o principal motivo para o ingresso no CDI (Benet, 2003). Corroborando com ideias debatidas anteriormente no que concerne à satisfação global os itens que percentualmente destacam concordância e traduzem satisfação são os que incidem sobre o respeito pelos desejos e interesses dos utilizadores (82,6%), pelos cuidados prestados (79,2%) e pelas atividades desenvolvidas pelo CDI (79,1%).

Por fim, os utilizadores quando questionados no sentido de fornecerem sugestões para a melhoria do CDI, a maior percentagem refere estar satisfeito com situação atual (36,6%).

2.2. Análise dos resultados dos modelos de equações estruturais

Seguidamente faremos uma abordagem sobre os modelos propostos para a análise da estrutura de cada uma das variáveis estudadas, que não sendo objetivo do estudo contribui, no nosso entender, para uma clarificação do mesmo. Assim debruçar-nos-emos sobre os modelos para a relação entre as variáveis.

Ao nível da satisfação com a vida verificamos que, para os utilizadores da amostra, fatores como a expectativa de acontecimentos futuros positivos (.61), considerar que possui atributos físicos quando comparativamente com os pares (.47) e o facto de ter tido boas oportunidades na vida (.46) são aqueles que apresentam valores de correlação mais elevados.

O modelo 2 analisa separadamente cada constructo relativos à subescala de ambiente social. Estes são a “comunicação”, os “serviços”, a “interação funcionário-utente” e o “ambiente moral”. Deste modo, verificamos que na “comunicação” a variável observada que se destaca (.85) é “Os utentes do Centro de Dia conversam sobre os seus problemas”. Neste sentido verificamos, ao longo de vários momentos da investigação, a referência à importância da promoção dos contactos sociais nos CDI, tendo esta resposta a função de promoção de interação social (Conrad & Guttman, 1991) e socialização (Wacker & Roberto, 2008) operacionalizados através de relacionamentos e convívio (Depalma, 2003; Arrazola *et al.*, 2003). Na variável “serviço” a variável manifesta que apresenta relação com maior significado (.90) “É fácil encontrar um funcionário quando necessito”. No que concerne ao constructo “interação funcionário-utente” destaca-se a variável observada “A

relação entre si e os funcionários é normalmente boa” (.85). No nosso entender, ambas as situações corroboram os resultados da investigação de Stern e Caro (2004) que, tal como referenciamos anteriormente, sugerem que os utilizadores do CDI destacam como critérios de qualidade de prestação de serviços a disponibilidade do staff e a relação estabelecida entre ambos. Relativamente ao último, fator “moral”, a variável observada que se destaca (.91) é “Os utentes por vezes começam discussões uns com os outros”, estando, no nosso entender, relacionada com o primeiro “comunicação”. Tal como poderemos observar no modelo em análise, verificam-se relações correlacionais significativas entre o serviço e a interação (.88) e entre a comunicação e a moral (.70).

No que concerne ao constructo “satisfação global” as variáveis observadas com as quais este estabelece uma relação causal mais forte prendem-se com “os cuidados recebidos” (.83), “o respeito pelos interesses e desejos”(75) e “a qualidade dos cuidados”(76). Estes resultados reforçam igualmente a importância atribuída pelos utilizadores à tarefa de cuidar e à satisfação das suas necessidades, tal como, os resultados seguintes (modelo 4) nos quais são testados a “satisfação global” e os diversos constructos da escala de ambiente social (comunicação, serviços, interação funcionário-utente e ambiente moral), verificando-se que “interação” é aquele que apresenta uma relação causal mais forte (.85).

Na relação causal entre a “satisfação global” e os constructos “estrutura” e “interior” os resultados apontam para uma relação mais forte com o constructo “interior” (1.00) do que “estrutura” (.06), sendo que, o primeiro engloba a higienização dos espaços e o segundo refere-se a condições ambientais como a existência de luz e de conforto. Este resultado revela-se surpreendente em duas vertentes díspares. Em primeiro lugar, porque a relação causal entre “satisfação global” e “interior” é uma correlação perfeita. Em segundo lugar, os estudos analisados, como referenciamos em diversos momentos do trabalho, salientam a influência do desenho ambiental na qualidade de vida dos utilizadores (Coons & Mace, 2001), através da otimização da vida dos utilizadores, na melhoria dos comportamentos e redução dos acidentes (Leturia & Yanguas, 1999). No entanto, não acedemos a nenhum trabalho de investigação que abordasse a temática da higiene ambiental em contexto institucional e a importância que possui para os seus utilizadores.

Por fim, na análise da relação causal entre “satisfação global”, “serviços de saúde” e “serviços de animação” verifica-se que a primeira variável latente (-1.00) apresenta uma relação mais forte com a “satisfação global” do que a segunda variável (-.07). Os resultados

apresentados indicam que “ serviços de saúde” possuem uma associação negativa (-1.00) com a “satisfação global”. Revelando, deste modo, que a ausência de serviços de saúde está relacionada com a diminuição da satisfação global dos utilizadores. Estes resultados levam-nos, então, a supor que a oferta, por parte do CDI, de serviços como “exames à visão” e “consultas regulares com o médico” seriam relevantes para a satisfação global do utente no que respeita ao CDI. Os resultados obtidos estão em consonância com a bibliografia internacional que integra a prestação de serviços da área da saúde nos CDI (Weisset, 1977; Samuelsson *et al.*,1998; Alteras, 2007). Ainda neste âmbito salientamos que os respondentes do estudo referem como principal motivação para frequência do CDI a dependência e a doença (41,2%) e que os mesmos indicam elevada utilização de serviços de saúde, disponibilizados pelos CDI da amostra, em áreas como controlo dos sinais vitais (93,3%), exames auditivos (71,9%), aconselhamento nutricional (65,2%), consultas regulares com o médico (63,6%) e apoio na toma de medicação (62,4%).

3. Conclusões do estudo

O desenvolvimento de uma variedade de recursos, entre os quais o CDI, fez com que o “envelhecer em casa” não tenha tido o impulso necessário em aspetos qualitativos como quantitativos ao longo da última década (Cabrero *et al.*, 2006). Apesar das orientações no que respeita à missão e programas de implantação de CDI, estas são vagas e é pouco conhecida a sua intervenção na comunidade (Svidén *et al.*, 2004). De modo a contrariar estas tendências as conclusões deste trabalho pretendem ser uma contribuição, ainda que modesta, para o avanço sobre o conhecimento do CDI, mais especificamente conhecer as características dos indivíduos que o utilizam e a sua satisfação com os recursos internos afetos ao mesmo.

No que concerne ao primeiro objetivo da investigação destacamos as principais conclusões: de um modo sustentado pela literatura internacional verificamos que, nos nossos resultados, os utilizadores são predominantemente do sexo feminino, estando esta prevalência interrelacionada com outros fatores como sejam a idade e o estado civil. Relativamente à idade a população em estudo revela dois aspetos díspares. O primeiro indica que, na nossa amostra e nos estudos comparados (Svidén *et al.*, 2004; González &

Capilla, 2004), a idade média dos utilizadores é superior a 77 anos; o segundo torna possível aferir que um número considerável de utilizadores do CDI possui idades avançadas, dados igualmente confirmados pela amostra em estudo e pelos autores analisados. A viuvez surge como o estado civil mais representativo na população utilizadora do CDI (Zank & Schacke, 2002; Benet, 2003; Lecovich & Biderman, 2011) justificado pela longevidade do sexo feminino. As baixas habilitações académicas dos indivíduos, dados suportados pelos trabalhos de investigação, estão refletidas na maioria dos indivíduos participantes no estudo que apresentam níveis de escolarização muito baixos (45,1%) ou inexistentes (23,9%).

No que se refere à coabitação destacam-se duas tipologias: os utentes que vivem acompanhados e os que vivem sozinhos, ainda que o valor mais representativo da nossa amostra (47,1%) seja a coabitação com outrem em comparação com viver sozinho (27%). Os estudos reforçam esta dualidade uma vez que existem trabalhos que fundamentam ambas as circunstâncias. Ainda assim, independentemente da tipologia de convivência habitacional, a maioria dos cuidadores são os filhos corroborando os autores Ferreira *et al.* (2008) que referem que a prestação de cuidados, em Portugal, é influenciada por aspetos culturais, uma vez que as pessoas mantêm relações e ligações fortes com os seus parentes ao longo da vida adulta. Assim sendo, os mais velhos quando necessitam de apoio recorrem à família antes de considerarem outra opção de cuidados. Ainda ao nível das relações sociais concluímos que os indivíduos são apoiados pela rede familiar e pelo CDI. Ao nível da família os dados apresentados no estudo suportam essa conclusão, assim como os autores que conferem ao CDI o papel de promotor de relacionamentos entre os utilizadores (Conrad & Guttman, 1991; Depalma, 2003; Arrazola *et al.*, 2003; Svíden *et al.*, 2004; Wacker & Roberto, 2008).

Uma outra conclusão importante prende-se com o facto de um número relevante de utilizadores apresentar indícios de deterioração cognitiva (48,4%), resultado sustentado por estudos que revelam que o CDI é um recurso usado por utilizadores com quadros demenciais diversificados. Uma vez que grande parte dos utilizadores, de acordo com a nossa amostra e contrariamente aos outros estudos, é independente ao nível das ABVD (53,7%), poderemos supor que os motivos de integração na resposta possam estar ligados à patologia mental, sendo referenciados pelos utilizadores como principal motivo de ingresso a doença ou a dependência (41,2%). A presença de sintomatologia depressiva nos utentes

do CDI, que no nosso estudo apresenta graus ligeiro e moderado, é uma outra conclusão que embora seja sustentada teoricamente pelos estudos analisados, apresenta uma resposta diminuta por parte das instituições analisadas. Levando-nos a supor que a maioria dos CDI analisados não dispõe de intervenção especializada dirigida a este perfil de utilizador.

No que se refere às AIVD conclui-se que 89,7% dos utentes são dependentes na execução de pelo menos uma delas. As atividades percentualmente mais elevadas a nível da incapacidade de realização pelo indivíduo são deslocar-se de automóvel ou táxi sem companhia (60,6%), lavar a roupa (51,1%), preparar e servir refeições (48,1%), realizar compras maiores (45,7%), organização e separação da medicação (44,1%). No entanto, os dados sugerem-nos que estas dificuldades são colmatadas pelos cuidadores uma vez que os participantes no estudo elencam como principais cuidados prestados pelo cuidador as AIVD referenciadas anteriormente, ou seja, o que o indivíduo não é capaz de realizar é executado pelo cuidador.

A frequência do CDI tem implícita uma relação que o utilizador estabelece com a estrutura. Neste âmbito, as principais conclusões sugerem que a maioria dos utilizadores ingressa no CDI a partir da comunidade onde vivem, tendo em conta que uma percentagem elevada (77,1%) realiza a deslocação para o equipamento em menos de 30 minutos. O ingresso faz-se através da sinalização dos filhos, embora a entrada na estrutura seja realizada por decisão livre. Tal como referimos anteriormente, concluímos, à semelhança do estudo de Benet (2003), a principal motivação para o ingresso na resposta prende-se com fatores ligados à dependência e doença.

No que respeita aos serviços prestados no CDI as conclusões distribuem-se do seguinte modo: por um lado, a identificação da existência do serviço e, por outro, o uso do serviço. Os serviços que maior percentagem de utilizadores referencia como disponíveis no CDI que frequenta, são apoio à medicação (97,8%) e consultas regulares com o médico (62,8%); festas (90,1%), entretenimento (98,9%), saídas ao exterior (95,1%); apoio à refeição (100%), transporte (99,5%), cuidados de higiene (97,8), cuidados de imagem (94,1%) e tratamento de roupa (90,2%). No entanto, os serviços com valores percentuais mais elevados a nível da utilização são exames auditivos (71,9%) e controlo de sinais vitais (93,3%); festas (85,9%), entretenimento (85,5%), serviços religiosos (85,5%), saídas ao exterior (78,3%) e atividade física (77,7%); transporte (80%). Retirando-se outras conclusões dos dados apresentados verifica-se que os serviços cuja coerência percentual é

evidente entre a identificação e a utilização do serviço são realização/participação em festividades, entretenimento, saídas ao exterior e serviço de transporte. De acordo com a ambiguidade dos dados parece-nos coerente elencar o seguinte: por um lado, este facto poderá dever-se a dificuldades institucionais na divulgação dos seus serviços de modo a que não sejam inteiramente compreendidos pelos utilizadores; por outro lado, a oferta de serviços pode estar desadequada às reais necessidades dos utilizadores. Em ambos os casos parece-nos merecedor um estudo aprofundado sobre o modo como o CDI comunica com os seus utilizadores e quais as necessidades reais dos utentes. Ainda no âmbito da prestação de serviços os dados do estudo levam-nos a considerar que a implementação de serviços de saúde em contexto de CDI teria uma influência positiva na satisfação dos utilizadores com a resposta social. Não sendo um conceito inovador no âmbito internacional, como podemos verificar pelos autores explorados anteriormente, na realidade nacional não são conhecidos projetos desenvolvidos nesta vertente.

Ainda no que concerne à satisfação do utente, relativamente à resposta que utiliza, as conclusões sugerem que, de um modo genérico, os utentes referem sentir-se satisfeitos com os serviços disponibilizados pelo CDI. Entre estes, os que apresentam níveis mais elevados, ainda que residuais, de satisfação são atividades com crianças, terapia da fala e apoio à refeição.

Na avaliação ambiental a maioria (70,3%) dos indivíduos avalia os CDI que frequenta como um local atrativo e agradável, uma vez que considera que o número de janelas da estrutura é adequado e a iluminação boa. Considera igualmente que a instituição não tem cheiros e encontra-se higienizada. Contudo, os dados sugerem que a higiene da estrutura terá mais influência na satisfação dos mesmos que as condições ambientais referidas no protocolo.

Quando analisamos a avaliação do utente sobre o ambiente vivenciado no CDI os resultados parecem indicar que a interação entre funcionário-utente e os serviços prestados pelo funcionário são as vertentes mais valorizadas pelo indivíduo. Paralelamente são aquelas que parecem ter mais importância na satisfação do utilizador que está no CDI, revelando, deste modo, que a prestação de cuidados é influenciada pela forma como o cuidador formal (funcionário) cuida do indivíduo. Premissa esta igualmente defendida em estudo referido anteriormente, que indica que a prestação de cuidados assenta em pressupostos como atenção individualizada, carinho, amizade e empatia.

Por fim, neste último ponto realizaremos breves considerações no que respeita às limitações do estudo e sugestões para investigação.

A primeira limitação do trabalho prende-se com o tamanho da amostra. Esta, pela sua dimensão reduzida, não nos permite a realização de generalizações para a população em geral. A segunda limitação atribui-se ao facto dos indivíduos pertencentes ao grupo analisado possuírem baixa escolaridade, o que poderá influenciar a compreensão de algumas questões existentes no protocolo. A terceira limitação está relacionada com a falta de estudos, principalmente comparáveis com a realidade nacional dos CDI. O carácter exploratório do estudo, limitou fortemente em termos de revisão de literatura e de comparação de resultados com outros estudos realizados.

Ao longo de vários momentos do trabalho foram sendo deixadas pistas referentes a pesquisas futuras para esta temática ainda por investigar. Deste modo, sinteticamente referenciámos o interesse em investigar de modo aprofundado e alargado a tipologia ou “target” de utilizadores, as necessidades e motivações para a utilização da resposta, a avaliação das áreas de intervenção, a adequação dos serviços disponibilizados e a qualidade dos recursos disponibilizados.

Referências bibliográficas

ABRAHAM, B.W. - Adult day care. In **Geriatric Nursing Research Digest**. New York: Springer Publishing Company, 2000. p. 105-108.

ALDA, JOSÉ JOAQUIM ABANTO & TORRES, MARTA PÉREZ DE HEREDIA - **Programas de Terapia Ocupacional - Centro de Día para Personas Mayores Dependientes**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, (1996) p. 217- 235.

ALTERAS, T. **Adult Day health Care Services: Serving the Chronic Health Needs of Frail Elderly Through cost-Effective Non-Institutional Care**. Health Management Associates: 2007. [Em linha] [Consult. Fev. 2009]
Disponível na internet: < URL:<http://www.caads.org>>

Alzheimer Portugal - **Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho Preparatório para conferência "Doença de Alzheimer: Que Políticas?"**. Lisboa: 2009.

APÓSTOLO, JOÃO L. A.; ROSA, ANA I. S.; CASTRO, INÊS B. S.; & CARDOSO, DANIELA F. B. (2013). Cognitive stimulation in elderly people. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, [Em linha] Nº 10 (2013), p. 24-28. [Consult. 16 Set. 2015].
Disponível na internet: < URL: <http://www.scielo.mec.pt>>

ARCA, BEGOÑA RUMBO - Apoio Familiar e institucional à pessoa idosa. In **As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos, 2007.

ARAÚJO, ISABEL; PAUL, CONSTANÇA; MARTINS, MANUELA - **Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família**. *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2010, vol. ser. III, n.2, p. 45-53. ISSN 0874-0283.

ARAÚJO, F.; PAIS-RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. & MARTINS, T. - Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), **Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA, 2008. p. 217-220.

ARAÚJO, F., PAIS-RIBEIRO, J., OLIVEIRA, A. & PINTO, C. - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Nº 25 (2) (2007) p. 59-66.

ARRAZOLA, F.J. LETURIA; MÉNDEZ, A. URIARTE & LEZAUN, J.J. YANGUAS - **Centros de Día: Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo**. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales, 2003, p. 334.

ARTASO IRIGOYEN, B.; MARTIN CARRASCO, M. & CABASÉS HITTA, J.M.- Analises Coste Consecuencia de um Centro de Día Psicogeriátrico. Revista Española de Geriatria y Gerontología, nº 37 (6) (2002) p.291-297.

ARTASO IRIGOYEN, B.; SARRIÉS, A. G. & MARTÍNEZ, A. R. G.- Características de la población atendida en un centro de día psicogeriátrico en Navarra. Anales de Psiquiatria. Madrid: Aran Ediciones, S.A., Vol. 17, nº 4 (2001) p.137-142. ISSN 0213-0599/01/17.4/137

BARATA, CELINO & AFONSO, ROSA MARINA – Especificidade das memórias autobiográficas e sintomatologia depressiva em pessoas idosas. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología, Nº2 - Vol.1 (2012) p:79-86. ISSN: 0214-9877

BAUMGARTEN, MONA; LEBE, PAULE; LAPRISE, HÉLENE *et al.* - Adult Day Care for the Frail Elderly: Outcomes, Satisfaction and Cost. Journal of Aging and Health vol. 14, nº2, (2002) p. 237-259.

BEISGEN, BEVERLY A. & KRAITCHMAN, MARILYN CROUCH - **Seniorcenters - Opportunities for sucessful aging**. New York: Springer Publishing Company, 2003.

BENET, ANNA SOLDEVILA. **Los centros de día para personas mayores**. Edicions de la Universitat de Lleida, (2003).

BENET, ANNA SOLDEVILA. La dinamización sociocultural en los centros de día para mayores. Nuevas perspectivas en el trabajo socioeducativo com personas mayores. Educación social. Revista d'intervenció sòcioeducativa nº 22 (2002) p. 97-110.

BENET, ANNA SOLDEVILA & LLANES, JAUME MARCH. Nivel de Salud y Autonomía en los Centros de Día para Mayores. Revista Multidisciplinar de Gerontologia Vol. 12, nº 1 (2002) p. 5-12.

BENTLER PM, BONETT DG. Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. Psychological Bulletin, nº 88 (1980) p.588 – 600.

BINSTOCK, ROBERT H. & GEORGE, LINDA K. (Eds.) - **Handbook of Aging and the Social Sciences**. 6th Ed. Academic Press, 2006.

BOLLEN KA - Sample Size and Bentler and Bonett's Nonnormed Fit Index. Psychometrika, nº 51 (1986) p. 375 – 377.

BOLLEN KA, **Structural Equations with Latent Variables**. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1989.

BONFIM, CATARINA DE JESUS; TELES, M^a ARMINDA CORREIA; SARAIVA, M^a EUGÉNIA & CADETE, M^a HELENA - **A População Idosa, Análise e Perspectivas - A Problemática dos Cuidados Intra familiares**. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996.

- BONFIM, CATARINA DE JESUS & SARAIVA, M^a EUGÉNIA - **Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)**. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, 1996.
- BORGENICHT, KATHRYN; CARTY, ELIZABETH & FEIGENBAUM, LAWRENCE Z. - Community resources for frail older patients. Successful Aging. Vol. 167, nº 4 (1997) p. 291-294.
- BORSOI, S. - Terapia ocupacional aplicada à gerontologia. In NETTO, MATEUS PAPALÉO - **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. S. Paulo: Editora Atheneu. (1996).
- BROWN, ELLEN L.; FRIEDEMANN, MARIE-LUISE & MAURO, ANA C – Use of Adult Day Care Service Centers in an Ethnically Diverse Sample of Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**, [Em linha]. Nº33(2) 2012. . [consult. 6 de Março 2015].
Disponível em [www:jag.sagepub.com](http://www.jag.sagepub.com) (OHIO STATE UNIVERSITY LIBRARY)
- BROWNE MW & CUDECK R - Alternative ways of assessing model fit. In **Testing structural equation models**. Beverly Hills, CA: Sage, 1993, p. 136-162.
- BROWNE MW & CUDECK R. Single sample cross-validation indices for covariance structures. Multivariate Behavioral Research. Nº 24 (1989) p. 445 – 455.
- BUIDE ILLOBRE, A.M.; FERNÁNDEZ ROMERO,E.M.; VARELA GONZÁLEZ, N.; MILLAN CELENTI, J.C.; GAUDOT GREGO, M.& MAYÁN SANTOS, J.M. - Papel del profesional de enfermería en un Centro de Dia Gerontológico. Gerokomos, nº11(3) (2000) p.133-137.
- BURDALLO, SILVIA - **Calidad de vida y autonomía del anciano dentro de su entorno**. Libro de Comunicaciones. Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid, 2004. p. 343-346.
- BYRNE, RMJ - Suppressing valid inferences with conditionals. Cognition, nº31 (1989) p. 61 – 83.
- CABRAL, MANUEL VILLAVERDE (coord.) - **Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.
- CABRERO, G. RODRÍGUEZ. - **Centros de Dia en las grandes ciudades. Aproximación a la perspectiva europea**. Libro de Comunicaciones. Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid, 2004. p.347-361.
- CABRERO, G. RODRÍGUEZ - Los “centros de día” como recurso asistencial para las personas en situación de dependencia (“Day centres” as a medical care resource for people needing long term care). Ars Medica: Revista de Humanidades; vol. 5 (2006) p. 84-98.

CABRERO, G. R. & CODORNIÚ, J. M.; - **Modelos de Atención Sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia**. Observatorio de personas Mayores MTAS – SGAS: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2002.

CABRERO, GREGORIO R.; RODRIGUEZ, PILAR & GALLEGO, VICENTE MARBÁN. - **Los Centros de Día: aproximación a la experiencia internacional y española**. Madrid: Fundación Pfizer, 2006.

CARDOSO, PAULA & MARTÍN, JOSÉ IGNÁCIO - **Escala de Depressão Geriátrica**. [Unpublished manuscript] Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Portugal, 2007.

CARDOSO, SÓNIA; SANTOS, M^a. HELENA; BAPTISTA, M^a. ISABEL & CLEMENTE, SUSANA - "Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008) ". Análise Social, nº 204, XLVII (3.º) (2012), pp. 606-630.

CARMINES EG & MCIVER JP. - Unobserved Variables. In **Social Measurement: Current Issues**. Beverly Hills, CA: Sage, 1981.

CARO, FRANCIS G.; ROBNETT, REGULA H. & HIGGINS, JENNIFER, "Transportation: A Crucial Issue for Adult Day Care in Vermont". [Em linha] Gerontology Institute Publications, 2002, Paper 3.

Disponível na internet < URL: http://scholarworks.umb.edu/gerontologyinstitute_pubs/3

CARREIRA, H. - **As políticas sociais em Portugal**. Lisboa: Gradiva, 1996.

CARRILHO, M^a JOSÉ & CRAVEIRO, M^a DE LOURDES - A situação demográfica recente em Portugal. Revista de Estudos Demográficos, nº 54 (2015) p. 57-99.

Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2000, Relatório 2006, Relatório 2012, Relatório de 2013 e Relatório de 2014 [Em Linha]

Disponível na Internet <URL:www.cartasocial.pt; www.gep.msess.gov.pt

CARVALHO, M.I.L.B. & ALMEIDA, MARIA J. – Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal. Newsletter da Sociedade Portuguesa de Geriatria e de Gerontologia (SPGG). Lisboa (2014) p.3.

CARVALHO, MARIA IRENE LOPES B. DE. - Orientações da política de cuidados às pessoas idosas dependentes - modelo de cuidados em Portugal e nalguns países europeus. Comunicação no Congresso internacional sobre gerontologia. Lisboa (2006).

CASTIELLO, MARIA TERESA SANCHO - **Centro de Día para Personas Dependientes / Centro de Día: Conceptualizacion**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, 1996, p. 50-65.

CEDRU – **Estudo de avaliação das necessidades dos Seniores em Portugal**: Relatório Final. Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano em colaboração com Bonton Consultig Group, 2008.

CENTROS DE DIA. Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, 1976. Execução de Equipa Técnica do SERDI, Conselho Técnico criado por despacho do secretário de Estado da Segurança Social de 29/12/75.

CERRATO, IGNÁCIO MONTORIO - **Atención Psicológica - Centro de Día para Personas Mayores Dependientes**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, (1996) p. 238-249.

CID, X. & DAPIA, M. Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas - perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. In **As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Instituto Piaget - Colecção Horizontes Pedagógicos, 2007.

COHEN-MANSFIELD, JISKA; LIPSON, STEVE; BRENNEMAN; KATHY S. & PAWLSON, GREGORY L. - Health Status of Participants of Adult Day Care Centers. Journal of Health & Social Policy, Vol. 14(2) (2001) p. 71-89.

CONRAD, KENDON J. & GUTTMAN, ROSALIE - Characteristics of Alzheimer's versus Non-Alzheimer's Adult Day Care Centers. Journal of Research on Aging. Vol. 131 (1991) p.96-116. Sage Publications, Inc.

CONRAD, KENDON J. & HUGHES, SUSAN; *et al.* - Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol.48, nº 3 (1993) p. 112-122.

CONRAD, J. KENDON; HANRAHAN, PATRICIA & HUGHES, SUSAN L. - Survey of Adult Day Care in the U.S.: National and Regional Findings. Research on Aging nº12 (1990) p. 36-57.

CONRAD, KENDON J.; HUGHES, SUSAN L. & WANG, SHENGLIN - Program Factors That Influence Utilization of Adult Day Care. HSR: Health Services Research nº 27:4 (Outubro 1992) p.481-503.

CONRAD, KENDON J. & HUGHES, SUSAN; *et al.* - **The adult Day Care Assessment Procedure for Research (ADCAP-R): Manual & Instruments**. Northwestern University, 1984.

COONS, D. & MACE, N. - Aprimorando a qualidade de vida na assistência a longo prazo. In **Assistência ao Idoso – aspectos clínicos do envelhecimento** (5ª ed.). Editora Guanabarra Koogan, 2001.

CORTÉS, ANA MARIA RINCÓN & JUÁREZ, ANTÓNIO PÉREZ - **Programas de Cuidados de Enfermería - Centro de Día para Personas Mayores Dependientes** Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, (1996) p. 180-196.

CROMWELL, D. A., EAGAR, K., & POULOS, R. - The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for impairment in elderly community residents. Journal of Clinical Epidemiology, nº 56 (2003) p. 131-137.

DABELKO-SCHOENY, HOLLY & KING, SHAWN - In Their Own Words: Participants' Perceptions of the Impact of Adult Day Services, Journal of Gerontological Social Work, Nº 53 vol.2 (2010) p.176-192.

DABELKO-SCHOENY, HOLLY I. & BALASWAMY, SHANTHA - Use of Adult Day Services and Home Health Care Services by Older Adults: A Comparative Analysis', Home Health Care Services Quarterly [Em linha] Vol.18, nº 3, (2000) p. 65 — 79. [Consult. 03. Ago.2015]
Disponível na internet < URL:<http://dx.doi.org>.

DABELKO-SCHOENY, HOLLY I. & ZIMMERMAN, JENNIFER A. - Outcomes of Adult Day Services for Participants: A Conceptual Model. Journal of Applied Gerontology, [Em linha] Vol. 27, No. 1, (February 2008) p. 78-92 [Consult. 05. jan.2014]
Disponível na internet < URL:<http://jag.sagepub.com>.

DANG, HL; ELTON, L; NUBERG, I & BRUWER, J - Understanding farmers' adaptation intention to climate change: A structural equation modelling study in the Mekong Delta, Vietnam. Environmental Science & Policy, nº. 41, (2014) p. 11 – 22.

DEPALMA, JUDITH A. - Positive outcomes and Adult Day Care. Home, Health, Care, Management & Practice, Vol. 15, nº 4 (2003) p. 342-343.

DIAS, E. G.; DUARTE, Y. A. O. & LEBRÃO, M. L. - Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. O Mundo da Saúde, nº 34(2) (2010) p. 258-267.

DIENER, D. D. & MITCHELL, J. M. - Impact of a multifactorial fall prevention program upon falls of older frail adults attending an adult health day care center. Topics in Geriatric Rehabilitation, nº1(3) (2005) p. 247-257.

DUARTE, M., & MARTÍN, I. (2008). **Escala de Ocupação do Tempo**. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. [Unpublished manuscript]

EAPN - Envelhecimento Activo. [Em linha]. 2009
Disponível na internet <URL:<http://observatorio-lisboa.eapn.pt/>

ECKERT, J. K., MORGAN, L. A., & SWAMY, N. - Preferences for receipt of care among community- dwelling adults. Journal of aging & social policy, nº16, (2004) p.49–65.

ESTRELLA, ÁFRICA MARÍA CÁMARA - El Juego en las Personas Mayores: Una Vía de Desarrollo Personal. Revista Portuguesa de Pedagogia, ANO 46 – I (2012) p. 37-56.

FEMIA, ELIA E.; ZARIT, STEVEN H.; STEPHENS, MARY ANN PARRIS & GREENE, RICK - Impact of Adult Day Services on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The Gerontological Society of America: The Gerontologist, vol.47, Nº. 6 (2007) p.775-788.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCIO - **Gerontología Social**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 200. Cap. 22, p. 511-525.

FERREIRA, CARLOS; MONTEIRO, NUNO; WARNES, ANTONY; WILLIAMS, ALLAN & FRIEDRICH, KLAUS - **Estudo de Avaliação das necessidades dos Seniores em Portugal – Relatório Final**. Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano e Boston Consulting Group. Estudo encomendado e financiado pela Fundação Aga Khan Portugal 2008.

FERRER, MARIA TERESA ALGADO - **Los Centros de Día de Alzheimer y la calidad de vida de los pacientes e sus familiares - Un estudio de caso**. Valência: Colección Interciencias, 2005.

FIELDS, NOELLE L.; ANDERSON, KEITH A. & DABELKO-SCHOENY, HOLLY - The Effectiveness of Adult Day Services for Older Adults: A Review of the Literature From 2000 to 2011. **Journal of Applied Gerontology** [Em linha] Vol. 33 Nº 2 (2012) p. 130-163 [consult. 30 Junho 2014].

Disponível em [www: jag.sagepub.com](http://www.jag.sagepub.com).

FOLSTEIN M. F. ; FOLSTEIN S. E. & MCHUGH P.R. - Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res. Nº12 (1975) p. 189-98.

FONTECHA GÓMEZ, BENITO J. - Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día. Rev Mult Gerontol nº15(1) (2005) p.23-25.

FRANCIULLI, S. E.; RICCI, N. A.; LEMOS, N. D.; CORDEIRO, R. C. & GAZZOLA, J. M. - A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. Ciência & Saúde Coletiva, . [Em linha] Nº12 (2) (2007) p. 373-380. [Consult. abril.2015]

Disponível na Internet <URL:<http://www.scielo.br>.

FREITAS, SANDRA; ALVES, LARA; SIMÕES, MÁRIO R. & SANTANA ISABEL (Eds.) - Importância do Rastreio Cognitivo na População Idosa. Temas em psicologia do envelhecimento - Vol.I [Volume Temático]. Revista E-Psi, nº3 (1) (2013) p. 4-23.

Fundacion del Empresariado- **Manual para la Creacion de Centros de Dia**. México: Guías y Manuales, 2006.

Disponível na Internet <URL: www.medicinainformacion.com/geriatria

GAEDDERT LEV & OERTHER DB - Utilizing structural equation modeling in the development of a standardized intervention assessment tool. Procedia Engineering, nº 78 (2014) p.218 – 223.

GALLO, JOSEPH J.; BUSBY-WHITEHEAD, JAN; RABINS, PETER V. & OUTROS (Eds.). **Reichel Assistência ao Idoso - Aspectos Clínicos do Envelhecimento** (5ª edição). Editora Guanabarra Koogan, S.A., 2001 (obra original publicada – 1999).

GALVÃO, CRISTINA - Actividades Preventivas no Idoso. Revista Portuguesa de Clínica Geral, nº 22 (2006) p.731-737.

GATTO, I.B. - Aspectos Psicológicos do envelhecimento. *In* M. PAPALÉO NETTO - **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996.

GAUGLER, JOSEPH E & ZARIT, STEVEN H. - The Effectiveness of Adult day Services for Disabled Older People. Journal of Aging & Social Policy, Vol 12, nº 2 (2001) p. 23-47. The Haworth Press, Inc.

GAUGLER, JOSEPH E. - The process of adult day service use. Geriatric Nursing, nº35 (2014) p.47 e 54. [doi:10.1016/j.gerinurse.2013.10.009].

GAUGLER, JOSEPH E.; JARROTT, SHANNON E. & ZARIT, STEVEN H. - Respite for Dementia Caregivers: the effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. International Psychogeriatrics Vol. 15, Nº 1, (2003) p. 37-58. International Psychogeriatric Association.

GAUGLER, JOSEPH E.; ZARIT, STEVEN H. & TOWNSEND, ALOEN - Evaluating Community - based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day Services. The Journal of Applied Gerontology, Nº 1, Vol.22 (March, 2003) p. 118-133.

GEORGE, MIRIAM M. & NALEPPA, MATTHIAS J. – Adult Day Services. *In* **The Encyclopedia of Elder Care**. Editors Springer Publishing Company, LLC, 2014. p. 11 – 14.

GIL, ANA & MENDES, ÂNGELA - **Situação Social dos Doentes de ALZHEIMER: um estudo exploratório**. Fundação Montepio Geral e Instituto da Segurança Social, I.P.: Junho 2005.

GÓMEZ, BENITO J. FONTECHA - Valoración geriátrica: visión desde el Hospital de Día. Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat. Consorci Sanitari Integral. Rev Mult Gerontol 15 (1) (2005) p.23-25.

GONZÁLEZ, J.; MENÉNDEZ, A. C.; SÁNCHEZ, A. F.; GARCÍA, V. A.; GONZÁLEZ, JV GARCÍA; PALACIOS, E. DÍAZ & GARCÍA, A. SALAMEA - Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Primaria, Vol.23 (1999) p. 434-440.

GONZÁLEZ, M^a JESÚS RUIZ – **Modelo de Centro de Día para Personas com Dano Cerebral Adquirido**. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): Colección Documentos – Série Documentos Técnicos, 2007.

GONZÁLEZ, PILAR PASCUAL & CAPILLA, EVA M^a SÁNCHEZ - **Perfil de los usuarios de un centro de día urbano**. Libro de Comunicaciones Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid, 2004.

GRAF, CARLA - The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. University of California, San Francisco.

GUERREIRO, M.; SILVA, A.P.; BOTELHO, M.A.; LEITÃO, O.; CASTRO, C. & GARCIA, C. - Adaptação à População Portuguesa na tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). Revista Portuguesa de Neurologia, Supl. 1:9, 1994.

GUO, BAORONG; PERRON, BRIAN E. & GILLESPIE, DAVID F. – A Systematic Review of Structural Equation Modelling in Social Work Research. British Journal of Social Work (2008) p. 1-19.

HANDY J., BELLOME J. - Adult day services - the next frontier. **Caring**, nº 15 (12) (Dec 1996), p. 24-6, 28, 30-3.

HENRY, RONA SMYTH; COX, NANCY J.; REIFLER, BURTON V. & ASBURY, CAROLYN. - Adult Day Centers **In Robert Wood Johnson Foundation Antology: To Improve Health and Health Care**, 2000. Chapter 5.

HILL, MANUELA MAGALHÃES & HILL, ANDREW - **Investigação por Questionário** (2^a edição). Edições Sílabo, 2005.

Instituto Nacional de Estatística - **As Gerações mais idosas**. Lisboa, 1999.Série Estudos ISSN 0373-3162; 83.

INZA, B.& ARRIOLA, E. - El centro de día psicogeriátrico. In **Elementos de Geriatria en Atención Primaria**. Edita Jansen Cilag,1999, p. 113-123.

JAMES, L.R.; MULAİK, S.A. & BRETT, J.M. - CAUSAL ANALYSIS: Assumptions, Models, and Data, Beverly Hills, CA: Sage, 1982.

JARROT, SHANNON E.; ZARIT, STEVEN H.; BERG, STIG & JOHANSSON, LENNARTH. Adult Day Care for Dementia: a Comparison of Programs in Sweden and The United States. Journal of Cross - Cultural Gerontology, nº13, (1998) p. 99-108. Kluwer Academic Publisher.

JENATABADI, H.S. & ISMAIL, N.A - Application of structural equation modelling for estimating airline performance. Journal of Air Transport Management, nº40 (2014) p.25 – 33.

KENDAL, JEREMY - **The third sector and social care for older people in England: Towards an explanation of its contrasting contributions in residential care, domiciliary care and day care.** Civil Society Working Paper 8, March 2000.

KNOKE, D.; BOHRNSTEDT, G.W. & MEE, A.P. - **Statistics for Social Data Analysis**, 4th Edition. F.E. Peacock Publishers, 2002.

LAWTON, M. & BRODY, E. - Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, nº 9 (1969) p.179-186.

LAWTON, M.P.; MOSS, M.; FULCOMER, M. & KLEBAN, M. H. - **Multi-level assessment instrument manual for full-length MAI.** North Wales PA: Polisher Research Institute, Madlyn and Leonard Abramson Center for Jewish Life, 2003.

LECOVICH, ESTHER & BIDERMAN, AYA - **Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults.** International Psychogeriatric Association, 2011.

LEITNER, MICHAEL J. & LEITNER, SARA F. - Senior Day Care Centers. In **Activities Adaptation & Aging**. Vol. 7 (1995), cap. 5. Haworth Press inc.

LETURIA, F. & YANGUAS, J. - Intervención en ámbitos residenciales. Em M. Izal & I. Montorio (Eds.), **Gerontología conductual** (Dabelko-Schoeny Dabelko-Schoeny p.181-206). Madrid: Editorial Síntesis, 1999.

LEVENTHAL, AMY & CARO, FRANCIS G. - **Consumer perspectives on Quality in Adult Day Care.** Boston: Gerontology Institute, McCormack Graduate School of Policy Studies, University of Massachusetts, February 2004.

LIFE SATISFACTION INDEX-Z – Versão portuguesa. [Traduzido e Adaptado por Martín, I.] in **Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre doentes e seus cuidadores.** Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002 [Tese de Doutoramento].

LIMA, M. - **Posso participar? – Actividade de desenvolvimento pessoal para idosos.** Porto: Âmbar, 2004.

LINDEMAN, DAVID A.; CORBY, NANCY H.; DOWNING, RACHEL & SANBORN, BEVERLY - **Alzheimer's Day Care. A Basic Guide.** Hemisphere Publishing Corporation, 1991.

LOGSDON, REBECCA G. *et al.* - Memory Care and Wellness Services: Efficacy of Specialized Dementia Care in Adult Day Services. [Em linha] *The Gerontologist*, Vol. 00, No. 00 (2014) p. 1-8 [Consult. 21 jul., 2015].

Disponível na Internet em <URL:<http://gerontologist.oxfordjournals.org>.

LUCAS, JUDITH A.; ROSATO, NANCY SCOTTO; ANDREW LEE, JIN & HOWELL-WHITE, SANDRA. - **Adult Day Health Services: A Review of the Literature**. [Em linha] The Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research: August 2002 [Consult. 25 mai., 2015].

Disponível na Internet em <URL:www.cshp.rutgers.edu

MAHONEY FI, BARTHEL D. - Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal, nº14 (1965) p.56-61.

MANCHOLA, ENRIQUE ARRIOLA - Recursos sociosanitarios - el Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. Revista Multidisciplinar de Gerontologia, Vol. 10, nº 2 (2000) p. 105-125.

MARÔCO, JOÃO - **Análise de Equações Estruturais- Fundamentos teóricos, Software e Aplicações**. ReportNumber, 2010.

MARSH HW, HOCEVAR D. - Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First - and higher order factor models and their invariance across groups. Psychological Bulletin nº 97 (1985) p.362 – 582.

MARTÍN, JOSE IGNACIO GUINALDO – **Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre doentes e seus cuidadores**. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2002 [Tese de Doutoramento].

MARTÍN, I.; GONÇALVES, D.; PAÚL, C. & PINTO, F. - Políticas Sociais para a Terceira Idade. In **As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa**. Lisboa: Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos, 2007.

MARTÍN, I.; NEVES, R.; PIRES, C.& PORTUGAL, J. - **Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade_2006**. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos (UNIFAI), 2007.

MARTÍN, INÁCIO; LOPES, ELVIRA - Políticas sociais gerontológicas. Rediteia 41: Envelhecimento Activo. Edição Janeiro-Julho de 2008, p. 44-46.

MARTÍN, I.; DUARTE, M.; VANESSA, P. & DUARTE, N. - **Relatório QOL 55+: Perfil de Necessidades e Qualidade de Vida das Pessoas em Processo de Envelhecimento do Concelho de Guimarães**. 2009. [Texto policopiado].

MARTÍN, I.; CASTRO, P.C.; DUARTE, M.; ALMEIDA, E.; PINTO, J.C.; MENDES, S.; MOURÃO, L. & CORREIA, A.C. – **Rastreio de Necessidades de Atenção Rápida 75 [RNAR 75]**. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Porto: 2007. [*Unpublished manuscript*].

MARTINS, ROSA M^a LOPES – Os idosos e as actividades de lazer. Millenium – Revista do IPV – nº 38 (Junho 2010) p. 243-251.

MARTINS, R. - Envelhecimento e Políticas Sociais. [Em linha] Educação Ciência e Tecnologia, Revista do ISPV, nº 32 (Fevereiro 2006) p.126-140. [Consult. 02 jun., 2014].

Disponível na Internet <URL:<http://www.ipv.pt/millennium>>.

MARTÍNEZ, MIGUEL VILAS; SUÁREZ, DELFINA PÉREZ; IGLESIAS, BELÉN CARRERA & PONTE, JOSÉ CAAMAÑO – **Análisis Estratégico de los Centros y Programas de Estancia Diurna para Personas Mayores Dependientes en la Comunidad Autónoma de Galicia**. Idades - Asociación para la Investigación de la Discapacidad, la Dependencia y el Envejecimiento, 2003.

MATURE MARKET INSTITUTE (MMI) – **The MetLife National Study of Adult Day Services – Providing support to Individuals and their Family Caregivers**. [Em linha]. Outubro de 2010.

Disponível na Internet em <URL:www.MatureMarketInstitute.com>

MAZO, G. A; LOPES, M. A. & BENEDETTI, T. B. - **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.

MCCLINTOCK, J.M. & EVANS, I.M. - The underlying psychopathology of eating disorders and social phobia: A structural equation analysis. Eating Behaviours, nº 2 (2001) p.247 – 261.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL – Protocolo de Cooperação de 2011-2012, celebrado entre o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e A Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, 2012.

Disponível na internet <URL:www.seg-social.pt>

MONTORIO, I.; DÍAZ-VEIGA, P. & IZAL, M. - Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos dependientes. Revista Española de Geriátria y Gerontología, Nº 3 (1995) p. 157-168.

MONTGOMERY, R., & BORGATTA, E. - The effects of alternative support strategies on family caregiving. The Gerontologist, nº 29 (1989) p. 457-464.

MORÃO, LUÍSA M. REBELO – **Aplicação da Escala de Gijón em Rastreo de Risco Social**. Tese de Mestrado, Aveiro: Secção Autónoma de Saúde, Universidade de Aveiro. 2008. [Texto policopiado].

MOSSELLO ENRICO, *et al.* - Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. Internacional Journal of Geriatric Psychiatry, nº23 (2008) p.1066–1072. Published online 15 May 2008 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com)

MULAİK S.A.; JAMES, L.R.; VAN ALSTINE, J.; BENNET, N.; LIND, S. & STILWELL, C.D.- Evaluation of Goodness-of-Fit Indices for Structural Equation Models. Psychological Bulletin, nº 105 (3) (1989) p.430 – 445.

MURPHY, J. & CICILLINE, M. - Medidas preventivas para idosos. *In* **Assistência ao Idoso – aspectos clínicos do envelhecimento** (5ª ed.). Editora Guanabara Koogan, 2001.

NADSA – NATIONAL ADULT DAY SERVICES ASSOCIATION – **Adult Day Services: Facts and Overview**, 2007 [Em linha] [Consult. Março 2014]

Disponível na internet <URL:<http://www.nadsa.org/default.asp>

NETTO, MATEUS PAPALÉO - **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. S. Paulo: Editora Atheneu, 1996.

NOGUEIRA, JOSÉ MIGUEL - **A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados**. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social: Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009. Página: www.gep.mtss.gov.pt

O'KEEFFE, J. & SIEBENALER, K. - **Adult day services: A key community service for older adults - Executive summary**. U.S. Department of Health and Human Services (2006, July).

OLIVEIRA, CATARINA RESENDE; ROSA, MANUEL SANTOS, *et al.* - **Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa**. Programa Saúde XXI: 2010 (Outubro).

Organización Mundial de la Salud - Programa sobre Envejecimiento y Salud. **Envejecimiento Saludable - el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria**. Ginebra, 1998.

PALLEY, HOWARD A.; HANLEY, BARBARA E. & WATSON, DIANA - Adult Day Care Centers and the Treatment of Alzheimer's Disease Patients: a critical analysis. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, September/October, 1994.

PEREIRA, ALEXANDRE - **SPSS - Guia Prático de Utilização - Análise de dados para as ciências sociais e psicologia** (6ª edição). Edições Sílabo, 2006.

PIMENTEL, LUÍSA - **Lugar do Idoso na Família - Contexto e Trajectória**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005.

POLACEK, R. *et al.* - **Study on social services of general interest: Final report**. Brussels, Belgium: European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2011.

Disponível na Internet <URL:<http://eprints.lse.ac.uk/43342/>

Programa do | Governo Constitucional

Programa do || Governo Constitucional

PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO DE 2011-2012, Celebrado entre o Ministério da Solidariedade e Segurança Social e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade. [Em linha]. Janeiro 2012. [Consultado a 15 maio 2014]

Disponível na Internet <URL: www.seg-social.pt.

PUENTE ANDRÉS, P.; SERRANO GARIJO, PILAR; GONZÁLEZ DOCAVO, F.; CAVA PRECIADOS, MT; MARTÍN, C.; MARTÍNEZ, A.; GALÁN, A. & TENA-DÁVILA, MC. - **Prevalencia de deterioro cognitivo o demencia en los centros de día convencionales municipales**. Libro de Comunicaciones. Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid, 2004. p. 329-332.

PULLEIRO, M.^a C. *et al.* - **Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer**. *Colección Documentos Serie Documentos Técnicos*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Pamplona, 2007.

QUARESMA, MARIA DE LURDES - **Cuidados Familiares às Pessoas muito Idosas**. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996.

REILLY, SIOBHAN; VENABLES, DAN; HUGHES, JANE; CHALLIS, DAVIS; ABENDSTEM, MICHELE. - Standards of care in day hospitals and day centres: a comparison of services for older people with dementia. [Em linha] *Int J Geriatr Psychiatry*, nº 21 (2006) p. 460–468.

Disponível na Internet <URL: www.interscience.wiley.com

REILLY, SIOBHAN; VENABLES, DAN; HUGHES, JANE; CHALLIS, DAVIS; ABENDSTEM, MICHELE. - Day Care Services for older people with dementia in the North West of England. [Em linha] Discussion Paper . University of Manchester: 2004 [Consultado janeiro 2015]

Disponível na Internet <URL: <http://www.pssru.ac.uk>

REEVER, KAREN E.; MAIHIEU, ESTHER ; DINNIS, MARIE P. & GITLIN, LAURA N. - Adult Day Services Plus - Augmenting Adult Day Centers With Systematic Care Management for Family Caregivers. *Alzheimer's Care Quarterly*, nº 5 (4) (October/December 2004) p. 332-339

RITCHIE, LINDA - Adult Day Care: Northern Perspectives. *Public Health Nursing* Vol. 20 Nº. 2 (March/April, 2003) p. 120–131. Blackwell Publishing, Inc.

RODRÍGUEZ, TERESA MARTINEZ - Reorientando los recursos de atención a las personas mayores hacia las necesidades derivadas de la dependencia: de las Estancias Diurnas a los Centros de Día. *Intervención Psicosocial*, N.º 3, Vol. 10 (2001) p. 389-394.

RODRIGUEZ, MARIA TERESA MARTÍNEZ & RODRIGUEZ, PILAR - **Centro de Dia para Personas Mayores com Dependências**. Gobierno del Principado das Asturias, Consejería de Assuntos Sociales, 2007.

ROTH, DAVID L.; GITLIN, LAURA N.; COON, DAVID W.; STEVENS, ALAN B.; BURGIO, LOUIS D., GALLAGHER-THOMPSON, DOLORES; BELLE, STEVEN H. & BURNS, ROBERT - Psychometric Aanalysis of the Revised Memory and Behavior Problems Checklist: Factor Structure of Occurrence and Reaction Ratings. NIH – National Institut of Health: *Psychol Aging* nº 18 (4) (2003,December), p.906–915.

RUBENSTEIN, LAURENCE Z. - FALLS IN OLDER PEOPLE: EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS AND STRATEGIES FOR PREVENTION. [EM LINHA] AGE AND AGEING (2006) P.35-52. [CONSULT. 24 SET. 2015].

Disponível na Internet <URL:<http://ageing.oxfordjournals.org>.

RUDY B.M. & MATTHEWS, R.A. - Cognitive Indicators of Social Anxiety in Youth: A Structural Equation Analysis. Behaviour Therapy, nº 45 (2014) p.116 – 125.

SALARI, SONIA MINER - Intergerational Partnership in Adult Day Centers: Importance of age - appropriate environments and behaviors. The Gerontologist, Vol.42, nº 3, (2002) p. 321-333. Gerontological Society of America.

SALGADO, A. ALBA & MONTALVO, J. GONZÁLEZ - Centro de Dia para Personas Mayores - un esquema práctico sobre su funcionamiento. Revista Española de Geriatria y Gerontología, vol. 34, nº 5 (1999) p. 298-305.

SAMUELSSON, L.; MALMBERG, B. & HANSSON, J-H - **Daycare for elderly people in Sweden: a national survey**. Scand J Soc Welfare & Blackwell, 1998:7, p.310–319.

SANDERS, SARA; SANDERS, JEANNE; KINTZLE, SARA & OSTERHAUS, JOELLE KOON – **Adult Day Services in Iowa – Strengthening a Critical Home and Community – Based Service**. University of Iowa – School of Social Work, 2007.

SANCHO, T. & RODRIGUEZ, P. - **Programas y servicios para personas mayores in Gerontologia conductual - bases para la intervencion y ámbitos de la aplicación**. Editorial Sintesis,1999, p. 207-236.

SANNINO, C. - **Centros de día para personas mayores**. Ponencia en Jornada sobre atención psico geriátrica a las personas mayores con demencia en centros de día, Donostia, Matia Fundazioa (1999).

SCHMITT, EVA M.; SANDS, LAURA P.; WEISS, SARA; DOWLING, GLENNA & COVINSKY, KENNETH - Adult Day Health Center Participation and Health-Related Quality of Life. The Gerontologist. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America, 2010.

SEQUEIRA, C. - **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora, 2007.

SHEIKH, J. I. & YESAVAGE, J. A. - **Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version**. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. NY: The Haworth Press, 1986, p-165-173.

SMELSER, N.J. & BALTES, P.B. - **International Encyclopedia of Social & Behavioral Sciences**, 1st Edition. Elsevier Science Ltd, 2001.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. - **O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais**. Envelhecer em família - Os cuidadores familiares na velhice. Porto: Âmbar, 2004, p. 96-141.

STERN, AMY LEVENTHAL & CARO, FRANCIS G. - Consumer Perspectives on Quality in Adult Day Care (2004). Gerontology Institute Publications. Paper 4.

Disponível na Internet <URL:http://scholarworks.umb.edu/gerontologyinstitute_pubs/4

SVIDE'N, GERD ANDERSSON; THAM, KERSTIN & BORELL, LENA - Elderly participants of social and rehabilitative day centres. Nordic College of Caring Sciences: Scand Journal Caring Science nº 18 (2004) p. 402-409.

TAJES, JESUS GARCIA. Centros de Dia para enfermos de Alzheimer. Cuadernos de Geriatria nº 11. Sociedade Aragonesa de Geriatria y Gerontologia. (2003) p. 9-20.

TEIXEIRA, ANTÓNIO - **Instituições Particulares de Solidariedade Social - Aspectos da Evolução do seu Regime Jurídico**. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996.

TENA-DÁVILA MATA, MC; SERRANO GARIJO, P; ROMERO CHAPARRO, R; MARTÍN DÍEZ, C & MARTÍNEZ SIMANCAS. - **Hábitos Alimentarios Usuarios de centros de dia**. Libro de Comunicaciones. Jornadas Centros de día y Dependencia Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades. Madrid, 2004. p.321-328.

TERI, LINDA; TRUAX, PAULA; LOGSDON, REBECCA; UOMOTO, JAY; ZARIT, STEVEN & VITALIANO, PETER P. - Assessment of behavioral problems in dementia: The Revised Memory and Behavior Problems Checklist. Psychology and Aging, Vol 7(4) (Dec 1992) p.622-631.

THE NATIONAL INSTITUTE ON ADULT DAYCARE – **Standards for Adult Day Care**. The National Council on the Aging Inc., 1984.

TRINIDAD, DIEGO - **Programas de Salud Física - Centro de Día para Personas Mayores Dependientes**. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales - Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales, (1996) p.156-177.

TSE W.S.; WU J. & POON, K.C. - Motivation for achievement as perceived resource value in social rank theory of depression: A structural equation modeling analysis. Personality and Individual Differences, nº 50 (2011) p.1034 – 1038.

VÁZQUEZ-MARTÍNEZ, A.; NAVARRO-PARDO, E.; SANTOS, E.; POCINHO, R. & ROBAINA, N. F. - Percepção da sobrecarga e alteração da qualidade de vida dos cuidadores informais de pessoas idosas. [Em linha] Revista Ibero-americana de Gerontologia, nº 2 (dezembro de 2013) p. 5-11.

Disponível na Internet <URL:www.anges.pt.

VÁZQUEZ, M. CARMEN SIEIRO; DIAZ, ANA PEREIRA; FERNÁNDEZ, LEIRE LODEIRO; CREGO, MANUEL GANDOY & CALENTI, JOSÉ CARLOS MILLÁN - Apoyo a los Usuarios y familias en un Centro Gerontológico de Estancias Diurnas. Revista Trabalho Social Y Salud nº 38 (2001) p.147-146.

VELOSO, ESMERALDINA - **A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002**. VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (Junho 2008).

VELOSO, ESMERALDINA - Contributos para a análise da emergência das Universidades da Terceira Idade em Portugal. Revista Portuguesa de Pedagogia nº41-2 (2007) p.233-258.

VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (Junho 2008).

VITTEGL, J. R.; WHITE, C. N.; MCGOVERN, R. J. & MORTON, B. J. - Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. Aging & Mental Health, 10(1) (2006) p. 40-47.

WACKER, ROBBYN R. & ROBERTO, KAREN A. - **Community resources for older Adults - Programs and services in a Era of Change (2nd edition)**. USA: Sage Publications, 2008.

WALL, KANN - Apontamentos sobre a família na política social portuguesa. Análise Social, vol. xxx [131-132], (1995) (2.º-3.º) p.431-458.

WALL, KARIN; SÃO JOSÉ, JOSÉ & CORREIA, SÓNIA V. - Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: problemas e soluções. [Em linha] Protecção Social, Cadernos Sociedade e Trabalho, nº7 (2006) p. 119-154.

Disponível na internet <URL:<http://www.ics.ul.pt>.

WARREN, SHARON *et al.* - The Impact of Adult Day Programs on Family Caregivers of Elderly Relatives. Journal of Community Health Nursing, nº 20:4 (2003) p. 209-221.

WEISSERT, WILLIAM G.- Adult Day Care Programs in the United States: Current Research Projects and a Survey of 10 Centers. Public Health Reports, Vol. 92, Nº 149, (January – February 1977) p. 49-56.

WEISSERT, W. G.; ELSTON, J. M.; BOLDA, E. J.; CREADY, C. M.; ZELMAN, W. M.; SLOANE, P. D. *et al.* - Models of adult day care: Findings from a national survey. Gerontologist nº 29 (5) (1989) p. 640-649.

WHEATON, B.; MUTHEN, B.; ALWIN, D.F. & SUMMERS, G. - Assessing Reliability and Stability in Panel Models. Sociological Methodology, nº8 (1) (1977) p.84–136.

WOOD, V.; WYLIE, M.L. & SHEAFOR, B. - An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. Journal of Gerontology, nº24 (1969) p.465–469.

WOODHEAD, ERIN L.; ZARIT, S. H.; BRAUNGART, E. R.; ROVINE, M. J. & FEMIA, E. E. - Behavioral and psychological symptoms of dementia: The effects of physical activity at adult day service centers. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, nº 20.3 (2005) p.171-179.

YUASO, D. & SGUIZZATO, G. - Fisioterapia em Pacientes Idosos. In **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. S. Paulo: Editora Atheneu, 1996.

ZARIT, STEVEN H.; STEPHENS, MARY ANN PARRIS; TOWNSEND, ALOEN & GREENE, RICKEY - Stress Reduction for Family Caregivers: Effects of Adult Day Care Use. [Em linha] Journal of Gerontology: Social Sciences vol. 53B, nº 5 (1998) p. 267-277

Disponível na internet <URL:<http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/> [downloaded by guest on February 19, 2015].

ZARIT, S.H.; KIM, K.; FEMIA, E.E.; ALMEIDA, D.M.; SAVLA, J. & MOLENAAR, P.C.M. - Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, nº 66(5) (2011) p.538–546.

ZARIT, STEVEN H.; STEPHENS, MARY ANN PARRIS; TOWNSEND, ALOEN; GREENE, RICKEY & FEMIA, ELIA E. – Commentary on “Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers” and Author’s Reply. Give Day Care a chance to be effective: A Commentary. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 58B, No. 3, (2003) p.195-199.

Downloaded from <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/> by guest on July 23, 2015

ZANK, SUSANNE & SCHACKE, CLAUDIA - Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, Vol. 57B, No. 4, (2002) p.348–P357.

ANEXO I

Questionário de avaliação dos Centros de Dia sob o ponto de vista do utilizador (Q-ADC)



**Unidade de Investigação e
Formação sobre Adultos e Idosos**

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Q-ADC

**Questionário de avaliação dos Centros de Dia
sob o ponto de vista do utilizador**

**Assessment questionnaire of Day Centres
from the user's point of view**

Parte I

Referência: _____

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____

Local da entrevista _____

O presente protocolo surge do âmbito de um estudo que está a ser desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) sediada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Universidade do Porto), em colaboração com a Universidade de Aveiro.

O protocolo reúne três partes distintas: i) uma breve descrição da instituição e sua organização; ii) identificação de um utilizador, seguida de uma avaliação de vários domínios da sua vida e satisfação com os serviços e actividades prestados pela resposta social de Centro de Dia; iii) e uma breve avaliação referente ao comportamento dos utilizadores no Centro de Dia, por parte de um funcionário.

Nesse sentido, solicitamos a sua colaboração através do preenchimento dos questionários presentes neste protocolo. Não existem respostas certas ou erradas, o mais importante é que responda com sinceridade e cuidadosamente a todas as questões.

Obrigado pela sua colaboração.

1 | Identificação da Instituição

Código

--	--	--	--	--

Obs: A categorizar apenas na fase de análise estatística.

1.1. Dados Institucionais

Nome _____

Morada _____ Telf. _____

Profissional de referência (nome) _____ Cargo _____

1.2. Tipo de Equipamento

1.2.1. Financiamento da Resposta de Centro de Dia

 Privado com Fins Lucrativos Privado sem Fins Lucrativos

1.2.2. Entidades Financiadoras e valor recebido por Cliente

 Segurança Social _____ Autarquia _____ Ministério da saúde _____ Companhia de Seguros _____ Família _____ Outra _____

1.2.3. Classificação populacional da área onde se encontra implantado o Centro de Dia

Zonas densamente povoadas: conjunto contínuo de unidades locais (freguesias), apresentando, cada uma, uma densidade populacional superior a 500 habitantes por km² e possuindo, no seu conjunto, uma população total de, pelo menos, 50 000 habitantes.

Zonas medianamente povoadas: conjunto contínuo de unidades locais (freguesias), que não fazendo parte de uma zona densamente povoada, apresentem cada uma, uma densidade populacional superior a 100 habitantes por km², sendo o conjunto contíguo a uma zona densamente povoada ou possuindo uma população total de, pelo menos, 50 000 habitantes.

Zonas pouco povoadas: conjunto de unidades locais (freguesias), não fazendo parte de uma zona densamente povoada nem de uma zona medianamente povoada.

Anexo. Caracterização das Respostas Sociais a nível Nacional

INFÂNCIA E JUVENTUDE

Crianças e Jovens

Ama
Creche
Estabelecimento de Educação Pré-Escolar
Centro de Actividades de Tempos Livres

Crianças e Jovens com Deficiência

Intervenção Precoce
Lar de Apoio
Transporte de Pessoas com Deficiência

Crianças e Jovens em Situação de Perigo

Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental
Equipa de Rua de Apoio a Crianças e Jovens
Acolhimento Familiar para Crianças e Jovens
Centro de Acolhimento Temporário
Lar de Infância e Juventude
Apartamento de Autonomização

POPULAÇÃO ADULTA

Pessoas Idosas

Serviço de Apoio Domiciliário
Centro de Convívio
Centro de Dia
Centro de Noite
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas
Residência
Lar de Idosos

Pessoas Adultas com Deficiência

Centro de Atendimento/Acompanhamento e Animação para
Pessoas com Deficiência
Serviço de Apoio Domiciliário
Centro de Actividades Ocupacionais
Acolhimento Familiar para Pessoas Adultas com Deficiência
Lar Residencial
Transporte de Pessoas com Deficiência

Pessoas em Situação de Dependência

Serviço de Apoio Domiciliário
Apoio Domiciliário Integrado
Unidade de Apoio Integrado

Pessoas com Doença do Foro Mental ou Psiquiátrico

Fórum Sócio Ocupacional
Unidade de Vida Protegida
Unidade de Vida Autónoma
Unidade de Vida Apoiada

Pessoas Sem-Abrigo

Equipa de Rua para Pessoas Sem-Abrigo
Atelier Ocupacional

FAMÍLIA E COMUNIDADE

Família e Comunidade em Geral

Atendimento/Acompanhamento Social
Grupo de Auto-Ajuda
Centro Comunitário
Centro de Férias e Lazer
Refeitório/Cantina Social
Centro de Apoio à Vida
Comunidade de Inserção
Centro de Alojamento Temporário
Ajuda Alimentar

Pessoas com VIH/SIDA e suas Famílias

Centro de Atendimento/Acompanhamento Psicossocial
Serviço de Apoio Domiciliário
Residência para Pessoas Infectadas pelo VIH/SIDA

Pessoas Toxicodependentes

Equipa de Intervenção Directa
Apartamento de Reinserção Social

Pessoas Vítimas de Violência Doméstica

Centro de Atendimento
Casa de Abrigo



**Unidade de Investigação e
Formação sobre Adultos e Idosos**

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Q-ADC

**Questionário de avaliação dos Centros de Dia
sob o ponto de vista do utilizador**

**Assessment questionnaire of Day Centres
from the user's point of view**

Parte II

Referência: _____

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____ Local da entrevista _____

Este estudo compreende uma avaliação de vários domínios de vida de utilizadores da resposta social de Centro de Dia.

Serão apresentados diferentes questionários que avaliam vários aspectos sobre a vida, nomeadamente a situação habitacional, as competências físicas e cognitivas, as relações sociais e o bem-estar, entre outros. Serão também abordadas questões associadas à satisfação com os serviços e actividades disponibilizados pelo Centro de Dia que frequenta, e qual a medida em que estes serviços respondem às suas necessidades. Nesse sentido, solicitamos a sua colaboração através do preenchimento das questões presentes neste protocolo.

SECÇÃO B UTILIZADOR

1 | Identificação do Utilizador

Código da Instituição

--	--	--	--	--

1.1. Género

Masculino

Feminino

1.2. Data de Nascimento ____/____/____

Nota: No caso de não conseguir indicar pode identificar apenas a idade

1.3. Estado Civil

Solteiro

Casado

União de Facto

Viúvo

Quanto tempo ficou viúvo? ____ anos

Divorciado/Separado

Há quanto esta divorciado ou separado? ____ anos

1.4. Escolaridade

Frequência

Nunca frequentou

1º Ciclo incompleto /Ensino Primário incompleto

1º Ciclo /Ensino Primário

2º Ciclo /Ensino Preparatório

3ª Ciclo /Ensino Secundário

Ensino Universitário

1.5. Profissão

Indique a principal profissão que desenvolveu.

Classificação nacional de Profissões (adaptada de INE, 2010) (assinalar a classificação que mais se adequa à profissão desenvolvida pelo utilizador)

- Profissões das Forças Armadas
- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos
- Especialistas das actividades intelectuais e científicas
- Técnicos e profissões de nível intermédio
- Pessoal administrativo
- Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
- Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
- Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados

2 | Avaliação Socioeconómica do Utilizador

2.1. Identificação da Rede Social Primária

2.1.1 Caracterização familiar nuclear

- Cônjuge
- Filhos N.º _____

Relação familiar	Género	Emprego* Horário	Filhos Dependentes*	Distância à habitação/km
1 _____	M <input type="checkbox"/> /F <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/> /Parcial <input type="checkbox"/>	Menores 5 anos S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	_____
	Vivência de outra situação ocupacional	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	
2 _____	M <input type="checkbox"/> /F <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/> /Parcial <input type="checkbox"/>	Menores 5 anos S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	_____
	Vivência de outra situação ocupacional	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	
3 _____	M <input type="checkbox"/> /F <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/> /Parcial <input type="checkbox"/>	Menores 5 anos S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	_____
	Vivência de outra situação ocupacional	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	
4 _____	M <input type="checkbox"/> /F <input type="checkbox"/>	Completo <input type="checkbox"/> /Parcial <input type="checkbox"/>	Menores 5 anos S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	_____
	Vivência de outra situação ocupacional	Desempregado <input type="checkbox"/>	Reformado <input type="checkbox"/>	

2.1.2. Com quem coabita o Utilizador?

- Sozinho
- Cônjuge
- Filhos
- Genro/Nora
- Netos
- Irmãos
- Parentes próximos
- Vizinhos/amigos
- Outros (indique) _____

2.2. Caracterização económica

2.2.2. Origem dos rendimentos

- Pensão de reforma (nacional ou estrangeira)
- Pensão de sobrevivência
- Subsídio de desemprego
- Subsídio complementar
- Rendimentos próprios
- Trabalho
- Seguro
- Outro (indique) _____

2.2.3. Escalões de rendimento mensal:

- Inferior ao valor da pensão de sobrevivência (<254 €)
- Valor da pensão de sobrevivência (254 €)
- Aproximação ao valor de 2/3 da pensão de sobrevivência ([255 € ;381 €])
- Aproximação ao valor relativo a um salário mínimo nacional ([382 €; 475 €])
- Aproximação ao valor relativo a um salário e meio mínimo nacional ([476 €; 712,5 €])
- Aproximação ao valor relativo a dois salários mínimos nacionais ([713 €; 950 €])
- Aproximação ao valor relativo a três salários mínimos nacionais ([951 €; 1425 €])
- Superior a três salários mínimos nacionais e inferior a quatro ([1426 €; 1899€])
- Aproximação ou superior ao valor relativo a quatro salários mínimos nacionais (≥1900 €)

2.2.4. Valor dispendido na participação da resposta que utiliza Valor mensal _____

2.3. Admissão/readmissão na Instituição

2.3.1. Entrada através de

- Comunidade
(domicílio privado, famílias de acolhimento)
- Internamento Hospitalar
- Clínica de Reabilitação
- Segurança Social
- Instituição de apoio social
- Outro (indique _____)

2.3.2. Respostas anteriormente utilizados

	Data Admissão (mês e ano)	Permanência (meses/anos)
Serviço de Apoio Domiciliário	/	
Apoio Domiciliário Integrado	/	
Centro de Convívio	/	
Centro de Dia	/	
Centro de Noite	/	
Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas	/	
Residência	/	
Lar de Idosos	/	
Centro de Atendimento/Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência	/	
Centro de Actividades Ocupacionais	/	
Acolhimento Familiar para Pessoas Adultas com Deficiência	/	
Lar Residencial	/	
Transporte de Pessoas com Deficiência	/	
Respostas inscritas na Rede de Cuidados Continuados	/	

3 | Dados de Identificação da situação habitacional do Utilizador

3.1. Localização

Localizada na povoação *

Isolada **

*Habitação enquadrada em área habitacional, com densidade populacional que facilite o acesso a indivíduos, bens e serviços, e cujo acesso a uma rede de transportes seja possível em menos de 10 minutos a pé.

**Não cumpre ambas as condições.

3.2. Tipo de Habitação

Casa unifamiliar

Apartamento/andar

Parte de casa (ex. anexos)

Alojamentos colectivos e casas de dormidas

Barraca

Tenda/Roulotte

Sem abrigo

Outros _____

4| Escala de Gijón de Avaliação Sociofamiliar no Idoso

(García-González, 1999| Versão Portuguesa: Morão, 2008)

A. Situação familiar

- 1. Vive com a família sem dependência física/psíquica
- 2. Vive com o cônjuge de similar idade
- 3. Vive com a família e/ou cônjuge com algum grau de dependência
- 4. Vive sozinho mas tem filhos próximos
- 5. Vive sozinho sem filhos

B. Situação económica

- 1. Mais de 2 salários mínimos
- 2. De 2 salários mínimos até 1 salário mínimo
- 3. Desde ao salário mínimo até à pensão do sistema contributivo
- 4. Desde a pensão do sistema contributivo até à pensão social
- 5. Sem rendimentos ou inferiores aos anteriormente apresentados

C. Habitação

- 1. Adequada às necessidades
- 2. Barreiras arquitectónicas na casa ou na entrada principal de acesso à habitação (degraus de escadas, portas estreitas, banheira...)
- 3. Humidade, fracas condições de higiene, equipamento inadequado (casa de banho incompleta, ausência de água quente e de aquecimento)
- 4. Ausência de elevador e/ou telefone
- 5. Habitação inadequada (Barracas, habitação em ruínas, ausência de equipamentos mínimos)

D. Relações sociais

- 1. Relações sociais
- 2. Relações sociais só com a família e com os vizinhos
- 3. Relações sociais só com a família ou vizinhos
- 4. Não sai do domicílio, mas recebe visitas
- 5. Não sai do domicílio nem recebe visitas

E. Apoio da rede social

- 1. Com apoio familiar ou de vizinhos
- 2. Voluntariado social, ajuda domiciliária
- 3. Não tem apoio
- 4. Pendente do ingresso numa instituição geriátrica
- 5. Tem cuidados permanentes

5 | Escala de Ocupação do Tempo

(Duarte & Martín, 2008)

Q1 Trabalho remunerado

Desenvolve algum tipo de trabalho remunerado?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q2 Actividades agrícolas ou criação de animais

Desenvolve algum tipo de trabalho agrícola ou de criação de animais?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q3 Trabalho doméstico

Desenvolve algum tipo de trabalho doméstico, como lavar roupa, coser roupa e limpar a casa?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q4 Actividades sociais

Costuma conversar com familiares, vizinhos ou amigos?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q5 Actividades culturais e de lazer

Costuma ir a espectáculos culturais (cinema, teatro, conferências, concertos, exposições)?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q6 Actividades desportivas

Costuma praticar actividades desportivas (natação, *fitness*, ginástica, ciclismo, caminhar)?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q7 Actividades educativas e formativas

Desenvolve algum tipo de formação contínua, como por exemplo no âmbito da informática, da formação artística, da costura, da cozinha ou ao nível de outros idiomas?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q8 Trabalho de voluntariado

Desenvolve algum tipo de actividades ao serviço de alguma instituição, organização?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Q9 Apoio informal

Actualmente cuida de alguém dependente?

SIM NÃO

Se Sim, com que frequência:

Raramente Algumas vezes /ano 1 ou 2 X/mês

Semanal Diário

Grau de parentesco relativamente à pessoa que presta cuidado:

Cônjuge/Companheiro

Filho(a)

Nora/Genro

Irmão/Irmã

Tio(a)

Sobrinho(a)

Amigo(a)

Outro

(especificar): _____

6 | Escala de Satisfação com a Vida - Life Satisfaction Index

(Neugarten & Havighurst, 1961 | Versão Portuguesa: Martín, 2002)

As frases que se apresentam de seguida estão relacionadas com o modo como as pessoas se sentem, em geral, relativamente à vida. Para cada uma delas, responda se “Concorda”, “Discorda” ou se não tem a certeza “?” (assinale aquele que mais se aproxima da resposta correcta).

	?	Concordo	Discordo
1. À medida que vou envelhecendo, as coisas parecem melhor do que aquilo que eu tinha imaginado			
2. Tenho tido mais oportunidades na vida do que a maioria das pessoas que conheço			
3. Este é o período mais deprimente da minha vida			
4. Sou tão feliz como quando era mais novo(a)			
5. A minha vida podia ser mais feliz do que é agora			
6. Estes são os melhores anos da minha vida			
7. A maior parte das coisas que faço são aborrecidas ou monótonas			
8. Espero que coisas interessantes e agradáveis me aconteçam no futuro			
9. As coisas que faço são tão interessantes para mim como sempre foram			
10. Sinto-me velho(a) e de alguma forma cansado(a)			
11. Olhando para a minha vida passada, sinto-me francamente satisfeito(a)			
12. Não mudaria o meu passado mesmo que pudesse			
13. Comparativamente a outras pessoas da minha idade tenho um bom aspecto físico			
14. Tenho feito planos para coisas que estarei a fazer daqui a um mês ou um ano			
15. Quando eu penso sobre o meu passado concluo que não consegui a maior parte das coisas importantes que desejava			
16. Comparativamente com outras pessoas fico deprimido(a) demasiadas vezes			
17. Tenho bastante daquilo que esperava da minha vida			
18. Apesar do que se diz, a maior parte das pessoas está cada vez pior, não melhor			

7| Protocolo de Avaliação de Centros de Dia para Adultos

Versão para Investigação (PACD-II)

(adaptado por Teixeira, Martín & Almeida, 2012 |Versão Original: Teixeira & Martín, 2008)

O objectivo deste questionário é recolher informação acerca do estado actual dos Centros de Dia para Idosos. Para além disto, gostaríamos de saber quais os aspectos mais importantes para si a nível de cuidados e o seu grau de satisfação com os cuidados que recebe neste Centro de Dia. Esperamos que esta informação nos permita elaborar melhores programas e que sejam mais satisfatórios para si. Toda a informação fornecida neste questionário é confidencial e não porá em causa os serviços que lhe são prestados. Por favor responda a estas perguntas de forma aberta e honesta.

7.1. Há quanto tempo frequenta este Centro de Dia (meses e/ou anos)? _____

7.2. Quantos dias por semana costuma vir para este Centro de Dia? _____

7.3. Principal razão para a tomada de decisão em integrar o Centro de Dia (segundo a percepção do utilizador)?

A pergunta deverá ser realizada de forma aberta e a resposta do utilizador deverá ser interpretada pelo entrevistador em vista a configurar uma das opções seguintes.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ocupação de tempos livres | <input type="checkbox"/> Sentimento de sobrecarga aos familiares |
| <input type="checkbox"/> Melhorar a imagem pessoal (ex. sentir-se útil) | <input type="checkbox"/> Conflitos/carência/abandono de apoio familiar |
| <input type="checkbox"/> Necessidade de acompanhamento diurno devido a dependência e/ou doença | <input type="checkbox"/> Manutenção da sua independência em relação à família |
| <input type="checkbox"/> Estimular/preservar as capacidades físicas e cognitivas | <input type="checkbox"/> Indisponibilidade familiar em horário laboral |
| <input type="checkbox"/> Contrariar o isolamento/solidão | <input type="checkbox"/> Outras (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Condições de habitação precárias | _____ |

7.4. Grau de voluntariedade inicial no ingresso no Centro de Dia

Sentimento do Idoso	Classificação geral
<input type="checkbox"/> Tomei a decisão de livre vontade. Fui eu que senti a necessidade do apoio e que me inscrevi no Centro de Dia.	Decisão própria sem hesitação ou negociação com os membros da família nuclear. O próprio realizou a inscrição para o ingresso na resposta social.
<input type="checkbox"/> Ponderei a necessidade de ter apoio pelo Centro de Dia. Experimentei e decidi continuar a participar.	Negociação com a rede de proximidade. Ponderação da necessidade de aceder à resposta social. Período experimental com posterior aceitação voluntária da frequência da resposta.
<input type="checkbox"/> Conformei-me quanto à decisão que tomaram para mim.	Resignação quanto à decisão da rede de proximidade.
<input type="checkbox"/> Fui forçado(a) a aceitar o apoio.	Coagido/forçado a aceitar a permanência na resposta social.

7.5. Escala de Ambiente Social

Será importante questioná-lo(a) sobre o ambiente vivenciado no Centro de Dia que frequenta. Agora vou ler-lhe uma lista de frases e gostava que escolhesse a resposta mais adequada para cada uma delas, de acordo com aquilo que pensa aplicar-se ao programa deste Centro de Dia.

- 1 = DM – Discordo muito
2 = D – Discordo
3 = C – Concordo
4 = CM – Concordo muito

Sub-escala - Comunicação

	<u>DM</u>	<u>D</u>	<u>C</u>	<u>CM</u>
1. Habitualmente falo com os outros utentes sobre a minha vida	1	2	3	4
2. Os utentes do Centro de Dia conversam sobre os seus problemas	1	2	3	4
3. A doença e a morte são assuntos sobre os quais as pessoas conversam no Centro de Dia	1	2	3	4
4. Os utentes falam abertamente sobre os receios sobre o futuro	1	2	3	4

Sub-escala - Serviços Prestados pelos Funcionários

	<u>DM</u>	<u>D</u>	<u>C</u>	<u>CM</u>
1. É fácil encontrar um funcionário quando necessito	1	2	3	4
2. Quando alguém pede ajuda a um funcionário, é logo atendido	1	2	3	4
3. Cada utente tem a atenção que necessita por parte dos funcionários	1	2	3	4
4. Os funcionários passam muito tempo a apoiar os utentes	1	2	3	4

Sub-escala – Interação Funcionário-Utente

	<u>DM</u>	<u>D</u>	<u>C</u>	<u>CM</u>
1. A relação entre si e os funcionários é normalmente boa	1	2	3	4
2. Existe um real interesse dos funcionários relativamente às suas necessidades	1	2	3	4
3. Os funcionários têm o tempo necessário para si	1	2	3	4
4. Não tem queixa de nenhum funcionário em especial	1	2	3	4

Sub-escala - Ambiente Moral Geral

	<u>DM</u>	<u>D</u>	<u>C</u>	<u>CM</u>
1. Os utentes por vezes começam discussões uns com os outros	1	2	3	4
2. Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros	1	2	3	4
3. Os utentes, por hábito, criticam-se	1	2	3	4
4. Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui para passar o tempo	1	2	3	4

7.6. Escala de Satisfação Global

Das frases apresentadas indique quais “Discorda muito”, “Discorda”, “Concorda” ou “Concorda muito”.

	<u>DM</u>	<u>D</u>	<u>C</u>	<u>CM</u>
1. Vir para este Centro de Dia faz-me sentir bem	1	2	3	4
2. Alguns serviços neste Centro de Dia podiam ser melhorados	1	2	3	4
3. Os cuidados que recebo são bons	1	2	3	4
4. Gosto da maioria das actividades neste Centro de Dia	1	2	3	4
5. Estou satisfeito(a) com os cuidados que recebo aqui	1	2	3	4
6. Há alguns aspectos nos cuidados que recebo aqui podiam ser melhores	1	2	3	4
7. Os meus interesses e desejos pessoais são respeitados no Centro de Dia	1	2	3	4
8. Os funcionários tentam agradar-me e mostram sensibilidade	1	2	3	4

7.7. Escala de Ambiente Interior / Estrutura

Por favor descreva as principais salas onde se desenrolam as actividades, de acordo com as seguintes áreas (estrutura e ambiente interior). Indique apenas a resposta mais apropriada para cada item.

ESTRUTURA

1. Áreas com janelas	Muitas janelas	4
	Número adequado de janelas	3
	Poucas janelas	2
	Sem janelas	1
2. Luz	Excelente iluminação	4
	Boa iluminação	3
	Um pouco inadequada	2
	Muito inadequada	1
3. Local agradável	Muito atractivo e agradável	4
	Razoavelmente atractivo e agradável	3
	Pouco atractivo e desconfortável	2
	Nada atractivo e muito desconfortável	1

AMBIENTE INTERIOR

1. Cheiros	Cheiro fresco e agradável	4
	Sem cheiros	3
	Um pouco desagradáveis	2
	Muito desagradáveis	1
2. Limpeza das paredes e chão (ou tapetes)	Muito limpas	4
	Limpas	3
	Um pouco sujas	2
	Muito sujas	1

7.8. Escala de Serviços e Actividades

Esta primeira secção é acerca dos serviços e das actividades. Por favor, diga se os seguintes serviços e actividades são proporcionados neste Centro de Dia e se já os utilizou. Depois diga qual o seu nível de satisfação acerca dos mesmos (“Muito Insatisfeito”, “Insatisfeito”, “Satisfeito” ou “Muito Satisfeito”).

Serviço ou Actividade	Este serviço / actividade existe no Centro de Dia?			Já usou este serviço/ actividade?	Se sim, qual o nível de satisfação?
	Sim	Não	Não sei	1=Sim 2=Não, não preciso 3=Não, não gosto 4=Não, outra razão	1=Muito Insatisfeito 2= Insatisfeito 3=Satisfeito 4=Muito Satisfeito
Sub-escala - Serviços de Saúde					
1. Exames à visão	1	2	3		
2. Exames auditivos	1	2	3		
3. Consultas regulares com o médico	1	2	3		
4. Dentista	1	2	3		
5. Controlo de sinais vitais	1	2	3		
6. Aconselhamento nutricional	1	2	3		
7. Apoio na toma da medicação	1	2	3		
Sub-escala - Serviços de Reabilitação					
1. Fisioterapia	1	2	3		
2. Terapia da fala	1	2	3		
3. Terapia ocupacional	1	2	3		
Sub-escala - Serviços de Animação Sociocultural					
1. Artes e ofícios (ex.renda)	1	2	3		
2. Festas	1	2	3		
3. Actividade física	1	2	3		
4. Programas educacionais	1	2	3		
5. Entretenimento (ex. ver televisão)	1	2	3		
6. Serviços religiosos/missas	1	2	3		
7. Debates em grupo	1	2	3		
8. Saídas ao exterior	1	2	3		
9. Actividades com crianças	1	2	3		
10. Grupos de canto/coro	1	2	3		
11. Filmes/cinema	1	2	3		
Sub-Escala - Serviços de Aconselhamento					
1. Terapia de grupo	1	2	3		
2. Aconselhamento individual	1	2	3		

Serviço ou Actividade	Este serviço / actividade existe no Centro de Dia?			Já usou este serviço/ actividade?	Se sim, qual o nível de satisfação?
	Sim	Não	Não sei	1=Sim 2=Não, não preciso 3=Não, não gosto 4=Não, outra razão	1=Muito Insatisfeito 2= Insatisfeito 3=Satisfeito 4=Muito Satisfeito

Sub-Escala OUTROS SERVIÇOS BÁSICOS

1. Apoio na refeição	1	2	3		
2. Cuidados de higiene	1	2	3		
3. Cuidados de imagem	1	2	3		
4. Transporte	1	2	3		
5. Tratamento de roupa	1	2	3		
6. Apoio na aquisição de bens e serviços	1	2	3		
7. Higiene habitacional	1	2	3		
8. Apoio Psicológico ao Cliente	1	2	3		
9. Apoio Psicológico à Família	1	2	3		
10. Formação específica à família	1	2	3		

7.9. Características do utilizador da resposta Centro de Dia

1. Durante o último mês como classificaria o seu estado de saúde?

Muito bom	1
Bom	2
Razoável	3
Fraco	4
Muito fraco	5

2. Durante o último mês quantos dias esteve doente de forma a não conseguir realizar as suas actividades diárias habituais?

3. Qual é o meio de transporte que habitualmente usa para vir para o Centro de Dia?

A pé	1
Em veículo particular	2
Transportes públicos, sem incluir carrinhas especiais ou autocarros para idosos	3
Carrinhas ou autocarros para idosos financiados (não sendo propriedade do Centro de Dia)	4
Veículo do Centro de Dia	5

4. Quanto tempo demora em média para vir para o Centro de Dia (uma viagem)?

Menos de 30 minutos	1
Entre 30 minutos e 1 hora	2
Entre 1 hora e 1 hora e 30 minutos	3
Mais de 1 hora e 30 minutos	4

5. Por fim, o que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de Dia mais agradável?

8| Avaliação Cognitiva

8.1. Mini-Mental State

(Folstein, Folstein, & McHugh, 1975 | Versão Portuguesa: Guerreiro et al., 1993)

8.1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____
Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____



8.1.2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____



8.1.3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repita assim até que eu lhe disser para parar".

27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____



8.1.4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____



8.1.5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? (mostrar os objectos)

Relógio _____
Lápis _____



b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"



c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa" (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____



d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz" (mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase)

Fechou os olhos _____



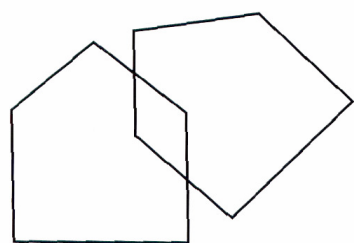
e. "Escreva uma frase inteira aqui" (deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

Frase: _____



8.1.6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

TOTAL: _____ (Máximo 30 pontos)

8.2. Escala de depressão geriátrica (GDS-15)

(*Sheikh & Yesavage, 1986* | Versão Portuguesa: *Cardoso & Martín, 2007*)

(Assinale com X a resposta correcta)

	SIM	NÃO
1 Está satisfeito com a sua vida?		
2 Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?		
3 Sente a sua vida vazia?		
4 Fica muitas vezes aborrecido(a)?		
5 Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?		
6 Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?		
7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
8 Sente-se muitas vezes desamparado(a)?		
9 Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?		
10 Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?		
11 Pensa que é muito bom estar vivo(a)?		
12 Sente-se inútil?		
13 Sente-se cheio(a) de energia?		
14 Sente que para si não há esperança?		
15 Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o(a) senhor(a)?		

9 | Avaliação Funcional

9.1. Instrumento de Avaliação das Actividades Avançadas da vida Diária

(desenvolvido por *Martín & Teixeira 2012*)

Este instrumento foi desenvolvido com o intuito de preencher uma lacuna ao nível dos instrumentos de cariz científico que facilitam a avaliação das actividades de vida diária em pessoas idosas, nomeadamente as actividades avançadas de vida diária. Embora não traduzam actividades elementares, são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida e do bem-estar individual, evidenciando o nível de autonomia e independência do indivíduo face às suas necessidades de mobilidade, de comunicação, de gestão financeira, de desempenho na vida doméstica, de cuidados pessoais, de interacção e relacionamento, de formação e desenvolvimento de actividade remunerada, e igualmente de participação cívica, social e comunitária.

Ao respondente será pedido na generalidade das questões que identifique se se sente capaz de realizar determinada tarefa, e em caso afirmativo, qual a regularidade com que a desenvolve. O respondente deve responder tendo em conta as actividades que realizou no último mês. Em caso de se determinar que o último mês evidenciou uma vivência de excepção, diferente da sua vivência habitual, por condições diversas (e.g. físicas, como problema agudo e passageiro), o respondente deverá antes reportar-se aos últimos tempos, possibilitando a análise de um período de tempo alargado (não superior a 3 meses).

MOBILIDADE	<p>9.1.1. Sente-se capaz de se deslocar sozinho em transportes públicos (e.g. autocarro, táxi)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade se desloca em transporte públicos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>
COMUNICAÇÃO	<p>9.1.2. Sente-se capaz de usar o telemóvel ou o computador?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade os usa para comunicar?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>
GESTÃO FINANCEIRA	<p>9.1.3. Sente-se capaz de administrar as suas contas bancarias (eg. ir ao balcão ou utilizar o multibanco)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade realiza operações bancárias?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>
VIDA DOMÉSTICA	<p>9.1.4. Sente-se capaz de preparar refeições para visitas (e.g. familiares, amigos, vizinhos)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade prepara e serve refeições a outros?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>
CUIDADO PESSOAL	<p>9.1.5. Sente-se capaz de utilizar serviços como cabeleiros ou esteticistas ?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade vai ao cabeleiro ou esteticista?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>
INTERACÇÃO E RELACIONAMENTOS	<p>9.1.6. Sente-se capaz de se relacionar com outras pessoas que não sejam família ou vizinhos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>Com que regularidade convive com pessoas que não são família ou vizinhos?</p> <p><input type="checkbox"/> 0.nunca <input type="checkbox"/> 1.anualmente <input type="checkbox"/> 2.mensalmente <input type="checkbox"/> 3.semanalmente <input type="checkbox"/> 4.diariamente</p>

FORMAÇÃO PESSOAL**9.1.7. Sente interesse em aprender?**

- Sim
 Não

Com que regularidade vai a conferências, aulas ou formações?

- 0.nunca
 1.anualmente
 2.mensalmente
 3.semanalmente
 4.diariamente

VIDA CÍVICA, SOCIAL E COMUNITÁRIA**9.1.8. Sente-se capaz de participar em actividades na terra onde vive (e.g. festas populares, torneios desportivos, celebrações religiosas, entre outras)**

- Sim
 Não

Com que regularidade participa neste tipo de actividades?

- 0.nunca
 1.anualmente
 2.mensalmente
 3.semanalmente
 4.diariamente

9.2. Escala de Avaliação das Actividades Instrumentais da Vida Diária

(Lawton & Brody, 1969)

9.2.1. Capacidade para usar o telefone

1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
2. Marca alguns números que conhece bem
3. Atende o telefone, mas não marca números
4. Não usa o telefone

9.2.2. Fazer compras

1. Faz sozinho as compras que necessita
2. Compra sozinho pequenas coisas
3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
4. Incapaz de fazer compras

9.2.3. Preparar refeições

1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
4. Necessita de refeições preparadas e servidas

9.2.4. Cuidar da casa

1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
3. Realiza tarefas domésticas diárias, mas não mantém um nível aceitável de limpeza
4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

9.2.5. Lavar a roupa

1. Lava toda a sua roupa
2. Lava pequenas peças da sua roupa
3. É incapaz de lavar a sua roupa

9.2.6. Modo de transporte

1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
5. Incapaz de se deslocar

9.2.7. Responsabilidade pela própria medicação

1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
3. É incapaz de tomar a medicação

9.2.8. Habilidade para lidar com o dinheiro

1. Resolve problemas monetários sozinho, como passar cheques, pagar a renda
2. Lida com compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
3. Incapaz de lidar com o dinheiro

TOTAL _____

9.3. Índice de Barthel

(Mahoney & Barthel, 1965)

Por favor identifique a situação que melhor define e seu estado.

9.3.1. Alimentação

- 0 Incapaz/ dependente. Necessita de ser alimentado por outra pessoa
- 5 Necessita de ajuda para cortar, espalhar a manteiga, etc., mas é capaz de comer sozinho
- 10 Independente. Consegue comer por si próprio num tempo razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa

9.3.2. Banho

- 0 Dependente. Necessita de ajuda ou supervisão
- 5 Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão

9.3.3. Vestir

- 0 Dependente. Necessita de ajuda total
- 5 Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda
- 10 Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)

9.3.4. Higiene Pessoal

- 0 Necessita de auxílio nos cuidados pessoais
- 5 Independentemente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)

9.3.5. Intestinos

- 0 Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa
- 5 Acidente ocasional. Menos de um episódio por semana
- 10 Contínente. Não apresenta episódios de incontinência

9.3.6. Bexiga

- 0 Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas. Inclui pacientes com algália incapazes de a manejarem
- 5 Acidente ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante
- 10 Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, sonda)

9.3.7. Uso de sanita

- 0 Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda
- 5 Necessita de alguma ajuda. Capaz de se desenrascar com uma pequena ajuda; consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinha
- 10 Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se sem ajuda

9.3.8. Transferências

- 0 Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado
- 5 Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda
- 10 Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física
- 15 Independente. Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, nem para se deitar ou levantar da cama

9.3.9. Mobilidade

- 0 Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa
- 5 Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.. Não requer ajuda nem supervisão
- 10 Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho
- 15 Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (por ex. bengala, canadiana) excepto andarilho

9.3.10. Subir e descer escadas

- 0 Dependente. É incapaz de utilizar escadas
- 5 Necessita ajuda. Necessita de ajuda ou supervisão
- 10 Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa

TOTAL _____

10| Cuidados Prestados por Cuidador Informal ou Pessoa de Referência

10.1. Seleccione a opção mais adequada à situação do utilizador do Centro de Dia

Cuidado Informal Pessoa de Referência

Não necessita Não possui

Necessita ** Possui **, **

* Se possui pessoa de referência/cuidador, responder à questão 10.2 e 10.3.

** Se necessita de cuidador e possui pessoa de referência responder à questão 10.4 e à 10.5.

10.2. Identifique a pessoa de referência do utilizador do Centro de Dia*

- Cônjuge
- Filho(s)
- Neto(s)
- Irmão(s)
- Sobrinho(s)
- Amigo/Vizinho
- Outro

10.3. Distância a que vive da pessoa de referência

- Vivem na mesma casa
- Vivem no mesmo bairro/ rua
- Vivem na mesma terra (menos de 10 Km)
- Vivem em localidades próximas (menos de 20Km)

10.4. Tipo de cuidados prestados pelo cuidador**

- Alimentação (inclui realização e apoio na tarefa)
- Higiene Intima (parcial ou total)
- Higiene e arrumação da habitação
- Tratamento de roupa
- Apoio e supervisão na medicação
- Aquisição de bens no exterior
- Acompanhamento a consultas
- Recreação e lazer (companhia, passeios)
- Saídas ao exterior
- Apoio Emocional e psicológico
- Outro (especificar) _____

10.5. Intensidade/duração da prestação do cuidado

- Permanente (a toda a hora)
- Mais de cinco horas diárias
- Entre 3 e 5 horas diárias
- Entre 1 e 2 horas diárias
- Menos de 1 hora
- Outra (especificar) _____

1 | Avaliação do funcionário quanto ao comportamento do UtilizadorCódigo da Instituição

--	--	--	--	--

Nome: _____

Função: _____

Nome do Centro: _____

Da lista seguinte, coloque um círculo à volta do número que corresponde à função que melhor descreve o seu trabalho.

1. Director Técnico
2. Animador (Socio- Cultural/Socio Educativo)
3. Enfermeiro
4. Assistente Social
5. Psicólogo
6. Secretário
7. Trabalhador de Acção Directa
8. Trabalhador Auxiliar de Serviços Gerais
9. Motorista
10. Outro (Especifique) _____

1.1. Grelha de Avaliação Comportamental - Ruptura*(adaptado de Revised Memory and Behaviour Checklist, L. Teri et al, 1992)*

A lista seguinte refere problemas sentidos algumas vezes pelos utilizadores de equipamentos sociais. Indique se alguns destes problemas ocorreram durante a passada semana.

Se sim, quanto se sentiu aborrecido(a) ou incomodado(a) com a situação. Use a escala a seguir para medir a sua reacção.

0= Nada 1= Um pouco 2= Moderadamente 3= Muito 4= Extremamente

Problema	Ocorreu? (na passada semana)	Reacção (quanto o aborreceu)
1. Destruir objectos	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
2. Fazer coisas que o embaraçaram	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
3. Falar em voz alta e rapidamente	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
4. Ter um comportamento potencialmente perigoso para si ou para outros	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
5. Fazer ameaças de ferir os outros	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
6. Ser agressivo verbalmente com os outros	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	
7. Discutir, evidenciar irritabilidade e / ou reclamar	S <input type="checkbox"/> /N <input type="checkbox"/>	

FIM DO INQUÉRITO

Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido

A UnIFai - Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos, em colaboração com a Universidade de Aveiro, pretende desenvolver uma investigação sobre o tema **Os Utilizadores dos Centros de Dia em Portugal, e a sua satisfação com os serviços sociais disponibilizados.**

Este estudo compreende uma avaliação de vários domínios de vida de utilizadores da resposta social de Centro de Dia e da satisfação com os serviços e actividades disponibilizados pelo Centro que frequenta, e em que medida estes serviços respondem às suas necessidades. Nesse sentido, solicitamos a sua colaboração através do preenchimento das questões presentes neste protocolo.

Todas as informações recolhidas são confidenciais e usadas somente para este projecto e exclusivamente para fins académicos. Nesse sentido, solicitamos a sua colaboração através do preenchimento dos questionários presentes neste protocolo. Não existem respostas certas ou erradas, o mais importante é que responda com sinceridade e cuidadosamente a todas as questões. Em caso de dúvida, dê a resposta que mais se pareça com o que sente ou pensa.

A cedência das suas respostas é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si. Mais se informa que o estudo é da responsabilidade da UNIFAI/ICBAS-UP e é realizado sob a orientação científica do Prof. Ignácio Martin, ao qual poderão ser solicitados, em qualquer altura, esclarecimentos e a consulta dos resultados finais (unifai@unifai.eu; 222 062280).

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização da avaliação que me foi proposta, e para que os resultados sejam incluídos numa base de dados que omite a minha identificação, para posteriores análises. O presente documento é feito e assinado duplicado, ficando uma cópia para o investigador responsável e outra para mim.

O investigador:

Data ____/____/____

O entrevistado (ou seu representante):

Data ____/____/____



Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
Largo Prof. Abel Salazar, n.º2
4099-003 Porto, Portugal

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

**Questionário de Avaliação dos Centros de Dia
sob o ponto de vista do Utilizador**

ANEXO II

Tabela de identificação de códigos das variáveis

Tabela 1-Identificação códigos de contração das variáveis

Variáveis	Códigos de contração
Sat_vida_6.1	A1
Sat_vida_6.2	A2
Sat_vida_6.3	A3
Sat_vida_6.4	A4
Sat_vida_6.5	A5
Sat_vida_6.6	A6
Sat_vida_6.7	A7
Sat_vida_6.8	A8
Sat_vida_6.9	A9
Sat_vida_6.10	A10
Sat_vida_6.11	A11
Sat_vida_6.12	A12
Sat_vida_6.13	A13
Sat_vida_6.14	A14
Sat_vida_6.15	A15
Sat_vida_6.16	A16
Sat_vida_6.17	A17
Sat_vida_6.18	A18
Voluntariedade_7.4	B1
EAS_comun_7.5.1	C1
EAS_comun_7.5.2	C2
EAS_comun_7.5.3	C3
EAS_comun_7.5.4	C4
EAS_servfunc_7.5.1	D1
EAS_servfunc_7.5.2	D2

EAS_servfunc_7.5.3	D3
EAS_servfunc_7.5.4	D4
EAS_inter_fun_ut_7.5.1	E1
EAS_inter_fun_ut_7.5.2	E2
EAS_inter_fun_ut_7.5.3	E3
EAS_inter_fun_ut_7.5.4	E4
EAS_moral_7.5.1	F1
EAS_moral_7.5.2	F2
EAS_moral_7.5.3	F3
EAS_moral_7.5.4	F4
ESG_7.6.1	G1
ESG_7.6.2	G2
ESG_7.6.3	G3
ESG_7.6.4	G4
ESG_7.6.5	G5
ESG_7.6.6	G6
ESG_7.6.7	G7
ESG_7.6.8	G8
EA_estr_7.7.1	H1
EA_estr_7.7.2	H2
EA_estr_7.7.3	H3
EA_inter_7.7.1	I1
EA_inter_7.7.2	I2
ESA_saude_7.8.1	J1
ESA_saude_7.8.2	J2
ESA_saude_7.8.3	J3
ESA_saude_7.8.4	J4

ESA_saude_7.8.5	J5
ESA_saude_7.8.6	J6
ESA_reab_7.8.1	K1
ESA_reab_7.8.2	K2
ESA_reab_7.8.3	K3
ESA_anim_7.8.1	L1
ESA_anim_7.8.2	L2
ESA_anim_7.8.3	L3
ESA_anim_7.8.4	L4
ESA_anim_7.8.6	L5
ESA_anim_7.8.7	L6
ESA_anim_7.8.8	L7
ESA_anim_7.8.9	L8
ESA_anim_7.8.10	L9
ESA_anim_7.8.11	L10
ESA_acons_7.8.1	M1
ESA_acons_7.8.2	M2
ESA_servbas_7.8.3	N1
ESA_servbas_7.8.5	N2
ESA_servbas_7.8.6	N3
ESA_servbas_7.8.7	N4
ESA_servbas_7.8.8	N5
ESA_servbas_7.8.9	N6
ESA_servbas_7.8.10	N7
Caract_utCD_7.9.1	O1
EDG_8.1	P1
EDG_8.2	P2

EDG_8.3	P3
EDG_8.4	P4
EDG_8.5	P5
EDG_8.6	P6
EDG_8.7	P7
EDG_8.8	P8
EDG_8.9	P9
EDG_8.10	P10
EDG_8.11	P11
EDG_8.12	P12
EDG_8.13	P13
EDG_8.14	P14
EDG_8.15	P15
