



**Mónica Alexandra  
Vidal Teixeira**

**Centro de Dia na perspectiva do Utente**



**Mónica Alexandra  
Vidal Teixeira**

**Centro de Dia na perspectiva do Utente  
Uma visão global**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor José Ignácio Guinaldo Martin, Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Projecto “Centros de Dia como alternativa à sobrecarga dos cuidadores e ao internamento dos idosos”. *Referência PIQS/PSI/50098/2003* financiado pela *Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT)*.

Ao Pedro, Fátima, Mário, Hugo e Mila

Com Carinho ...

## **o júri**

presidente

Professor Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rosa  
professor catedrático da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Ana Luísa de Oliveira Marques Veloso  
professora auxiliar do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do  
Minho

Professor Doutor José Ignácio Guinaldo Martin  
professor auxiliar convidado da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

A realização deste trabalho resulta do esforço de um conjunto de pessoas que contribuíram para que se tornasse possível; apesar do contributo indispensável de todos, destacam-se:

O Professor Doutor Ignácio Martin pelo modo como orientou e apoiou a exploração do tema.

A Professora Doutora Liliana Xavier pela amabilidade com que auxiliou todo o percurso realizado desde a primeira dificuldade.

Aos idosos, instituições e gerontólogos, principais intervenientes no processo de recolha de informação.

À colega Laura Oliveira pela sua disponibilidade e apoio.

E a todos os que de algum modo se cruzaram neste percurso tornando-o mais rico!

## palavras-chave

**Centro de Dia, utente/utilizador, satisfação**

## resumo

Os Centros de Dia são estruturas de semi-institucionalização que surgem enquadradas numa política de “envelhecer em casa”. Estas são uma verdadeira alternativa às respostas sociais de internamento permanente e definitivo para idosos. Portugal não fica indiferente a este movimento, apesar da sua implementação tardia e especificidades que caracterizam o funcionamento do programa.

Perspectiva-se, que para uma melhor organização e funcionamento das estruturas, é necessário conhece-las de modo mais aprofundado. Só assim, será possível operacionalizar uma intervenção integrada em face às necessidades do meio e das populações que recorrem aos seus serviços.

Os objectivos gerais deste estudo dividem-se em dois eixos centrais: i) uma análise a um nível macro, das semelhanças e diferenças dos programas tendo em conta a localização dos mesmos, baseando-se na dicotomia rural/urbano; ii) sustentando-se na perspectiva do utente, análise e reflexão sobre níveis gerais de satisfação, serviços e actividades disponibilizados, e graus de adesão e participação dos utentes.

Na recolha de dados, utilizou-se o método de amostragem por cotas, composta por 86 participantes. Os participantes eram pertencentes a seis instituições do distrito de Aveiro, seleccionadas em função do seu contexto demográfico (rural/urbano).

O instrumento utilizado para a recolha de dados foi “Questionário do Utente” pertencente ao protocolo de avaliação de Centros de Dia. O protocolo foi desenvolvido por Conrad com o objectivo de analisar a estrutura, processos, populações e resultados dos programas do Centros de Dia existentes nos Estados Unidos. No que respeita ao “Questionário do Utente”, este reflecte a visão do mesmo sobre o Centro de Dia que frequenta, tendo em conta a dinâmica institucional.

Os resultados mais relevantes deste estudo, apontam para os seguintes pontos: i) não existem diferenças entre as instituições implantadas em meio rural ou em meio urbano; ii) existência de um número reduzido de serviços disponibilizados aos utentes pelo programa; iii) adesão dos utentes aos serviços disponibilizados e um grau de satisfação ao nível do bom; iv) os utilizadores revelam uma intensidade de utilização elevada do Centro de Dia; v) o principal motivo de adesão ao programa está ligado à necessidade de companhia; vi) o grau de satisfação global do programa é razoável.

## **keywords**

**Day Care Centres, client/user, satisfaction**

## **abstract**

The Day Care Centres are semi-institutional structures that appear involved on a “ageing at home” policy. These are real alternatives to the social responses of permanent confinement for the elder. Portugal is not indifferent to this movement, although its late implementation and specificities that characterize the program.

It is foreseen that for a better organization and functioning of the structures, it is necessary to know them in depth. Only in this manner, it will be possible to organize and integrated intervention due to the necessities of the environment and the population that use their services.

The general purposes of this study are divided in two central items: i) a macro analysis of the program similarities and differences concerning their location based on the dichotomy urban/ rural; ii) based on the client perspective, analysis and reflection about the general degrees of satisfaction, services and activities available and degrees of clients’ involvement and participation.

In the data withdrawal, it was used the quota method composed of 86 clients. Those belonged to six centres of the Aveiro region, selected by their geographic context (rural/ urban).

The method that was used for the data withdrawal was the “Client Questionnaire”, that is part of the evaluation protocol for Day Care Centres. This protocol was developed by Conrad with the purpose of analysing the structure, process, population and results of the day Care Centre programs in the United States. In what concerns the “Client Questionnaire”, it reflects the vision of the client towards the Day Care Centre that he/she enrolls, taking in consideration the institution dynamics.

The most relevant results of this study point out to the following: i) there are no differences between the existent institutions in the rural or urban environment; ii) there is a limited number of services available by the program for the client; iii) the involvement of clients with the services and a degree of satisfaction to the level “good”; iv) the clients show a high level of usage of the Day Care Centre; v) the main reason of adherence to the program is due to the necessity of having someone to be with; vi) the general degree of satisfaction is reasonable.

## ÍNDICE

### Índice de abreviaturas

	<b>PÁG.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
 <b>CAPÍTULO I - CENTRO DE DIA – CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA</b>	
1. Políticas Sociais e Envelhecimento Demográfico .....	25
2. Cuidados Comunitários: Centros de Dia /Origens e Resenha Histórica .....	27
3. Definição e objectivos do Centro de Dia .....	28
4. Motivações na utilização do equipamento .....	30
5. Modelos de Organização Interna de um Centro de Dia .....	33
5.1. Área da Saúde e Reabilitação .....	33
5.2. Programas Preventivos.....	36
5.3. Programas Terapêuticos .....	37
6. Tipologias dos Centros de Dia: O estudo de Conrad (1993) .....	39
7. A especificidade dos Centros de Dia para doentes com DA: O estudo de Conrad (1991) .....	43
8. Especificidades da Implantação do Programa em Portugal .....	46
 <b>CAPÍTULO II – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	
1. Objectivos do Estudo .....	51
2. Metodologia .....	52
2.1. Amostra .....	52
2.2. Instrumento .....	55
2.3. Procedimentos .....	66
 <b>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	
1. Análise do tipo de utente e do tipo de serviços do Centro de Dia para idosos.....	69
2. Análise da Satisfação do utente do Centro de Dia para Idosos .....	75
3. Conclusões. ....	77



3.1. Intensidade de serviços reduzida .....	78
3.2 Características dos utentes e relação com o programa .....	79
<b>Ideias – Chave</b> .....	83
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	97

## **Índice de Abreviaturas**

**CD** - Centro de Dia

**CDI** - Centro de Dia para Idosos

**AVD** - Actividades da Vida Diária

**DA** - Doença de Alzheimer

**AVD (B)** - Actividades da Vida Diária Básicas

**AVD (I)** - Actividades da Vida Diária Instrumentais

**ADCAP** - Procedimento de Avaliação dos Centros de Dia para Adultos

## INTRODUÇÃO

Os Centros de Dia são estruturas de apoio formal que emergiram num contexto de crise tanto a nível estrutural como ao nível familiar. Se, por um lado, as instituições de apoio a idosos se encontravam massificadas, superlotadas e dispendiosas, por outro as famílias detinham menos tempo e espaço para cuidar dos seus velhos.

O surgimento desta resposta foi muito díspar, uma vez que as tipologias de Centros de Dias são inúmeras e desiguais entre si. Os estudos de Conrad (1993) contribuíram, de certa forma, para um conhecimento mais aprofundado sobre o tema, sendo dos poucos trabalhos realizados nesta área.

O desenvolvimento da temática sobre Centros de Dia, em Portugal, é inexistente, o que revela um verdadeiro desinteresse sobre a resposta e a sua importância no contexto de apoio social a pessoas idosas. Torna-se, deste modo, propósito dos investigadores, dar a conhecer um pouco desta realidade. Assim, pretende-se abordar o modo como o programa se organiza internamente, como os intervenientes se relacionam quais as respostas disponíveis para os utentes do ponto de vista destes últimos.

O trabalho divide-se em três capítulos. O primeiro assenta na fundamentação teórica sobre o tema, o segundo e terceiro incidem sobre o estudo empírico realizado. No Capítulo I é realizada uma abordagem teórica ao tema analisando todas as suas dimensões. São analisados os aspectos ligados à definição e objectivos do programa, modelos de organização interna, as especificidades do programa e estudos relativos ao mesmo. No capítulo II referem-se os objectivos propostos pelo estudo, assim como o percurso metodológico no que respeita à amostra, instrumento utilizado e os procedimentos utilizados para a recolha de dados. O capítulo III incide sobre as diferentes análises realizadas com os dados recolhidos e salientam-se as principais conclusões retiradas do estudo e análise crítica dos mesmos.

## **Capítulo I – Centro de Dia - Caracterização do Programa**

### **1. Políticas Sociais e Envelhecimento Demográfico**

As políticas sociais surgiram no contexto europeu nos finais do século XIX e caracterizavam-se por ser um meio primordial de organização do bem-estar social e económico, no entanto, Portugal não conseguiu acompanhar este movimento inicial pois a penúria generalizada do país não permitiu que este tivesse o suporte económico necessário para o arranque e implementação das mesmas (Carreira, 1996).

O envelhecimento geral da população é um fenómeno a que se tem vindo a assistir nas últimas décadas; o impacto deste torna-se mais claro quando, uma análise mais atenta, nos indica que a proporção da população com idade igual ou superior a 65 anos, na zona euro, irá crescer de valores de 16% verificados em 2000, para valores próximos dos 20% em 2020, 25% em 2030 e 28% em 2050 (Alvarenga, 2000).

Portugal, nos finais dos anos 50, possuía a população mais jovem em termos europeus, o que, actualmente, não acontece, pois apesar de não ser a mais envelhecida, é uma das que está a envelhecer mais depressa (Barreto, 2002). Durante o período compreendido entre 1960 e 1998, a população portuguesa sofreu um crescimento acentuado (12,3%), caracterizado quer pela queda da mortalidade, quer pela existência sistemática de migrações (INE, 1999). Estes factores desencadearam alterações a nível da estrutura etária da população e uma consequente aceleração do envelhecimento demográfico. Assistiu-se, por um lado, a um decréscimo da população menor de 14 anos em cerca de 35,1%, que na década de 60 representava cerca de 29,2% da população total; em 1998 o seu peso na população total era de apenas 16,9%. Por outro lado, assiste-se a um acréscimo significativo da população com 65 e mais anos, que de 8% (1960) passa a representar 15,2% da totalidade da população em 1998, situando-se o índice de envelhecimento demográfico para o referido ano nos 114,4% (INE, 1999).

Fruto das alterações demográficas sofridas nas últimas décadas, a tendência do índice de dependência de jovens e do índice de dependência de idosos tem sido inversamente proporcional, ou seja, à medida que se assiste a um decréscimo do peso relativo dos jovens sobre a população activa (o índice dependência de jovens decresce de 29%, em 1991, para 23,5% em 2001), verifica-se um crescimento do peso relativo dos idosos na população activa (o índice dependência de idosos passa de 20,9%, em 1991, para 24,5% em 2001) (INE, 2006).

O envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno estritamente interligado às mudanças socioeconómicas e culturais do país (DGAS, 1996).

No final do século XIX e início do século XX, a problemática da velhice, em Portugal, mantinha-se encoberta, uma vez que esta era considerada um assunto familiar (Fernandes, 1997). Segundo Bertrand (*in* Carreira, 1996), durante séculos terá sido da incumbência da rede familiar fornecer um papel de protecção social aos seus elementos, papel este que foi diminuindo ao mesmo tempo que diminuía a sua dimensão. Assim sendo, o surgimento das políticas sociais dirigidas para a terceira idade, reflecte, por um lado, uma consciência de intervenção social de apoio a esta faixa etária e, por outro lado, o facto da terceira idade ser entendida socialmente como um problema (Fernandes, 1997).

No período pós-revolucionário, os governos empenharam-se em aumentar o número de pessoas abrangidas pelas medidas de protecção social e em criar novas respostas de apoio aos cidadãos (Barreto, 2002). A Constituição de 1976 legitima a Segurança Social como um direito de todos e define uma política específica para a terceira idade (Rodrigues, 1999).

As modificações político-sociais, bem como o aumento da procura de serviços de apoio a idosos, desencadearam o alargamento da rede de estruturas de apoio, assistindo-se à emergência da acção social exercida, na sua maioria, por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), ou outras, cuja base de sustentação económica ou financeira é exercida pelo estado (Neves, 1998 *in* Martins, 2006).

A acção social caracterizou-se, durante muito tempo, por desempenhar uma função remediativa e curativa, existindo pouco investimento na promoção de medidas de integração sócio-familiar, no retardamento do processo de envelhecimento e em medidas de participação activa na comunidade (DGAS, 1996). A preocupação com a manutenção do idoso no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, esteve na base da criação de respostas tais como *Centros de Dia* e de *Centros de Convívio*, *Serviços de Apoio Domiciliário*, e mais recentemente, o *Acolhimento Familiar* (INE, 1999). Entre 1991 e 1998 verifica-se um crescimento de 27,8% destas respostas, com incidência nas de Apoio Domiciliário e Centro de Dia, denotando-se assim a adesão quer dos promotores quer dos utentes a este tipo de respostas (INE, 1999).

## 2. Cuidados Comunitários: Centros de Dia/ Origens e resenha Histórica

O *Community Care* surge na década de 70, na área da saúde mental, como uma vertente dissidente à modalidade de prestação de serviços em contexto institucional (Clarke, 2001 *in* Serapioni, 2005). Esta corrente possui raiz histórica nas actividades comunitárias desenvolvidas por voluntários que prestavam apoio aos mais necessitados (Sousa *et al.*, 2004). O modelo comunitário de intervenção defende que a resolução das dificuldades do indivíduo deve ser intervencionada sem que este tenha que ser desenraizado do seu ambiente (Arrazola *et al.*, 2003).

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, contribuiram para a implementação de um conjunto de serviços de proximidade (Pimentel, 2005).

Assiste-se, assim, à integração progressiva da ideologia da “desinstitucionalização” dos cuidados formais (Carvalho, 2006). Este conceito favoreceu a implementação, ainda que progressiva, de novos serviços comunitários suportados pela crise do modelo tradicional de apoio e o surgimento de novas políticas direccionadas ao “envelhecer em casa” (Rodriguez, 1996). Em consonância com esta tendência, as políticas de atenção ao idoso defendem que o contexto domiciliar é o melhor local para envelhecer (Cattani *et al.*, 2004).

O CD surge como um recurso “intermédio”, que veio colmatar uma dicotomia existente nos serviços de apoio, que, por um lado, se baseavam nos cuidados domiciliários e, por outro lado, nos cuidados residenciais (Arrazola *et al.*, 2003). O alicerce dos CD remonta aos anos 20, na Rússia, onde se iniciam programas de cuidados diurnos dirigidos a pessoas com doença mental, cujo principal objectivo terá sido encontrar alternativas ao processo de internamento hospitalar (Castiello, 1996). Após a segunda guerra mundial, foi criado o primeiro hospital de dia na Inglaterra com o intuito de perceber as necessidades dos idosos da comunidade (Gaugler, 2003). A intervenção estava direccionada para os cuidados de saúde, tentando juntar os recursos hospitalares e comunitários no modelo de atenção geriátrica (Castiello, 1996).

Nos anos 60, os CDI ganharam relevância nos Estados Unidos, durante o movimento de desinstitucionalização (Weissert, 1976; citado por Gaugler *et al.*, 2003). No entanto, no resto da Europa, a adaptação deste tipo de programas e estruturas foi demorado e conceptualmente confuso, existindo em simultâneo programas estritamente

direccionados para a reabilitação física enquanto outros detinham uma intervenção de carácter psicossocial (Castiello, 1996).

Terá sido a partir deste período que os Centros de Dia para adultos aumentaram substancialmente nos Estados Unidos e passaram a assumir a função de cuidados a longo prazo (Conrad *et al.*, 1993).

### **3. Definição e objectivos do Centro de Dia**

O conceito de CD é bastante complexo pois são diversos os modelos de intervenção apresentados para este tipo de programa. 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, 2003).

Para Conrad e cols, (1993) os serviços comunitários são direccionados a adultos idosos que apresentem incapacidades aos níveis funcional, psíquico e social e fornecem, igualmente, apoio aos cuidadores informais. Pretende-se que ambos tenham acesso a uma adequada integração na comunidade, um maior nível de autonomia do adulto idoso e uma melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, a intervenção gerontológica consiste em proporcionar uma atenção integral e continuada (Arrazola, 2003).

Uma outra perspectiva defende que o Centro de Dia é um recurso social de utilização diurna, alternativo à institucionalização, e revela-se concebido para pessoas idosas que sofram algum grau de deficiência física ou psíquica (Cid e Dapía, 2007).

Para Sannino (1999, *in* Arrazola, 2003) as estruturas de apoio diurno, acopladas ou não a outras estruturas de apoio a pessoas idosas, constituem uma alternativa definitiva ou transitória ao internamento. Destaca como principal objectivo, deste programa, a melhoria da qualidade de vida dos seus utilizadores através de um acompanhamento particular e abrangente do indivíduo (Arrazola, 2003). Este modelo de intervenção impede a desintegração do seu contexto familiar, assim como, apoia a família ao nível da prestação de cuidados (Arrazola, 2003).

O CD define-se como recurso de apoio familiar que oferece durante o dia a atenção necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas afectadas por diferentes graus de dependência, promovendo a autonomia e a permanência em contexto domiciliar (Sancho, 1996 *in* Sancho, 1999).

Gutiérrez (1999) define Centro de Dia como um programa que privilegia a complementaridade entre o apoio formal especializado e o apoio informal, o objectivo

geral da intervenção assenta no apoio integral e de qualidade aos idosos dependentes, sem necessidade de institucionalização (Arrazola, 2003).

Para Inza (1999, *in* Arrazola, 2003) o serviço diurno é vocacionado para pessoas com dificuldades ao nível sócio-assistencial, desenvolvido com o intuito de prestação de um tipo de apoio de carácter preventivo, reabilitador, de supervisão, de suporte ao idoso e ao seu agregado familiar, surgindo como uma alternativa possível ao internamento (Arrazola, 2003).

O CD do ponto de vista genérico, pode definir-se como um serviço diurno multidisciplinar dirigido a utilizadores que apresentam um grau de problemática sócio – assistencial, configurado como uma estrutura que proporciona assistência continuada durante tempo indefinido e possibilita a vida laboral do resto dos elementos da família (Manchola, 2000).

De um modo geral, atrevemo-nos a definir o CD como uma estrutura de serviços comunitários (Conrad, *et al.*, 1993), de funcionamento diurno (Inza, 1999; Cid e Dapia, 2007) dirigido a adultos idosos. De acordo com Sannino (1999), Inza (1999), Sancho (1999), Cid e Dapia (2007) este tipo de estrutura caracteriza-se por ser uma alternativa ao internamento do idoso, permitindo, assim, que este se mantenha o máximo de tempo possível integrado no seu contexto. Esta resposta social multidisciplinar (Manchola, 2000) é direccionada a pessoas que apresentem incapacidades a nível funcional (Conrad *et al.*, 1993), bem como dificuldades ao nível sócio-assistencial (Inza, 1999; Manchola, 2000). Neste tipo de intervenção é fomentada a articulação com o cuidador informal (Gutierrez, 1999), através da prestação de apoio aos familiares do cliente (Conrad *et al.*, 1993; Sancho, 1999), possibilitando que estes possam desenvolver actividades diversas, nomeadamente de cariz profissional (Manchola, 2000).

O objectivo básico de um Centro de Dia para adultos é o de manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como principais áreas de intervenção a manutenção da saúde, as actividades da vida diária e interacção social (Conrad *et al.*, 1991).

Na mesma linha de análise do mesmo autor, Schwartz (1979) salienta os múltiplos propósitos do CDI, assinalando como seu objectivo principal, proporcionar serviços e programas para prevenir e/ou atrasar a necessidade de institucionalização. Este tipo de estrutura tenderá a ser uma solução essencial e mais barata que o internamento, tendo a vantagem de contribuir para a manutenção da saúde física e emocional (Ferrer, 2005).

O CD surge como um serviço de acolhimento diurno, de assistência às actividades da vida diária para pessoas idosas com dependência, cujos objectivos a alcançar são a recuperação e a manutenção do máximo grau de autonomia do idoso, de acordo com as



suas próprias potencialidades e capacidades (Benet, 2003). Este programa procura a satisfação do indivíduo numa dimensão global, tendo em consideração as suas necessidades individuais e familiares, mantendo-o integrado no seu ambiente domiciliário (Benet, 2003).

Castiello (1996) destaca, de modo mais aprofundado, os principais objectivos deste tipo de estrutura de apoio comunitário (i) recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do indivíduo; (ii) prevenir o incremento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras; (iii) ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e actividades sociais gratificantes para o sujeito; iv) retardar as institucionalizações precoces e indesejadas; (v) promover a permanência do indivíduo no seu meio; (vi) proporcionar a realização de actividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao adulto idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último, (vii) melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção de doenças.

De um modo geral, os CD favorecem condições de vida dignas às pessoas idosas dependentes e seus familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de vida e maior nível de autonomia (Castiello, 1996).

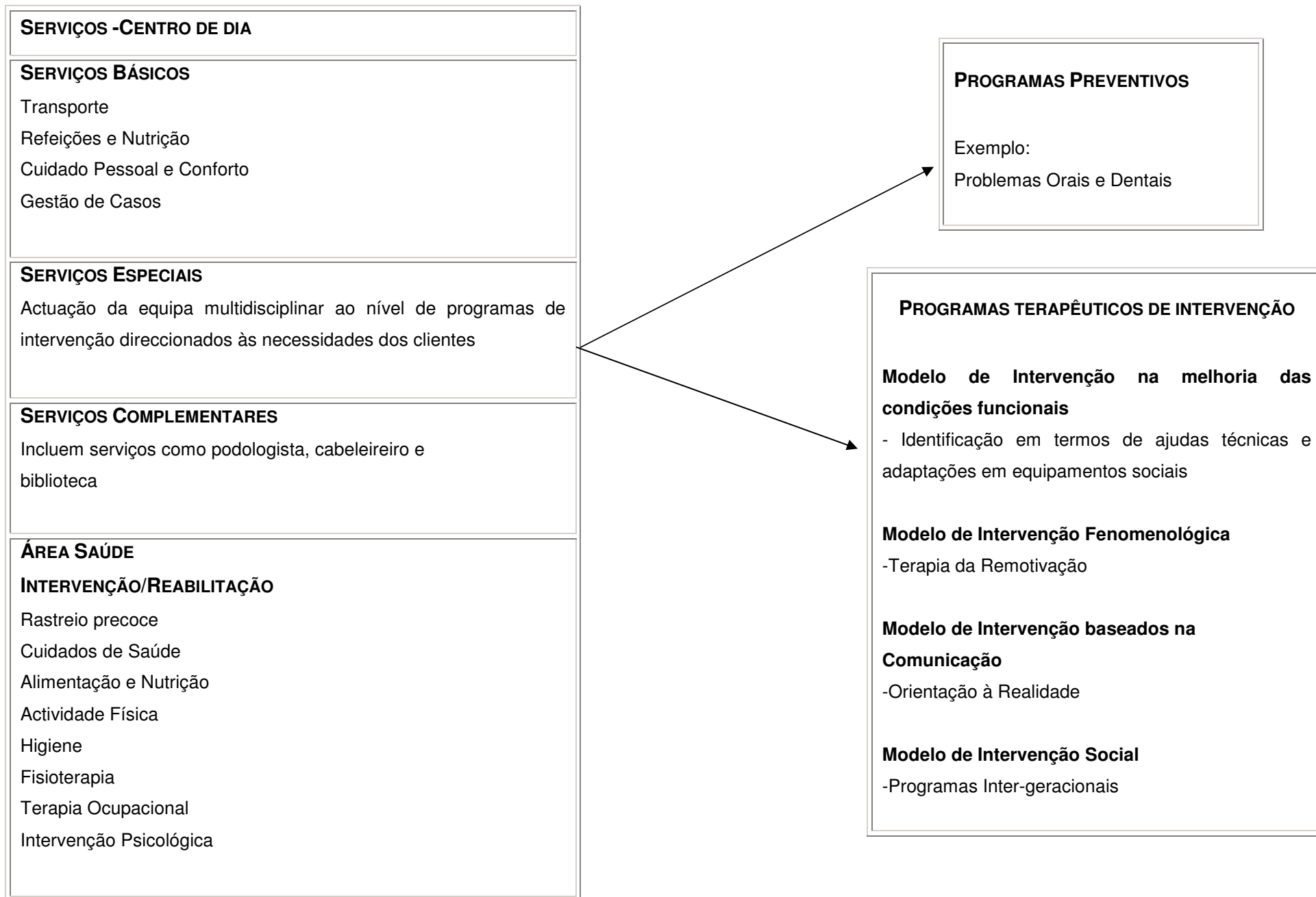
#### **4. Motivações na utilização do equipamento**

A procura de um Centro de Dia pode ser originada por razões familiares, sociais, reabilitação física ou psíquica, solidão etc. (Trinidad, 1996). Segundo Cerrato (1996), as pessoas recorrem a estas estruturas para permanecerem várias horas durante o dia, por motivos sociais e/ou de saúde. Num estudo realizado por Benet (2003), e apresentado seguidamente, são elencadas as principais motivações que levam os idosos a procurarem este tipo de resposta. Em primeiro lugar, encontram-se as motivações ligadas à saúde, sendo que os CD disponibilizam acompanhamento e atenção para os utentes que apresentem problemas ao nível da saúde, fornecendo cobertura neste âmbito em regime diurno e a um preço mais baixo do que a prestação de cuidados ao domicílio ou internamento. Em segundo lugar as motivações emocionais; o estudo de Benet (2003) permitiu aferir que inúmeras pessoas idosas, que vivem sozinhas, não conseguem encontrar um sentido para a nova etapa do seu ciclo vital, necessitando de um projecto de vida motivador, sendo que, a inserção neste tipo de estrutura abre possibilidades de contactos sociais e integração. Em terceiro lugar, motivações familiares, em que as dificuldades dos familiares em cuidar do idoso poderão ser diversas e englobam quer

razões de saúde, quer de trabalho, quer de sobrecarga. Segundo Benet (2003), a família utiliza, muitas vezes, o Centro de Dia como passo prévio à integração do idoso numa estrutura de internamento definitivo. Esta preparação tenderá a desempenhar a função de mentalização da necessidade de internamento do familiar. Em quarto lugar, o autor destaca as motivações económicas, sendo que a assistência fornecida pelo Centro de Dia cobre as necessidades básicas diárias dos utilizadores que vivem dependentes dos serviços sociais de atenção primária a um baixo custo; estes caracterizam-se, especialmente, por serem pessoas que vivem sozinhas e com escassos recursos económicos, não podendo usufruir de outros tipos de respostas mais dispendiosos.

Benet (2003) salienta ainda como principais utilizadores da estrutura de Centro de Dia os adultos idosos com problemas de autonomia funcional e/ou psicossocial, e que, tal como é referido por Leitner (1995), pretendam manter o seu papel social na comunidade.

De um modo geral, a integração da pessoa na resposta social de Centro de Dia surge, de acordo com o estudo anterior, como uma solução para as necessidades de supervisão e monitorização ao nível da saúde, integração e acompanhamento na vertente emocional, alívio dos cuidadores na prestação de cuidados e possuindo, ainda, como elemento privilegiado, o facto de ser economicamente menos dispendiosa tendo em conta o grau de abrangência do apoio prestado ao idoso.



## **5. Modelos de Organização Interna de um Centro de Dia**

As diferenças, quer na política social, quer na estrutura reguladora dos CDI, podem resultar na produção de programas que assumem diferentes formas, decorrentes do modo como a prestação de serviços de cuidados está organizada (Jarrott, 1998). Salgado (1999) começa por categorizar, de modo tripartido, os serviços disponibilizados por um CDI (i) serviços básicos; (ii) serviços especializados; (iii) serviços complementares.

Constituem os serviços básicos, a responsabilidade pelo transporte do idoso nas suas deslocações de e para o domicílio; alimentação e nutrição, que adequa o tipo de refeição às necessidades e especificidades dos idosos; higiene e conforto e, por fim, serviço de atenção levado a cabo por auxiliares de apoio e voluntários (Salgado, 1999). Já Borgenicht (1997), destacara igualmente como principais serviços básicos, as refeições, transporte, e cuidado pessoal e conforto.

Os Serviços especiais incluem a realização de diversas actividades em simultâneo, que permitem ao idoso a sua integração, levando em consideração o estado físico e anímico do indivíduo em cada momento. A periodicidade e diversidade da realização dos programas serão aferidas pela equipa multidisciplinar (médico, terapeuta ocupacional, assistente social, etc.). Nos programas e serviços prestados poderão existir áreas diferenciadas como a área da saúde, a área ocupacional e área social (Salgado, 1999).

Os Serviços complementares incluem serviços como podologista, cabeleireiro e biblioteca (Salgado, 1999).

### **5.1. - Área da Saúde e Reabilitação**

Borgenicht e cols (1997) referem a existência de estruturas direccionadas para a saúde e reabilitação onde são coordenadas diversas actividades como terapia física, terapia ocupacional, serviços sociais, enfermagem, terapia da fala e serviços psicológicos. Os CD oferecem um espaço de convergência e conjugação entre serviços de cariz social e de saúde, no que respeita à planificação e intervenção nos cuidados, objectivando a saúde e o bem-estar da pessoa idosa (Arrazola *et al.*, 2003).

Garcia Huete (2000, *in* Benet, 2002) define a saúde como um estado de bem-estar psicológico e social em equilíbrio com o meio. A perspectiva de promoção da saúde e prevenção do envelhecimento patológico têm como principal objectivo atingir as etapas tardias da vida no melhor estado possível.

O programa de envelhecimento saudável é dirigido à promoção da saúde e à prevenção de problemas físicos, psíquicos e sociais (Arrazola, 2003).

Para Benet (2002) torna-se fundamental a detecção precoce da doença e a actuação sobre factores de risco que afectam o estado de saúde do indivíduo que envelhece. Os adultos idosos residentes na comunidade requerem formas especiais de atenção no que respeita à saúde, permitindo a detecção precoce de doenças e o acompanhamento regular (Yuaso, 1996).

O Centro de Dia torna-se útil na medida em que fornece resposta a pessoas que, por motivos de saúde, começam a desenvolver problemas de dependência, no sentido de colmatar as necessidades básicas da pessoa idosa não sendo necessário retirá-la do seu ambiente habitual (Benet, 2003). O programa tenta, entre outros serviços, satisfazer as necessidades diárias de alimentação e cuidado nutricional dos idosos de um modo controlado e baseado em critérios científicos, cujos principais objectivos assentam na diminuição de hábitos dietéticos não apropriados para a saúde em geral e, individualmente, para cada paciente de acordo com as suas patologias, assim como, no aumento do número de pessoas que adquirem um plano estruturado de cuidado nutricional (Trinidad, 1996).

Uma outra intervenção prende-se com realização de actividade física controlada que possibilita a melhoria da qualidade de vida do idoso, uma vez que potencia a manutenção, por um maior período de tempo, da sua autonomia e independência (Shephard, 1993 *in* Ermida, 2000). A actividade física é um elemento preponderante num CDI, sendo que o principal objectivo é a manutenção da máxima mobilidade possível do idoso (Alda e Montón, 1996). Os benefícios da actividade física estão presentes em todas as dimensões do ser humano, actuam como facilitadores ao nível da integração e reorganização da vida social (Mazo *et al.*, 2004).

A fisioterapia é um elemento terapêutico fundamental num Centro de Dia (Alda e Montón, 1996). Esta, cujo objectivo de intervenção é o movimento humano, assenta a sua actuação na melhor compreensão dos factores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar nos idosos (Yuaso e Sguizzatto, 1996). O principal objectivo 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 (Alda e Montón, 1996).

No âmbito da área alvo de análise, a saúde, pode-se também apontar um outro tipo de intervenção associada aos cuidados de higiene que permite dar a conhecer ao utente e familiares a importância da higiene pessoal, de modo a que seja entendido por todos

como um hábito de vida saudável (Trinidad, 1996). Neste domínio, as acções 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 *et al.*, 1996).

A terapia ocupacional tem como objectivo principal a recuperação do funcionalismo anatómico permitindo ao idoso a independência para a realização das tarefas do seu quotidiano (Arrazola *et al.*, 2003). O sistema de terapia evidencia-se como um conjunto integrado de tecnologia e procedimentos específicos que se materializam através da reconstrução de padrões de vida e de actividades que contribuam para um processo de envelhecimento saudável (Borsoi, 1996). Segundo Alda e Torres (1996), existem programas diversificados de intervenção nesta área, nomeadamente, intervenções destinadas à melhoria ao nível das actividades de vida diária; actividades lúdicas e grupais com objectivos terapêuticos; tratamentos através da terapia funcional; programas de ergoterapia destinados a recuperarem o paciente através da realização de tarefas; programa sostén que permite manter o idoso integrado na realidade que o rodeia; programa de psicomotricidade e programa de terapia cognitiva com vista à manutenção das funções mentais (Alda e Torres, 1996).

No que concerne à saúde mental, Manchola (2000) salienta como principais patologias psíquicas dos utilizadores de CDI, a depressão, a ansiedade e os transtornos comportamentais (tendência para fuga, paranóia). Nesta faixa etária, as intervenções estão muitas vezes direccionadas para a compreensão das aptidões funcionais dos idosos, aceitação dos seus défices e procura de formas de optimização 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 necessitam de apoio, após acontecimentos com uma carga emocional forte (Gatto, 1996). Cerrato (1996) sugere a inclusão de uma intervenção através da realização de programas dirigidos à depressão, distúrbios ansiosos, suicídio, capacidades cognitivas, controlo de abuso de substâncias, cuja premissa é a prevenção e não tanto o tratamento.

Broadly (1999) definiu os programas de apoio ao adulto idoso, realizados fora dos seu domicílio, como a prestação de serviços diversificados que englobam desde actividades terapêuticas, de monitorização, de supervisão, de cuidados ao nível da saúde, de socialização até serviços de transporte de adultos com dificuldades diversificadas (Weissert *et al.*, 1989; Zarit e *et al.*, 1998; Gaugler *et al.*, 2003). Os CDI fornecem o acompanhamento a idosos potenciando a sua continuidade em meio social, e, para além de oferecerem um espaço de convívio com actividades lúdicas e formativas, incluem uma

gama de serviços, tanto preventivos como reabilitadores, de enfermagem e de vigilância médica de patologias leves (Martinez *et al.*, 1999). As pessoas idosas apresentam-se como um grupo bastante heterogéneo e, como tal, com necessidades distintas, procurando nas instituições respostas igualmente diferenciadas e diferenciadoras. Torna-se por isso necessária, a implementação de uma multiplicidade de intervenções que permitam aos idosos eleger aquela ou aquelas que melhor se adaptam às suas necessidades (Benet, 2003).

## **5.2. - Programas Preventivos**

As acções 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 e Cicilline, 2001). Assim, o desenvolvimento destas acções tem 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).

A prevenção primária assume a sua intervenção ao nível da prevenção de doenças através do aconselhamento, imunizações e da quimioprofilaxia; a prevenção secundária assenta na análise de alguma doença ou distúrbio na sua fase assintomática (Murphy e Cicilline, 2001).

Em gerontologia, a prevenção desenvolve-se a dois níveis, a nível individual que engloba a intervenção ligada ao aspecto físico, psíquico e social do idoso, e a nível colectivo que analisa os serviços de apoio direccionados a esta faixa etária (Berger, 1995). Ainda do ponto de vista gerontológico, a prevenção é convergente com as premissas de promoção do envelhecimento activo, caracterizada pela manutenção e preservação das capacidades e potencial do indivíduo e garantia de melhores condições de vida (Who, 2002; *in* Assis *et al.*, 2004).

O programa de saúde oral desenvolvido seguidamente, é uma tipologia de intervenção exemplificativa do que pode ser implementado num CDI, ao nível dos programas preventivos.

O processo de envelhecimento é acompanhado por factores diversos como diminuição do fluxo salivar, problemas de dentição e a redução na força da mastigação que contribuem para a diminuição dos alimentos ingeridos pelo idoso (Beattie e Louie, 2001). A fraca saúde oral dos idosos tem sido particularmente evidente através de elevados níveis de perdas dentárias, doença periodontal, cáries, xerostomia e cancro oral (Gavinha

*et al.*, 2006). O estado geral da boca interfere muitas vezes na necessidade de beber e comer dos idosos sendo que a causa principal desse problema está ligada a factores de irritação da mucosa oral, por próteses dentárias mal ajustadas, higiene oral deficiente, respiração pela boca, consumo de determinados medicamentos, diabetes e carências vitamínicas (Berger, 1995). Han (2001) reforça a ideia anterior ao referir que a nutrição deficitária, da qual alguns idosos sofrem com frequência, mas que raramente é mencionada, surge como consequência do desconforto oral sendo a má dentição um factor concomitante com essa problemática. Um considerável número de idosos apresenta um quadro precário ao nível da saúde bucal, resultante não só do processo de envelhecimento, mas também de um conjunto de danos diferenciados que atingem os indivíduos ao longo da sua vida (Júnior, 2000).

A prevenção assenta num processo educativo baseado num conjunto de acções técnico-profiláticas, as quais estão incluídas nas orientações quanto à limpeza regular diária dos dentes, orientações quanto ao controle da dieta e orientações visando o fortalecimento da superfície dentária, através do uso de flúor (Júnior, 2000). As finalidades da higiene oral baseiam-se em procedimentos ao nível da profilática de prevenção das afecções dentárias, periodontárias, infecções; da eliminação de restos alimentares; da estimulação da circulação sanguínea e de proporcionar uma sensação de conforto e bem-estar (Sgambatti, 2000).

Estudos sobre esta problemática apontam que os idosos que vivem integrados na comunidade ou em estruturas residenciais não possuem um programa de higiene oral eficiente (Kennie, 1993). No entanto, segundo Trinidad (1996), no que respeita aos CDI estes possuem programas de intervenção ao nível dos hábitos de higiene, que integram acções direccionadas à higiene bucal.

O desconhecimento e desinteresse sobre os problemas relacionados com a saúde bucal dos idosos contribuem para o seu agravamento e interferem de modo preponderante na sua qualidade de vida (Gavinha *et al.*, 2006).

### **5.3. - Programa Terapêuticos**

Os programas terapêuticos assentam em dois vectores principais: a melhoria das condições funcionais e a melhoria das condições psicossociais.

No que respeita à melhoria das condições funcionais, o programa de identificação em termos de ajudas e adaptações dos equipamentos sociais é um dos seus constituintes,



entre alguns outros. A arquitectura do ambiente pode ser menos representativa na qualidade de vida nas instituições do que as relações sociais, mas exerce uma forte influência (Coons e Mace, 2000). As características ambientais circundantes ao indivíduo são muito importantes nas instituições, pois afectam de modo relevante a autonomia, o desempenho diário, e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas (Leturia, 1999). Um desenho ambiental apropriado permitirá influenciar uma melhoria nos problemas comportamentais, reduzir os riscos de quedas e otimizar a autonomia dos utilizadores da estrutura (Leturia e Yanguas, 1999). Deste modo, torna-se importante que, no Centro de Dia, no exterior e no interior da estrutura, se eliminem barreiras arquitectónicas que dificultam o acesso de utilizadores fisicamente dependentes de ajudas técnicas, assim como, a adaptação dos espaços às dificuldades das pessoas com problemas cognitivos (Arrazola, 2003).

Nos modelos de intervenção Fenomenológica, destaca-se a terapia da remotivação, sendo esta entendida como o modo de transmissão de competências, confiança e motivação aos utentes (Stotts, 2005), na procura da realização pessoal e satisfação individual (Sullivan, 2005). A terapia da remotivação tem como base de intervenção a centralização nas capacidades, o fornecimento do uso intencional do tempo e sentido de coesão, a adopção de comportamentos desejáveis e a promoção da comunicação (Helen, 1998 *in* Siberski, 2005). Para além da diversidade de utilizações, a populações diferentes e diversidade de cenários (Herlihy-Chevalier, 2005), a terapia pode ser usada como facilitadora de integração do indivíduo em ambiente institucional (Farmer, 2005) e ser mantida como uma componente integral de cuidados ao utilizador (Stotts, 2005).

Como parte integrante dos modelos de intervenção baseados na comunicação, a orientação na realidade é um método terapêutico, que tem como base técnicas de reabilitação cognitiva, utilizado em pessoas com transtornos de memória, desorientação ao nível do espaço e do tempo (Arrazola *et al.*, 2003). Esta é uma forma de intervenção mais desenvolvida e avaliada em contexto institucional (Woods, 1992 *in* Leturia e Yanguas, 1999) e tem como principais objectivos terapêuticos combater estádios de confusão, desorientação e perda de memória pela estimulação de acontecimentos individuais relativos ao ambiente (Leturia e Yanguas, 1999). A intervenção elementar deste método efectua-se através da transmissão de informações básicas na estimulação da comunicação e capacidades intelectuais com vista a melhorar os comportamentos do adulto idoso (Arrazola *et al.*, 2003).

No que respeita aos modelos de intervenção social destacam-se os programas intergeracionais. As relações intergeracionais baseiam-se na informalidade de

relacionamentos estabelecidos entre adultos idosos e crianças, podendo as instituições para idosos ser os potenciadores dessa interação através da implementação de programas intergeracionais (Beisgen e Kraitchman, 2003). A intergeracionalidade integrada em contexto institucional foi considerada como uma organização inovadora dos serviços direccionados aos idosos (Salari, 2002).

O estabelecimento de uma relação entre duas gerações tem como objectivos centrais a transmissão de valores culturais, a resolução de problemas sociais e a colaboração activa entre os grupos (Bostrum et al., 2004 *in* Martin *et al.*, 2007). Para além disso, está latente uma função preventiva no que respeita à segregação social do adulto idoso (Beisgen e Kraitchman, 2003). Salari (2002) reforça a ideia de que a implementação de programas intergeracionais, em Centros de Dia, trará benefícios para as duas gerações.

## **6. Tipologias dos Centros de Dia: O estudo de Conrad – Classificação de Centros de Dia para Adultos – Análise agrupada de serviços e actividades (1993)**

O estudo assenta sobre uma pesquisa inicial, realizada por Weissert (1977) que, após análise a 10 Centros de Dia, os dividiu 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 actividades da vida diária; o segundo modelo, multi-objectivo, onde estavam incluídos 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. Apesar da amostra ser reduzida para permitir uma classificação precisa, foi importante porque demonstrou que os Centros de Dia podiam encaixar numa variedade de papéis, e que podiam especializar -se ou dirigir os seus serviços a um grupo particular.

Investigações realizadas por Conrad, Hanrahan e Hughes (1990) indicaram a existência, por todas as regiões dos Estados Unidos, de uma grande variação na natureza dos CDI. A pesquisa sobre CDI utilizou o procedimento de Avaliação dos Centros de Dia para Adultos (ADCAP), para obter informação detalhada acerca da estrutura (funcionários, envolvimento arquitectónico/edifício tecnologia), população cliente (caracterização) e processos, através do questionário dirigido ao director do centro. Usando os dados recolhidos a 774 Centros de Dia, Conrad e cols (1993) desenvolveram um estudo no qual se determinou a existência de classes diferentes de CDI. O estudo procurou por um lado

saber se, a partir de avaliações de programas de serviços e actividades era possível definir a existência de classes distintas e válidas de CDI; por outro lado, se as classes distintas e válidas de CDI eram passíveis de apurar, quais seriam as características distintivas das referidas classes noutras avaliações do processo, estrutura, população e clientes.

A análise agrupada de dez processos de avaliação de serviços e actividades permitiu identificar seis classes diferentes de CDI, que a seguir descrevemos, sendo possível identificar diferentes perfis, conforme *tabela* 1 apresentada.

**Tabela 1-Perfis e Características do Centro de Dia**

<b>PERFIS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Centro de Dia - Alta Intensidade Clínica e Social</b>	- Dirigido a uma população com incapacidade predominantemente física e incapacidade cognitiva moderada. - A actuação do programa centra-se nos serviços: _ Planeamento de cuidados _ Apoio clínico _ Aconselhamento _ Entretenimento _ Terapia recreativa _ Apoio aos familiares
<b>Centro de Dia - Moderada Intensidade Clínica e Social</b>	- Clientes cognitivamente são e moderadamente incapacitados a nível físico. - Privilegia intervenção nas seguintes vertentes: _ Planeamento de cuidados _ Aconselhamento _ Entretenimento _ Terapia recreativa
<b>Centro de Dia - Apoio Familiares de Doentes de Alzheimer</b>	- Apoio aos familiares dos utentes, envolvimento nas actividades - Estrutura com espaço reduzido - Ambiente moral elevado - Controlo forte - Intervenção não promove a independência e reabilitação - Baixo nível de serviços clínicos
<b>Centros de Dia Reabilitação</b>	- Clientes incapacitados fisicamente - Preponderância serviços clínicos, planeamento de cuidados. - Ambiente predominantemente seguro - Peso por cada colaborador menos elevado
<b>Centro de Dia - Intervenção Generalista</b>	- Clientes com incapacidades moderadas - Baixa incidência da necessidade de serviços clínicos ou sociais
<b>Centro de Dia – Níveis de Pontuação Baixos</b>	- Centro com serviços e actividades mínimos. - Centro cujo programa indicia baixa qualidade.

Adaptado de Conrad et al., (1993)

1. 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 actividades 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.

2. Centro de Dia com *Moderada Intensidade Clínica e Social*. Direccionado para clientes sem comprometimento cognitivo, mas moderadamente incapacitados fisicamente e que requerem uma grande quantidade de treino e de cuidados pessoais. Este perfil de programa preconiza intervenções ao nível da planificação dos cuidados a prestar, aconselhamento, actividades de animação sócio-cultural e terapia recreativa.

3. Centro de Dia de *Apoio Familiares de Doentes de Alzheimer*. O perfil apresenta um baixo nível de serviços clínicos e uma alta intensidade de apoio à família (Conrad e Guttman, 1991; cit. em Conrad, 1993). Este apoio à família é evidenciado pela integração da mesma na realização de serviços e actividades que envolvem os seus elementos (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, usando a terapia recreativa em vez de terapias física, da fala ou ocupacional. O perfil do programa inclui, ainda, um ambiente moral elevado, cuja estrutura requer dimensões reduzidas e um controlo forte por parte do administrador do programa.

4. Centro de Dia de *Reabilitação*. Este perfil incide no apoio a uma população específica, com pontuações baixas no que respeita às AVDs, traduzindo-se numa incapacidade física. Neste perfil, prevalece a existência de uma intervenção centrada nos serviços clínicos e planeamento de cuidados. O programa desenvolve-se num ambiente predominantemente seguro para o utilizador e o rácio cliente/funcionário é baixo, permitindo aferir que existe menos carga por cada funcionário.

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

6. Centro de Dia com *Níveis de Pontuação Baixos*. Este perfil caracteriza o programa com serviços e actividades mínimos, onde possivelmente os utilizadores possuam um grau

elevado de independência ou o programa seja composto por serviços e actividades muito fracos.

Os resultados do estudo sugerem, segundo os investigadores, que não é apropriado olhar os CDI como um conjunto genérico de serviços, actividades, instalações e população utilizadora, uma vez que existem, claramente, classes deriváveis empiricamente e logicamente distintas de Centros de Dia. Assim sendo, a capacidade de classificação dos Centros de Dia deve realçar a capacidade de pesquisa subsequente, para avaliar a eficácia de classes do programa e não um programa genérico e sem grande variação (Conrad, 1993).

Estas descobertas esclarecem os conjuntos para os quais os resultados de avaliações de estudos, posteriores e anteriores, de Centros de Dia, são generalizáveis. De futuro, a classificação dos CDI melhorará a capacidade de desenvolver teorias mais precisas, acerca de como as várias classes dos Centros de Dia funcionam (Conrad e cols, 1993). Esta informação pode ser usada para melhorar o fornecimento de serviços e adequar os clientes a esses serviços (Aldenderfer e Blashfield, 1984; Conrad e Buelow, 1990). A classificação também pode ajudar os pesquisadores avaliadores a esclarecer a natureza dos centros que estão a estudar e a generalização das suas descobertas, assim como, ajudar os políticos a dirigirem os fundos com mais eficácia (Conrad e cols, 1993).

## **7. As características dos Centros de Dia para adultos com Alzheimer versus Centros de Dia para a adultos sem patologia: O estudo de Conrad (1991)**

As estruturas desenvolvidas na década de 80 serviam, na sua génese, para apoiar pessoas com necessidades físicas, mas sem comprometimento cognitivo. Posteriormente, os CDI para adultos passaram a ser entendidos como uma abordagem alternativa de cuidados a longo prazo (Arlin *et al.*, 1984; Mace, 1986; Palmer 1985 cit. em Conrad, 1991), sendo uma opção útil de serviços comunitários para pessoas portadoras de demência.

Este estudo pretende fazer uma distinção única entre os CDI com DA comparativamente com outros que não têm uma quantidade substancial de pessoas com DA. O critério de diferenciação utilizado para distinguir os CDI de Alzheimer foi a existência de uma percentagem igual ou superior a trinta por cento de clientes no programa. Procura-se investigar as diferenças relevantes no que respeita à estrutura e processo do programa tendo em conta a presença/ausência de doença mental. A estrutura do CDI prende-se

com os recursos que capacitam o fornecimento de serviços, como por exemplo, colaboradores, construção ambiental, entre outros. As características estruturais das instalações abrangem duas vertentes díspares características que tornam o CDI mais acessível e características que promovem uma melhor qualidade na prestação de cuidados e conseqüente melhoria da qualidade de vida. O processo refere-se aos elementos do programa que englobam a interacção utente/funcionário ao nível do planeamento e gestão de cuidados e ambiente social, no qual estão relacionados componentes como a cooperação entre os colaboradores, o estado de espírito, o grau de envolvimento da família e comunidade.

A pesquisa utilizou para a recolha de dados o Procedimento de Avaliação dos Centros de Dia para adultos. O questionário utilizado estava direccionado para o director local de cada centro, uma vez que este é detentor de um conhecimento mais abrangente e aprofundado sobre o programa.

. **Tabela 2- Estrutura e processos de CDI com Alzheimer**

---

<b>PROGRAMA</b>	<b>CENTROS DE DIA- ADULTOS COM ALZHEIMER</b>
<b>Estrutura</b>	Maior número de horas de funcionamento semanal Maior resposta a nível de transporte Mais instalações para incapacitados Agradabilidade Localização em espaços urbanos Menor taxa de clientes por funcionário
<b>Processo</b>	Maior interacção com a família Terapia recreativa/ lazer terapêutico Formação Cuidados pessoais Menor investimento na promoção da independência do utilizador

---

Adaptado de Conrad & Guttman, (1991)

Os resultados do estudo apontam que os CD com uma quantidade significativa de pessoas com demência têm uma programação que, genericamente, dá mais ênfase aos aspectos de apoio aos familiares, terapia recreativa, cuidados pessoais e formação, em detrimento de serviços clínicos, performance real do cliente ou aconselhamento. Os CDI com doentes de Alzheimer apontam que, do ponto de vista estrutural, o programa se

desenvolve em ambiente predominantemente urbano; proporciona uma amplitude maior de horas de funcionamento; evidencia uma menor taxa de utente por colaborador; proporciona uma resposta mais intensa na prestação do serviço de transporte; um maior investimento na agradabilidade da estrutura, assim como a adaptação da mesma aos handicaps 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 actividades terapêuticas recreativas e uma prestação de cuidados pessoais mais intensa.

A investigação demonstrou 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. Este estudo é, segundo Conrad e Guttman (1991) significativa, uma vez que aborda a questão do funcionamento do Centro de Dia para doentes de Alzheimer, em comparação com os Centro de Dia onde a patologia não tem representatividade.

De um modo geral, pode-se concluir que o Centro de Dia para portadores de demência é um programa que se encontra implantado em meio urbano, possui uma amplitude de horário de funcionamento mais alargada, permitindo maior número de horas de resposta ao utilizador. A nível estrutural é privilegiada a importância da criação de um espaço agradável para os utilizadores bem como a adaptação do mesmo como resposta eficaz às dificuldades dos utentes. O transporte revela-se um serviço fortemente implementado no programa permitindo um apoio mais intenso/reforçado ao utente. O rácio funcionário/utente é maior, permitindo um acompanhamento mais próximo e, ao mesmo tempo, diminuindo a sobrecarga dos prestadores de cuidados.

No que respeita à dinâmica interna dos processos do programa, o estudo salienta que o programa com doentes de Alzheimer potencia um maior envolvimento, interacção e apoio para com os familiares. A intervenção está centrada ao nível dos cuidados pessoais e lazer terapêutico privilegiando assim, a manutenção do indivíduo em detrimento da promoção da sua independência.



## 8. Especificidades da Implantação do Programa em Portugal

A partir dos anos 60, em Portugal assistiu-se a uma gradual implementação dos cuidados comunitários (Sousa *et al.*, 2004). 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). Deste modo, dinamizou-se o apoio social no domicílio e desenvolveram-se respostas de convívio, de combate à exclusão social, prevenção e retardamento da integração institucional da pessoa idosa (Carta Social, 2006). 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).

Os Centros de Dia surgem, em Portugal, em 1976 a título experimental, tendo por base um projecto desenvolvido, um ano antes, por um grupo “ad hoc” (Bonfim e cols, 1996). A sua implementação terá sido direccionada para áreas de actuação na prestação de acompanhamento directo ao idoso e, de modo indirecto, à sua família (Quaresma, 1996). Segundo *Martin et al.*, (2007) o conceito de CDI é manifestamente diferenciado em Portugal face à literatura internacional; deste modo, a entidade reguladora do licenciamento dos CDI, considera incluídos na mesma classificação, os Centros de Convívio, direccionado para a realização de actividades de animação; Centros de Noite, direccionados para a prestação de apoio nocturno em caso de isolamento e os Centros de Dia propriamente ditos, que integram na sua intervenção serviços de apoio ao nível das AVD (B) e AVD (I).

O CDI é uma resposta social, desenvolvida em equipamento e fundamenta-se na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do indivíduo no seu meio sócio-familiar (Bonfim, 1996). De acordo com o mesmo autor, os objectivos do CDI baseiam-se em três eixos: prestação de serviços, a fim de colmatar as necessidades básicas, prestação de apoio psico-social e prevenção de isolamento (Bonfim, 1996).

Quaresma (1996) reforça a ideia anterior centrando-se nos seguintes aspectos: (i) aconselhamento individual, que se traduz no acolhimento e informação necessários; (ii) 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; (iii) fomentar e implementar acções que promovam as relações interpessoais ao nível dos idosos e, destes, com outros grupos etários a fim de evitar o

isolamento; (iv) favorecer o 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, detectar e analisar as necessidades dos idosos, com vista ao planeamento dos serviços.

O programa disponibiliza aos seus utilizadores serviço de refeições, convívio e actividades de ocupação de tempo livre, cuidados de higiene e conforto, tratamento e cuidado do vestuário e organização de férias (Bofim, 1996). Para além dos serviços anteriores, segundo Bofim (1996), poderão ser desenvolvidos serviços de apoio ao domicílio, nomeadamente alimentação, e acolhimento temporário.

No período compreendido entre 1998 e 2006 a resposta social de Centro de Dia apresentou um crescimento de 40,6%, sendo a segunda resposta social com maior crescimento no referido período (Carta Social, 2006). A capacidade instalada (número total de lugares existentes no equipamento) em 2006 era, no território nacional, de 59.314 utentes e apresentavam uma taxa de utilização aproximada de 69%, que corresponde a um total 41.204 utentes. Evidencia-se que em todos os distritos a capacidade instalada é superior à taxa de utilização, sendo que o distrito de Beja é o que apresenta uma maior disparidade de valores ( $UT/CAP=0,44$ ); o distrito de Aveiro apresenta uma taxa de utilização ligeiramente superior à média nacional ( $UT/CAP=0,77$ ) (Martin *et al.*, 2007). O que pode indiciar que apesar dos CDI se terem desenvolvido com bastante êxito, em algumas zonas, existam reservas quanto ao seu total aproveitamento (Bofim *et al.*, 1996).

Deste modo, torna-se evidente que a criação e implementação de um Centro de Dia para pessoas idosas deverá ter em conta especificidades no que concerne às necessidades da população, estar localizado em áreas onde a densidade de população idosa assim o justifique, verificar a existência ou não de uma estrutura idêntica já implantada no meio e a consciencialização da população idosa no que atenta aos seus problemas (Quaresma, 1996).

## **Capítulo II- Objectivos e Metodologia do Estudo**

### **1. Objectivos do Estudo**

No sentido de apoiar uma população cada vez mais envelhecida e facilitar a sua autonomia, é cada vez mais necessário um maior número de recursos comunitários de longa duração (Depalma, 2003). O CDI tem-se revelado um recurso cada vez mais popular (Depalma, 2003) e apesar de ser recente, teve um desenvolvimento bastante rápido (Martin *et al.*, 2007). Esta resposta de apoio tem-se mostrado importante na medida em que as pessoas necessitadas de ajuda, ou sobre as quais se deseja exercer medidas preventivas de deterioração ao frequentarem com periodicidade o centro, mantenham-se, no seu ambiente familiar por um lado, por outro lado, tenham uma ocupação durante a ausência dos seus familiares (Carmona, 1995).

A pertinência desta investigação assenta no facto da inexistência de estudos relativos à caracterização geral deste tipo de resposta social e, pese embora existam, actualmente, em Portugal cerca de 1.883 estruturas (Carta Social, 2006) e que, segundo Martin e cols. (2007), a sua importância permanece por avaliar.

Deste modo os objectivos gerais do estudo focalizam-se em dois pontos centrais:

1- Analisar as diferenças existentes em termos de estrutura interna dos equipamentos e seus utilizadores, tendo em conta a sua localização meio rural *versus* meio urbano, e tendo em conta que no estudo de Conrad e cols. (1993) existe uma diferenciação na tipologia dos CDI relativamente ao contexto rural ou urbano nomeadamente entre os CDI generalistas e os CDI de Alzheimer e os CDI de Reabilitação.

2- Avaliar, do ponto de vista do utente, os diferentes factores constituintes da dinâmica institucional nomeadamente: (i) perspectiva geral de satisfação relativa ao programa; (ii) serviços e actividades disponibilizados pela instituição, níveis de adesão e níveis de satisfação.

Este estudo procura conhecer a forma como estes equipamentos estão organizados, quais as suas dinâmicas internas, entendidas do ponto de vista do utilizador. Através dos resultados obtidos espera-se contribuir para uma análise sobre o modo como os utentes entendem o funcionamento do CDI. Perspectiva-se, por último, com os resultados do estudo contribuir para uma adequação da organização dos CDI conducente com as necessidades dos seus utilizadores.

## 2. Metodologia

### 2.1.- Amostra

A amostra deste estudo é constituída pelos utilizadores de CD de seis instituições pertencentes ao distrito de Aveiro. Foi realizada uma amostragem por cotas, na qual se seleccionaram aleatoriamente duas instituições por cada tipologia: *urbana*, *área mediantemente urbana* e *área rural*. Estas tipologias foram definidas pelo INE e baseiam-se em critérios de natureza quantitativa (dimensão e densidade das populações) e qualitativa (funcionalidade e planeamento) (INE, 2006).

**Tabela 3 – Caracterização sócio-demográfica da amostra (n= 86)**

Variáveis Sócio Demográficas	Total		Urbana		Mediantemente Urbana		Rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Masculino	26	(30,2)	6	(23,1)	8	(30,8)	12	(46,2)
Feminino	60	(69,8)	12	(20,0)	15	(25,0)	33	(55,0)
<b>Idade X (DP)</b>	77,84(10,32)		79,06(8,63)		75,48(14,44)		78,67(8,03)	
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro (a)	11	(13,3)	2	(18,2)	6	(54,5)	3	(27,3)
Casado (a)	12	(14,5)	-	-	1	(8,3)	11	(91,7)
Viúvo (a)	58	(69,9)	15	(25,9)	13	(22,4)	30	(51,7)
Divorciado(a)	2	(2,4)	-	-	1	(50,0)	1	(50,0)
<b>Nível de Escolaridade</b>								
Não frequentou	30	(35,7)	7	(23,3)	7	(23,3)	16	(53,3)
Ensino Básico (1 a 9 anos)	52	(61,9)	9	(17,3)	16	(30,8)	27	(51,9)
Ens. Sec. (10 a 12 anos)	2	(2,4)	1	(50,0)	-	-	1	(50,0)
<b>Com quem vive</b>								
Sozinho	24	(27,9)	6	(25,0)	6	(25,0)	12	(50,0)
Não Sozinho	62	(72,1)	12	(19,4)	17	(27,4)	33	(53,2)

1-A categoria “Sozinho” corresponde à categoria sozinho; 2-A categoria “Não sozinho” corresponde no protocolo as categorias: “Com membros da família”, “Com um(a) amigo(a)”.

Do número total de indivíduos que constituem a amostra (n= 86), verifica-se um maior número de elementos do sexo feminino (n= 60;%= 69,8), do que de elementos do sexo masculino (n= 26;%= 30,2), constatando-se que a predominância deste género se reflecte em todas as cotas. A média de idades é considerada elevada (X= 77,84;DP= 10,32), sendo a mais elevada na área urbana (X= 79,06; DP= 8,63) do que nas áreas mediantemente urbana (X= 75,48;DP= 14,44) e rural (X= 78,67;DP= 8,03). Relativamente ao estado civil destaca-se o número total de elementos viúvos (n= 58;%= 69,9) e parece manter sua a prevalência nas diferentes áreas. No que respeita à escolaridade a população frequentou maioritariamente o ensino básico (n= 52; %= 61,9), 35,7% (n= 30) dos elementos não frequentou a escola e 2,4% dos elementos (n= 2) completou o ensino secundário. Por fim, relativamente à coabitação verifica-se uma maior percentagem de utilizadores do CDI que vivem não sozinhos (n= 62;%= 72,1) em detrimento dos que vivem sozinhos cujo valor é mais baixo (n= 24;%= 27,9). Dentro do grupo dos idosos que vivem não sozinhos destaca-se o número daqueles que vivem em meio rural (n= 33;%= 53,2).

Em *súmula* estamos perante uma população com uma média de idades elevada, onde predominam claramente os indivíduos do sexo feminino. No que respeita ao estado civil a viuvez é o mais representativo e em termos de escolaridade a maioria dos indivíduos apresenta habilitações iguais ou inferiores ao 3º ciclo do ensino básico (1 a 9 anos de escolaridade), sendo maioritariamente pessoas com baixa escolaridade. De referir ainda que nesta população, apesar de se verificar uma maior percentagem de idosos que vive não sozinho, destaca-se o número de indivíduos que vivem sozinhos em meio rural.

**Tabela 4 – Análise de casos extremos**

	Idade	Sexo	Hab. Literárias	Estado Civil	Coreidência	Estado Saúde	AVD (B)	Meses de Frequência
Caso 13	53	Masculino	Ensino Básico	Divorciado	Sozinho	Bom	12	60
Caso 18	60	Feminino	Ensino Básico	Solteiro	Família	Razoável	9	31
Caso 20	37	Masculino	Ensino Básico	Solteiro	Família	Razoável	12	18
Caso 21	43	Masculino	Ensino Básico	Solteiro	Família	Bom	12	144
Caso 33	56	Masculino	Ensino Básico	Solteiro	Sozinho	Bom	12	24
Caso 56	56	Feminino	Ensino Básico	Solteiro	Sozinho	Fraco	8	4

Os CDI proporcionam acompanhamento e supervisão técnica e outras intervenções terapêuticas associadas, destinadas a adultos maiores de 65 anos (Palley, 1994). Não obstante, ao analisar pormenorizadamente a variável idade verifica-se que existem seis elementos da amostra com idade inferior a 60 anos. O elemento mais novo deste conjunto tem idade inferior a 40 anos. Face a este facto procedeu-se a uma análise descritiva de casos extremos. A análise deste conjunto de casos, permitiu verificar que na sua maioria pertencem ao género masculino. O estado civil predominante é o solteiro existindo apenas um divorciado. Metade dos elementos vive sozinho enquanto os restantes vivem com companhia (amigo, com familiares). No que se refere ao nível de habilitações todos os elementos completaram o ensino básico (entre 1 e 9 anos de escolaridade).

A *tabela 4* evidência uma autonomia nas AVD (B), como vestir/despir, tomar banho ou duche, ir à casa de banho e comer, de todos os elementos do sexo masculino e diferentes níveis de dependência dos elementos do sexo feminino. O tempo de frequência no programa é heterogéneo (de 4 meses a 144 meses) assim como o estado de saúde (Bom, Razoável, Fraco).

Diversas condições ligadas à vulnerabilidade social dos indivíduos poderão ser responsáveis por uma integração precoce neste tipo de resposta social. Deste modo foram colocadas hipóteses a diferentes perspectivas inerentes à vulnerabilidade social

dos seus elementos nomeadamente nas áreas relativas à precariedade económica, patologia física ou mental, dependência e consumo abusivo de álcool.

Situações graves a nível económico poderão conduzir o indivíduo a este tipo de estrutura para que lhe sejam fornecidos os serviços básicos como higiene e alimentação, nomeadamente em situações limite em que a espera de um apoio financeiro, por parte do estado, cria uma situação precária ao nível da sobrevivência do sujeito.

No que respeita a patologia física ou mental a dificuldade de integração do indivíduo com incapacidade, nomeadamente atraso mental, em estruturas de cariz permanente pode tornar-se complexa, quer pela sua escassez, quer pela inadequação e mesmo pelo custo. O CDI apesar de não fornecer apoio de modo permanente e definitivo, poderá ser uma alternativa, pouco dispendiosa, de apoio durante o dia para famílias cujas alternativas são limitadas.

Ao nível da dependência e consumo abusivo de álcool, a integração neste tipo de resposta proporciona para além dos serviços e actividades dinamizadas na estrutura, o controlo sobre o indivíduo relativo ao seu problema de consumo excessivo e ao grau de vulnerabilidade daí decorrente.

De um modo geral, pese embora os CDI constituírem um equipamento para os adultos idosos, existe a possibilidade de encontrar utilizadores com idade inferior. Nesta amostra, como referenciado anteriormente, encontra-se um grupo de seis elementos com idade inferior a 60 anos, na sua maioria do sexo masculino, com habilitações iguais ou inferiores ao 9º ano de escolaridade, solteiros, dos quais metade vivem sozinhos e os restantes elementos vivem acompanhados com amigos ou familiares.

Diversas condições ligadas à vulnerabilidade social dos indivíduos poderão estar na origem da sua integração precoce neste tipo de resposta social, nomeadamente carência económica, patologia física ou mental e alcoolismo.

## **2.2. - Instrumento**

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 e Buelow, 1990). O resultado da avaliação pode providenciar, tanto às entidades reguladoras como ao próprio CDI, um diagnóstico da performance em algumas áreas particulares, de forma a promover uma melhoria contínua da qualidade.

O documento foi criado em 1984 e tem sido sujeito a sucessivas revisões e adaptações. O protocolo actual é constituído por 4 questionários dirigidos aos diferentes intervenientes da dinâmica institucional, o administrador, os colaboradores, os cuidadores informais e os utentes. O referido protocolo é descrito na tabela que a seguir se apresenta (*ver tabela 5*).

**Tabela 5- Constituição do protocolo ADCAP**

<b>QUESTIONÁRIOS E INTERVENIENTES</b>	<b>OBJECTIVOS DO QUESTIONÁRIO</b>	<b>VERTENTES ANALISADAS</b>
<b>Questionário do Administrador</b>	Caracterização do Centro de Dia e avaliação dos seus Programas	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Programação interna e aplicabilidade dos programas</li> <li>_ Actividades existentes</li> <li>_ Procedimentos</li> <li>_ Organização Ambiental</li> <li>_ Política institucional</li> <li>_ Interação entre os participantes na dinâmica Institucional</li> </ul>
<b>Questionário dos Colaboradores</b>	Aferição da Qualidade do ambiente do Centro de Dia e avaliação do grau de satisfação do trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Condições laborais</li> <li>_ Supervisão na realização de tarefas</li> <li>_ Formação</li> <li>_ Programas</li> </ul>
<b>Questionário do Cuidador Informal</b>	Avaliação da qualidade dos serviços prestados, nomeadamente quando o utilizador se encontra incapaz de o fazer	_ Recolhe informação relativa sobre a satisfação dos cuidados primários prestados ao utente
<b>Questionário do Utente</b>	Avaliação da Satisfação do Utente face aos programas e serviços analisados	<p>As vertentes analisadas estão divididas em três tipos de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Escalas</li> <li>_ Perguntas abertas</li> </ul>



O *Questionário do Administrador* inicia com a informação sobre a categoria profissional da pessoa que irá preencher o questionário e inclui avaliações ao nível do ambiente social, serviços e actividades existentes e ambiente físico da estrutura. Este tipo de questionário oferece uma informação detalhada, recolhendo informação sobre o CD e os seus programas, incluindo: horas de programação, actividades oferecidas, procedimentos de enfermagem, acessibilidade das instalações, planificação de ementas e manuseamento da comida, qualificações e treino da equipa, políticas de administração, actividades internas de controlo da qualidade e descrição da utilização. Também avalia os programas/actividades do CDI em termos da qualidade de interacção do grupo, medida através da aplicabilidade das actividades observadas para a população de utentes, tal como pela atitude e competência do responsável do grupo.

O *Questionário dos Colaboradores* incide sobre a qualidade do ambiente do Centro de Dia, ao nível dos programas existentes, da formação, dos benefícios de supervisão das tarefas e condições de trabalho. Este questionário foi concebido para identificar áreas do programa ou de pessoal que influenciem a satisfação laboral dos colaboradores que trabalham no mesmo. É desenhado para ajudar o CDI a identificar áreas do programa ou do pessoal que necessitem de melhorias visando optimizar a satisfação do trabalho entre a equipa.

O *Questionário dos Cuidadores Informais* é preenchido pelo familiar ou amigo que mais ajuda o utente quando este está em casa em vez de no Centro de Dia. Recolhe informação sobre a satisfação dos cuidadores primários de cada utente do Centro de Dia, principalmente quando o utente não está capaz de qualificar o serviço por si próprio, devido a impedimentos cognitivos graves.

Por último o *Questionário dos Utentes* é um instrumento utilizado neste estudo, é preenchido num formato de entrevista com os utentes utilizadores do CDI e avalia a satisfação dos utentes com os programas e serviços existentes e está estruturado como aparece na seguinte tabela (*tabela 6*).

**Tabela 6- Estrutura do questionário do utente**

TIPO DE QUESTIONÁRIO	TIPOS DE GRUPOS	CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS	EXEMPLO <sup>(1)</sup>	
Questionário do Utente		<b>_ Escala de Ambiente Social</b> constituída por 5 subescalas (1. Comunicação; 2. Cuidados Prestados pelos Colaboradores; 3. Interacção Utente/Funcionários; 4. Colaboradores; 5. Ambiente moral;)	As sub escalas, de Ambiente social, por exemplo, são constituídas por cinco questões tipo “Likert” As opções de resposta são apresentadas do seguinte modo: 1-Discordo muito 2-Discordo 3-Concordo 4-Concordo Muito  O que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de Dia mais agradável?	
	<b>ESCALAS</b>	<b>_ Escala de Serviços e Actividades</b> subdividida em 4 subescalas (1. Serviços de Saúde; 2. Serviços de Reabilitação; 3. Serviços de Animação; 4. Serviços de Aconselhamento;)		
	_ Escala de Ambiente Social	<b>_ Escala de Satisfação Global</b> constituída por uma subescala de utentes composta por 6 itens em os itens 2 e 6 são invertidos.		
	_ Escala de Serviços e Actividades	<b>_ Escala de Actividades Básicas de Vida</b> pretende avaliar a capacidade funcional para a realização destas actividades		
	_ Escala de Satisfação Global	<b>_ Escala de Transporte</b> analisa o modo de deslocação do utilizador do Centro de Dia		
	_ Escala de Actividades Básicas de Vida	<b>_ Escala do Ambiente/Estrutura</b> constituída pelos itens Áreas com janelas, Luz, local agradável, pretendendo avaliar a agradabilidade ambiente		
	_ Escala de Transporte	Avaliação de questões não enquadráveis nas escalas, com vista à obtenção de informação que após a análise de conteúdo será codificada		
	_ Escala de Ambiente/Estrutura			
		<b>PERGUNTAS ABERTAS</b>		

1 Dada a diversidade de escalas e sub-escalas, e perguntas abertas tomou-se a opção de apenas adiantar a título de exemplo uma das escalas e uma pergunta aberta.

Após tradução o questionário foi analisado e adaptado com vista a ser experimentado numa prova piloto. A prova piloto decorreu numa instituição com resposta social de CDI, e foi aplicado a cinco utilizadores da resposta a fim de perceber o modo como eram entendidas as questões e sua aplicabilidade à realidade institucional. Após a prova piloto o questionário sofreu alterações ao nível dos conceitos e estrutura das questões, que resultaram na sua versão definitiva.

Foi realizada a avaliação das propriedades psicométricas da escala, através da utilização de uma estratégia de homogeneidade de item com base em três critérios: *correlação item total*, *correlação item-total* (sem o item) e *alfa de cronbach* no caso do item ser retirado. Esta análise psicométrica foi adoptada de modo a conhecer com maior profundidade as características psicométricas do protocolo. Foi utilizada a correlação item total (sem o item) devido ao facto de ser mais correcto que a correlação item-total, uma vez existir um número relativamente pequeno de itens que compõe cada uma das sub-escalas. Este indicador elimina o efeito da auto-correlação presente na correlação item-total.

A consistência interna dos factores define-se como a proporção da variabilidade nas respostas que resulta das diferenças nos inquiridos, isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso e leve a diferentes interpretações, mas porque os inquiridos têm diversas opiniões (Pestana e Gageiro, 2003). Segundo os mesmos autores, o *alpha de cronbach* é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis, podendo definir-se como a correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica (Pestana e Gageiro, 2003).

Este procedimento foi utilizado para a Escala de Ambiente Social, Escala de Ambiente Interior/ Estrutura e Escala de Satisfação Global.

Tabela 7 – Escala de Ambiente Social

	X(SD)	Correlação item-total	Correlação item-total (sem item)	Alfa de Cronbrach (sem item)
<b>Sub escala de comunicação</b>				
Item 1	2,83(0,59)	.748**	.530**	.673
Falar acerca problema				
Item 2	2,70(0,61)	.798**	.602**	.629
Falar sobre problemas pessoais				
Item 3	2,86(0,61)	.781**	.572**	.648
Conversa sobre doença/morte				
Item 4	2,58(0,56)	.653**	.406**	.739
Conversa sobre medos				
<b>Sub escala cuidados prestados colaboradores</b>				
Item 1	2,87(0,37)	.964**	.284**	.594
Informações difundidas por todos				
Item 2	3,15(0,42)	.679**	.442**	.516
Pedidos de ajuda funcionários				
Item 3	3,01(0,47)	.752**	.515**	.466
Recebem atenção individual				
Item 4	2,97(0,32)	.396**	.164	.638
Saber como utente se sente				
Item 5	2,83(0,51)	.713**	.423**	.526
Utentes falam dos seus diversos problemas				
<b>Sub- escala Interacção utente/funcionário</b>				
Item 1	2,96(0,48)	.973**	.645**	.759
Atenção individual				
Item 2	3,07(0,34)	.751**	.630**	.770
Sabem quando funcionários estão perto				
Item 3	2,89(0,50)	.867**	.744**	.723
Funcionários passam tempo com os utentes				
Item 4	2,96(0,29)	.457**	.295**	.843
Actividades planeadas				
Item 5	2,87(0,46)	.835**	.703**	.738
Colaboradores passam tempo com utentes				
<b>Sub escala Colaboradores</b>				
Item 1	2,89(0,38)	.380**	.066	.415
Colaboradores fazem sugestões aos colegas				
Item 2	3,01(0,36)	.378**	.079	.338
Colaboradores trabalham como equipa				
Item 3	2,15(0,39)	.378**	.032	.475
Dificuldades de relacionamento				

	X(SD)	Correlação item-total	Correlação item-total (sem item)	Alfa de Cronbrach (sem item)
Item 4 Colaboradores trabalham bem juntos	3,08(0,28)	.597**	.413**	.475
Item 5 As pessoas mudam constantemente de ideais	2,21(0,44)	.625**	.278**	.303
Item 6 As coisas estão sempre a mudar	2,21(0,44)	.656**	.353**	.281
<b>Sub-escala Ambiente Moral Geral</b>				
Item 1 Queixas dos utentes	2,38(0,54)	.407**	.134	.606
Item 2 Discussões dos utentes	2,35(0,53)	.573**	.339**	.517
Item 3 Impaciência entre utentes	2,43(0,54)	.685**	.479**	.468
Item 4 Mudança de opinião das pessoas	2,23(0,42)	.474**	.272*	.555
Item 5 Críticas dos utentes uns com os outros	2,42(0,56)	.682**	.465**	.473
Item 6 Utentes passam o tempo	2,86(0,54)	.507**	.252*	.559
Item 7 Críticas dos funcionários aos utentes	2,12(0,39)	.369**	.173	.576

No que respeita à *Escala de Ambiente Social*, na sub-escala comunicação verifica-se que todos os itens têm uma associação forte com o critério com o qual cooperam evidenciando consistência elevada do teste. A correlação entre o item-total corrigida sempre tida como a mais correcta, sobretudo em escalas com poucos itens revela resultados similares à correlação item-total. No que respeita ao estudo dos alfas de cronbach apenas o item 4 apresenta (.739) uma pequena variação em relação ao alfa-total (.735). Uma vez que a diferença é muito reduzida os investigadores optaram por manter todos os itens.

Na sub-escala cuidados prestados pelos colaboradores verifica-se que todos os itens apresentam o mesmo sentido. No entanto, a correlação item-total corrigida revela que o (item 4 # Saber como utente se sente #), mostrou um sentido oposto aos restantes itens pelo que se optou por retirar este item. A análise dos alfas de cronbach evidenciou um aumento da consistência do teste, com a retirada do item referido, tendo o alfa aumentado o seu valor de .611 para .638. Este facto confirmou a tomada de decisão, dos investigadores, no que diz respeito à retirada deste item.

A sub – escala Interação utente/funcionário indicia que os resultados indicam que a correlação item-total e item-total (sem o item) com cada um dos critérios com o qual cooperam é significativa. O estudo dos valores do alfa de cronbach (sem o item) revela que a retirada do (item 4 # Actividades planeadas #) interfere no valor do alfa de cronbach alterando-o de .810 para .843.

Ao ser analisada a sub-escala colaboradores, esta evidencia uma forte associação dos itens constituintes, no entanto, os itens 1, 2, e 3 não guardam uma correlação item-total (sem o item) de forma significativa, e neste sentido foram eliminados. A retirada do (item 4 # Colaboradores trabalham bem juntos #) e dos itens 1,2,3 permite o aumento o índice de fiabilidade da escala passando o alfa de .432 para o valor de .779.

A sub-escala ambiente moral geral apresenta dados que permitem inferir uma forte associação de todos os itens. Os casos excepcionais surgem nos (item 1 # Queixas dos utentes #) e (item 7 # Criticas dos funcionários aos utentes #) na correlação item-total (sem item), que conduziu à sua eliminação. O alfa cronbach (sem o item) não aumenta o índice de fiabilidade com a eliminação de qualquer item, apresentando um valor de .623.

**Tabela 8 - Escala de Ambiente interior/ estrutura**

	X(SD)	Correlação item-total	Correlação item-total (sem item)	Alfa de Cronbrach (sem item)
<b>Item 1</b>				
<b>Esc-ambiente interior - janelas</b>	3,27(0,47)	.528**	.239*	.490
Item 2				
Esc-ambiente interior - luz	3,34(0,47)	.660**	.411**	.386
<b>Item 3</b>				
<b>Esc-ambiente interior - agradável</b>	3,72(0,47)	.662**	.417**	.383
Item 4				
Esc-ambiente interior - cheiros	3,17(0,59)	.502**	.116	.585
<b>Item 5</b>				
<b>Esc-ambiente interior - limpeza</b>	3,60(0,51)	.602**	.306**	.449

Na Escala de Ambiente Interior/Estrutura verifica-se que todos os itens apresentam o mesmo sentido, exceptuando na correlação item-total corrigida que revela que o (item 4 # Ambiente interior cheiros #) apontou um sentido oposto, deste modo, procedeu-se à sua

retirada. Na análise dos alfas de cronbach verifica-se o aumento da consistência do teste, com a retirada do item referido, tendo o *alfa* aumentado o seu valor de .518 para .585.

**Tabela 9 - Satisfação Global dos Utentes**

	X(SD)	Correlação item-total	Correlação item-total (sem item)	Alfa de Cronbrach (sem item)
<b>Sub-escala de Satisfação Global</b>				
<b>-Utentes</b>				
Item 1				
Vir para CD satisfação	3,26(0,51)	.722**	.553**	.685
Item 2				
Melhoria dos serviços	2,65(0,65)	.561**	.311**	.761
Item 3				
Cuidados são bons	3,06(0,36)	.732**	.625**	.682
Item 4				
Agradabilidade das actividades	3,04(0,50)	.651**	.460**	.712
Item 5				
Satisfação dos resultados	3,23(0,45)	.722**	.580**	.681
Item 6				
Melhoria nos cuidados	2,70(0,52)	.651**	.449**	.716

Na *Escala Satisfação Global dos utentes* todos os itens têm uma forte associação com o critério com o qual cooperam oferecendo um grau de consistência elevado. No que se refere à análise do alfa de cronbach verificou-se um aumento da consistência do teste, com a retirada do (*item 2# Melhoria dos serviços #*) passando o *alfa* para valor de .743.

As escalas existentes no questionário são: *escala de ambiente social, escala de serviços e actividades, escala de satisfação global, escala de actividades básicas* da vida diária, *escala de transporte e escala do ambiente interior/estrutura*.

A *Escala de Ambiente Social* é constituída por cinco sub-escalas: (i) *sub-escala de comunicação* composta por quatro questões destinadas a prever o modo como a comunicação se processa entre os utentes em contexto institucional; (ii) *sub-escala de cuidados prestados pelos colaboradores* constituída por cinco questões, que pretende avaliar do ponto de vista dos utentes, a performance dos colaboradores a nível da prestação de cuidados, atenção e informação; (iii) *sub-escala interação utente/funcionários* constituída por cinco questões e pretende avaliar o relacionamento estabelecido entre os colaboradores da instituição e os utilizadores, ao nível da atenção

prestada e da preparação/execução de actividades; (iv) *sub-escala de colaboradores* constituída por seis questões que avaliam, do ponto de vista do utente, o modo como os funcionários da instituição interagem entre si, os *itens* ( *item 3 # Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros #*), ( *item 5 # Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias #*) e ( *item 6 # As coisas aqui parece que estão sempre a mudar #*) são invertidos e a direcção foi alterada na análise; (v) *sub-escala de ambiente moral geral* constituída por sete questões e pretende avaliar o modo como os utentes percebem o ambiente geral da instituição ao nível das interacções utente/utente, utente/funcionário, funcionário/funcionário. Todas as questões da escala de *Escala de Ambiente Social* são do tipo “*Likert*” (*Discordo Muito, Discordo, Concordo, Concordo Muito*).

*Escala de Serviços e Actividades* divide-se em quatro sub-escalas *serviços de saúde, serviços de reabilitação, serviços de animação social e serviços de aconselhamento*, sendo que estas visam medir a existência, utilização e nível de satisfação da actividade/serviço do ponto de vista do utente utilizador do programa. A *sub-escala dos serviços de saúde* é constituída pelos itens *exames à visão, exames auditivos, exames médicos, dentista* os quais o utente irá identificar nas diversas vertentes, como sejam a existência do serviço, a utilização e a satisfação. *Sub-escala de serviços de reabilitação* visa analisar a existência, frequência e o nível de satisfação em actividades e serviços como *fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional*. A *sub-escala de serviços de animação social* inclui *itens* como *artes e ofícios, programas educacionais, entretenimento, serviços religiosos, actividades com crianças* entre outros, que visam avaliar a oferta de serviços de animação disponibilizados pelo programa aos seus utilizadores. *Sub-escala de serviços de aconselhamento* é constituída por dois itens *terapia de grupo e aconselhamento individual*. Nas sub-escalas referenciadas, para todos os itens as questões são as seguintes: *Este serviço ou actividade existe no Centro?* sendo as opções de resposta *Sim, Não e Não sei*; *Já usou este serviço/actividade?* 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*.

*Escala de Satisfação Global* é constituída por uma *sub-escala de utentes* composta por seis *itens* do tipo *Likert*, e pretende avaliar o nível de satisfação dos seus utilizadores relativamente ao serviço geral prestado pelo programa. Os *itens* (*item 2 # Alguns serviços neste centro podiam ser melhorados #*) e (*item 6 # Há alguns aspectos nos cuidados que*



recebo aqui que podiam ser melhores #) são invertidos e a direcção foi alterada na análise.

A *Escala das Actividades da Vida Diária* pretende avaliar a capacidade funcional para a realização das actividades: *Vestir-se/Despir-se, Tomar banho ou duche, Ir à casa de banho e Comer*. A sua pontuação varia segundo a seguinte gradação *1-Não consegue fazer, 2-Com alguma ajuda e 3-Não consegue fazer*.

A *Escala de Transporte* pretende analisar de que modo o utilizador do Centro de Dia se desloca para chegar à resposta e é codificada da seguinte forma: *1-Veículo particular, 2-Transportes públicos, sem incluir carrinhas especiais ou autocarros para idosos, 3-Carrinhas ou autocarros para idosos financiados, 4 –Veículo do Centro de Dia e 5 – A pé*. Por fim, a *Escala de Ambiente Interior/Estrutura* pretende avaliar a agradabilidade geral da estrutura do CDI no que respeita à luminosidade, à agradabilidade geral e higiene do espaço. Os itens de resposta têm uma gradação inversa à numeração, isto é, o número 1 corresponde ao item mais negativo (*Sem janelas, Muito inadequada ou Muito sujas*) e o número 4 corresponde inversamente ao item mais positivo (*Muitas janelas, Excelente iluminação ou Muito limpas*). Os restantes itens são de gradação média entre um e outro.

Nas *perguntas abertas* tipo *Quando decidiu vir para aqui, qual foi a coisa mais importante que esperava receber?, O que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de dia mais agradável? e Durante o último mês quantos dias esteve doente de forma a não conseguir realizar as suas actividades habituais?*, após a recolha da informação será realizada uma análise e conteúdo das respostas recolhidas e posterior codificação.

Posteriormente à análise realizada ao instrumento verificou-se a necessidade de retirada de itens à *sub-escala de colaboradores* ficando esta com dois itens. A manutenção dos dois restantes (*item 5 # As pessoas mudam constantemente de ideias # e item 6 # As coisas estão sempre a mudar #*) deve-se ao facto de possuírem um constructo teórico que interessava analisar.

### **2.3.- Procedimentos**

A recolha de dados da investigação foi um processo que decorreu por diversas fases. Após selecção aleatória das instituições procedeu-se ao contacto com as mesmas através de carta, na qual era apresentado o projecto de investigação, os seus objectivos e procedimentos. Posteriormente foi efectuado um contacto telefónico com vista a obter uma resposta da instituição, no que respeita ao nível da disponibilidade de participação, facto que se verificou de imediato. Seguiu-se o agendamento de uma reunião para uma apresentação mais pormenorizada do instrumento de recolha de dados e organização das visitas dos investigadores, tendo em conta a dinâmica institucional ao nível da realização de actividades, rotinas e procedimentos internos.

A recolha de dados foi realizada em contexto institucional aos utentes da resposta social de Centro de Dia, tendo estes dado consentimento verbal após a apresentação individual dos objectivos e interesses da aplicação do instrumento. Nenhum dos utentes se recusou a colaborar com os investigadores no processo de recolha.

A recolha da informação foi realizada por elementos externos à instituição. Foi tido em consideração o sigilo e confidencialidade da informação obtida, mais concretamente, no que concerne à confidencialidade não estando, para tal, identificados nos protocolos o nome das pessoas que participaram no estudo, assim como os CDI não têm acesso aos dados recolhidos aos utentes utilizadores do programa.

## Capítulo III - Apresentação e Discussão de Resultados

### 1. Análise do tipo de utente e do tipo de serviços do Centro de Dia para Idosos

Neste capítulo será realizada a análise dos dados que foram recolhidos na investigação, utilizando dois critérios diferenciados a análise descritiva e o estudo exploratório. A análise descritiva será utilizada com o objectivo de analisar as características dos utentes e relação com o CDI, os serviços existentes, o grau de utilização do serviço e o grau de satisfação do utilizador. Por outro lado o estudo exploratório no qual se realizará uma análise diferencial entre a satisfação global dos utentes e algumas variáveis do contexto sócio demográficas.

Em média a população da amostra encontra-se a utilizar o CDI à aproximadamente 4 anos ( $X= 44,5$  meses), no entanto o valor do desvio-padrão ( $DP= 45$  meses) permite-nos aferir que existem valores de utilização bastante díspares, ou seja, enquanto que, por um lado, se verifica a existência de indivíduos que frequentam o programa há mais de 120 meses (10 anos), por outro lado detectam-se elementos que estão no programa há menos de 1 mês. No que se refere à intensidade de utilização do programa, com uma média igual a 4,96, constata-se que a maior parte da população o utiliza nos 5 dias úteis da semana.

Relativamente ao motivo de entrada na resposta social destaca-se claramente das demais a *categoria 2 # ter companhia #*, com valores na ordem dos 29,1% ( $n= 25$ ). As *categorias 3 # apoio/suporte #* e *6 # outras razões #* são as que aparecem em segundo lugar na ordem de importância, apresentando valores equitativos (18,6%;  $n=16$ ).

Quando atentamos ao meio de transporte que é preferencialmente utilizado pelos utentes do CDI, podemos ver *na tabela 10*, que é sem margem para dúvida o veículo pertencente ao programa ( $\%= 70,9$ ;  $n= 61$ ), em detrimento de outros tipos de transporte como *pelos seus meios – a pé* ( $\%= 17,4$ ;  $n= 15$ ) e *veículo particular* ( $\%= 11,6$ ;  $n= 10$ ). De referir ainda a existência itens que não obtiveram nenhuma resposta transportes *pública* e *veículo não-CDI*.

Ao analisarmos a *tabela 10*, no que se refere ao estado de saúde dos utilizadores do CDI destacam-se dois valores mais elevados que englobam o *razoável* ( $\%= 43$ ;  $n= 37$ ) e o *bom* ( $\%= 38,4$ ;  $n= 33$ ). O valor médio ( $X= 2,77$ ) comprova que o estado de saúde situa-se ao nível do *razoável*.

**Tabela 10– Características dos utentes /Relação com o Centro de Dia**

	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>X</b>	<b>(DP)</b>
TEMPO DE UTILIZAÇÃO			44,5	(45)
INTENSIDADE DE UTILIZAÇÃO			4,96	(.360)
MOTIVO DE ENTRADA				
Categoria 1 - <b>Cuidados</b>	12	(14,0)		
Categoria 2- <b>Companhia</b>	25	(29,1)		
Categoria 3- <b>Apoio/Suporte</b>	16	(18,6)		
Categoria 4- <b>Repouso</b>	1	(1,2)		
Categoria <b>5-Alimentação</b>	14	(16,3)		
Categoria <b>6 - (Alívio dos cuidadores, colaboradores prestáveis, após queda, estar perto da família, distração)</b>	16	(18,6)		
TIPO DE TRANSPORTE				
Pelos seus meios – a pé	15	(17,4)		
Veículo particular	10	(11,6)		
Transportes públicos	-	-		
Veículo CDI	61	(70,9)		
Veículo não-CDI	-	-		
ESTADO DE SAÚDE			2,77	(.859)
Muito bom	2	(2,3)		
Bom	33	(38,4)		
Razoável	37	(43,0)		
Fraco	10	(11,6)		
Muito fraco	4	(4,7)		
DIAS DOENTE			16	(.630)
AVD(B)				
Vestir-se/Despir-se			2,75	(.458)
Tomar Banho/Duche			2,33	(.544)
Casa de Banho			2,84	(.319)
Comer			2,98	(.107)

Em média os utentes referem ter estado doentes no “último mês” por um período inferior a um dia ( $X= 16; DP= .630$ ). Nas actividades da vida diária AVD(B), as actividades *comer* ( $X= 2,98; DP= .107$ ) e *ir à casa de banho* ( $X= 2,84; DP= .319$ ) apresentam as médias mais elevadas, seguidos por *vestir-se/despir-se* ( $X= 2.75; DP= .458$ ) e por *tomar banho/duche* ( $X= 2,33; DP= .544$ ). De um modo geral, nas AVD(B), os indivíduos são em geral independentes, sendo mais independentes no que respeita ao *item comer* e mais dependentes no que respeita ao *item tomar banho ou duche*.

Em síntese, verificamos que o perfil do utilizador do CDI se caracteriza pela frequência do CDI há mais ou menos 4 anos, tendo uma frequência assídua no CDI todos os dias da semana. O motivo mais apontado para o ingresso prende-se, como já vimos, com razões como a companhia, apoio/suporte e outras razões relacionadas com o alívio dos cuidadores, colaboradores prestáveis, após queda e estar perto da família. O utente tipo utiliza o transporte disponibilizado pelo CDI para se deslocar para o Centro. No que respeita ao estado de saúde o utente tipo apresenta em média um nível de saúde razoável, reforçado pelos dados que revelam que “no último mês” o período de doença foi inferior a um dia. Por fim, no que concerne as AVD(B), o utente tipo apresenta um grau de independência na realização das actividades como *vestir-se/despir-se, tomar banho/duche, ir à casa de banho e comer*.

**Tabela 11- Serviços existentes, utilização do serviço, grau de satisfação**

	Existência do Serviço						Utilização do Serviço						Grau de Satisfação									
	Sim		Não		Não sei		Sim		Não, não preciso		Não, não gosto		Não, outra razão		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>SERV. DE SAÚDE</b>																						
Exames à visão	3	(3,5)	73	(84,9)	10	(11,6)	-	-	-	-	-	-	2	(2,3)	-	-	-	-	-	-	-	-
Exames auditivos	3	(3,5)	73	(84,9)	10	(11,6)	-	-	1	(1,2)	-	-	1	(1,2)	-	-	-	-	-	-	-	-
Consultas regulares marcadas com Médico	12	(14,0)	66	(76,7)	8	(9,3)	2	(2,3)	9	(10,5)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(1,2)	1	(1,2)
Dentista	2	(2,3)	75	(87,2)	9	(10,5)	-	-	1	(1,2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SERV. DE REABILITAÇÃO</b>																						
Fisioterapia	6	(7,0)	70	(81,4)	10	(11,6)	3	(3,5)	1	(1,2)	-	-	-	-	-	-	-	-	2	(2,3)	1	(1,2)
Terapia da fala	1	(1,2)	75	(87,2)	10	(11,6)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia ocupacional	-	-	8	(9,3)	3	(3,5)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SERV. DE ANIMAÇÃO SOCIAL</b>																						
Artes e ofícios	67	(77,9)	16	(18,6)	3	(3,5)	32	(37,2)	2	(2,3)	5	(5,8)	28	(32,6)	1	(1,2)	1	(1,2)	10	(11,6)	21	(24,4)
Festas	76	(88,4)	8	(9,3)	2	(2,3)	58	(67,4)	-	-	4	(4,7)	14	(16,3)	1	(1,2)	1	(1,2)	25	(29,1)	31	(36,0)
Actividade física	58	(67,4)	26	(30,2)	-	-	44	(51,2)	-	-	3	(3,5)	-	-	2	(2,3)	2	(2,3)	24	(27,9)	15	(17,4)
Programas educacionais	4	(4,7)	77	(89,5)	5	(5,8)	4	(4,7)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(1,2)	3	(3,5)
Entretenimento	84	(97,7)	1	(1,2)	-	-	62	(72,1)	2	(2,3)	9	(10,5)	11	(12,8)	1	(1,2)	1	(1,2)	33	(38,4)	27	(31,4)
Serviços Religiosos /																						
Missa	29	(33,7)	56	(65,1)	1	(1,2)	26	(30,2)	-	-	-	-	3	(3,5)	-	-	-	-	7	(8,1)	19	(22,1)
Discussões de	2	(2,3)	77	(89,5)	6	(7,0)	2	(2,3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(1,2)	1	(1,2)

**Tabela 11- Serviços existentes, utilização do serviço, grau de satisfação**

	Existência do Serviço						Utilização do Serviço						Grau de Satisfação											
	Sim		Não		Não sei		Sim		Não, não preciso		Não, não gosto		Não, outra razão		Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito			
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
grupo																								
Saídas ao exterior	73	(84,9)	9	(10,5)	3	(3,5)	54	(62,8)	1	(1,2)	2	(2,3)	16	(18,6)	1	(1,2)	1	(1,2)	25	(29,1)	27	(31,4)		
Actividades com crianças	38	(44,2)	45	(52,3)	2	(2,3)	30	(34,9)	-	-	2	(2,3)	6	(7,0)	1	(1,2)	-	-	17	(19,8)	12	(14,0)		
Grupos de canto / coro	11	(12,8)	75	(87,2)	-	-	10	(11,6)	-	-	-	-	1	(1,2)	-	-	-	-	8	(9,3)	2	(2,3)		
Filmes / cinema	34	(39,5)	51	(59,3)	1	(1,2)	24	(27,9)	-	-	2	(2,3)	7	(8,1)	-	-	-	-	15	(17,4)	9	(10,5)		
<b>SERV. DE ACONSELHAMENTO</b>																								
Terapia de grupo	-	-	81	(94,2)	5	(5,8)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aconselhamento individual	10	(11,6)	69	(80,2)	7	(8,1)	7	(8,1)	3	(3,5)	-	-	-	-	-	-	-	-	5	(5,8)	2	(2,3)		

No primeiro grupo, que inclui os serviços de saúde existentes no programa verificamos que o *item consultas regulares com o médico* é aquele que apresenta uma maior percentagem de respostas (n= 12;%= 14), no que respeita à existência do serviço. Neste *item consultas regulares com o médico* o número de pessoas que não utiliza o serviço é maior (n= 9;%= 10,5) do que o número daqueles que o utilizam (n= 2; %= 2,3). Nos restantes *itens exames à visão, exames auditivos e médico dentista* os valores das respostas negativas (% = 84,9), indicam a não existência dos serviços e conseqüente não utilização dos mesmos. Em conseqüência dos baixos valores de utilização dos serviços de saúde verifica-se a inexistência de dados relativos à satisfação dos mesmos. Os serviços de reabilitação que incluem os *itens fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional* apresentam valores muito significativos a nível da não existência do serviço no programa, respectivamente n= 70 (%= 81,4), n= 75 (%= 87,2) e n= 8 (%= 9,3). No que concerne à utilização dos serviços verifica-se a existência de respostas no *item fisioterapia* igualmente com valores residuais (*sim* n= 3; *não, não preciso*= 1). O grau de satisfação apresenta igualmente valores de resposta baixos mas positivos (*satisfeito* n= 2 ; *muito satisfeito* n= 1).

Os serviços de animação são o tipo de serviços mais comuns na resposta social. Destes por um lado, destacam-se pela sua forte implementação *festas* (n= 76;%= 88,4), *entretenimento* (n= 84;%= 97,7) e *saídas ao exterior* com (n= 73;%= 84,9). Por outro lado, pela não existência, destacam-se os *programas educacionais* (n= 77;%= 89,5), *discussões de grupo* (n= 77;%= 89,5) e os *grupos de canto /coro* com um total de respostas negativas (n= 75;%= 87,2).

Em termos de utilização do serviço verifica-se uma adesão generalizada ao mesmo destacando-se as *festas* (n= 58;%= 67,4) o *entretenimento* (n= 62;%= 72,1) e as *saídas ao exterior* (n= 54;%= 62,8). Nas *artes e ofícios* destaca-se, pela negativa, a não utilização do serviço *por outras razões* (n= 28;%= 32,6), apesar de um elevado número de repostas positivas (n= 67;%= 77,9) face à identificação da existência do mesmo no programa. A maioria das respostas do grau de satisfação da utilização dos serviços de actividades de animação situa-se ao nível do *satisfeito* e do *muito satisfeito*. Destas destacam-se as *festas* (n= 25;%= 29,1) *satisfeito* e (n= 31;%= 36) para *muito satisfeito*; o *entretenimento* com (n= 33; %= 38,4) *satisfeito* e (n= 27;%= 31,4) *muito satisfeito*; as *saídas ao exterior* (n= 25;%= 29,1) para *satisfeito* e (n= 27;%= 31,4) *muito satisfeito*.

No que respeita os serviços de aconselhamento, que englobam *terapia de grupo* e *aconselhamento individual*, são apresentados valores de resposta da não existência do serviço muito significativos (n= 81;%= 94,2) e (n= 69;%= 80,2).



Na utilização do serviço verifica-se a existência de respostas para o *item aconselhamento individual* (n= 7;%= 8,1) indicativa da utilização do serviço (n= 3;%= 3,5) da não utilização do serviço *não, não preciso*. Quanto ao grau de satisfação verifica-se resposta para o *item aconselhamento individual* (n= 5;%= 5,8) referente ao grau de *satisfeito* e (n= 2;%= 2,3) ao grau de *muito satisfeito*.

## 2. Análise da Satisfação do utente do Centro de Dia para Idosos

Ponderou-se a hipótese da existência de uma associação significativa entre a satisfação global e as variáveis sócio-demográficas (i) sexo, (ii) Idade, (iii) estado civil, (iv) com que habita (*tabela 12*). Conclui-se que no que respeita a esta análise, que não existe diferença significativa entre as variáveis sociodemográficas no que respeita à variável satisfação.

Tabela 12- Correlação entre satisfação global e variáveis sociodemográficas

	n	X	DP	t	gl	Nível significância
Sexo						
Masculino	26	17,4	2,3			
Feminino	60	18,2	1,7	-1,6	84	,11
Idade						
< 75 anos	20	17,6	2,8			
> 75 anos	61	18,2	1,6	-1,0	79	,30
Estado Civil						
Com parceiro	12	18,3	2,3			
Sem parceiro	71	17,9	1,9	,73	81	,46
Com quem vive						
Acompanhado	62	18,1	1,8			
Sozinho	24	17,6	2,3	1,2	84	,25

\* p≤0,05 \*\*p≤0,01

Nos resultados (*tabela 13*) da matriz de correlação é possível identificar a existência de correlações positivas e negativas assim como a ausência de correlação entre a variável escala de satisfação total e as restantes variáveis.

No que respeita às *variáveis comunicação, cuidados e interação* estas apresentam a valores significativos interferindo deste modo na satisfação global do utilizador do CDI.

Poderá inferir-se que os utentes idosos privilegiam fortemente a componente relacional como componente de satisfação na frequência da resposta, apesar do valor mais elevado se evidenciar na prestação de cuidados.

No que se refere às *variáveis estado de saúde, ambiente moral e ambiente da estrutura* não é visível nenhuma correlação entre estas e a *variável satisfação global*. De acordo com análises anteriores os elementos da amostra não apresentam dificuldades ao nível do seu estado de saúde, facto este que poderá explicar a ausência de correlação. Menos evidente se torna a falta de correlação entre a *satisfação global* e o *ambiente moral*, uma vez que este está interligado às interações entre os intervenientes na dinâmica da instituição e que a nível das *variáveis interação e comunicação* apresentam valores significativos.

As correlações negativas indicam uma relação inversa, sendo que quando uma variável aumenta a outra diminui, tal como se verifica nas *variáveis colaboradores, meses de frequência, dias que passa por semana e actividades da vida diária básicas*. Na correlação inversa entre intensidade de utilização (*dias que passa por semana*) e *meses de frequência* com a *satisfação global* poderão estar subjacentes a falta de acompanhamento pós-integração do utente, a vida institucional rotineira e ausência de projectos de vida individuais.

De um modo geral a maioria das variáveis analisadas não estabelece uma correlação significativa com a *variável satisfação global*, sendo as *variáveis comunicação, cuidados e interação* as que estabelecem uma correlação mais significativa.

**Tabela 13 -Matriz de Coeficiente de Correlação de Pearson entre a Satisfação Global e outras variáveis**

	Escala de Satisfação Global
N.º de Meses de Frequência	-,018
Dias que passa por semana	-,017
Actividade da vida diária básicas	-,032
Estado de Saúde utentes	,088
Comunicação	,313**
Cuidados prestados	,410**
Colaboradores	-,116
Ambiente Moral	,158
Ambiente	,152
Interacção	,382**

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$

### 3. Conclusões

De seguida fez-se uma reflexão sobre os procedimentos realizados e os resultados obtidos no estudo.

No processo de amostragem aleatória utilizado na selecção das instituições foi realizada uma amostragem por cotas segundo as tipologias das áreas urbanas definida pelo INE. Esta opção foi tomada uma vez que os investigadores consideraram ser passível encontrar diferenças relevantes entre os programas nas diferentes tipologias, tal como, no estudo de Conrad e cols. (1993). Sendo que a diversidade dos CDI pode ser considerada, por um lado, no que concerne à organização e estrutura do programa consistente com uma oferta de serviços “não tradicionais” e de respostas de intervenção para os utentes; por outro lado, na caracterização da amostra e no modo como os utilizadores percebem a organização institucional e são intervenientes na mesma. De facto, os investigadores verificaram que a localização do programa não diferencia significativamente a organização do mesmo nem a tipologia dos utilizadores, aspecto que

poderá dever-se à não aplicabilidade dos critérios definidos pelo INE na área de localização dos equipamentos e resposta sociais.

O objectivo de uma melhor adequação do questionário à população portuguesa conduziu à realização de uma tradução e retroversão e um posterior teste piloto do protocolo. Pese embora todo o esforço para que a adequação cultural fosse tanto quanto possível de encontro à realidade nacional, sendo que, este questionário na sua versão original foi aplicado à população idosa americana num estudo realizado por Conrad e colaboradores, em 1996, a fim de conhecer a estrutura, a população e os processos dos CDI (Conrad e cols, 1993). Assim sendo, apraz referir que o processo de adequação do instrumento à realidade nacional tenderá a ser um processo de melhoria contínua.

No que respeita ao conteúdo do protocolo, no entender dos investigadores, o mesmo não integra itens ligados à avaliação das AVD(I), dado considerado importante na avaliação do utente, sendo interessante indagar sobre os níveis de utilização/satisfação do utente sobre, por exemplo, o serviço de acompanhamento ao exterior (pagar contas, comprar comida ou roupa) uma vez que este é um serviço previsto nas estruturas nacionais.

### **3.1.-Intensidade de serviços reduzida**

De um modo geral verifica-se que o número de serviços disponibilizados pelo programa são reduzidos e os serviços existentes estão centralizados na vertente da animação social. Estas actividades estão ligadas a uma componente lúdica (*actividades de artes e ofícios*, n= 67), socialização (*festas*, n= 76;*saídas ao exterior* n= 73) e entretenimento geral (*jogos de cartas*, n= 84). Para além destas actividades o desenvolvimento de outras mais complexas é inexistente no programa, como acontece com as *discussões em grupo* (n= 2) e os *programas educacionais* (n= 4).

A integração no programa de actividades ligadas à saúde é bastante diminuta, compreendendo valores de inexistência acima dos 70% para todas as opções analisadas: *exames à visão*, *exames auditivos*, *consultas regulares com o médico* e *dentista*. Não é raro que os CDI se encontrem acoplados a outras respostas sociais como o lar usufruindo de algum modo de apoio médico; no entanto, este tende a ser pontual não abrangendo a especificidade das opções anteriores.

A área da reabilitação não tem expressividade na resposta de CDI tendo valores acima dos 70% de não existência de actividades de *fisioterapia* e de *terapia da fala*. Constata-se ainda nesta área que a *terapia ocupacional* obteve um valor total residual ao nível das

respostas (n= 8), valor que nos permite supor para além da não existência no programa, o utilizador não consegue identificar o serviço/ actividade em si.

Na área de serviço de aconselhamento no qual estão referenciadas a *terapia de grupo* e o *aconselhamento individual*, o número de respostas que reflectem a existência do serviço é diminuta no que se refere ao *aconselhamento individual* e a maioria das respostas relativas à *terapia de grupo* é negativa (n= 81).

Em geral, os resultados evidenciam debilidades no que concerne a uma disponibilização diversificada de serviços aos utilizadores; no entanto, quando estes são disponibilizados pela estrutura, por norma são bastante utilizados pelo utente, apresentando graus de satisfação bastante elevados, podendo indiciar que provavelmente a existência de uma maior oferta de serviços seria acompanhada por um grau de adesão e satisfação relevante por parte dos utilizadores.

### **3.2.-Características dos utentes e relação com o programa**

No estudo realizado verificou-se que os utentes estabelecem uma utilização intensa com o programa uma vez que a frequência de utilização ronda em média os cinco dias da semana. As principais razões atribuídas pelos utilizadores para a frequência da resposta social são: a *companhia* (%= 25), o *apoio/suporte* (emocional e nas abvd) prestado pelo programa (%= 18,6) e um conjunto de outras motivações (alívio dos cuidadores, colaboradores prestáveis, após queda, estar perto de familiar, distração; n= 18,6). Como observamos pelos dados, os utilizadores identificam como principal motivo de adesão ao CDI a necessidade de companhia. Aspecto que se torna relevante quando se verifica, pela análise sócio-demográfica da amostra, que a maioria dos indivíduos vive acompanhado (n= 62;%= 72,1). Este aspecto poderá indiciar dois factores distintos, a existência de uma rede de suporte informal fornecedora de apoio insatisfatório ou uma maior identificação com os seus pares utilizadores do CDI.

Os CDI são respostas sociais bastante recentes no panorama nacional tendo crescido rapidamente e de modo desordenado. Com este estudo pretendeu-se realizar uma análise inicial sobre esta temática, partindo da percepção do utilizador sobre o programa. Os resultados analisados permitem que se afira que não existe diversidade na oferta de serviços na resposta de Centro de Dia, apesar da satisfação dos utilizadores com os serviços existentes. Torna-se ainda assim, fundamental a reformulação, prospecção e

adaptação dos serviços prestados e a criação de novos serviços mais complexos dirigidos por técnicos especializados na área. Denota-se, por outro lado, que os serviços prestados pelo CDI apresentam-se como serviços-tipo, standardizados e pouco flexíveis, forçando uma adaptação do idoso ao leque de opções existentes. Considera-se essencial uma planificação dos serviços tendo em consideração uma avaliação individual do cliente e as suas necessidades, sendo esta a base metodológica de um plano de intervenção conducente com intervenções sérias, constantes e adequadas. Torna-se importante a necessidade das instituições monitorizarem os níveis de satisfação dos seus clientes de forma a perceber como planificar, evoluir e maximizar a satisfação dessas mesmas necessidades. Esta nova dinâmica não está desprovida da provável necessidade de suporte financeiro, até porque esta implicará a necessária utilização de um maior número de recursos humanos especializados.

Por fim, importa referir que a investigação se apoiou conceptualmente no modelo anglo-saxónico uma vez que a existência de suporte teórico nacional se revelou bastante diminuto, não permitindo por vezes a realização de análises mais aprofundadas do tema em questão.

**Ideias - chave**

1. A desinstitucionalização dos cuidados formais contribuiu para a criação de serviços de proximidade como os Centros de Dia.
2. A primeira tipologia de Centro de Dia surgiu na Rússia nos anos vinte, com o início de programas de cuidados dirigidos a pessoas com doença mental.
3. O conceito de Centro de Dia é complexo devido à diversidade de modelos de intervenção existentes.
4. O Centro de Dia é uma resposta de cariz comunitário que apoia idosos durante o dia.
5. Centro de Dia desempenha a função de retardador/preventor da institucionalização precoce de idosos.
6. O programa pretende desenvolver física e mentalmente o idoso através de uma multiplicidade de intervenções.
7. A procura dos Centros de Dia pode compreender diversas causas: familiares, sociais, físicas e psicológicas.
8. As diferenças ao nível da política social e estrutura reguladora dos Centros de Dia poderão resultar em diferentes formas de organização de prestação dos serviços pela estrutura.
9. O objectivo básico de CDI prende-se com o desenvolvimento, manutenção e melhoria das funções físicas e mentais do adulto idoso.
10. Os CDI, proporcionam condições de vida com dignidade aos idosos e familiares, contribuindo para a manutenção e continuidade do seu modo de vida com autonomia.
11. Destacam-se como principais motivações na adesão à resposta social de Centro de Dia apoio na saúde, as motivações emocionais, o alívio dos cuidadores, e o facto de ser economicamente uma resposta menos dispendiosa.
12. Os serviços mais elementares prestados por um Centro de Dia são: transporte, alimentação, higiene e conforto.
13. Os serviços especiais incluem uma diversidade de actividades sociais, saúde e ocupacional, que contribuem e fomentam a integração do idoso.
14. Os serviços complementares incluem podologia, cabeleireiro e biblioteca.
15. O Centro de Dia é útil para o fornecimento de resposta a pessoas que começam a desenvolver problemas de dependência por motivos de saúde, cobrindo as necessidades básicas para apoiar a pessoa idosa sem necessidade de a retirar do seu contexto.

16. A intervenção ao nível da saúde e reabilitação engloba serviços de rastreio precoce, cuidados de saúde, alimentação e nutrição, actividade física, higiene, fisioterapia, terapia ocupacional, intervenção psicológica.
17. Os Programas preventivos intervêm de modo a proporcionar o aumento da esperança de vida com qualidade para a pessoa idosa.
18. Os programas terapêuticos baseiam-se em dois pressupostos que são a melhoria das condições funcionais e a melhoria das condições psicossociais do idoso.
19. Os programas terapêuticos destacados incluem o modelo de intervenção na melhoria das condições funcionais, o modelo de intervenção fenomenológica, o modelo de intervenção baseado na comunicação e o modelo de intervenção social.
20. Os idosos constituem um grupo diferenciado com distintas necessidades pelo que procuram respostas igualmente diferenciadas.
21. Conrad e cols (1993), desenvolveram um estudo na tentativa de determinar a existência de classes distintas de Centros de Dia, utilizando como instrumento de recolha de dados o ADCAP.
22. O estudo, referido no ponto anterior, identificou seis perfis de Centros de Dia: alta intensidade clínica e social, moderada intensidade clínica e social, apoio a familiares e doentes de Alzheimer, reabilitação, generalista, baixos níveis de pontuação.
23. Conrad (1991) realiza um estudo onde pretende distinguir Centros de Dia com doentes de Alzheimer comparativamente com outros que não possuem utilizadores, em quantidade substancial com a mesma patologia.
24. A partir dos anos 60 os cuidados comunitários começam a desenvolver-se em Portugal o que indiciou o surgimento progressivo de novas respostas de apoio.
25. O Centro de Dia em Portugal define-se como uma resposta de prestação de um conjunto de serviços contribuindo para a manutenção do indivíduo no seu meio.
26. O conceito de CDI, em Portugal, é diferenciado no que respeita ao modelo conceptual internacional, englobando conceitos como Centro de Convívio e Centro de Noite.
27. No período de 1998 e 2006, em Portugal, o CDI apresentou um crescimento de 40,6% sendo a segunda resposta dirigida a idosos que mais cresceu.
28. A Amostra constituída por 86 utilizadores da resposta de Centro de Dia
29. A população com média de idades elevada, predominância do sexo feminino, estado civil viúvo, baixa escolaridade.
30. Os centros de Dia apesar de se direccionarem para a prestação de apoio a idosos, englobam utilizadores com idade inferior a 65 anos



31. O instrumento utilizado no estudo é direccionado aos frequentadores do CD e avalia a satisfação com os programas e os serviços existentes.
32. O utilizador tipo do CD utiliza a estrutura de forma assídua e todos os dias da semana.
33. O protocolo não avalia as AVD (I), dado relevante para as estruturas nacionais.
34. A localização do CDI não diferencia a organização interna do mesmo nem o perfil dos utilizadores.
35. Pouca variedade de actividades /serviços disponibilizados ao utente pelo Centro de Dia sendo que os existentes estão centralizados na vertente da animação social.
36. Serviços ligados à saúde, reabilitação, aconselhamento apresentam representatividade reduzida nos CDI.
37. As motivações na adesão ao CD estão ligadas à companhia, apoio e suporte e alívio dos cuidadores.
38. A maioria dos utilizadores da estrutura vive acompanhado.
39. Apesar da oferta limitada dos programas o nível de participação e o grau de satisfação dos utentes mostra-se significativo.
40. A planificação, reformulação e prospecção torna-se preponderante no sentido do CDI maximizar a satisfação das necessidades dos seus utilizadores.

**BIBLIOGRAFIA**

Alda, J. e Montón, J. (1996) Programas de Fisioterapia *In* Alda, J.; Dompedro, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.

Alvarenga, António. (2000) *Os "Envelhecimentos" - População e suas consequências na Zona Euro 11*. Lisboa: Departamento de Perspectiva - Ministério da Educação.

Arrazola, F.J.Leturia; Méndez, A. Uriarte; Lezaun, J.J. Yanguas. (2003) *Centros de Día - Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matía Gizartekintza - Departamento de Servicios Sociales.

Artaso Irigoyen, B.; Martin Carrasco, M.; Cabasés Hita, J.M. (2002). Analises Coste Consecuencia de um Centro de Día Psicogeriátrico. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 37 (6): pp. 291-297.

Barreto, António. (2002) *Mudança Social em Portugal 1960/2000*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa [Working Paper].

Baumgarten, Mona; Lebe, Paule; Laprise, Hélène; et al. (2002) Adult Day Care for the Frail Elderly: Outcomes, Satisfaction and Cost. *Journal of Aging and Health* vol. 14, nº2: pp. 237-259.

Beisgen, Beverly A.; Kraitchman, Marilyn Crouch. (2003) *Seniorcenters - Opportunities for sucessful aging*. New York: Springer Publishing Company.

Benet, Anna Soldevila. (2003) *Los centros de día para personas mayores*. Edicions de la Universitat de Lleida.

Benet, Anna Soldevila; Lianes, Jaume March. (2002) Nivel de Salud y Autonomía en los Centros de Día para Mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* vol. 12, nº 1: pp. 5-12.

Berger, L. (2007). Beber e comer. *In* Osório, Agustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget - Colecção Horizontes Pedagógicos.

Binstock, Robert H. & George, Linda K. (Eds.).(2006) *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6<sup>th</sup> Ed) Academic Press.

Blieszner, Rosemary and Bedford, Victoria Hilkevitch. (1995) *Handbook of Aging and the Family*. Westport (CT) [Printed in the USA].

Bonfim, Catarina de Jesus; Teles, M<sup>a</sup> Arminda Correia; Saraiva, M<sup>a</sup> Eugénia; Cadete, M<sup>a</sup> Helena. (1996) *A População Idosa, Análise e Perspectivas - A Problemática dos Cuidados Intra familiares*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Bonfim, Catarina de Jesus; Saraiva, M<sup>a</sup> Eugénia. (1996) *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

- Borgenicht, Kathryn; Carty, Elizabeth; Feigenbaum, Lawrence Z. (1997) Community resources for frail older patients. *Successful Aging vol. 167*, nº 4: pp. 291-294.
- Borsoi, S. (1996). Terapia ocupacional aplicada à gerontologia. In Netto, Mateus Papaléo. *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.
- Brito, Luísa. (2002) *A Saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto \_ Coleção Educação e Saúde, nº 3.
- Carmona, Filomena Sousa. (1995) Idosos. *Psiquiatria Clínica nº 16 (2)*: pp. 117-125.
- Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, Maria Irene Lopes B. de. (2006). *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.
- Castiello, Maria Teresa Sancho. (1996). Centro de Día : Conceptualizacion. In Alda, J.; Dompredo, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Cattani, R. e Perlini, N. (2004). Cuidar do idoso no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista electrónica de enfermagem 6*, nº2: pp.254-271. Disponível em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br) [Acesso 10.05.2008].
- Cerrato, I. (1996). Atencion Psicológica. In Alda, J.; Dompredo, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.
- Cid, X. e Dapia, M. (2007). Lazer e Tempos Livres para as gerações idosas - perspectivas de animação sociocultural e aproximação à realidade Galega. In Osório, Agustín Requejo; Pinto, Fernando Cabral. *As pessoas idosas - contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos.
- Conrad, Kendon J.; Guttman, Rosalie. (1991) Characteristics of Alzheimer's versus Non-Alzheimer's Adult Day Care Centers. *Journal of Research on Aging. vol. 131*: pp.96-116. Sage Publications, Inc.
- Conrad, Kendon J.; Hughes, Susan; et al. (1993) Classification of Adult Day Care: a cluster analysis of services and activities. *Journal of Gerontology: Social Sciences, vol.48*, nº 3: pp. 112-122.
- Coons, D. e Mace, N. (1999). Aprimorando a qualidade de vida na assistência a longo prazo. In Gallo, J.; Busby-Whitehead, J. (2001 - tradução brasileira). *Reichel Assistência ao Idoso - aspectos clínicos do envelhecimento (5ª edição)*. Editora Guanabara Koogan.
- Cortés, A. e Juárez, A. (1996). Programa de cuidados de enfermagem. In Alda, J.; Dompredo, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales; cap.9: pp.179-189
- DePalma, Judith A. (2003) Positive outcomes and Adult Day Care. *Home, Health, Care, Management & Practice, vol. 15*, nº 4: pp. 342-343.

Ermida, J. Gomes. (2000). Envelhecimento e exercício físico. *In* Pinto, Anabela Mota. *Saúde e exercício físico*. Coimbra: Quarteto Editora.

Farmer, Nancy. (2005). Beneficial Blending of Remotivation Therapy and Recreation / Activity Therapy. *In* Dyber, Jean A. & Stotts, Michael L. (Eds.). *Handbook of Remotivation Therapy*. The Haworth Clinical Practice Press; cap. 14: pp. 127-133.

Fernandes, Ana A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fernández-Ballesteros, Rocio. (2000) *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide. Capítulo 22. pp. 511-525.

Ferrer, Maria Teresa Algado. (2005) *Los Centros de Día de Alzheimer y la calidad de vida de los pacientes e sus familiares - Un estudio de caso*. Valência: Colección Interciencias.

Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006) *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos - Relatório 2006*.

Gallo, Joseph J.; Busby-Whitehead, Jan; Rabins, Peter V. & outros (Eds.). (2001). *Reichel Assistência ao Idoso - Aspectos Clínicos do Envelhecimento* (5ª edição). Editora Guanabara Koogan, S.A. (obra original publicada – 1999)

Galvão, Cristina (2006). Atividades Preventivas no Idoso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 22: pp.731-737.

Gaugler, Joseph E.; Jarrott, Shannon E.; Zarit, Steven H. (2003) Respite for Dementia Caregivers: The effects of adult day service use on caregiving hours and care demands. *International Psychogeriatrics vol. 15, Nº 1*: pp. 37-58. International Psychogeriatric Association.

Gaugler, Joseph E.; Zarit, Steven H.; Townsend, Aoen. (March, 2003) Evaluating Community - based Programs for Dementia Caregivers: The cost implications of Adult Day Services. *The Journal of Applied Gerontology Nº 1, Vol.22*: pp. 118-133.

Gavinha, Sandra e Cols. (2006). Odontogeriatría - conhecer para ajudar. *Revista Portuguesa Clínica Geral* nº 22: pp. 731-737.

Ham, R. (1999). As queixas mais comuns dos idosos. *In* Gallo, J.; Busby-Whitehead, J. (2001 - tradução brasileira). *Reichel Assistência ao Idoso - aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª edição). Editora Guanabara Koogan.

Herlihy-Chevalier, Barbara. (2005). What is a Remotivation Therapy? *In* Dyber, Jean A. & Stotts, Michael L. (Eds.). *Handbook of Remotivation Therapy*. The Haworth Clinical Practice Press.

Hill, Manuela Magalhães; Hill, Andrew. (2005) *Investigação por Questionário* (2ª edição). Edições Sílabo.

Instituto Nacional de Estatística. (1999) *As Gerações mais idosas*. Lisboa. Série Estudos ISSN 0373-3162.

---

Instituto Nacional de Estatística (2008). Página Oficial do Instituto Nacional de Estatística. Disponível em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) [Acesso 03.02.2008].

Jarrot, Shannon E.; Zarit, Steven H.; Berg, Stig; Johansson, Lennarth. (1998) Adult Day Care for Dementia: a Comparison of Programs in Sweden and The United States. *Journal of Cross - Cultural Gerontology* 13: pp. 99-108. Kluwer Academic Publisher.

Junior, G. (1996). A saúde bucal do idoso aspectos sociais e preventivos. In Netto, Mateus Papaléo. *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.

Kennie, D. (1993) *Preventive Care for Elderly People*. Cambridge University Press.

Leitner, Michael J.; Leitner, Sara F. (1995) *Senior Day Care Centers- Cap. 3*- Haworth Press inc. vol. 7 ISS 3/4.

Leventhal, Amy; Caro, Francis G. (February 2004) *Consumer perspectives on Quality in Adult Day Care*. Boston. Gerontology Institute, McCormack Graduate School of Policy Studies, University of Massachusetts.

Lima, M. (2004). *Posso participar? – Actividade de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Manchola, Enrique Arriola. (2000) Recursos sociosanitarios - el Centro de Dia (CD) Psicogeriátrico. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, vol. 10, nº2: pp. 115-123.

Martin, I.; Gonçalves, D.; Paúl, C.; Pinto, F. (2007) *Políticas Sociais para a Terceira Idade*. In Osório (Ed.) *As pessoas idosas - Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget - Coleção Horizontes Pedagógicos.

Martin, I.; Neves, R.; Pires, C.; Portugal, J. (2007). *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade\_2006*. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos (UNIFAI).

Martins, R. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação Ciência e Tecnologia*, nº 32: pp.126-140.

Mazo, G.; Lopes, M. e Benedetti, T. (2004). *Actividade física e o idosos - concepção Gerontológica*. Porto Alegre: Sulina.

Murphy, J.; Cicilline, M. (1999). Medidas preventivas para idosos. In Gallo, J.; Busby-Whitehead, J. (2001 - tradução brasileira). *Reichel Assistência ao Idoso - aspectos clínicos do envelhecimento* (5ª edição). Editora Guanabara Koogan.

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

Palley, Howard A.; Hanley, Barbara E.; Watson, Diana. (September/October, 1994) 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*.

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

Pestana, M<sup>o</sup> Helena; Gageiro, João Nunes. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (3ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.

Pimentel, Luísa. (2005) *Lugar do Idoso na Família - Contexto e Trajectória*. Coimbra: Quarteto Editora.

Quaresma, Maria de Lurdes. (1996) *Cuidados Familiares às Pessoas muito Idosas*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Rodriguez, P. (1996). Los Centros de Día: un servicio de respiro para la familia cuidadora. In Alda, J.; Dompredo, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.

Rodríguez, T. (1999) *Programas y servicios para personas mayores in Gerontologia conductual - bases para la intervencion y ámbitos de la aplicación*. Cidade: Editorial Sintesis.

Salari, Sonia Miner. (2002) Intergerational Partnership in Adult Day Centers: Importance of age - appropriate environments and behaviors. *The Gerontologist*, vol.42, nº 3:pp. 321-333. Gerontological Society of America.

Salgado, A. Alba; Montalvo, J. González. (1999) Centro de Dia para Personas Mayores - Un esquema práctico sobre su funcionamiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 34, nº 5:pp. 298-305.

Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Revista Ciência & Saúde Colectiva* 10 (sup): 243-253.

Siberski, James. (2005). Advanced Remotivation Therapy. In Dyber, Jean A. & Stotts, Michael L. (Eds.). *Handbook of Remotivation Therapy*. The Haworth Clinical Preatice Press.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004) 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.

Stotts, Michael L. (2005). All the Possibilitie. In Dyber, Jean A. & Stotts, Michael L. (Eds.). *Handbook of Remotivation Therapy*. The Haworth Clinical Preatice Press.

Teixeira, António. (1996) *Instituições Particulares de Solidariedade Social - Aspectos da Evolução do seu Regime Jurídico*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Trinidad, D. (1996). Programas de saúde física. In Alda, J.; Dompredo, J.; Montalbo, M.; *Centro de Día para Personas Mayores Dependientes*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Assuntos Sociales.

Wacker, Robbyn R.; Robert, Karen A.; Piper, Linda E. (2002) *Community resources for older Adults: Programs and services in a Era of Change* (2nd edition). USA: Sage Publications.

Yuaso, D. e Sguizzato, G. (1996). Fisioterapia em Pacientes Idosos. *In* Netto, Mateus Papaléo. *Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. S. Paulo: Editora Atheneu.

## QUESTIONÁRIO DO UTENTE





PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE CENTROS DE DIA - VERSÃO PARA INVESTIGAÇÃO  
[PACD-I]

QUESTIONÁRIO DO UTENTE

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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.

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.

Agradecemos-lhe pela sua disponibilidade e paciência.

1- Há quantos **meses** frequenta este Centro? \_\_\_\_\_

2- Quantos **dias** por semana é que costuma vir para este Centro? \_\_\_\_\_

3- Quando decidiu vir para aqui, qual foi a coisa mais importante que esperava receber? \_\_\_\_\_

**ESCALA DE AMBIENTE SOCIAL**

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. Por favor responda apenas uma das hipóteses seguintes:

1 = DM < Discordo Muito

2 = D < Discordo

3 = C < Concordo

4 = CM < Concordo Muito

Sub - escala COMUNICAÇÃO	DM	D	C	CM
1. Os Utentes falam acerca dos seus diversos problemas.	1	2	3	4
2. Os Utentes falam abertamente dos seus problemas pessoais	1	2	3	4
3. Os Utentes às vezes conversam acerca da doença e da morte	1	2	3	4
4. Os Utentes falam muito acerca dos seus medos	1	2	3	4

Sub - escala CUIDADOS PRESTADOS PELOS COLABORADORES	DM	D	C	CM
1- não respondeu				
1. As informações acerca do centro são difundidas por todos.	1	2	3	4
2. Quando os utentes pedem ajuda aos funcionários, os seus pedidos são, normalmente, atendidos de imediato.	1	2	3	4
3. Os Utenentes recebem muita atenção individual.	1	2	3	4
4. As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	1	2	3	4
5. Os funcionários passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
Sub – escala INTERACÇÃO UTENTES/FUNCIÓNÁRIOS				
1. Os utentes recebem muita atenção individual.	1	2	3	4
2. Os utentes sabem sempre quando os funcionários estão por perto.	1	2	3	4
3. Os funcionários passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
4. As actividades para os utentes são cuidadosamente planeadas.	1	2	3	4
5. Os colaboradores passam muito tempo com os utentes.	1	2	3	4
Sub – escala COLABORADORES				
1- não respondeu				
1. Muitas vezes os colaboradores fazem sugestões uns aos outros.	1	2	3	4
2. Os colaboradores trabalham como uma equipa.	1	2	3	4
3. Os colaboradores têm dificuldades em dar-se bem uns com os outros.	1	2	3	4
4. Os colaboradores trabalham bem juntos.	1	2	3	4
5. Aqui as pessoas estão sempre a mudar de ideias.	1	2	3	4
6. As coisas aqui parecem que estão sempre a mudar.	1	2	3	4
Sub – escala AMBIENTE MORAL GERAL				
1. Os utentes queixam-se muito.	1	2	3	4
2. Os utentes por vezes começam discussões.	1	2	3	4
3. Os utentes ficam muitas vezes impacientes uns com os outros.	1	2	3	4
4. As pessoas aqui estão sempre a mudar a sua opinião.	1	2	3	4
5. Os utentes criticam-se muito uns aos outros.	1	2	3	4
6. Muitos dos utentes parece que apenas vêm para aqui para passar o tempo.	1	2	3	4
7. Os funcionários criticam, algumas vezes, os utentes por coisas sem importância.	1	2	3	4

## ESCALA DO AMBIENTE INTERIOR / ESTRUTURA

Por favor descreva as principais salas onde se desenrolam as actividades, de acordo com as seguintes áreas. Indique apenas a **resposta** mais apropriada para cada item.

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 / ESTRUTURA [Indicadores discretos: itens sem escala]	
1. Cheiros	
Odor 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

## 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 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 ou actividade existem no Centro?			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
<b>Sub-Escala SERVIÇOS DE SAÚDE</b>					
1. Exames à visão	1	2	3	_____	_____
2. Exames auditivos	1	2	3	_____	_____
3. Consultas regulares marcadas com Médico	1	2	3	_____	_____
4. Dentista	1	2	3	_____	_____
<b>Sub-Escala SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO</b>					
1. Fisioterapia	1	2	3	_____	_____
2. Terapia da Fala	1	2	3	_____	_____
3. Terapia Ocupacional					
<b>Sub-Escala SERVIÇOS DE ANIMAÇÃO SOCIAL</b>					
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. Discussões em grupo	1	2	3	_____	_____
8. Saídas ao exterior	1	2	3	_____	_____
9. Actividades c/ crianças	1	2	3	_____	_____
10. Grupos de canto / Coro	1	2	3	_____	_____
11. Filmes /Cinema	1	2	3	_____	_____
<b>Sub-Escala SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO</b>					
1. Terapia de Grupo	1	2	3	_____	_____
2. Aconselhamento Individual	1	2	3	_____	_____

### ESCALA DE SATISFAÇÃO GLOBAL

Vou ler-lhe algumas frases para as quais gostaria que indicasse se “discorda muito; discorda; concorda ou concorda muito”

Discordo Muito > DM = 1

Discordo > D = 2

Concordo > C = 3

Concordo Muito > CM = 4

Sub - escala UTENTES [cont.]	DM	D	C	CM
1. Vir para este centro faz-me sentir bem	1	2	3	4
2. Alguns serviços neste centro 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.	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 que podiam ser melhores.	1	2	3	4

### ESCALA DE CARACTERÍSTICAS ESTRUTURAIS

As próximas questões são acerca da alimentação servida neste centro. Por favor responda as questões que se seguem com um “sim” ou um “não”

Ementas [Indicadores discretos: itens sem escala]	Sim	Não
1. O almoço é fornecido a todos os utentes?	1	2
2. A ementa é afixada nas instalações ou é-lhe fornecida com antecedência?	1	2
3. Os lanches são fornecidos todos os dias?	1	2
4. A ementa é suficientemente variada?	1	2
5. Em geral, como é que considera o sabor da comida [leia as respostas]?		
Muito Bom	4	
Bom	3	
Razoável	2	
Pobre	1	

## CARACTERÍSTICAS DOS UTENTES

Por último, gostava de lhe fazer algumas perguntas acerca de si. As suas respostas serão confidenciais.

1. Durante o último mês como classificaria o seu estado de saúde [leia as respostas]?

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. As questões que se seguem referem-se às actividades habituais que fazem parte da nossa rotina diária. Gostaria de saber se consegue fazer estas actividades sem nenhuma ajuda, ou se, necessita de alguma ajuda para as realizar, ou se não as consegue simplesmente fazer. [Certificar-se de que lê todas as hipóteses de resposta ao utente]

É capaz de ...	Sem ajuda	Com alguma ajuda	Não consegue fazer
a] Vestir-se e Despir-se	3	2	1
b] Tomar Banho ou Duche	3	2	1
c] Ir à casa de banho	3	2	1
d] Comer	3	2	1

4. Com quem vive?

Com membros da família	1
Com um[a] amigo[a]	2
Sozinho[a]	3
Em lares especiais para idosos	4

5. Qual é o meio de transporte que habitualmente usa para vir para o Centro?

Em veículo particular	1
Transportes públicos, sem incluir carrinhas especiais ou autocarros para idosos	2
Carrinhas ou autocarros para idosos financiados [não sendo propriedade do centro de dia]	3
Veículo do Centro de dia	4

7. Qual é a sua idade? _____ anos												
8. Quantos anos andou na escola? _____												
Não frequentou										0		
Ensino Básico [1º, 2º, 3º Ciclo]				1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ensino Secundário									10	11	12	
Universidade								13	14	15	16	
Alguns anos na Universidade										17		
Grau académico ou Profissional										18		
9. Qual é o seu estado civil?												
Casado[a]										1		
Separado[a]										2		
Divorciado[a]										3		
Viúvo[a]										4		
Solteiro[a]										5		
10. [Fazer um círculo à volta do sexo do utente]												
Masculino 1						Feminino 2						

11. Por fim gostaria de saber o que é que poderia ser feito para tornar a sua participação neste Centro de dia mais agradável?

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Muito Obrigado pela sua colaboração!

ENTREVISTADOR – Se deixou alguma secção ou pergunta por fazer, por favor lembre-se de voltar atrás e completar o questionário [a não ser que o utente esteja muito cansado].

Protocolo Inválido por:  
 1 [A] Falta de capacidade de percepção das perguntas .....  
 2 [B] Problemas sensoriais .....  
 3 [C] Recusa por parte do utente .....  
 4 [D] Outras [especifique] .....