



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

***“A SATISFAÇÃO DOS UTENTES IDOSOS NOS
CUIDADOS CONTINUADOS NO ALGARVE”***

ISABEL FELÍCIA LANEIRO SABALA

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

DISSERTAÇÃO ORIENTADA POR: **PROF. DOUTOR JOSÉ EUSÉBIO PALMA PACHECO**

2012

“A SATISFAÇÃO DOS UTENTES IDOSOS NOS CUIDADOS CONTINUADOS NO ALGARVE”

Declaração de autoria de trabalho

Eu, **Isabel Felícia Laneiro Sabala**, declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Isabel Felícia Laneiro Sabala

“Copyright”

2012

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

**“A SATISFAÇÃO DOS UTENTES IDOSOS NOS
CUIDADOS CONTINUADOS NO ALGARVE”**

Isabel Felícia Laneiro Sabala

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientador: **Prof. Doutor José Eusébio Palma Pacheco** (docente na Universidade do Algarve)

2012

Pensamento

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Ao apresentar este trabalho, não posso deixar de expressar a minha sincera gratidão a todos aqueles que contribuíram para a realização desta investigação.

Ao meu orientador científico, Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco, a quem ficarei para sempre agradecida pela forma como me cativou e orientou na realização deste trabalho. Não posso deixar de agradecer os vastos conhecimentos que me transmitiu, bem como toda a paciência que teve comigo, o empenho e rigor com que me ensinou a encarar a investigação científica.

Agradeço à Direção da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Olhão (ACASO), Tavira (Cruz Vermelha Portuguesa), Portimão (AL Vita e Santa Casa da Misericórdia) pela permissão concedida para a aplicação dos instrumentos.

Agradeço de igual forma à Direção da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Catarina Fonte do Bispo (Cruz Vermelha Portuguesa, Delegação Tavira), Albufeira (Fundação António Silva Leal) e Algoz (Quinta de São Sebastião) pela permissão concedida para a aplicação dos instrumentos.

A todos os idosos que participaram no meu estudo, pois sem a sua participação este trabalho não teria sido possível realizar, o meu muito obrigado.

Ao meus pais, pelo apoio que me deram e pela compreensão das minhas longas ausências de casa durante estes dois anos.

À Francisca e à Maria Antónia, minhas irmãs, que foram acompanhando o desenvolvimento do meu trabalho e sempre se preocuparam comigo.

Ao Tiago e à Sofia, meus sobrinhos, pelas minhas ausências e por não ter brincado sempre que era solicitada por eles.

Ao José, pelo apoio e incentivo que me deu e pelas largas horas subtraídas à sua companhia, momentos que deixei de estar com ele para me dedicar à minha investigação.

À Betinha, em especial, apesar de estar longe, apoiou-me e fez a revisão do referencial teórico do trabalho.

Ao Luís, por ter ouvido os meus desabafos e ter ajudado em alguns momentos no trabalho.

À Irina, pelo seu apoio e ajuda na tradução de alguns textos para a elaboração do referencial teórico do trabalho.

À Daniela, pelo apoio na elaboração gráfica da capa dos cd's.

A todos os meus amigos e colegas que, de uma forma direta ou indirecta, ajudaram a que fosse possível a realização desta dissertação.

A todos o meu muito obrigado,

Bem-haja.

RESUMO

A presente investigação tem como objetivo geral conhecer o grau de satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades Média Duração e Reabilitação (UMDR) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) do Algarve da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A amostra é constituída por 91 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 91 anos internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação e em Unidades de Longa Duração e Manutenção no Algarve.

Quanto à metodologia delineada para esta investigação, esta assentou numa investigação de teor quantitativo, transversal e exploratório.

Sendo esta investigação um estudo exploratório e transversal, os instrumentos utilizados para avaliação da satisfação dos utentes idosos foram o questionário sócio-demográfico e a construção de uma escala de avaliação da satisfação.

Para análise dos resultados foram utilizados os testes estatísticos: teste t, o teste não paramétrico, Kruskal Wallis e o SPSS – versão 19.

Os resultados obtidos permitem concluir que os utentes das UMDR e ULDM se encontram satisfeitos com a qualidade da prestação dos cuidados que lhes são prestados e com o internamento.

De entre os resultados obtidos destaca-se, ainda, a identificação de três fatores principais responsáveis pela satisfação dos utentes internados nas UMDR e ULDM: 1) “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional”; 2) “apoio familiar e social”; e 3) “informação e processo terapêutico”.

Palavras-chave: envelhecimento, idoso, saúde, satisfação, internamento, cuidados prestados, profissionais de saúde.

ABSTRACT

The main objective of this investigation is to determine the level of satisfaction amongst the elderly, who are patients of the Medium Term, Rehabilitation and Maintenance Units (UMDR) and the Long Term and Maintenance Units (ULDM) that are part of the National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI), located in the region of the Algarve.

The sample group comprises of 91 individuals between the ages of 65 de 91, who are currently inpatients in the Algarve's Medium-term, Rehabilitation and Maintenance Units (UMDR) and the Long Term and Maintenance Units.

With regards to the methodology adopted for this study, research used quantitative, transversal and exploratory theories.

Considering that this investigation is a transversal and exploratory study, the instruments used to evaluate the satisfaction of these elderly patients included a social-demographic questionnaire and an evaluation grid to measure satisfaction.

For results analysis statistical tests were used, for example, t test, the non-parametric test, Kruskal Wallis and the SPSS – version 19.

The results obtained from the study, conclude that the inpatients of the UMDR and ULDM are satisfied with the quality of the care services provided to them as with their stay in the units.

Of particular importance amongst the results found, it is possible to identify the three main factors that contribute in great part to inpatient satisfaction within the UMDR and ULDM units: 1) “physical environment, safety and professional attendance, 2) family support and social work; 3) information and the therapeutic process.

Key-words: ageing, elderly, health, satisfaction, inpatient admittance, care services, health-sector professionals.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	18
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
CAPÍTULO 1 – O ENVELHECIMENTO.....	21
1.1 – Conceito de envelhecimento.....	23
1.2 – Visão histórica sobre o envelhecimento.....	25
1.3 – Epidemiologia do envelhecimento	28
1.4 – Características biofisiológicas do envelhecimento.....	32
1.5 – O envelhecimento	33
1.5.1 Envelhecimento na Europa	34
1.5.1 Envelhecimento em Portugal.....	37
1.5.1 Envelhecimento no Algarve	38
CAPÍTULO 2 - SAÚDE	42
2.1 – Conceito de Saúde	42
2.2 – Perceção dos cuidados de saúde	42
2.3 – A rede nacional de cuidados continuados integrados em Portugal..	49
2.4 – A rede nacional de cuidados continuados integrados no Algarve....	52
CAPÍTULO 3 – A SATISFAÇÃO	54
3.1 – Conceito de satisfação.....	54
3.2 – Perceção da satisfação.....	55
3.3 – Fatores determinantes da satisfação do paciente idoso	63

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO	66
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA.....	66
4.1 – Abordagem metodológica	66
4.2 – Delineamento do estudo	66
4.2.1 Principais hipóteses.....	67
4.3 – Amostra e procedimentos	68
4.4 – Instrumentos de pesquisa	73
4.4.1 Descrição do instrumento de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI.....	73
4.4.2 Considerações metodológicas sobre a formação do instrumento escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI	74
CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	82
5.1 – Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas e a avaliação da satisfação.....	82
5.1.1 - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio- demográficas idade e a avaliação da satisfação global	82
5.1.2 – Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio- demográficas sexo e a avaliação da satisfação	83
5.1.3 - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio- demográficas residência e a avaliação da satisfação.....	85
5.1.4 – Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio- demográficas o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação	86
5.2 – Análise descritiva das hipóteses formuladas	88
5.2.1 – Descrição dos resultados	88
5.3 – Discussão dos resultados	91

CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	115
I – Pedido de autorização às Instituições para aplicação dos instrumentos...	116
II – Consentimento informado para a participação na investigação	118
III – Questionário sócio-demográfico	120
IV – Escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI	122
ANEXOS	125
I – Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Albufeira.....	126
II – Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Olhão	128
III – Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção de St. ^a Catarina Fonte do Bispo	130
IV – Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta de São Sebastião - Algoz	132
V – Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Portimão	134
VI – Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação da Al Vita - Portimão	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1: Unidades de internamento da RNCCI.....	52
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1: Tendências demográficas e a importância relativa das pessoas idosas.....	34
Tabela 2.2: Unidades de internamento da RNCCI no Algarve	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 4.1: Resultados obtidos da análise da correlação item- total	78
Quadro 4.2: Estrutura fatorial do instrumento de avaliação da satisfação após rotação varimax.....	80
Quadro 4.3: Resultados obtidos da consistência interna dos fatores de avaliação da satisfação	81
Quadro 5.4: Média, desvio padrão e o valor máximo e mínimo obtido na variável idade e avaliação global	83
Quadro 5.5: Correlação entre a idade e a avaliação global	83
Quadro 5.6: Resultado das médias obtidas na análise estatística entre a variável sócio-demográfica sexo e a avaliação da satisfação	84
Quadro 5.7: Resultados obtidos da análise estatística entre a avaliação da satisfação e o sexo dos idosos	84
Quadro 5.8: Resultado das médias obtidas na análise estatística entre a variável sócio-demográfica residência e a avaliação da satisfação	85
Quadro 5.9: Resultados obtidos da análise estatística entre os fatores residência e a avaliação da satisfação.....	86
Quadro 5.10: Resultados das médias obtidas na análise estatística entre a variável o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação.....	87
Quadro 5.11: Resultados obtidos da análise estatística entre os fatores o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação	88
Quadro 5.12: Resultados obtidos do teste <i>t</i> entre as variáveis avaliação da satisfação global dos utentes das UMDR e ULDM	89
Quadro 5.13: Resultados obtidos do teste <i>t</i> entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional”	89

Quadro 5.14: Resultados obtidos do teste t entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F2 “apoio familiar e social” 90

Quadro 5.15: Resultados Obtidos do teste t entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F3 “informação e processo terapêutico” . 90

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1: Importância relativa dos idosos com idades a 65 ou mais anos	33
Gráfico 1.2: Importância relativa total da população em 01 de janeiro de 2012	36
Gráfico 1.3: Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos.....	38
Gráfico 1.4: Pirâmide Etária	39

ABREVIATURAS

CCI – Cuidados Continuados Integrados.

cit. In – Citado em.

et al. – Há dois ou mais autores e só está citado o primeiro.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

NU – Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde.

ONU – Organização das Nações Unidas.

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

St.^a - Santa

UE – União Europeia.

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção.

UMDR – Unidade Média Duração e Reabilitação.

WHO - World Health Organization.

INTRODUÇÃO

Hoje em dia, todos os níveis da nossa sociedade são afetados pelo fenómeno do envelhecimento, quer no plano económico, cultural, social, médico, biológico e psicológico, sendo o desafio do futuro consistir em permitir às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas também que tenham uma velhice bem-sucedida. A saúde é um bem essencial para todos os indivíduos, é um valor reconhecido universalmente, transversal a todas as sociedades (Fontaine, 2000:21).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), a saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade.

A procura da melhoria da qualidade de vida é uma realidade na sociedade atual, em que se procura alternativas para atender às novas exigências dos clientes e acompanhar as rápidas mudanças no comportamento humano (Barbosa, Costa, Sousa, Abud & Matos, 2010).

Nos hospitais constituem-se unidades de grande importância social na prestação de serviços e configuram-se como partes de sistemas que influenciam e são influenciados pelas contínuas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais (Lima Gonçalves & Aché, 1999 *cit. in* Barbosa et al., 2010).

No entanto, a procura dos cuidados de saúde depende também da oferta, isto é, essa procura provém das necessidades sentidas pelo cliente, do seu meio ambiente, estilo de vida e condições sócio-económicas, de modo que o utente nem sempre conhece ou pode avaliar os custos futuros e o valor dos cuidados que vai receber (Fortuna et al., 2001).

As organizações de saúde devem ter consciência da perceção da qualidade dos seus clientes em relação ao serviço que é prestado. Os resultados favoráveis à satisfação dos clientes ou, eventualmente, desfavoráveis conduzem a uma reflexão por parte dos órgãos competentes, no sentido de potenciar ações corretivas e melhorar os serviços prestados.

A satisfação do utente é um dos conceitos atualmente mais discutidos na área da Saúde, sendo considerado um indicador importante que reflete a qualidade dos cuidados de saúde prestados e o grau de satisfação dos utentes sobre as Instituições de Saúde (Pego, 1998, *cit. in* Franco & Florentim, 2006).

Foi com base nestas premissas que se sentiu a necessidade de conhecer o grau de satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades de internamento (Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no Algarve.

Qualquer tipo de investigação delimita não só as questões em análise, como pretende atingir objectivos diferenciados. De igual modo, analisa cientificamente os problemas que pretende focar de modo específico.

Neste sentido, a escolha deste estudo prende-se com o desejo de conhecer o grau de satisfação do utente idoso internamento na UMDR e na ULDM da RNCCI no Algarve, deste modo delineou-se o objetivo geral do estudo:

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes idosos internados nas UMDR e nas ULDM da RNCCI do Algarve.

Tendo sido estipulados os seguintes objectivos específicos:

- Caracterização sócio-demográfica dos utentes idosos internados nas UMDR e das ULDM do Algarve da RNCCI;
- Conhecer a satisfação global dos utentes idosos do seu internamento nestas Unidades.

O estudo engloba, essencialmente, duas partes. Sendo que a primeira parte consiste no enquadramento teórico desta investigação, está organizada em três capítulos: o primeiro capítulo retrata o envelhecimento mundial e no País; o segundo capítulo refere-se à Saúde e sua organização, nomeadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em

Portugal e o terceiro capítulo reporta-se à satisfação dos doentes e suas características.

A segunda parte é constituída pelo estudo de campo, sendo o quarto capítulo a metodologia (abordagem metodológica, delineamento do estudo, principais hipóteses, amostra e procedimentos, instrumentos de pesquisa).

O quinto e último capítulo contempla a apresentação e discussão dos resultados. Inicia-se com a descrição das relações entre as variáveis sócio-demográficas e a avaliação da satisfação, seguido da análise descritiva das hipóteses formuladas, culminando com a discussão dos resultados.

O estudo termina com as considerações finais, onde são apresentados os dados mais significativos obtidos na investigação, as suas limitações e pistas de futuras investigações em Gerontologia Social.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPITULO 1 – O ENVELHECIMENTO

O crescente aumento da população idosa no mundo todo tem colocado, aos órgãos governamentais e à sociedade, o desafio de problemas médicos e sociais próprios do envelhecimento populacional (Netto, 2002).

Os idosos já atingem 20% da população, em vários países, e tornam-se uma franja poderosa das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados (Paúl & Fonseca, 2005).

O processo de envelhecimento e as mudanças a ele associadas constituem um dos temas de grande interesse no âmbito da investigação científica contemporânea. Sobre ele tem-se procurado respostas a diversas questões, nomeadamente, acerca de quais são as dimensões das mudanças, as suas principais causas e consequências e quais as áreas passíveis de intervenção com o intuito de retardar ou mesmo travar o processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

O envelhecimento era visto até há poucos anos como um problema tipicamente europeu, pois vive neste continente 12% da população mundial e 28% das pessoas tem mais de 65 anos de idade (Netto, 2002).

Em 1900 menos de 1% da população mundial tinha mais de 65 anos de idade, enquanto hoje já atinge os 6,2%, acreditando-se que em 2050 os idosos serão um quinto da população (Neto, 2002).

O aumento acentuado do número de idosos, particularmente nos países em desenvolvimento, traz consequências dramáticas para a sociedade. É necessário indagar as causas determinantes das atuais condições de saúde e de vida dos idosos e de se conhecer as diversas facetas que envolvem o processo de envelhecimento e que o desafio seja enfrentado por meio de planeamento adequado (Neto, 2002).

Birren e Schroots (2001, *cit. in* Fonseca, 2006) referem ser necessário a aquisição de mais conhecimento acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, de como ele se encaixa na história de vida de cada pessoa e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana. Esta matéria ganhou novo interesse a partir do fim da II Guerra Mundial, induzida por um fenómeno relevante: aumento significativo da esperança de vida e o envelhecimento da população.

Netto (2002) alude que se deve ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo e dos idosos enquanto indivíduos e não ser visto apenas pelo prisma biofisiológico, através do qual se desconhecem os problemas ambientais, sociais, culturais e económicos, que em maior ou menor extensão participam do processo de envelhecimento.

Todos os níveis da nossa sociedade são afetados por este fenómeno. Nos planos médico, biológico e psicológico, os investigadores são e continuarão a ser levados, tanto por razões teóricas como práticas, a estudar a forma intensa do envelhecimento, a fim conhecerem melhor os seus mecanismos. Num plano mais geral, o desafio fundamental reside em permitir às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

Atchley (1999, *cit. in* Åberg, 2008) desenvolveu a “teoria da continuidade do envelhecimento), patenteando que grande parte dos adultos mais velhos mostra consistência ao longo do tempo nos seus padrões de perfis de atividades, nas relações sociais, modelos de vida e padrões de pensamento, apesar das mudanças vitais na área da saúde, na independência física e condições sociais. A continuidade em sentimentos de eficácia pessoal, isto é, de ser capaz de realizar o que se propõe a fazer, é muito menos prevalente entre os idosos, no entanto, especialmente entre aqueles que se tornam cada vez menos autónomos com a idade.

Isto implica que, no âmbito da teoria da continuidade do envelhecimento, o envelhecimento e as mudanças não são necessariamente excludentes, mas podem ocorrer simultaneamente dentro de um indivíduo e estilo de vida.

Segundo esta teoria, a continuidade é identificada como a manutenção geral, interna e padrões externos de pensar e agir, que são compensados contra a mudança quando as pessoas se esforçam por se adaptar às mudanças da vida, tais como problemas de saúde e incapacidade, que por vezes acompanham a velhice (Åberg, 2008).

1.1 - Conceito de Envelhecimento

Segundo Fratzk (1993), o “envelhecimento significa um processo, um estágio que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse. Biologistas definem este processo como um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, do nascimento à morte” (*cit. in Netto, 2002:27*).

Sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, processos de desenvolvimento social e psicológico de um indivíduo, podem ser observadas alterações em funções executivas do sujeito. Problemas de integração e adaptação social do indivíduo a essas alterações tornam-se objeto de interesse também”. Biologicamente, o envelhecimento começa pelo menos tão precocemente quanto a puberdade e é um processo contínuo ao longo da vida (Netto, 2002).

Socialmente, as características dos membros da sociedade, que são percebidas como sendo pessoas idosas, variam de acordo com o quadro cultural, com o passar das gerações e principalmente com as condições de vida e trabalho a que estão sujeitos os membros dessa sociedade, sendo que as desigualdades dessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer (Netto, 2002).

Intelectualmente, diz-se que alguém está a ficar velho quando começa a ter lapsos de memória, dificuldades na aprendizagem, falhas de atenção, orientação e concentração, comparativamente com as suas anteriores capacidades intelectuais. Economicamente, a pessoa idosa a partir de um certo momento deixa o mercado de trabalho e deixa de ser economicamente ativa (Netto, 2002).

Funcionalmente, a pessoa envelhece quando começa a depender de outros para cumprimento das suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. A deterioração da saúde física e mental, que ocorre com o passar dos anos, são também considerados sinais de envelhecimento (Netto, 2002).

Cronologicamente, há dificuldade em definir quando se considera um sujeito idoso, tornando-se a decisão arbitrária, dependendo do desenvolvimento socioeconómico de cada sociedade, se os seus membros apresentam sinais inexoráveis do envelhecimento com limitações e perdas de adaptabilidade em diferentes idades cronológicas. A maioria da literatura geriátrica e gerontológica aceita um ponto de corte aos 65 anos, idade a partir da qual os indivíduos seriam considerados idosos. Este corte etário é adoptado pela Organização das Nações Unidas para os países desenvolvidos (Netto, 2002).

Fontaine (2000:19) refere que o envelhecimento não é um estado, mas sim “um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afeta todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo. É, assim, impossível datar o seu começo porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo”.

Yates (1993, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005:28) definiu envelhecimento como “um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte. O envelhecimento manifesta-se pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, ou é inespecífico como uma falha de cooperação entre componentes biológicos, ou ainda pelo aumento, com a idade, da associação entre funções que causam instabilidade dinâmica”.

1.2 - Visão histórica sobre o envelhecimento

“O envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte. Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os velhos têm vindo a mudar. Refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas” (Paúl & Fonseca, 2005:21).

A esperança média de vida nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atualidade, por problemas de saúde pública, doenças endémicas e epidémicas e à violência, sendo raro que as pessoas sobrevivessem até à velhice (Netto, 2002).

Nas sociedades mais primitivas a valorização pessoal estava ligada diretamente à capacidade física, sendo que os homens que se mantinham vigorosos mesmo na velhice parecem ter tido mais consideração social que os que apresentavam as fraquezas e mazelas peculiares do envelhecimento (Netto, 2002).

Do ponto de vista social, em determinadas sociedades, quanto maior a era a disponibilidade de recursos materiais, maior era a possibilidade de uma boa posição social da população idosa. A valorização do conhecimento e da experiência dos idosos parece ter variado na dependência direta do conhecimento e cultura e da disponibilidade de meios alternativos de transmissão dos mesmos. A crença na vida pós-morte e a possibilidade da intervenção dos espíritos, de maneira direta ou indireta na vida diária das pessoas, interferiam de forma significativa na atitude das sociedades primitivas para com os idosos (Netto, 2002).

No Egito, por volta de 3000 a.C., os filhos tinham a obrigação de cuidar dos seus pais idosos e de manter os seus túmulos após a morte. Uma das primeiras representações gráficas do envelhecer ligado à debilidade encontra-se no hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer”, encontrado a partir dos anos 2800-2700 a.C. e que representa uma imagem humana deitada, com ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea.

Não obstante, os egípcios objetivavam uma vida longa e saudável e viver 110 anos era considerado o “prémio” por uma vida equilibrada e virtuosa (Netto, 2002).

Em Israel, o povo judeu tinha respeito pelos idosos, isso é visível na Bíblia, no livro de Bem Sirak (Eclesiástico), entre outros manuscritos em 200 a.C., em que se pode ler os conselhos não apenas sobre os cuidados a ter com o idoso, mas também os cuidados necessários a pacientes com demência. Do ponto de vista legal e político também a velhice era valorizada. Maltratar os pais era considerado crime que podia a ser punido com a morte (Netto, 2002).

Na Grécia, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o primeiro a formular hipóteses médicas referentes às causas do envelhecimento, pois este era considerado como uma perda de calor e humidade do corpo, um apagar da chama que se torna ténue e necessita de menos energia (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento era odioso para os gregos, uma vez que representava um declínio na juventude e vigor, muitíssimo valorizado pela cultura helénica. No entanto, havia demonstrações de respeito pelos antigos vencedores e suas passadas vitórias, bem como por idosos estadistas e filósofos (Netto, 2002).

Na antiga Roma, Galeno (131-201), na medicina, combina a teoria aristotélica e o método de observação hipocrático explicando o envelhecimento de acordo com a patologia humoral e psicológica. A velhice está associada à desidratação do corpo que está na sua origem, progredindo sempre até que a pele enrugue, o corpo minguar e os membros tornarem-se débeis e pouco firmes. A velhice corresponde, assim, a um processo natural por que passam os tecidos, que são uma mistura húmida de sangue e sémen, desidratados pelo calor interior. Este processo explica quer a maturação quer o envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005:23).

Os idosos em Roma eram respeitados e cuja instituição de poder mais importante, o Senado, que deriva do nome senex (idoso) valorizava a experiência desses cidadãos (Netto, 2002).

No período do Renascimento, observa-se um progressivo aumento na esperança média de vida. Concomitantemente, surge maior interesse com referência aos problemas do envelhecimento. Neste período houve uma série de avanços sociais, políticos, culturais e científicos, e a esperança média de vida ao nascer no Primeiro Mundo começou a elevar-se: 35 anos por volta de 1750, 40 anos em 1800 e 45 anos no começo do século XX (Netto, 2002).

Na Era Moderna, nos séculos XVII e XVIII, com os avanços na química, anatomia, fisiologia e patologia tornaram-se mais realistas as discussões sobre o problema do envelhecimento. Bois (1994, *cit in* Netto, 2002) menciona que no século XVIII o idoso era considerado património e não um encargo.

Na metade do século XIX, a população idosa começou a crescer, despertando interesse médico nos cuidados prestados aos idosos. Foi o hospital Salpêtrière em Paris, que tinha de 2 a 3 mil idosos internados, sendo considerado como um dos primeiros estabelecimentos geriátricos (Netto, 2002).

Alfred Worcester (1855 – 1951), no seu livro “cuidados com os idosos, moribundos e a morte”, refere que a “melhora e o conforto de nossos pacientes deveriam ser nossos objetivos principais e não simples prolongar de suas vidas, mesmo porque a melhoria das condições de vida fornecidas aos idosos frequentemente refletem-se num prolongamento de suas vidas, por restaurar sua vontade de viver. É importantíssimo tirar o idoso do leito que é por vezes a única maneira de salvá-lo” (Netto, 2002:23).

A sociedade moderna encontra-se hoje diante de uma situação contraditória, de um lado, confronta-se com o crescimento massivo da população idosa, fruto do aumento da esperança média de vida, e de outro, omite-se ou adota atitudes preconceituosas sobre o velho e a velhice, retardando a implementação de medidas que visam minorar o pesado fardo dos que “entram” na terceira idade (Netto, 2002).

Nas sociedades primitivas, os velhos eram objeto de veneração, cujos jovens recorriam a eles à procura dos seus conselhos. Os idosos eram respeitados, a ponto de lhes confiarem negócios de suma importância económica e social (Netto, 2002).

Confúcio (Netto, 2002) considerava que todos os elementos de uma família deveriam obedecer aos mais idosos. Há na sua doutrina uma valorização da tradição e de tudo o que nasce do exemplo e do ensino dos mais velhos.

Atualmente, o que se denota é uma inversão de valores, consequência da revolução industrial, dos avanços tecnológicos dela decorrentes e da valorização excessiva de teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, muito mais próxima dos jovens. Passa-se a julgar o homem pela sua capacidade de produzir (Netto, 2002).

Dentro desta lógica, os idosos, na sua maioria, por terem reduzidas a sua capacidade fisiológica de trabalho, à qual está associada uma ou mais doenças crónicas, não têm como enfrentar uma competição na qual as condições são desiguais, cujo resultado final é a marginalização do velho e a perda da sua condição social, as quais associa poucos rendimentos, fruto de uma pensão de velhice baixa (Netto, 2002).

1.3 - Epidemiologia do envelhecimento

Hoje, viver até aos 60, 70, 80 anos tornou-se uma experiência vivida por milhões e milhões de pessoas em todo o mundo. Este fato deve-se a dois motivos: o primeiro é a diminuição da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade (mortes por doenças infecciosas e parasitárias, principalmente doenças diarreicas e respiratórias), melhoria da saúde pública, melhoria das condições sociais, da nutrição e, mais recentemente, os avanços da medicina preventiva e curativa o que leva a um aumento da esperança média de vida, a longevidade, e o segundo é o declínio da fecundidade (Figueiredo, 2007; Fontaine, 2000; Netto, 2002).

Desde o século XVIII que a esperança média de vida não deixou de aumentar. Até este século a esperança de vida não excedia os 30 anos, em 1956 ela era de 66 anos nos países desenvolvidos e de 41 anos nos países em vias de desenvolvimento. Atualmente, é de 74 anos nos países industrializados e de cerca de 50 anos nos países em vias de desenvolvimento (Fontaine, 2000).

Netto (2002) refere que o desenvolvimento socioeconómico, cultural e tecnológico conseguiram aumentar a sobrevivência da espécie humana, cuja longevidade é fortemente desejada pela maioria dos indivíduos, desde que sob certas condições, como não ficar dependente.

Birren (1995, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005:25) menciona que o aumento da longevidade no século XX, de 45 para 75 anos aproximadamente, teve mais a ver com as mudanças económicas, tecnológicas e sociais, do que propriamente com mudanças no património genético da população, o que significa que os fatores biológicos e genéticos não asseguram a expressão óptima do desenvolvimento humano.

Com o aumento do número de idosos têm surgido vários problemas sociais, políticos e económicos. Mais velho significa aumento dos custos em saúde, necessidade de maior suporte familiar da comunidade, maior probabilidade de cuidados de longa duração devido à maior prevalência de doenças crónicas, com consequentes incapacidades (Netto, 2002).

Cada indivíduo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a sua idade biológica, a sua idade social e sua idade psicológica (Schroots & Birren, 1980, *cit. in* Figueiredo, 2007; Birren & Cuningham, 1985, *cit. in* Fonseca, 2006; Birren & Cuningham, 1985, *cit. in* Fontaine, 2000).

Os autores referem que a idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, em que cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento ao longo da vida e a capacidade de auto-regulação torna-se menos eficaz.

A idade social é relativa aos papéis sociais, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos seus membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país. As sociedades industrializadas nas quais vivemos assistiram ao desaparecimento dos rituais iniciáticos das suas tradições (Birrem & Cuningham, 1985, *cit. in* Fontaine, 2000).

A idade psicológica refere-se às competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, ela inclui as capacidades mnésicas (a memória), as capacidades intelectuais (a inteligência) e as motivações para o empreendimento. A boa manutenção destas atividades possibilita uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado nível de autonomia e controlo (Birrem & Cuningham, 1985, *cit. in* Fontaine, 2000).

De forma a observar as diferenças entre faixas etárias, estas estão agrupadas em três subfaixas: de 60 a 69 anos uma faixa de “jovens idosos”; de 70 a 79 anos a faixa de “meio idosos” e a partir dos 80 anos uma faixa de “idosos velhos” (Netto, 2002).

Atualmente, sobretudo nos países desenvolvidos a faixa etária acima dos 80 anos é objeto de muitos estudos, devido aos elevados custos do atendimento, ao alto risco de doenças e ao drástico aumento recente dos números (Netto, 2002).

As pessoas não se preparam para ficar velhas, há uma negação do próprio envelhecimento, uma recusa em pensá-lo ou planeá-lo. A razão para esta recusa é a imagem negativa pejorativa associada a velho e velho “significa” problema, inutilidade, alguém que perdeu a dignidade, cidadania; velhice é doença, incapacidade, dependência, perda, impotência. A velhice deveria ser encarada como mais uma etapa da vida, que pode e deve ser significativa. Há idosos que agem assim e alcançam um equilíbrio (Netto, 2002).

Fontaine (2000) menciona que de agora em diante é importante, não só continuar a dar tempo ao tempo, mas também dar qualidade ao tempo. Este

projeto assenta numa melhor compreensão do processo de envelhecimento nas pessoas que mostram êxito no seu envelhecimento.

A OMS (2002, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005:112) desenvolve o conceito de envelhecimento ativo, que deve ser aplicável quer aos indivíduos, quer às populações. Consiste em viver e envelhecer com otimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar.

Em termos de conduta, isso representa a opção por estilos de vida saudáveis, incluindo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica, e, eventualmente, o prolongamento de atividade laboral, de acordo com interesses e capacidades pessoais (OMS, 2002, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005:112).

Fontaine (2000), refere que a velhice pode ser bem-sucedida e esta está associada à união de três grandes categorias de condições:

- 1) Reduzir a probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia;
- 2) Manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físicos, o que por vezes se domina uma velhice ótima; e
- 3) Conservação de empenhamento social e bem-estar subjetivo.

Fortes evidências empíricas (obtidas através de estudos transversais e estudos longitudinais) têm revelado a importância de aspetos psicológicos na qualidade de vida e na longevidade, como exemplo, a capacidade cognitiva, a avaliação subjetiva da saúde, o sentimento de ser necessário e útil, entre outras medidas de bem-estar psicológico (Lehr, 1993, *cit. in* Fonseca, 2006).

1.4 - Caraterísticas biofisiológicas do envelhecimento

O processo de envelhecimento é complexo e pode ser interpretado sob várias perspetivas, tratando-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo (Figueiredo, 2007).

Consiste num fenómeno intimamente ligado aos processos de diferenciação e de crescimento, já que nele concorrem a interação de fatores internos como o património genético e externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o indivíduo vive (Figueiredo, 2007).

O organismo humano, desde a sua concepção até à morte, passa por diferentes fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, carateristicamente tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como as demais fases. O ritmo de declínio das funções orgânicas também varia, não só de um órgão a outro, como também entre idosos da mesma idade (Netto, 2002).

Com o avançar da idade, vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais, embora variem de indivíduo para indivíduo, são comuns a todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal. As doenças podem induzir tais modificações que, com frequência, adquirem maior intensidade, exteriorizando-se comumente de maneira a tornar possível a sua caraterização (Netto, 2002).

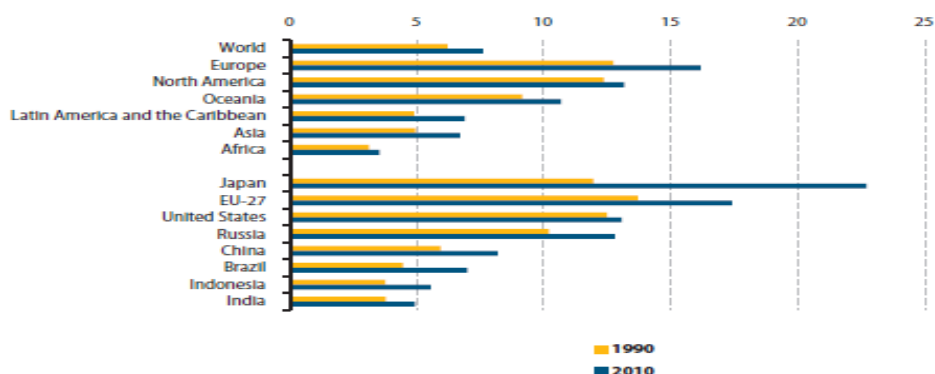
Netto (2002) menciona que com o passar dos anos há perda de 0,2% da massa encefálica por cada ano de existência. O substrato anatómico representado por essa perda poderia ser responsável pela insuficiência das funções cerebrais que, em estágios mais avançados, levaria a um quadro demencial.

1.5 – O Envelhecimento

A ONU estimou a população mundial de 6 895 milhões em 2010, cujo continente mais populoso foi a Ásia, correspondendo por pouco mais de seis em cada dez pessoas no planeta. A população mundial cresceu, em média, de 1,3% ao ano durante o período de 1990 a 2010. O maior crescimento foi registado na África (2,4% ao ano), enquanto a mais lenta taxa de crescimento populacional foi registada na Europa (0,1% ao ano) (Eurostat, 2012).

O envelhecimento demográfico não se limita à Europa, cada um dos continentes relatando algum aumento da longevidade. O processo de envelhecimento em curso é mais acentuado na Europa, América Latina e do Caribe, Ásia e Oceânia, em contraste, permanecendo relativamente inalterado na América do Norte e na África. Segundo as Nações Unidas (NU), a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais na população total aumentou 1,4% entre 1990 e 2010 (Eurostat, 2012) (*vide* gráfico 1.1).

Gráfico 1.1: Importância relativa dos idosos com idade a 65 ou mais anos



Eurostat, 2012

Enquanto o envelhecimento demográfico está ainda na sua infância nas economias emergentes da Ásia e da América, verifica-se níveis baixos nas taxas de fertilidade e melhoria nas condições de vida para promover aumentos na longevidade que irá sustentar o processo de envelhecimento. A última informação disponível para 2010 mostra que houve relativamente poucas pessoas muito idosas (80 anos ou mais) que vivem nas economias

emergentes, na verdade, os 23,3 milhões de pessoas idosas que vivem na União Europeia (UE)-27 poderiam ser contrastantes com as populações correspondentes na China (18,2 milhões), Índia (8,2 milhões) ou Brasil (2,9 milhões) (Eurostat, 2012) (*vide* tabela 1.1).

Tabela 1.1: Tendências demográficas e a importância relativa das pessoas idosas

	Total population, 2010 (1 000)	Average growth rate 1990-2010 (% per annum)	Relative importance of elderly persons (% share of total population)					
			Aged 50-64		Aged 65-79		Aged 80+	
			1990	2010	1990	2010	1990	2010
World	6 895 889	1.3	10.5	13.0	5.1	6.1	1.1	1.5
Africa	1 022 234	2.4	7.1	7.6	2.8	3.1	0.3	0.4
Asia	4 164 252	1.3	9.7	12.9	4.3	5.6	0.7	1.1
Europe	738 199	0.1	17.2	19.4	9.9	12.0	2.8	4.2
Latin America and the Caribbean	590 082	1.4	8.7	11.9	4.1	5.4	0.8	1.4
North America	344 529	1.0	13.1	18.9	9.6	9.3	2.7	3.8
Oceania	36 593	1.5	11.8	15.5	7.4	7.8	1.8	2.8
EU-27	501 102	0.3	16.7	19.1	12.3	12.7	3.1	4.7
Brazil	194 946	1.3	8.8	12.9	3.8	5.5	0.6	1.5
China	1 341 335	0.8	10.6	16.2	5.1	6.8	0.9	1.4
India	1 224 614	1.7	8.8	11.0	3.4	4.3	0.4	0.7
Indonesia	239 871	1.3	8.9	11.1	3.3	4.8	0.4	0.7
Japan	126 536	0.2	18.3	20.6	9.6	16.4	2.3	6.3
Russia	142 958	-0.2	18.2	20.0	8.1	9.9	2.1	2.9
United States	310 384	1.0	13.0	18.8	9.7	9.3	2.8	3.8

Eurostat, 2012

1.5.1 – Envelhecimento na Europa

O envelhecimento é um processo a que nenhum indivíduo pode escapar. No entanto, o impacto do envelhecimento pode variar dependendo não só de fatores genéticos, mas também características, tais como profissão, estilo de vida ou qualidade de vida (Eurostat, 2012).

Visto de uma perspetiva social, a estrutura da população pode divergir consideravelmente entre países, como um resultado da interacção de eventos demográficos, tais como taxas de fertilidade ou taxas de migração e outros fatores, como escolhas de vida ou a prestação e eficiência dos serviços de saúde (Eurostat, 2012).

Um retrato estatístico da EU, em 2012 constatou que a população está a mudar, tornando-se progressivamente mais velha. No início de 2010, havia 87 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, mais de 17% da população total (Eurostat, 2012).

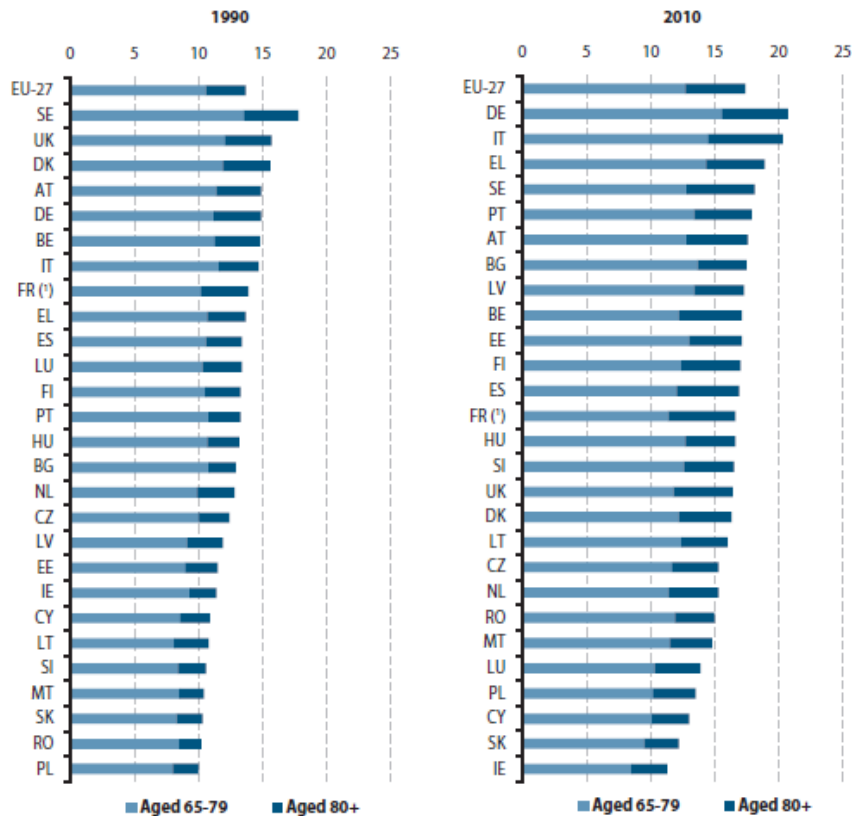
A estrutura da população atual da EU é caracterizada por um número particularmente elevado de pessoas que nasceram nas duas décadas após o final da Segunda Guerra Mundial, embora quando este aumento de nascimentos ocorridos variou muito entre os Estados-Membros; esta geração é muitas vezes referida como a geração do *baby boom* e compreende as coortes de base populacional que nasceram entre meados de 1940 e finais dos anos 60 (Eurostat, 2012).

A primeira das coortes do *baby boom* entrou agora na reforma. Projeções demográficas do Eurostat prevêem que o número de pessoas com idade superior a 60 anos aumentará em cerca de dois milhões de pessoas por ano nas próximas décadas, enquanto a população em idade activa começará a diminuir (como resultado de menores taxas de fertilidade entre a pós-geração do *baby boom*). Isto irá resultar em um número crescente de pessoas muito idosas (80 anos ou mais) e menos jovens para cuidar deles (familiares ou profissionais de saúde) (Eurostat, 2012).

Na UE-27, como a maioria das outras regiões do mundo, está a passar por uma mudança significativa na sua estrutura populacional. Os europeus vivem vidas mais longas e mais saudáveis do que nunca, e este padrão deverá continuar, com os contínuos avanços da medicina e melhores padrões de vida (Eurostat, 2012).

Em janeiro de 2010, a UE-27, a população era de cerca de 501.1 milhões de pessoas, 87,1 milhões de pessoas tinham 65 anos ou mais. Sendo que os dois dos maiores Estados-Membros em termos de números absolutos da população, Alemanha e Itália também são caracterizados como tendo população relativamente mais velha. Havia 16,9 milhões de pessoas com 65 anos ou mais na Alemanha e 12,2 milhões em Itália (Eurostat, 2012) (*vide* gráfico 1.2).

Gráfico 1.2: Importância relativa total da população em 01 de janeiro de 2012



Eurostat, 2012

A taxa de natalidade da UE-27 caiu num ritmo rápido no início da década de 60, com as suas reduções mais significativas na década de 1960 e 1970. Enquanto a taxa de natalidade continuou a diminuir durante os anos 1980 e 1990, as reduções foram de uma grandeza inferior. A taxa bruta de natalidade atingiu o seu nível mais baixo em 2003 (10,3 nascimentos por 1 000 habitantes), após o qual houve uma ligeira recuperação (10,7 nascimentos por cada 1 000 habitantes em 2010). Na Irlanda, Reino Unido e França foram os países da UE onde se registaram a maior taxa de natalidade em 2010 (Eurostat, 2012).

Relativamente à taxa de fertilidade na UE-27 verificou-se 1,6 em 2008 - entre os mais baixos do mundo, sendo que uma das razões subjacentes a taxas relativamente baixas de fertilidade da UE é que o parto é cada vez mais adiado, até mais tarde na vida da mulher, cuja idade média das

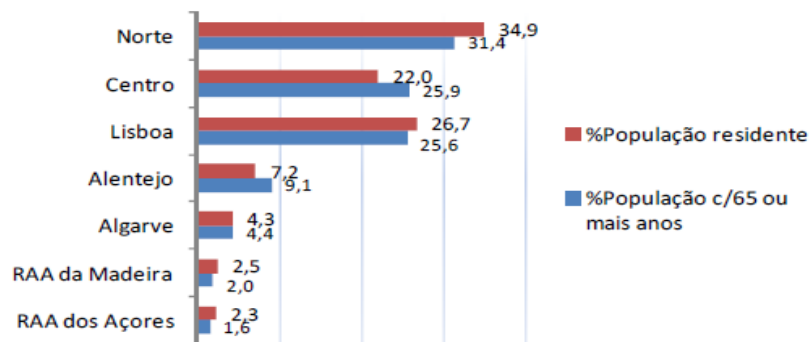
mulheres no parto foi de 29,7 anos em 2008. Isso pode ser atribuído a uma série de questões demográficas, sócio-económicas e institucionais - por exemplo, a diminuição dos casamentos, aumento do número de divórcios, aumento da participação feminina no mercado de trabalho, a incerteza sobre a situação económica e segurança do trabalho, ou jovens que permanecem em casa dos pais até que seja financeiramente viável em ter a sua própria casa (Eurostat, 2012).

O “peso” relativo de pessoas idosas na população total intensificou como o número de nascimentos caiu em unísono com o aumento da longevidade. Na verdade, a população da UE-27 está a viver mais do que nunca, a esperança média de vida subiu para 79,4 anos em 2008 (Eurostat, 2012). Foi a Itália que registou a esperança média de vida mais elevada de 81,9 anos em 2008, seguida pela Espanha de 81,8 anos em 2009. Os níveis mais baixos foram registados na Bulgária, Roménia, Letónia e Lituânia (todos entre 72 e 73 anos em 2009) (Eurostat, 2012).

1.5.2 - Envelhecimento em Portugal

O INE após os resultados dos Censos 2011 relativos à população com 65 anos ou mais que vive com os familiares, sozinhos, ou em companhia exclusiva de outros idosos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década o número de idosos cresceu aproximadamente 19% (INE, 2011) (*vide* gráfico 1.3).

Gráfico 1.3: - Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos



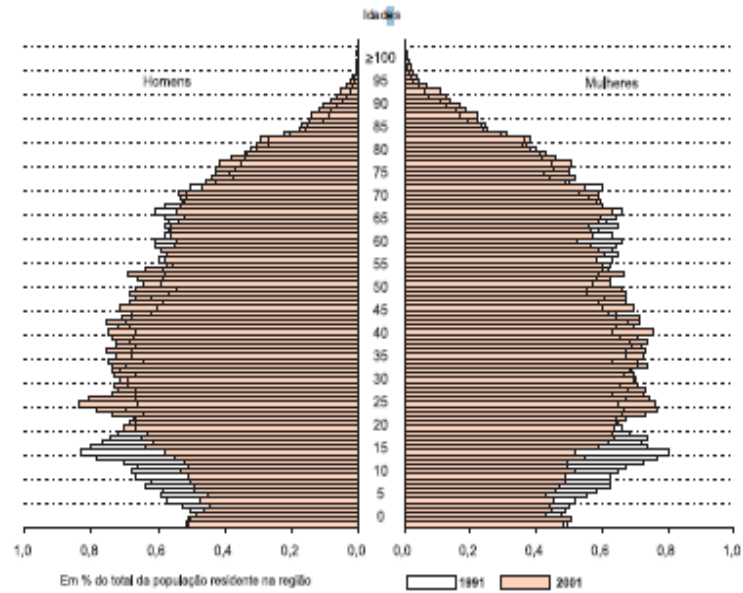
(INE, 2012)

Cerca de um terço de idosos reside na região Norte, seguida pelas regiões Centro e Lisboa. Em termos nacionais, a distribuição da população com 65 anos ou mais apresenta um padrão semelhante ao da população residente. Na região Norte encontra-se 31% do total da população idosa, seguindo-se as regiões Centro e Lisboa, ambas com pesos próximos de 26%. Nas regiões do Alentejo, Algarve e Autónomas da Madeira e Açores encontram-se, respetivamente 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país (INE, 2011).

1.5.3 - Envelhecimento no Algarve

Comparativamente com 1991 e de acordo com a tendência nacional, verificou-se em 2001 o estreitar da pirâmide regional na base e uma maior concentração de população no centro e topo da mesma, evidenciando um envelhecimento da população, e simultaneamente, uma menor percentagem de população mais jovem (INE, 2001) (*vide* gráfico 1.4).

Gráfico 1.4: Pirâmide Etária



(INE, 2001)

De 1991 para 2001, o escalão etário com maior percentagem total da população da região progrediu do grupo etário dos 14 aos 19 anos para o grupo dos 24 aos 29 anos. É de salientar ainda, que em 2001 a população mais envelhecida apresentou uma maior longevidade, sendo a proporção com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos menor, e simultaneamente, maior a proporção de população com mais de 75 anos (INE, 2001).

Em 2001, a relação do sexo masculino da população algarvia era de 98 homens por cada 100 mulheres, valor superior ao nacional em 5 homens. A idade média dos homens situou-se em 40,3 anos e nas mulheres em 44,2 anos (INE, 2001).

Em 2001, o índice de envelhecimento da região do Algarve (128 idosos por 100 jovens) superou o valor nacional (102 idosos por 100 jovens), apesar da evolução entre os dois últimos Censos apresentar-se menos intensa na região que no país (INE, 2011).

Ao nível concelhio, Alcoutim registou um forte envelhecimento populacional (o segundo maior do país), existindo neste concelho uma relação de 467

idosos por cada 100 jovens. Nos concelhos de Aljezur e Monchique também se observou um forte envelhecimento das suas populações (INE, 2001).

No período intercensitário, verificou-se um agravamento generalizado da relação idoso/jovem na região. De fato, nos concelhos anteriormente referidos assistiu-se a uma crescente dificuldade de renovação da população, cada vez mais envelhecida. Esta situação deve-se quer à migração das populações mais jovens para as zonas litorais da região onde as oportunidades de emprego são maiores, quer à maior longevidade dos idosos (INE, 2001).

Em 2001, a região registou uma proporção de 14,6% de jovens no total da população residente, valor inferior em 1,4 pontos percentuais ao verificado no país. Em 1991, o padrão era semelhante, sendo a proporção de jovens ao nível nacional superior ao valor na região (INE, 2001).

Albufeira, Lagoa, Olhão e Lagos foram os concelhos que em 2001 apresentaram as maiores percentagens de jovens no total da população residente. Entre 1991 e 2001, todos os concelhos da região registaram uma redução percentual de jovens, tal como em 1991, a percentagem de idosos na região em 2001 (18,6%) foi superior ao valor do país (16,4%) (INE, 2001).

Em termos concelhios, Alcoutim, Aljezur, Monchique e Castro Marim apresentaram as mais elevadas proporções de população idosa da região. Albufeira e Loulé foram os únicos concelhos que registaram reduções neste indicador (INE, 2001).

A adaptação ao processo de envelhecimento efetua-se através de novas estratégias de pensamento e de resolução de problemas, que visam compensar as perdas afetivas, cognitivas e físicas inerentes ao processo de envelhecimento. O estilo de vida também surge como um dado importante na vida do idoso, ao promover um ajustamento positivo ou negativo na adaptação ao envelhecimento.

Não devemos encarar os idosos como um grupo de risco, mas podemos equacionar uma crescente vulnerabilidade dos mesmos, a qual poderá ser

A satisfação dos utentes idosos nos cuidados continuados do Algarve

compensada a partir de mudanças ambientais que promovam um reequilíbrio entre o idoso e o ambiente.

CAPITULO 2 – A SAÚDE

2.1 - Conceito de Saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2001), a “saúde consiste num estado de completo bem-estar físico, psicológico, mental, emocional, moral e social e não só a ausência de doença ou enfermidade”.

No X Congresso de Médicos e Biólogos de Lengua Catalana, foi elaborada uma definição de Saúde alternativa a da OMS em que a saúde é aquela maneira de viver autonomamente, sendo solidário e feliz. Nesta linha de pensamento, Gracia (1988) afirma que ser são não é quem sente maior bem-estar, mas quem mais plenamente é capaz de cultivar o seu próprio corpo (*cit. in Pera, Matheu & Soria, 2008*).

2.2 - Perceção dos Cuidados de Saúde

Com o envelhecimento da população mundial, mais de um quarto da população do mundo estará acima dos 60 anos de idade até ao ano 2100 (WHO, 2004, *cit. in Lee, Ko & Lee, 2005*).

Para um envelhecimento saudável, é necessário promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida (Fernández Ballesteros, 2002, *cit. in Paúl & Fonseca, 2005*).

A importância da variável saúde/doença no envelhecimento é de tal forma importante que está na origem da distinção “clássica” entre envelhecimento normal ou primário (não implica a ocorrência de doença), e envelhecimento patológico ou secundário (aquele em que há doença e em que esta se torna a causa próxima da morte) (Lachman & Baltes, 1994; Birren & Cunningham, 1985, *cit. in Fonseca, 2006:125*).

As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crónicas podem levar à deterioração da habilidade

de manutenção da independência, motivo pelo qual as pessoas idosas são em número e intensidade, proporcionalmente mais dependentes que os jovens. Por outro lado, uma pessoa com doença poderá sentir-se saudável, ativa no seu meio e ter, em última análise, boa qualidade de vida (Netto, 2002).

Netto (2002) menciona que a manutenção da qualidade de vida está intimamente vinculada a autonomia e independência, que são bons indicadores de saúde para a população idosa. A referência a problemas de saúde é uma constante nas entrevistas e avaliações dos idosos e aparece no topo das suas preocupações (Fonseca, 2006; Paúl & Fonseca, 2005).

A preocupação com a saúde dos idosos torna-se maior quando se pensa não só em promover o envelhecimento normal, mas sobretudo em potenciar um envelhecimento óptimo, o qual, se fundamenta numa base funcional, numa velhice saudável, competente e bem-sucedida, com baixa probabilidade de doença e de incapacidade associada a um elevado funcionamento cognitivo e a um compromisso ativo com a vida (Fernández Ballesteros, 2000; Rowe & Kahn, 1997, *cit. in* Fonseca, 2006).

O aumento da população idosa gerou mudanças e essas mudanças têm implicações nos serviços de saúde. Como as pessoas vivem mais tempo, isso vai exigir mais cuidados de saúde e hospitalização por doença crónica, dependência funcional, consequências na saúde mental, deficiência sensorial e cognitiva, aumento da despesa pública para os serviços de saúde (Jamaiyah & Hanafiah, 2006; Sherina, Lekhraj & Mustaqim, 2004; Chen, 1987; Yeoh, 1980, *cit. in* Dahan, Nicol & Maciver, 2010).

Na velhice uma vida mais saudável está estreitamente ligada à manutenção ou restabelecimento da autonomia e independência, que são indicadores de saúde, principalmente para a população idosa e que são definidas como *autonomia*, capacidade de decisão e de comando e *independência*, ou seja, capacidade de realizar algo com seus próprios meios (Netto, 2002).

Paúl e Fonseca (2005) mencionam que a ausência de saúde física provoca sofrimento e leva ao mal-estar, através de interações complexas, diretas e

indiretas com outros fatores da qualidade de vida. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a atividade e recursos nesse problema e pode, posteriormente, fazer com que haja perda de poder económico, pelos gastos com a saúde, alteração das atividades diárias e das relações sociais, desconforto, e, por vezes, o medo da morte.

A maioria dos países ocidentais teve um aumento acentuado nas despesas com os cuidados de saúde nos últimos 20, 30 anos. Grande parte desse aumento tem uma explicação natural, a proporção de idosos na população tem aumentado, e mais pessoas podem ser tratadas do que antes por causa da nova tecnologia médica (Grytten, Carlsen & Skau, 2009).

O aumento dos recursos alocados nos Serviços Primários de Saúde traz benefícios para a saúde, a alta qualidade de Serviços Médicos Primários resulta a prevenção da doença, a deteção da doença numa fase precoce e da implementação imediata de um tratamento eficaz (Grytten, Carlsen & Skau, 2009).

Vários pesquisadores têm alertado para a necessidade de desenvolver estratégias eficazes de Promoção da Saúde a nível nacional no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos (Lee, Ko & Lee, 2005).

Grytten, Carlsen e Skau (2009), mencionam que há três razões pelas quais as pesquisas podem fornecer informações valiosas para os membros políticos. Em primeiro lugar, melhores condições de saúde e como resultado final dos cuidados a sua satisfação com estes. Em segundo, existem diversas dimensões dos serviços de saúde que os pacientes podem observar e avaliar, o tempo de espera para uma consulta, o ambiente físico e interpessoal e competências do pessoal. Por último, a satisfação fornece informação acerca dos comportamentos do paciente.

O envelhecimento da população levou a um aumento na procura de cuidados de longa duração, devido ao aumento de idosos com incapacidade funcional, surgindo assim a necessidade de serviços de saúde e serviços de natureza social (Lee & Choi, 2001).

Netto (2002) refere ser importante medir o estado de saúde em termos de função, o bem-estar funcional, que começou a ser reconhecida há cerca de 100 anos, no final do século XIX e início do século XX. Na Europa e Estados Unidos, começou-se a proceder a levantamentos de Saúde através de inquéritos, que obtinham informações acerca do número de dias que as pessoas estavam acamadas e o número de pessoas doentes ou incapazes de trabalhar num determinado período.

Isto levou a junção inicial de conceitos de incapacidade e disfunção na medida da situação de saúde. Nas décadas subsequentes houve aprimoramento, com a introdução de questões acerca da duração de doenças e incapacidades e sua classificação (total ou parcial, permanente ou temporária) (Netto, 2002).

Stuck et al. (1993, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005) mencionam que a avaliação da funcionalidade tem como objetivo identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidade. Esta avaliação permite detetar problemas não identificados na prática assistencial tradicional.

Os componentes a incluir para a avaliação da funcionalidade são os que permitem prever a capacidade dos idosos para se manterem a viver de um modo independente, uma vez que há probabilidade de isso poder vir a suceder na sua vida. Assim, devem ser estudadas a capacidade funcional e a capacidade psicomotora, mesmo sem queixas espontâneas ou aparentes nesses domínios, em associação a uma avaliação, de carácter mais clínico, da morbilidade física e mental, e a uma abordagem do foro social (National Institutes of Health, 1988; OMS, 1989, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005:113).

Uma vida mais saudável deve ser um dos objetivos de cada pessoa como também das políticas sociais e de saúde: manter a autonomia e ter a máxima independência possível. Quando a autonomia e a independência são perdidas, o objetivo deve de ser recuperá-las o mais rápido possível, num curto espaço de tempo (Netto, 2002).

Como os indivíduos vivem mais, a promoção de comportamentos de saúde ainda é mais importante, particularmente ao ter em conta a função de manter a independência e melhoria da qualidade de vida. A qualidade de vida é considerada como objetivo fundamental na Promoção da Saúde nos idosos. As questões de Promoção da Saúde para os idosos estão relacionadas com a sua independência na vida diária, cognitiva, função física e ser-se socialmente ativo (Lee, Ko & Lee, 2005).

Contudo, os membros da família continuam a desempenhar um importante papel na prestação de cuidados de longa duração aos seus idosos. O apoio domiciliário é a primeira opção dos cuidadores, sendo que as residências geriátricas e casas de saúde tendem a complementar esses serviços (Doty, 1992, *cit. in* Lee & Choi, 2001).

A institucionalização do idoso (que se encontra institucionalizado) deve-se muitas vezes ao fato de este estar numa situação de incapacidade funcional, sendo muitos de idade avançada, acompanhada de fragilidade e comorbilidade que contribuem para o aumento da sua incapacidade (Doty, 1992, *cit. in* Lee & Choi, 2001).

A continuidade da atividade familiar, realizada de forma habitual, como era antes do internamento, geralmente é desejada como um ideal e, portanto, como uma meta de reabilitação tanto pelos pacientes idosos como pelos seus familiares (Åberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2005; Åberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2004, *cit. in* Åberg 2008).

A combinação de estratégia, técnica e capacitação são passos essenciais para ser possível a Promoção da Saúde e contribuir plenamente para uma eficaz melhoria da Saúde e Qualidade de Vida de todos os indivíduos, bem como redução dos custos nos cuidados de saúde (Wise, 2008; Lee, Ko & Lee, 2005). Ekdahl, Andersson e Friedrichsen (2010) referem que a literacia de saúde pode levar à participação dos pacientes nas tomadas de decisão.

Motta (2001) refere que o idoso apresenta peculiaridades distintas, e conseqüentemente a sua avaliação de saúde deve ser feita objetivando a identificação de problemas subjacentes à queixa principal, incluindo as

avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, que interferem diretamente na sua saúde, grau de autonomia e independência. Uma avaliação incompleta em Geriatria está diretamente relacionada a um novo internamento e ao aumento na utilização dos serviços de saúde.

Os pacientes idosos vulneráveis e frágeis muitas vezes são acompanhados pelos seus familiares ao Hospital, que os ajudam nas suas actividades de vida diárias e que possuem conhecimentos “valiosos” sobre o seu estado de saúde e problemas funcionais. Neste sentido, ajudam os profissionais de saúde, melhoram o planeamento da assistência no hospital e da tomada de decisão em prol do paciente e da qualidade da prestação de cuidados, sendo que muitas das pessoas idosas são plenamente capazes de lidar com as suas necessidades de saúde e nas tomadas de decisões (Lindhardt, Nyberg & Hallberg, 2008).

Os idosos fragilizados são um grupo importante de pacientes, devido ao seu crescente número e ao impacto económico ascendente sobre os custos de saúde, sendo um desafio ajustar o sistema de atendimento hospitalar para atender às necessidades desses pacientes (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010).

Shyu, Chen e Lee (2004), referem que os pacientes idosos têm um elevado risco de deterioração física após internamento e sofrem frequentes readmissões precoce, contudo, a maioria destes reinternamentos poderia ter sido evitada.

Stromberg (1993, *cit. in* Netto, 2002) afirma que as pessoas idosas estão mais vulneráveis a disfunção psicossocial quando têm alterações significativas nas suas vidas, como a reforma, viuvez, perda de amigos, alterações na composição familiar, mudança de residência e dificuldades financeiras.

Muitos médicos, inclusive geriatras, quando prestam cuidados a pessoas idosas doentes ou incapacitadas, ignoram frequentemente essa dimensão da saúde e bem-estar humano e, por isso, não desenvolvem um plano global de cuidados que permitiria a essas pessoas uma integração na comunidade,

uma diminuição da disfunção social e até mesmo uma revisão da incapacidade social. Dentro de uma perspetiva médica, a avaliação da função social deverá ajudar a compreender melhor o indivíduo a decidir o que fazer e a melhor forma de fazer (Netto, 2002).

Para garantir uma vida mais saudável é necessário intervir em todos os níveis, e essa intervenção precisa de um trabalho em equipa interdisciplinar, para os níveis mais abrangentes, o envolvimento da comunidade (Netto, 2002).

Os objetivos básicos que devem fundamentar as ações de saúde para os idosos são os de procurar mantê-los com o máximo de capacidade funcional e independência física e mental na comunidade e no seio das suas famílias. São necessárias alternativas que atendam às diferentes condições biológicas, psicológicas e sociais dos idosos, que tenham como base a atenção primária à saúde, valorizando a promoção de saúde e a prevenção de doenças e de incapacidades que acometem essas pessoas (Netto, 2002).

Netto (2002) refere que a Promoção de Saúde deve ser entendida como ações que visem mudanças no estilo de vida e que acarretem uma diminuição do risco de adoecer e morrer. Os idosos têm que ser tratados em toda a sua complexidade social, pois muitos dos problemas que influem na saúde e qualidade de vida desse segmento populacional estão diretamente ligados à situação económica do país.

Os serviços hospitalares também devem ter como meta oferecer outras formas de cuidados menos custosos, constituindo a implementação de Hospitais-dia, uma alternativa complementar de assistência hospitalar sendo uma mais-valia na atenção à saúde do idoso (Netto, 2002).

Pode-se “definir” como Hospitais-dia geriátricos um local para tratamento médico, em especial de reabilitação e de manutenção do estado físico, além de investigação médica e cuidados de enfermagem e assistência social. Os pacientes usam uma parte substancial do seu tempo sob um regime terapêutico e no final da tarde regressam às residências (Netto, 2002).

2.3 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal

É na área da Saúde onde se observa maior número de ações, pois além das assistências hospitalares e ambulatoriais clássicas, outros modelos de assistência à saúde já estão a ser colocados em prática em algumas instituições (Netto, 2002).

Chernichovsky, Koreh, Soffer e Avrami (2010), defendem que os cuidados de longa duração tem sido um desafio em países desenvolvidos e tem evoluído de forma desestruturada, sem conceitos claros sobre a sua própria natureza, médica ou social, e acerca da natureza do financiamento.

Chernichovsky et al. (2010) fazem menção que o tratamento preventivo, bem como de reabilitação, pode não só melhorar a qualidade de vida do paciente, como também pode reduzir as despesas envolvidas no declínio da sua saúde em situação mais grave.

Os idosos que têm cuidados em reabilitação geriátrica têm mais capacidade de estar fisicamente mais ativos como um pré-requisito para a continuidade das suas atividades de vida diária (Åberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly & Lithell, 2005 *cit. in* Åberg, 2008).

Na Europa são exemplos destes tipos de assistência, o Apoio Domiciliário, o Centro de Dia e o Hospital dia, cujo último tem a finalidade de proporcionar tratamento médico, de reabilitação e de manutenção do estado físico, além dos cuidados de enfermagem e assistência social (Netto, 2002).

Em Portugal surge em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que visa proporcionar cuidados continuados às pessoas idosas e cidadãos com dependência. São medidas de Políticas de Saúde e da Segurança Social integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Tavares & Silva, 2010).

Este modelo tem um carácter intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os cuidados de base comunitários e os de internamento

hospitalar. A intervenção visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Tavares & Silva, 2010).

A RNCCI tem diferentes tipologias de cuidados: as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas hospitalares e as equipas domiciliárias. Quanto às unidades de internamento são de convalescença, de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção e cuidados paliativos (Tavares & Silva, 2010).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o Hospital de Agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (DR, 2006).

A sua finalidade é de estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista anteriormente referida (DR, 2006).

Quanto ao período de internamento, nesta tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão e pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. Esta Unidade pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas (DR, 2006).

No que concerne à Unidade de Longa Duração e Manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (DR, 2006).

A sua finalidade visa proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos (DR, 2006).

Contudo, também pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto acima referido, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano (DR, 2006).

Um estudo da Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados (CCI) acerca da Avaliação da Satisfação de Utentes, concluiu que podem ser prestados cuidados fora do contexto hospitalar, em unidades mais pequenas, mais próximas do local de residência ou de familiares, com um tratamento mais personalizado, permitindo a realização de atividades ocupacionais (quando aplicável) e de reabilitação, sendo possível, não só libertar os Hospitais para doentes agudos, com evidentes ganhos económicos, como contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde em Portugal e aumenta a satisfação dos utentes face ao Serviço Nacional de Saúde (Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2008).

O processo de implementação da Rede ainda não abrange todas as zonas do país devido à sua complexidade, mas até 2016 a cobertura será de 100% (Tavares & Silva, 2010) (*vide* figura 2.1).

Figura 2.1: Unidades de Internamento da RNCCI



(RNCCI, 2012)

2.4 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados no Algarve

A implementação da RNCCI na Região do Algarve iniciou-se com as experiências piloto em 2006 concretizadas nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (domiciliários) (ECCI's) nos Centros de Saúde de Loulé (4 equipas) e de Silves (2 equipas). De momento, a Região do Algarve dispõe de: 28 ECCI's e de 3 Unidades de Convalescença (UC): UC de Portimão (19), UC de Lagos (11) e UC AL-Vita (PTM) (30); 1 Unidade de Cuidados Paliativos (UCP): UCP de Portimão (10); 4 Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR): UMDR de Portimão (26), UMDR de Tavira (20), UMDR de Olhão (28) e UMDR AL-Vita (PTM) (30); 8 Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM): Vila Real St.^o António (18), Albufeira (20), Silves (20), Estombar (32), Algoz (45), Faro (30), Loulé (21) e de St.^a Catarina Fte. Bispo (33) (Administração Regional de Saúde do Algarve [ARS Algarve], 2012).

Assim, os acordos existentes criaram 413 camas de internamento destinadas a cuidados continuados a pessoas idosas e dependentes, sendo 80 camas de convalescença, 10 camas de paliativos, 104 camas para internamentos de média duração e reabilitação e 219 camas para

internamentos de longa duração e manutenção (ARS Algarve, 2012) (vide tabela 2.2).

Tabela 2.2: Unidades de Internamento da RNCCI no Algarve

Tipologia	Unidades	Entidade prestadora	0.º camas	Admissões	Vagas
Convalescença	UC AL-Vita (PTM)	Pro-Fn, Serviços de Saúde, Lda.	30	26	4
	UC de Lagos	Hospital S. Gonçalo - HPP	11	11	0
	UC de Faro	Hospital de Faro	20	20	0
	UC de Portimão	SCM de Portimão	19	19	0
Paliativos	UCP de Portimão	Centro Hospitalar Barlavento Algarvio	10	8	2
Média Duração e Reabilitação	UMDR AL-Vita (PTM)	Pro-Fn, Serviços de Saúde, Lda.	30	27	3
	UMDR de Olhão	ACASO	28	28	0
	UMDR de Portimão	SCM de Portimão	26	24	2
	UMDR de Tavira	Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo Tavira	20	19	1
Longa Duração e Manutenção	ULDM de Albufeira	Fundação Ant.º Silva Leal	20	20	0
	ULDM de Algoz	Quinta S. Sebastião	45	45	0
	ULDM de Estômbar	SCM de Estômbar	32	32	0
	ULDM de Faro	SCM de Faro	30	30	0
	ULDM Loulé	SCM de Loulé	21	21	0
	ULDM St.ª Catarina Fle Bispo	Cruz Vermelha Portuguesa – Núcleo Tavira	33	33	0
	ULDM de Silves	SCM de Silves	20	20	0
	ULDM Vila Real Stº António	SCM de Vila Real Stº António	18	18	0
Sub – total das Unidades de Internamento			413	401	12

(ARS, 2012)

Em 2008, a Unidade Missão dos Cuidados Continuados realizou um estudo sobre a satisfação dos utentes das UCCI e cujos resultados apresentados são muito positivos e reforçam a perspetiva de que estes tipos de cuidados de Saúde são adequados e eficazes à realidade destes utentes e que podem indicar ganhos na Saúde (UMCCI, 2008).

Para os idosos, a Saúde emerge como uma preocupação prioritária e é uma das variáveis determinantes da Satisfação de Vida.

CAPITULO 3 - A SATISFAÇÃO

3.1 – Conceito de Satisfação

O conceito de satisfação assenta numa perspetiva multidimensional, caracterizada por inúmeras variáveis de estrutura, processo e resultado, e da mesma forma, envolve um conjunto de diversas dimensões e condicionantes próprias (Franco & Florentim, 2006).

A satisfação pode ser entendida como uma série de reações da pessoa à experiência dos cuidados de saúde. A distância entre o que a pessoa espera dos cuidados e a sua perceção do que realmente recebe representa a satisfação do utente, a qual é influenciada por uma panóplia de fatores mormente características da pessoa, experiências e expectativas (Pires & Santos, 1999, *cit. in* Franco & Florentim, 2006; Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Para Jonh (1992, *cit. in* Franco & Florentim, 2006), a satisfação do utente é uma resposta afetiva ou emocional dada em fase da avaliação que o mesmo faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito.

Santos (1993, *cit. in* Franco & Florentim, 2006) refere que a satisfação é, basicamente, uma dimensão que pode ser medida através de perceções, sendo definível enquanto resultante de uma avaliação positiva que distintas dimensões dos cuidados de saúde ou como reação e que salienta aspetos específicos dos cuidados.

Paúl (1992, *cit. in* Fonseca, 2006:142), considera que a “satisfação de vida refere-se à avaliação que as pessoas fazem da vida com um todo, refletindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afetivo”.

Fly (1992, *cit. in* Fonseca, 2006) alude que a satisfação com a vida na velhice, mediante uma abordagem sócio-ambiental, preconiza a existência de ligações entre a satisfação da vida na velhice, recursos pessoais

(competência, educação, saúde, redes sociais e capacidade financeira) e recursos sociais (proteção social, apoios comunitários, recursos no campo da saúde e da educação).

3.2 - Perceção da Satisfação

No Reino Unido, na década de 80, surge o interesse em conhecer e compreender a opinião dos pacientes para os processos de acompanhamento e melhoria dos cuidados de saúde. O movimento de satisfação do paciente cresceu na esteira do relatório de Griffiths, o qual era parte de uma mudança geral no sentido de consumismo evidente em todos os aspetos do serviço público (McIver, 1991, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Os gestores foram incentivados a promover uma “cultura do cliente orientada para serviços”, para conceber e executar “Sistemas de Gestão da Qualidade”, e adoptar uma abrangente “Filosofia da Qualidade”, como o Serviço Nacional de Saúde que começou a imitar as estratégias de um mercado competitivo de saúde, em que os Hospitais têm de garantir o alto nível de satisfação do paciente não apenas para manter a sua base, mas para expandi-lo (Abramowitz et al., 1987 *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Fitzpatrick (1984, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) apresentou quatro experiências dos pacientes: compreensão dos cuidados de saúde, promoção da cooperação com o tratamento, identificação de problemas na área da saúde e avaliação dos cuidados de saúde; mas estes parecem essencialmente três: o trabalho de satisfação pode simplesmente descrever Serviços de Saúde a partir do ponto de vista do paciente; a satisfação do paciente pode ser pensada como uma medida do “processo” de atendimento. Áreas de problemas podem ser isoladas e ideias no sentido de criar soluções podem ser geradas (Locker & Dunt, 1978 *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) e a avaliação dos cuidados de saúde foi considerada por muitos investigadores como a mais importante função de pesquisa de satisfação do paciente (Bond & Thomas, 1992 *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

A procura da melhoria da qualidade de vida é uma realidade na sociedade atual, em que se procura alternativas para atender às novas exigências dos clientes e acompanhar as rápidas mudanças no comportamento humano (Barbosa et al., 2010).

Os Hospitais constituem-se Unidades de grande importância social na prestação de serviços e configuram-se como partes de sistemas que influenciam e são influenciados pelas contínuas mudanças que ocorrem em todos os campos sociais (Lima Gonçalves & Aché, 1999 *cit. in* Barbosa et al., 2010).

A avaliação da perceção e da satisfação dos utentes em relação aos Serviços de Saúde tem possibilitado obter indicadores relevantes para a implementação de estratégias de melhoria contínua que garantam a qualidade dos cuidados de saúde, sendo uma das áreas prioritárias de investigação do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (Pedro, Ferreira & Mendes, 2010; Franco & Florentim, 2006).

A satisfação dos utentes é um dos conceitos atualmente mais discutidos na área da Saúde, sendo considerado um indicador importante que reflete a qualidade dos cuidados de saúde prestados e o grau de satisfação dos utentes sobre as instituições de saúde (Pego, 1998, *cit. in* Franco & Florentim, 2006).

A opinião do paciente acerca do sistema de saúde é de suma importância para os administradores de saúde, além disso a satisfação dos utentes pode influenciar os resultados de saúde. A satisfação do paciente é um conceito multi-dimencional, e para cada dimensão a diferença do resultado reflete a diferença entre expectativas e perceções (Herrera-Espiñeira, Rodríguez del Aguila, Rodríguez del Castillo, Valdivia, & Sánchez, 2009).

A satisfação assume-se como uma medida importante de qualidade dos cuidados de saúde, onde o utente tem um papel fulcral na avaliação dos cuidados a que é submetido. A satisfação também está associada a um alto nível satisfatório das características do cuidador, do serviço ou da organização que presta os cuidados, sendo que essas características estão

relacionadas com uma boa comunicação, empatia e cuidados personalizados no tratamento (Franco & Florentim, 2006).

Pego (1998, *cit. in* Franco & Florentim, 2006), refere que as principais dimensões da satisfação dos utentes devem ser interpretadas separadamente, uma vez que separá-las conforme os objetivos pode ser a única maneira de compreender completamente as fontes de satisfação e insatisfação desses mesmos utentes.

Linder-Pelz (1982, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) refere que a expressão satisfação é a expressão de uma atitude, uma resposta afetiva, que está relacionada tanto com a crença de que o cuidado possui componentes – atributos/dimensões e certa avaliação do paciente desses atributos.

Fitzpatrick (1984, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) menciona que a satisfação não pode ser vista como um único conceito composto por diversas determinantes, mas afirmou que existem três modelos independentes da satisfação que podem ser identificados, cada um fortemente associado a uma determinante.

O primeiro modelo identificado por Fitzpatrick (1984) foi denominado “a necessidade do familiar”; este modelo defende que expectativas socialmente criadas são a principal determinante do grau de satisfação. Dentro deste modelo, as expectativas, devido por exemplo às diferenças culturais, influenciam diretamente a satisfação; pacientes de culturas não ocidentais, não estão familiarizados com a abordagem ocidental e assim não são susceptíveis de ser felizes com ele (Fitzpatrick, 1984, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

O segundo modelo, “as metas de procura de ajuda”, propôs que as principais preocupações para a maioria dos pacientes não estão relacionadas com a “satisfação”, mas sim com a resolução do seu problema de saúde, ou seja, os pacientes julgam um profissional de saúde ou tratamento pela forma como estes o ajudam a alcançar os seus objectivos em relação ao seu problema de saúde / ao julgarem um profissional de saúde ou um tratamento, deve-se ao fator de serem ajudados a alcançar

objetivos em relação ao seu problema de saúde (Fitzpatrick, 1984, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

O terceiro modelo, para estes autores “a importância das necessidades emocionais”, as doenças mais graves envolve experiências emocionais, em parte devido à incerteza e a ansiedade dos pacientes. Assim, os pacientes avaliam a “satisfação” pela observação do comportamento afetivo e habilidades de comunicação.

Os estudos realizados no âmbito da satisfação dos utentes têm revelado que são vários os fatores que influenciam a avaliação da satisfação do utente relativamente aos cuidados que lhe são prestados, contudo, ainda se sabe pouco sobre a natureza ou o número de fatores que influenciam a satisfação.

As dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico-paciente, entre outros (Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983).

Segundo estes investigadores, a satisfação do utente engloba oito dimensões: 1) aspetos interpessoais (a forma como interagem os cuidadores com os utentes: respeito, preocupação, amizade); 2) a qualidade técnica do cuidado (competência, diagnóstico e tratamento); 3) acessibilidade; 4) aspetos financeiros; 5) eficácia/resultados do cuidado (melhoria e manutenção da saúde); 6) continuidade dos cuidados; 7) ambiente físico (equipamento, ambiente agradável) e 8) disponibilidade (presença de recursos médicos, prestadores de cuidados).

Hill (1997) refere que os fatores físicos e estruturais do serviço de saúde são também determinantes na satisfação dos utentes. Outro aspeto determinante para a satisfação do doente com os cuidados recebidos está relacionado com os aspetos da comunicação e da informação dada ao utente (Carolino, 1994).

Aragon e Gesell (2003, *cit. in* Pedro, Ferreira & Mendes, 2010) mencionam, também, que a avaliação da satisfação dos utentes é importante e,

consequentemente, também o é o aumento de implementação de programas com vista à Promoção da Satisfação dos utentes nos Hospitais.

Por outro lado, a satisfação mesmo que não seja mais do que um indicador indireto de qualidade dos cuidados e Serviços de Saúde, a sua avaliação é importante, pois permite identificar as áreas de atividade onde existem problemas. Concomitantemente, com a avaliação dos resultados, a avaliação da satisfação dos utentes surge como prioritário no desenvolvimento dos procedimentos de gestão de qualidade em grande parte das Instituições de Saúde (Pego, 1998, *cit. in* Franco & Florentim, 2006).

A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde tem sido referida como um dos fatores influenciadores na adesão ao regime terapêutico e seguir o tratamento recomendado (Grytten, Carlsen & Skau, 2009; Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Em relação ao papel dos profissionais de saúde na adesão terapêutica, tem obtido por parte dos investigadores alguma atenção, pois os resultados obtidos sugerem que a satisfação dos utentes com os Serviços de Saúde, mais especificamente com os profissionais, pode estar relacionada com a adoção de comportamentos mais saudáveis por parte dos utentes (Amaral, 1997; Fitzpatrick, 1997; Trindade & Teixeira, 2000; Yardley et al., 2001, *cit. in* Sousa, Peixoto & Martins, 2008).

Em muitos países, começa a ser prática e faz parte da legislação de saúde, os profissionais de saúde terem a responsabilidade de envolver os doentes em decisões relativas aos cuidados e tratamentos. A participação dos doentes na tomada de decisões está relacionada a uma maior satisfação do paciente, como também os resultados do tratamento são mais satisfatórios (Frosch & Kaplan, 1999; World Health Organization, 1994 *cit. in* Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010).

Ekdahl, Andersson e Friedrichsen (2010), mencionam no seu estudo que a participação dos pacientes nas decisões médicas significa que foi percebida a informação e houve uma boa comunicação entre os profissionais de saúde

e o paciente. A comunicação e a informação são de fato aspetos importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados, e de acordo com Ley (1997), parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos doentes.

Pegacha (1999) menciona que um doente bem informado, além de se sentir mais satisfeito, estará também bastante motivado e preparado para fazer parte na planificação dos cuidados que pretende receber e da forma como pretende fazê-lo.

A aferição da satisfação do utente ajuda a determinar as suas necessidades e identificar melhores formas de prevê-las e atendê-las (Rigby, 2000, *cit. in* Carmagnani, D'Innocenzo, Labbadia, Grande & Fogliano, 2008).

A satisfação também está relacionada com a crescente exigência dos utentes dos Serviços de Saúde com determinados fatores, como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde (Xavier, 1999, *cit. in* Franco & Florentim, 2006).

Barbosa et al. (2010) referem ser importante compreender os pontos que possam garantir índices elevados de satisfação e determinar vantagens competitivas douradoras. Identificados esses pontos, o Hospital poderá promover ações planeadas e sistémicas, melhorando o seu desempenho e contribuir para a qualidade dos Serviços de Saúde.

Carneiro, Sousa, Guerreiro e Rocha (2009), concluíram no seu estudo que é importante a construção de um plano que envolva um questionário dirigido ao doente/cuidador de forma a adequar estratégias e aumentar a satisfação com os cuidados recebidos, permitindo, assim, orientar a equipa de saúde para aspetos que vão ao encontro das expetativas dos doentes.

Lindhardt, Nyberg e Hallberg (2008) referem que a colaboração entre familiares e profissionais de saúde pode ser importante em Hospitais de Agudos, e pode ser susceptível de influenciar a satisfação dos familiares com a trajetória de cuidar. No entanto, como a colaboração consiste em

diferentes componentes, são necessários mais conhecimentos sobre a sua importância relativa para a satisfação global com a trajetória de cuidados.

Os referidos autores mencionam que a colaboração é caracterizada por atributos como tomada de decisão compartilhada, definição de objetivos, metas, o poder compartilhado, a influência do paciente e a partilha de informações e conhecimentos.

Chang, Hancock, Hickman, Glasson e Davidson (2007) referem no seu estudo que implicar os idosos na terapêutica e atividades de cuidados físicos de vida diária aumenta a sua satisfação e os resultados, como o aumento do conhecimento do seu regime medicamentoso e atividades físicas de vida diária. As sessões de apoio ao paciente permitem encorajá-lo para atividades de autocuidado, estimulando-os a ser mais “cuidadosos com eles próprios”.

Grytten, Carlsen e Skau (2009), no seu estudo referem que as pessoas mais velhas estão mais satisfeitas do que as mais novas, sendo que uma possível explicação deve-se a que pessoas mais novas têm expectativas mais elevadas do que as pessoas mais velhas.

De acordo com os autores acima referidos estão Williams e Calnan (1991, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997), que na sua investigação concluíram que as pessoas mais velhas estavam mais satisfeitas com a maioria dos aspetos dos seus cuidados no Hospital que os mais jovens ou as pessoas de meia-idade. A satisfação está relacionada com a perceção dos cuidados dos pacientes e na satisfação das suas expectativas (Stimson e Webb, 1975, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997), de forma concordante com o postulado pelos autores acima referidos.

Os pacientes têm expectativas diferentes para os diferentes aspetos do cuidado, mas as expectativas e satisfação com aspetos específicos de cuidados desempenham papéis independentes na predição da satisfação do paciente. Expectativas tornam o conceito de satisfação como uma ferramenta de avaliação (Abramowitz et al., 1987 *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Bond e Thomas (1992, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) referem que diferentes níveis de satisfação podem indicar diferentes perspetivas sobre a qualidade da assistência de enfermagem ao invés de diferentes níveis de satisfação com a mesma experiência.

Larsen e Rootman (1976, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) mencionam que quanto mais o desempenho de um médico atende às expectativas de um paciente, mais satisfeito o paciente estará com os Serviços de Saúde.

Âberg (2008) menciona que ideias subjetivas sobre a capacidade física e preferências relacionadas com a vida podem ser um potencial de influência negativa sobre o processo de incapacidade em idosos, levando a uma redução da sua satisfação com a vida e comprometimento da sua saúde.

Deste modo, Lindhardt, Nyberg e Hallberg (2008) mencionam que a literatura sobre a satisfação dos familiares idosos foca-se principalmente na satisfação com os serviços prestados para as pessoas idosas, e com o apoio que o familiar recebe, sendo em contexto de comunidade ou de cuidados de longa duração. Referem, ainda, que os familiares dos pacientes idosos que estão mais envolvidos em colaboração com os profissionais de saúde são aparentemente mais satisfeitos com a trajetória de cuidados do que aqueles que não são envolvidos.

Sitzia e Wood (1997) dizem que há evidências literárias, cuja forma dos profissionais de saúde e atendimento para com os pacientes, exerce uma grande influência sobre os níveis de satisfação percebidos por estes. No entanto, alguns estudos têm sugerido que a satisfação pode ser atribuível às características do paciente do que para aquelas da sua saúde (Sixma, Spreeuwenberg & Van der Pasch, 1998, *cit. in* Herrera-Espiñeira et al., 2009).

Num estudo realizado pela RNCCI sobre a satisfação dos utentes nas Unidades de internamento, verificou-se que quase 97% da amostra avaliou globalmente a Unidade de Cuidados Continuados onde se encontravam internados, como boa ou muito boa, não havendo ninguém a referenciá-la como má (UMCCI, 2008).

3.3 - Fatores determinantes da satisfação do paciente idoso

A satisfação com os cuidados de saúde pode ser dependente de variáveis como a classe social, estado civil, sexo e idade (Hall & Dornan, 1990, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Provavelmente, a característica determinante mais consistente é a idade do paciente, havendo evidências em vários países, que as pessoas mais velhas tendem a estar mais satisfeitas com a Saúde do que os mais jovens (Houts et al., 1986; Blanchard et al., 1990; Zabr, William & El-Hadad, 1991 *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Roter (1987, *cit. in* Franco & Florintim, 2006) refere que na maioria dos estudos realizados, as variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, escolaridade, entre outras) são tidas como as mais importantes para explicar a satisfação dos utentes dos Serviços de Saúde.

Ser mulher ou profissional de saúde foi significativamente relacionado com menor satisfação. O sexo e o nível educacional têm sido encontrados como um preditor de baixo nível de satisfação entre os pacientes e cuidadores (Lindhardt, Nyberg & Hallberg, 2008).

No seguimento desta ideia, Franco e Florintim (2006), com base nos resultados obtidos no seu estudo, verificaram que os utentes do sexo masculino ficaram maioritariamente mais satisfeitos do que os do sexo feminino, sendo que 75% das respostas «não» foram de mulheres. Já no estudo realizado por Pedro, Ferreira e Mendes (2010) sobre a satisfação dos utentes acerca do internamento Hospitalar, constataram que o sexo apresenta influência significativa na satisfação dos utentes, sendo as mulheres as mais insatisfeitas.

O nível educacional tem sido identificado como tendo um impacto significativo sobre a satisfação, estando a tendência para uma maior satisfação associada com níveis educacionais mais baixos (Hall & Dornan, 1990, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Schutz et al., (1994, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997) defendem que o maior nível educacional está fortemente associado à insatisfação dos pacientes com os Serviços de Saúde. De acordo com esta consideração estão Pedro, Ferreira e Mendes (2010), que no seu estudo apresentam uma influência muito significativa na satisfação dos utentes, sendo os com ensino médio ou superior os mais insatisfeitos.

Já no estudo realizado por Franco e Florintim (2006), não corrobora com o estudo dos autores acima mencionados, pois constataram na sua investigação que quanto maior é a formação do utente, maior é a sua satisfação. A relação entre satisfação e classe social é menos consistente, sendo um problema, uma vez que as variáveis socioeconómicas muitas vezes não são avaliadas (Sitzia & Wood, 1997).

Um estudo exploratório realizado em quatro Hospitais na cidade de Porto Alegre, no Brasil, em 2003, constatou que nas unidades de internamento é a equipa de Profissionais de Saúde quem exerce uma maior influência na satisfação do doente. Os atributos apresentados pelos doentes em relação à equipa foram: acolhimento e atenção; atendimento rápido; capacidade de resolver problemas ou atender a pedidos dos doentes; atendimento e respeito à privacidade (Moura & Luce, 2004).

Uma série de “artefatos psicossociais” podem afetar expressões de satisfação do paciente, sendo que estes podem relatar maior satisfação do que realmente sentem, porque eles acreditam que comentários positivos são mais aceitáveis para os pesquisadores/investigadores, ou podem ter influenciando a sua atitude pessoal (Gayet-Ageron, Agoritsas, Schiesari, Kolly & Perneger, 2011; LeVois et al., 1981, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Uma situação que pode enviesar os dados é o idoso com comprometimento cognitivo, sendo que o paciente pode interpretar mal as perguntas que lhe são colocadas pelo investigador (Jacomb et al., 2002, *cit. in* Gayet-Ageron, Agoritsas, Schiesari, Kolly & Perneger, 2011).

A satisfação dos utentes é hoje um imperativo que se impõe numa era onde a informação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todas as

áreas. Por outro lado, o nível educacional da população aumentou e o relacionamento passivo do utente quanto ao seu tratamento está a mudar para uma forma cada vez mais participada a todos os níveis, e a mais variados níveis de exigência, com o intuito de atingir a excelência dos Serviços de Saúde (Franco & Florintim, 2006).

Em seguida passaremos para a segunda parte desta investigação, o Estudo de Campo.

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

CAPITULO 4 – METODOLOGIA

Neste capítulo são abordadas as opções metodológicas no âmbito deste trabalho, bem como o tipo de abordagem metodológica, as principais questões que deram origem a este estudo, as características da amostra, as variáveis, as hipóteses e as características do instrumento de avaliação da satisfação.

4.1 - Abordagem Metodológica

A investigação quantitativa é um processo sistemático de identificação de dados observáveis e quantificáveis, objetivos, que existem independentemente do investigador, que permite desenvolver e validar conhecimentos prévios. O investigador não deve introduzir fatores de distorção nos dados e deve adotar um processo ordenado à obtenção dos resultados. Para tal, são fundamentais: a procura da objetividade; o controlo de variáveis e a possibilidade de generalização dos resultados (Garcia & Parra, 2002).

Este é um estudo exploratório, descritivo e transversal, em que os instrumentos utilizados são o questionário sócio-demográfico e a escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos, do tipo Likert, constituindo-se numa abordagem quantitativa.

4.2 - Delineamento do Estudo

A satisfação do internamento tem sido abordada desde há muitos anos à população adulta em geral, mas poucos estudos têm sido realizados a idosos sobre a satisfação do internamento no geral.

Esta investigação surge nesta perspetiva, em que a revisão da literatura a esta temática tem sido feita principalmente em estudos realizados em Hospitais, quer no mundo, quer em Portugal.

Surgiu, desta forma, a necessidade de avaliar a satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção da RNCCI na região do Algarve.

O estudo assume a natureza de um estudo exploratório descritivo com uma metodologia quantitativa. Descritivo porque pretende-se descrever a forma como os idosos vivenciam o seu internamento, e quantitativa pois pretende avaliar o seu grau de satisfação.

A abordagem quantitativa “contém limites e fraquezas intrínsecas, contudo, é interessante e apaixonante para o investigador que a empreende, porque implica, aos diferentes níveis da sua realização, um equilíbrio subtil e permanente entre rigor técnico e imaginação” (Albarello, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy, et al., 2005:83).

4.2.1 – Principais Hipóteses

Propondo-se esta investigação conhecer a satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades de Cuidados Continuados, emergem as seguintes hipóteses, dado que em consonância com Fortin (1999:48), “qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática (...) e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H₁ – Os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação global do que os utentes internados das Unidades de Longa Duração e Manutenção.

H₂ – Os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto ao ambiente físico, segurança e

acolhimento profissional do que os utentes internados das Unidades de Longa Duração e Manutenção.

H₃ – Os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto ao apoio familiar e social do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

H₄ – Os utentes internados nas Unidades Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto à informação e processo terapêutico do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção.

4.3 – Amostra e Procedimentos

Gil (1999) menciona que as pesquisas sociais abarcam um universo de elementos tão grande que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por esse motivo, é muito frequente trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

O autor refere ainda que o universo é um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características, como tal o universo do meu estudo são os idosos internados nas UMDR e ULDM da RNCCI com idade ≥ 65 anos.

No que concerne à amostra, esta é um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população. A dimensão da amostra total do estudo é constituída por 91 idosos de ambos os sexos internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação de Tavira (Cruz Vermelha Portuguesa), Olhão (ACASO), Portimão (da Santa Casa da Misericórdia e da Al Vita) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção de St.^a Catarina Fonte do Bispo (Cruz Vermelha Portuguesa), Albufeira (Fundação António Silva Leal) e Algoz (Quinta de São Sebastião) da RNCCI no Algarve.

A amostra é de conveniência, constituída por 91 sujeitos de ambos os sexos, sendo 38 (42%) utentes do sexo masculino e 53 (58%) utentes do sexo

feminino, amplitude de idades varia entre os 65 anos e os 91 anos e cuja média de idades é de 78 (77,95) anos de idade. A amostragem por acessibilidade ou por conveniência, cujo pesquisador selecciona os elementos que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Este tipo de amostragem aplica-se em estudos exploratórios (Gil, 1999).

No que concerne à residência dos sujeitos 51 (56%) idosos residem em meio rural, sendo 21 (23%) do sexo masculino e 30 (33%) do sexo feminino. Os sujeitos residentes em meio urbano (44%), 17 (19%) idosos são do sexo masculino e 23 (25%) do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, 13 (14%) sujeitos são solteiros, 29 (32%) sujeitos são casados ou vivem em união de fato, 7 (8%) sujeitos são divorciados e 42 (46%) sujeitos são viúvos.

Relativamente com quem vive, 36 (39,56%) dos idosos vivem sozinhos, 27 (29,67%) vivem com o(a) esposo(a) / companheiro(a), 16 (18,58%) residem com os filhos, apenas um (1%) idoso vive em lar de idosos e 11 (12%) sujeitos responderam que vivem com outros.

No que concerne ao nível de escolaridade dos sujeitos, verificou-se que 21 (23%) idosos são analfabetos (não sabem ler, nem escrever), 25 (28%) idosos sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino, 38 (42%) idosos tem o ensino primário concluído, 3 (3%) idosos concluíram o ensino básico, 3 (3%) concluíram o ensino secundário e apenas 1 (1%) idoso frequentou o ensino superior.

Constatámos que 65 (71%) dos sujeitos da nossa amostra está internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, sujeitos de ambos os sexos, sendo 28 (30,76%) utentes do sexo masculino e 37 (40,65%) utentes do sexo feminino, cuja amplitude de idades varia entre os 65 anos e os 90 anos e cuja média de idades é de 78 anos de idade.

Quanto à caracterização dos sujeitos internados nas UMDR e no que concerne à residência, 35 (38,46%) idosos residem em meio rural, sendo 16

(17,58%) do sexo masculino e 19 (20,87%) do sexo feminino. Os sujeitos residentes em meio urbano são 30 (32,96%), sendo que 12 (13,18%) idosos são do sexo masculino e 18 (19,78%) dos sujeitos são do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, 7 (7,69%) sujeitos do sexo masculino são solteiros e 2 (2,19%) do sexo feminino são solteiras, 9 (9,89%) sujeitos são casados ou vivem em união de fato são do sexo masculino e 16 (17,58%) são do sexo feminino, 4 (4,39%) dos sujeitos masculinos são divorciados, sendo que este estado civil não se verificou no sexo feminino, por último 8 (8,79%) sujeitos do sexo masculino são viúvos e 19 (20,87%) são do sexo feminino.

Relativamente com quem vive, 10 (10,98%) dos idosos vivem sozinhos são do sexo masculino e 14 (15,38%) são do sexo feminino, 7 (7,69%) dos sujeitos do sexo masculino vivem com a esposa / companheira e 15 (16,48%) são sujeitos do sexo feminino vivem com o marido / companheiro, 4 (4,39%) dos idosos do sexo masculino residem com os filhos e 6 (6,59%) são do sexo feminino, dos sujeitos nenhum se encontrava a viver em lar de idosos e por último 6 (6,59%) sujeitos responderam que vivem com outros são do sexo masculino e 3 (3,29%) são do sexo feminino.

Relativamente ao nível de escolaridade dos sujeitos, verificou-se que 7 (7,69%) idosos do sexo masculino são analfabetos (não sabem ler, nem escrever) e 8 (8,79%) são do sexo feminino, 4 (4,39%) idosos sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino são do sexo masculino e 11 (12,08%) são do sexo feminino, 12 (13,18%) dos sujeitos do sexo masculino tem o ensino primário concluído e 18 (19,78%) são do sexo feminino, apenas 1 (1%) dos sujeitos do sexo masculino concluiu o ensino básico, 3 (3,29%) dos sujeitos que concluíram o ensino secundário são do sexo masculino e apenas 1 (1%) idoso frequentou o ensino superior, sendo o sujeito do sexo masculino.

Constatámos que 26 (29%) dos sujeitos da nossa amostra estão internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, sujeitos de ambos os sexos, sendo 10 (10,98%) utentes do sexo masculino e 16 (17,58%) utentes

do sexo feminino, a amplitude de idades varia entre os 66 anos e os 91 anos e cuja média de idades é de 78 anos.

Quanto à caracterização dos sujeitos internados nas ULDM e no que concerne à residência, 16 (17,58%) idosos residem em meio rural, sendo 5 (5,49%) do sexo masculino e 11 (12,08%) do sexo feminino. Os sujeitos residentes em meio urbano são 10 (10,98%), 5 (5,49%) idosos são do sexo masculino e 5 (5,49%) do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, apenas 1 (1%) dos sujeitos do sexo masculino é solteiro e 2 (2,19%) do sexo feminino são solteiras, 4 (4,39%) sujeitos são casados ou vivem em união de fato são do sexo masculino e 2 (2,19%) são do sexo feminino, 3 (3,29%) dos sujeitos masculinos são divorciados, sendo que este estado civil não se verificou no sexo feminino, por último 2 (2,19%) sujeitos do sexo masculino são viúvos e 12 (13,18%) são do sexo feminino.

Relativamente com quem vive, 5 (5,49%) dos idosos que vivem sozinhos são do sexo masculino e 7 (7,69%) dos sujeitos são do sexo feminino, 4 (4,39%) dos idosos do sexo masculino vivem com a esposa / companheira e 1 (1%) são sujeitos do sexo feminino vive com o marido / companheiro, 1 (1%) sujeito do sexo masculino referiu residir com os filhos e 5 (5,49%) sujeitos do sexo feminino também o frisou, apenas um (1%) idoso do sexo feminino vive em lar de idosos e 2 (2,19%) sujeitos do sexo feminino responderam que vivem com outros.

Relativamente ao nível de escolaridade dos sujeitos, verificou-se que 2 (2,19%) idosos do sexo masculino são analfabetos (não sabem ler, nem escrever) e 4 (4,39%) são do sexo feminino, 2 (2,19%) idosos sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino são do sexo masculino e 8 (8,79%) são do sexo feminino, 4 (4,39%) dos sujeitos do sexo masculino tem o ensino primário concluído e 4 (4,39%) são do sexo feminino, apenas 2 (2,19%) dos sujeitos do sexo masculino concluiu o ensino básico, e nenhum dos sujeitos quer do sexo masculino quer feminino frequentou ou concluiu o ensino secundário ou o ensino superior.

A opção por estas Unidades prende-se ao fato de serem Unidades de internamento em que os idosos têm um tempo de internamento superior a um mês, conseguindo assim realizar uma avaliação de satisfação dos mesmos.

Após ter sido pedida autorização às respetivas Direções das Unidades foram passados, simultaneamente, durante os meses de janeiro, fevereiro, março, abril, maio e junho, nas respetivas Unidades aos idosos com idade igual ou superior a 65 anos de idade, um questionário socio-demográfico e uma escala de avaliação da satisfação.

A realização deste trabalho de investigação implicou uma responsabilidade pessoal e profissional, para assegurar que todos os princípios éticos e deontológicos fossem respeitados e postos em prática, assim sendo, os elementos que contribuíram para este estudo foram contactados pessoalmente pela mestranda, com o intuito de perceber a disponibilidade e interesse em participar e contribuir para o desenvolvimento da investigação, assim como garantir a aceitação do mesmo. A aplicação destes questionários foi realizada pela investigadora e decorreu durante o internamento dos idosos nas Unidades.

Todos os idosos que integraram neste estudo fizeram-no de forma voluntária, sendo-lhes garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. No início de cada questionário, foram clarificados os objectivos do trabalho, a confidencialidade, o anonimato e assegurado a não utilização dos dados para outro fim que não o deste estudo. Outro aspeto que se teve em conta foi a obtenção do consentimento informado, explicitando o porquê da sua necessidade. Foram cumpridos e respeitados os princípios éticos ao longo de todo o trabalho.

No tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS - 19 que permitiu através do tratamento estatístico medir as variáveis em estudo.

4.4 – Instrumentos de Pesquisa

4.4.1 – Descrição do instrumento de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI

A entrevista informal é recomendada nos estudos exploratórios, que visam abordar realidades pouco conhecidas pelo investigador, ou então dar uma visão mais aproximada ao problema estudado (Gil, 1999).

Esta técnica foi aplicada a 4 sujeitos na UMDR de Olhão antes da aplicação do questionário e teve como objectivo recolher dados e informação pertinente para a elaboração do questionário sócio-demográfico e da escala de avaliação da satisfação.

Para avaliação da satisfação e conhecer a percepção dos idosos internados nas UMDR e das ULDM do Algarve, foi elaborado um questionário sócio-demográfico e uma escala de satisfação, após terem sido identificadas algumas questões problema. Da análise de conteúdo deste estudo prévio, foram retiradas as variáveis que de acordo com o enquadramento teórico, constituíram as variáveis deste trabalho.

Foi construído um instrumento de avaliação da satisfação, escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI, composto por duas partes. A primeira parte com seis questões, constituiu na avaliação das variáveis sócio-demográficas, “idade”, “sexo”, “residência”, “estado civil”, “com quem vive” e “qual o seu nível de escolaridade?”. A segunda parte, é constituída por duas questões, sendo a primeira questão “Satisfação global – Na qualidade da prestação do serviço sinto-me”; a segunda questão “Como considera a satisfação nos seguintes aspetos”, tem dezoito alíneas onde se avaliam o ambiente físico, segurança e acolhimento profissional; apoio familiar e social e por último, informação e processo terapêutico.

Para a avaliação da variável sexo usou-se uma questão fechada de “Masculino” e “Feminino”; para a avaliação da idade optou-se por uma questão aberta; para a variável residência usou-se uma questão fechada de “Rural” e “Urbana”; para a variável qual o seu nível de instrução escolar

optou-se por uma questão fechada de “Não sabe ler e escrever”, “Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino”, Ensino primário (4ª classe), Ensino básico (9º ano), Ensino secundário (12ºano) e Ensino superior.

Na escala avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI, que corresponde à forma como os utentes idosos percecionam a satisfação global do internamento; o ambiente físico, segurança e acolhimento profissional; apoio familiar e social e por último, informação e processo terapêutico, foi construído um questionário com uma escala do tipo LiKert composto por seis graus de resposta, variando de um (nada satisfeito) a seis (bastante satisfeito) nas questões que avaliam a satisfação do serviço.

4.4.2 – Considerações metodológicas sobre a formação do instrumento de escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI

É importante fazer menção a alguns aspetos sobre a formulação do instrumento *escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI* criada para avaliação da sua satisfação acerca do internamento nas UMDR e ULDM da RNCCI.

Desde o princípio que a dificuldade acerca da avaliação da satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades da RNCCI, nomeadamente nas variáveis que se pretendiam estudar, esteve presente, existindo alguns estudos sobre a satisfação dos utentes (UMCCI, 2008) e em Serviços de Saúde (Franco & Florentim, 2006).

Nesta linha de pensamento, elaborou-se um questionário sócio-demográfico com questões fechadas e uma escala de avaliação da satisfação dos utentes idosos na RNCCI com duas perguntas: “Satisfação Global” e “Como considera a satisfação nos seguintes aspetos” (com 18 itens). Para responder às perguntas utilizou-se a escala de Likert, com seis repostas possíveis, variando de 1 “nada satisfeito” a 6 “bastante satisfeito”.

Nos meses de janeiro e fevereiro foram passados os instrumentos a três utentes idosos internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação em

Tavira, a três utentes idosos internados na Unidade de Longa Duração e Manutenção em Albufeira e a 25 idosos internados na Unidade Média Duração e Reabilitação em Olhão, cuja amostra consistiu em 31 sujeitos.

Nos meses seguintes, março, abril, maio e Junho, foi recolhida a amostra total, foram passados os instrumentos aos utentes idosos internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação em Olhão e Portimão (Santa Casa da Misericórdia e Al Vita) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção em Santa Catarina Fonte do Bispo (Cruz Vermelha de Tavira) e Quinta de São Sebastião (Algoz), cuja amostra consistiu em 91 sujeitos.

Os 31 sujeitos que participaram no pré-teste também fizeram parte da amostra total (91 sujeitos). A aplicação do questionário sócio-demográfico e a escala de avaliação da satisfação decorreu durante o internamento do utente idoso.

Durante a elaboração de um instrumento de avaliação e de forma rigorosa, segundo Jesus (1996; 2000, *cit. in* Pacheco, 2002:97), referindo Golden et al. (1984, *cit. in* Pacheco, 2002:97), a análise da correlação de cada item com o total da escala a que pertence, sem o peso do item em causa, deve ser realizada no sentido de permitir uma melhor avaliação da variável em estudo, o que corrobora com Hill e Hill (2000).

No cálculo das correlações item-total, assume-se que cada item deve contribuir para avaliar o que se pretende medir. Isto significa, que em termos estatísticos deve existir uma correlação forte superior a 0.3 entre o total e cada item, sendo esta correlação estatisticamente significativa.

Inicia-se por calcular as correlações entre itens, cujos valores devem ser positivos e significativos, referindo Pacheco (2002:97), que cada item mede algo em comum com os outros itens, e que, o que se mede em comum por estes itens, é a variável latente que se quer medir através do questionário.

Posteriormente à verificação dos resultados obtidos na correlação dos itens deve-se efetuar análise fatorial, no sentido de analisar se as estruturas fatoriais na avaliação das dimensões em estudo apresentam agrupamentos

que nos permitam selecionar os itens que possam constituir instrumento de medida das variáveis em estudo (Jesus, 1996, *cit. in* Pacheco, 2002).

Na perspetiva de Hill e Hill (2000, *cit. in* Pacheco, 2002) a análise fatorial é usada para a verificação da unidimensionalidade de um conjunto de itens. Isto significa, que a análise fatorial analisa as correlações entre itens para verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis latentes (Hill & Hill, 2000:140).

Segundo Pacheco (2002), para Gronlund (1988) e Messick (1981) a análise fatorial é frequentemente utilizada na validação de instrumentos de avaliação, no sentido de possibilitar a explicação dos resultados com base em estruturas hipotéticas previamente delineadas.

Assim, para Pacheco (2002), o terceiro passo para a construção do questionário envolve o exame da fiabilidade e da validade. A medida de uma variável latente é fiável se for consistente, assim, usa-se para estimar a consistência interna (fiabilidade interna), o *coeficiente alfa* (α) desenvolvido pelo investigador americano Cronbach.

De acordo com Jesus (1996, *cit. in* Pacheco, 2002), a análise da consistência interna é o método mais adequado de análise para escalas do tipo Likert, pois é possível verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que compõem a escala.

Nos instrumentos de avaliação, um instrumento que apresente uma consistência interna de 0.7 é considerado adequado para avaliar a variável que se pretende medir (Pestana & Gageiro, 2008). Contudo, muitas vezes na literatura existem instrumentos em que a consistência interna é abaixo desse valor, que na perspetiva de Hill e Hill (2000) o coeficiente alfa ser só é inaceitável abaixo de 0.6.

Para podermos generalizar os resultados obtidos com maior rigor, utilizámos um número de sujeitos elevado (91 sujeitos), de forma a cumprirmos os critérios de Tinsley e Tinsley (1987), cujo número de sujeitos deve ser pelo

menos cinco vezes o número de itens da medida em estudo (Hill & Hill, 2000; Jesus, 1996).

Na avaliação de satisfação dos utentes quanto ao internamento e tendo em conta a sua importância neste estudo, começámos por calcular as correlações (r) entre os itens com o total, sendo assim, a partir desta fase avaliamos a satisfação com que cada utente idoso percebe cada item. Na análise estatística dos itens em causa, em que na análise da correlação item-total, verificou-se a existência de uma correlação positiva e significativa em quase todos os itens.

Quanto aos itens 2.11, 2.12 e 2.14 que não apresentam correlações item-total com valores positivos superiores a .3, irão ser considerados no nosso estudo por serem itens importantes para avaliar a variável latente em estudo e pelo carácter exploratório, descritivo e transversal que o estudo tem, de acordo com Jesus e Pereira (1994) (*vide* quadro 4.1).

Quadro 4.1: Resultados obtidos da análise da correlação item-total

Itens	r
1	.345
2.1	.453
2.2	.387
2.3	.475
2.4	.354
2.5	.378
2.6	.296
2.7	.345
2.8	.359
2.9	.407
2.10	.295
2.11	.100
2.12	.259
2.13	.408
2.14	.150
2.15	.517
2.16	.533
2.17	.349
2.18	.540

Para análise das correlações entre itens e verificar se esses itens medem uma ou mais variáveis latentes, utilizamos na análise dos 19 itens que medem a satisfação, a análise fatorial (*Principal Component Analysis*) tendo sido obtidos 19 componentes que explicam a totalidade da variância, sendo que os três primeiros componentes explicam 44,26% da variância cumulativa.

Seguidamente, impôs-se à estrutura uma solução em três fatores (pois estes destacam-se dos outros). Obteve-se uma explicação de 44,26% da variância cumulativa seguida de rotação *Varimax With Kaiser Normalization*. Desta

forma, o primeiro fator (F1) explica 23,92% da variância, o segundo fator (F2) explica 11,14% da variância e o último fator (F3) explica 9,19% da variância.

Estes fatores são saturados pelos itens que pertencem relativamente ao fator F1 atribuímos o nome de *ambiente físico, segurança e acolhimento profissional*, a satisfação relativamente o item 2.4 “higiene/limpeza e condições das instalações sanitárias” (.783), o item 2.1 “qualidade geral das instalações” (.723), o item 2.3 “ambiente físico (luminosidade, ruído, climatização, espaço, decoração)” (.616), o item 2.2 “as condições físicas de acolhimento da sala de estar” (.585), o item 2.9 “segurança no espaço” (.561), o item 2.18 “apreciação global da Unidade” (.516), o item 2.5 “sala de refeições” (.431), o item 2.13 “atenção que me é prestada ao meu estado de saúde pelos profissionais da Unidade” (.427) e o item 2.10 “a preservação da minha privacidade” (.363).

Quanto ao fator F2, damos o nome de *apoio familiar e social*, a satisfação quanto ao item 2.7 “o horário das visitas (horas, duração, etc)” (.846), o item 2.17 “apoio da família durante o internamento” (.770), o item 2.8 “o espaço para receber as minhas visitas” (.454) e o item 2.6 “a qualidade das refeições (confeção, aspeto, temperatura, quantidade)” (.393).

Ao terceiro e último fator F3 atribuímos o nome de *informação e processo terapêutico*, a satisfação quanto ao item 2.14 “clareza e forma de informação fornecida acerca do funcionamento da Unidade” (.728), o item 2.12 “informação sobre a minha situação clínica e plano de intervenção individual” (.662), o item 2.11 “participação com a equipa multidisciplinar da Unidade na elaboração do meu plano individual de intervenção” (.636), o item 2.15 “amabilidade e disponibilidade dos profissionais da Unidade” (.436) e o item 2.16 “apoio dos profissionais quando precisei” (.427), (*vide* quadro 4.2).

Quadro 4.2: Estrutura fatorial do instrumento de avaliação da satisfação após rotação varimax

Itens	Fatores		
	1	2	3
2.4	.783	-,115	-,156
2.1	.723	.104	-,074
2.3	.616	.150	.162
2.2	.585	.031	-,053
2.9	.561	.103	.108
2.18	.516	.252	.361
2.5	.431	.150	.029
2.13	.427	.362	.134
2.10	.363	.006	.345
2.7	.004	.846	.010
2.17	-,016	.770	.110
2.8	.377	.454	-,236
2.6	.274	.393	-,064
2.14	-,165	.100	.728
2.12	.044	.043	.662
2.11	-,005	-,259	.636
2.15	.433	.292	.436
2.16	.392	.417	.427

Assim, e na sequência do processo de validação do instrumento, segundo Hill e Hill (2000), determinamos a consistência interna da satisfação dos utentes idosos quanto ao internamento, tendo obtido o valor *alpha* de .77, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na avaliação da satisfação.

Neste seguimento, calculamos a consistência interna dos fatores F1 fator “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional”, do fator F2 “apoio

familiar e social” e do fator F3 “informação e processo terapêutico”, tendo sido obtido para o fator F1 o valor de *alpha* de .73, para o fator F2, o valor de *alpha* de .63 e para o fator F3 o valor de *alpha* é de .60, o que está de acordo quanto à fiabilidade do instrumento na medição da avaliação da satisfação, segundo Hill e Hill (2000) (*vide* quadro 4.3).

Quadro 4.3 – Resultados obtidos da consistência interna dos fatores de avaliação da satisfação

	Fatores			Total
	F1	F2	F3	
α	.736	.639	.609	.77

Em seguida, passaremos à apresentação e discussão dos resultados, onde vamos debater os argumentos acerca dos resultados obtidos no nosso estudo.

CAPITULO 5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentaremos os resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas.

O investigador, para tirar conclusões dos resultados e das implicações que deles decorrem, deve comparar, contrastar os resultados e servir-se da teoria, dos trabalhos de investigação que trataram do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências (Fortin, 1995). Assim sendo, este capítulo destina-se à apresentação da análise e da discussão dos resultados da investigação e como tal, seguiu-se a sequência do instrumento de avaliação da satisfação.

5.1.- Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas e a avaliação da satisfação

Neste capítulo apresentam-se em primeiro lugar os resultados referentes à descrição das relações entre a variável sócio-demográfica idade e a avaliação da satisfação; em segundo lugar, descrevemos a relação entre a variável sexo com a avaliação da satisfação, seguindo-se a descrição da relação entre a variável residência com a avaliação da satisfação e, por último, a análise estatística da variável nível de ensino escolar com a avaliação da satisfação.

5.1.1. - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas idade e avaliação da satisfação global

Para a análise descritiva dos resultados obtidos nas variáveis sócio-demográficas idade e a avaliação da satisfação global consideradas para este estudo, calculamos as médias, os desvios padrões e os valores máximos e mínimos (*vide* quadro 5.4).

Quadro 5.4: Média, desvio padrão e o valor máximo e mínimo obtido na variável idade e avaliação global

Variável	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	77,95	7,352	65	91
Satisfação Global	4,70	,863	2	6

Mínimo= Muito pouco satisfeito; Máximo= Bastante satisfeito

No sentido de verificar as possíveis relações entre as variáveis sócio-demográficas, realizámos a correlação de Pearson, tendo-se verificado que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos idosos e a avaliação da satisfação global, uma vez que a amplitude é superior a $p < .05$ (*vide* quadro 5.5).

Quadro 5.5: Correlação entre a idade e a avaliação da satisfação global

Variáveis	P
Idade x Satisfação Global	,124

5.1.2 - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas sexo e a avaliação da satisfação

Da análise estatística entre o sexo dos idosos e a avaliação da satisfação, constatou-se que é o sexo feminino que apresenta maior grau de satisfação na satisfação global, no *F1* "ambiente físico, segurança e acolhimento" e no *F2* "apoio familiar e social", sendo que o sexo masculino apenas apresenta maior satisfação no *F3* "informação e processo terapêutico" (*vide* quadro 5.6).

Quadro 5.6 – Resultado das médias obtidas na análise estatística entre a variável sócio-demográfica sexo e a avaliação da satisfação

Sexo	Satisfação Global	F1	F2	F3
Feminino	46,31	46,02	47,28	44,03
Masculino	45,57	45,97	44,21	48,75

.Kruskal Wallis

Quanto à análise estatística entre a avaliação da satisfação e o sexo dos utentes, constatou-se que não é significativa na avaliação da satisfação global (Chi-Square=4,767, $p=.312$), também não é estatisticamente significativa para F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional” (Chi-Square=26,407, $p=.441$), para F2 “apoio familiar e social” (Chi-Square=13,456, $p=.705$) e para F3 “informação e processo terapêutico” (Chi-Square=22,402, $p=.131$) (vide quadro 5.7).

Quadro 5.7 – Resultados obtidos da análise estatística entre a avaliação da satisfação e o sexo dos idosos

	Chi-Square	P
Satisfação Global	4,767	,312
F1	26,407	,441
F2	13,456	,705
F3	22,402	,131

.Chi-Square

5.1.3 - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas residência e a avaliação da satisfação

Constatámos a este respeito que não é estatisticamente significativa para a avaliação da satisfação no que se refere à residência, sendo as pessoas com residência urbana que apresentam maior satisfação global com um valor médio de 49,83 e são as pessoas que residem em meio rural que estão mais satisfeitas com F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional” com um valor médio de 52,15, com F2 “apoio familiar e social” com um valor médio de 48,58 e com F3 “informação e processo terapêutico” com um valor médio de 47,43 (*vide* quadro 5.8).

Quadro 5.8: Resultado das médias obtidas na análise estatística entre a variável sócio-demográfica residência e a avaliação da satisfação

Residência	Satisfação Global	F1	F2	F3
Rural	43,00	52,15	48,58	47,43
Urbana	49,83	38,16	42,71	44,18

Kruskal Wallis

Da análise estatística entre a avaliação da satisfação global e residência dos idosos, constatou-se que não é significativa na avaliação da satisfação global (Chi-Square=1,708, $p=.191$), e sendo estatisticamente significativa para F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional” (Chi-Square=6,302, $p=.012$), de F2 “apoio familiar e social” (Chi-Square=1,118, $p=.290$), de F3 “informação e processo terapêutico” (Chi-Square=,345, $p=.557$) (*vide* quadro 5.9).

Quadro 5.9: Resultados obtidos da análise estatística entre os fatores residência e a avaliação da satisfação

	Chi-Square	P
Satisfação Global	1,708	,191
F1	6,302	,012*
F2	1,118	,290
F3	,345	,557

.Kruskal Wallis

*p<.05

5.1.4 - Análise descritiva das relações entre as variáveis sócio-demográficas o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação

Na análise estatística entre a variável nível de escolaridade e a avaliação da satisfação, constatámos que os idosos que possuem o ensino secundário (12º anos) apresentam maior satisfação global, com um valor médio de 65,67 e maior satisfação quanto ao F3 “informação e processo terapêutico”, com um valor médio de 78,17.

Quanto ao F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional”, são os idosos que não sabem ler nem escrever sem possuir grau de ensino os mais satisfeitos, com um valor médio de 53,29 e os idosos com ensino primário (4ª classe) são os mais satisfeitos quanto ao F2 “apoio familiar e social”, com um valor médio de 49,38 (*vide* quadro 5.10).

Quadro 5.10: Resultado das médias obtidas na análise estatística entre a variável o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação

Nível de escolaridade	Satisfação			
	Global	F1	F2	F3
Não sabe ler e escrever	54,83	53,29	43,31	38,93
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	44,46	48,16	45,74	45,10
Ensino primário (4ª classe)	41,45	42,95	49,38	47,99
Ensino básico (9º ano)	42,67	33,67	44,67	42,33
Ensino secundário (12º ano)	65,67	39,83	37,50	78,17
Ensino superior	23,00	10,50	10,00	56,00

.KrusKal Wallis

Quanto à análise estatística entre a avaliação da satisfação e a variável nível de escolaridade dos idosos, verificou-se que não é significativa na avaliação da satisfação global (Chi-Square=6,882, $p=.230$), também não sendo estatisticamente significativa para *F1* “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional” (Chi-Square=4,910, $p=.427$), para *F2* “apoio familiar e social” (Chi-Square=3,054, $p=.692$) e para *F3* “informação e processo terapêutico” (Chi-Square=6,471, $p=.263$) (*vide* quadro 5.11).

Quadro 5.11: Resultados obtidos da análise estatística entre os fatores o nível de escolaridade e a avaliação da satisfação

	Chi-Square	P
Satisfação Global	6,882	,230
F1	4,910	,427
F2	3,054	,692
F3	6,471	,263

.Kruskal Wallis

5.2 Análise descritiva das hipóteses formuladas

5.2.1 Descrição dos resultados

Como a finalidade deste estudo é a investigação e a análise da avaliação da satisfação dos utentes idosos internados nas UMDR e ULDM da RNCCI do Algarve, tendo em conta todos estes aspetos, recorreremos ao teste *t* para amostras emparelhadas e ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis, como principais metodologias de análise estatística dos dados (Pestana & Gageiro, 2008).

O teste *t* deve-se ao fato de se pretender comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos, sendo neste estudo a avaliação da satisfação dos utentes idosos internados na UMDR e na ULDM (Pestana & Gageiro, 2008; Hill & Hill, 2000).

Relativamente à utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis, foi por ser um teste alternativo à Anova, ou seja, deve ser usado quando existem grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade (as variâncias de cada grupo são iguais entre si), pondo-se em risco as conclusões obtidas na análise da variância (Pestana & Gageiro, 2008)

Assim, quanto aos “utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentarem maior satisfação global do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, e da análise

estatística, constatámos que é estatisticamente aceite a hipótese nula, sendo que os utentes das UMDR não apresentam maior satisfação do que os utentes das ULDM, com um $p > .05$ ($p = ,207$) (*vide* quadro 5.12).

Quadro 5.12: Resultados obtidos do teste *t* entre as variáveis avaliação da satisfação global dos utentes das UMDR e ULDM.

Tipologias	<i>t</i>	Diferença de Médias	P
UMDR x ULDM	-1,272	-,254	,207

Teste *t*

Em segundo lugar, quanto aos “utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentarem maior satisfação quanto ao ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção” rejeita-se a hipótese nula, pois é estatisticamente significativa $p < .05$ ($p = .005$). Deste modo, os utentes internados nas ULDM apresentam maior satisfação que os utentes internados nas UMDR (*vide* quadro 5.13).

Quadro 5.13: Resultados obtidos do teste *t* entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F1 “ambiente físico, segurança e acolhimento profissional”.

Tipologia	<i>t</i>	Diferença de Média	P
UMDR x ULDM	-2,867	-3,992	,005*

Teste *t*

$p < .05$

Em terceiro lugar, para a hipótese “os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentarem maior satisfação quanto ao

apoio familiar e social (F2) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, aceita-se hipótese nula, pois não é estatisticamente significativa com $p > .05$ ($p = .552$) (vide quadro 5.14).

Quadro 5.14: Resultados obtidos do teste *t* entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F2 “apoio familiar e social”

Tipologia	<i>t</i>	Diferença de Médias	P
UMDR	-,597	-,554	,552

Teste *t*

Em quarto, a hipótese “os utentes internados na Unidade Média Duração e Reabilitação apresentarem maior satisfação quanto à informação e processo terapêutico (F3) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, aceita-se a hipótese nula, pois não é estatisticamente significativo, com $p > .05$ ($p = .104$) (vide quadro 5.15).

Quadro 5.15: Resultados obtidos do teste *t* entre as variáveis avaliação da satisfação dos utentes quanto ao F3 “informação e processo terapêutico”

Tipologia	<i>t</i>	Diferença de Médias	P
UMDR x ULDM	1,642	1,554	,104

Teste *t*

$p > .05$

Em seguida, passaremos à discussão dos resultados, onde vamos debater os argumentos acerca dos resultados obtidos no nosso estudo.

5.3 - Discussão dos Resultados

Começamos por verificar no nosso estudo que a amostra total é composta por 91 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 65 anos e os 91 anos (cuja média de idades é de 78 anos), internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (Unidade em Tavira, em Olhão e duas em Portimão) e nas Unidades de Longa Duração e Manutenção (Unidade em St.^a Catarina Fonte do Bispo, Albufeira e Algoz).

Os nossos resultados vão ao encontro dos resultados apresentados pelo INE em 2001 que menciona que a população mais envelhecida apresenta uma maior longevidade, em que se verifica uma maior percentagem de população com mais de 75 anos (INE, 2001).

Constatámos que 71% dos sujeitos da nossa amostra está internada nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, sendo 30,76% dos sujeitos são do sexo masculino e 40,65% dos sujeitos são do sexo feminino, cuja amplitude de idades varia entre os 65 anos e os 90 anos e tendo uma média de idades de 78 anos.

Verificámos que apenas 29% dos sujeitos da nossa amostra estão internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, sendo que 10,98% dos sujeitos são do sexo masculino e 17,58% dos sujeitos são do sexo feminino em que, a amplitude de idades varia entre os 66 anos e os 91 anos de idades, tendo uma média de idades também de 78 anos.

No que concerne à residência (rural ou urbano) dos sujeitos internados nas UMDR, 38,46% dos idosos residem em meio rural, sendo que 17,58% são do sexo masculino e 20,87% são do sexo feminino. Quanto aos sujeitos residentes em meio urbano, a percentagem é menor (32,96%), sendo que 13,18% são idosos do sexo masculino e 19,78% são do sexo feminino.

Quanto à residência (rural ou urbana) dos idosos internados nas ULDM, 17,58% dos sujeitos residem em meio rural, sendo que 5,49% são do sexo masculino e 12,08% são do sexo feminino. Os sujeitos residentes em meio urbano também apresentam uma percentagem menor (10,98%) como se

verificou nos idosos internados nas UMDR, sendo que se verificou 5,49%, de ambos os sexos a residirem em meio urbano.

Relativamente ao estado civil dos sujeitos internados nas UMDR, Constatámos que 7,69% dos sujeitos do sexo masculino são solteiros, 9,89% são casados / vivem em união de fato, 4,39% são divorciados, e 8,79% dos idosos do sexo masculino são viúvos. Quanto aos sujeitos do sexo feminino, 2,19% são solteiras, 17,58% são casadas / vivem em união de fato e 20,87% das idosas são viúvas, o estado civil divorciadas, não se verificou no sexo feminino.

Quanto ao estado civil dos sujeitos internados nas ULDM constatou-se que 1% dos idosos do sexo masculino são solteiros, 4,39% são casados / vivem em união de fato, 3,29% são divorciados e 2,19% dos sujeitos do sexo masculino são viúvos. Quanto ao estado civil do sexo feminino verificou-se a mesma percentagem em relação ao estado solteira e casada / vive em união de fato de 2,19% e 13,18% das idosas são viúvas, mais uma vez, não se verificou o estado civil divorciadas no sexo feminino.

Verificámos nas UMDR que 10,98% dos idosos do sexo masculino vivem sozinhos, 7,69% dos sujeitos referiam que vivem com a esposa/companheira, 4,39% responderam que residem com os filhos e 6,59% referiram que vivem com outros. Quanto aos sujeitos do sexo feminino 15,38% mencionaram que vivem sozinhas, 16,48% das utentes responderam que vivem com o marido/companheiro, 6,59% referiram que vivem com os filhos e 3,29% vivem com outros. Os sujeitos de ambos os sexos nenhum estava a residir em Lar de Idosos.

Quanto aos sujeitos do sexo masculino internados nas ULDM Verificámos que 5,49% dos idosos vivem sozinhos, 4,39% dos sujeitos referiam que vivem com a esposa/companheira e 1% dos sujeitos referiu que reside com os filhos. Quanto aos sujeitos do sexo feminino 7,69% mencionaram que vivem sozinhas, 1% das idosas responderam que vivem com o marido/companheiro, 5,49% referiram que vivem com os filhos, 1% das idosas vive em Lar de Idosos e 2,19% vivem com outros.

Relativamente ao nível de escolaridade dos sujeitos internados nas UMDR, Constatámos que 7,69% dos sujeitos do sexo masculino são analfabetos, 4,39% sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino, 13,18% concluíram o ensino primário (4^a classe), 1% concluíram o ensino básico, 3,29% concluíram o ensino secundário e apenas 1% dos idosos frequentou o ensino superior. Em relação ao nível de instrução do sexo feminino, verificou-se que nenhuma das idosas concluiu o ensino básico, o ensino secundário ou o ensino superior, sendo que 8,79% são analfabetas, 12,08% sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino e 19,78% das idosas concluíram o ensino primário (4^a classe).

Quanto ao nível de escolaridade dos sujeitos internados nas ULDM, Verificámos que 2,19% dos sujeitos do sexo masculino são analfabetos, 2,19% sabem ler e escrever, mas não possuem grau de ensino, 4,39% concluíram o ensino primário (4^a classe) e 2,19% concluíram o ensino básico. Os sujeitos do sexo feminino 4,39% são analfabetas, 8,79% das idosas sabem ler e escrever mas não possuem grau de ensino e 4,39% possuem o ensino primário (4^a classe). Constatámos que nenhum dos sujeitos internados nas ULDM possuía o ensino secundário ou o ensino superior.

Quanto aos resultados da relação entre a variável sócio-demográfica, a idade e a avaliação da satisfação global, não se verifica uma correlação estatisticamente significativa. Estes resultados contrariam o estudo realizado por Grytten, Carlsen e Skau (2009), no qual referem que as pessoas mais velhas estão mais satisfeitas do que a pessoas mais novas.

Após a exposição sócio-demográfica, Constatámos que os sujeitos que estão internados nas unidades da RNCCI no Algarve são na sua maioria do sexo feminino (58%), 33% das idosas residem em meio rural, 34,5% são viúvas, 23,07% vivem sozinhas e 24,17% possuíam o ensino primário (4^a classe).

Relativamente à análise da relação entre o sexo e a satisfação global e ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), apoio familiar e social (F2) e informação e processo terapêutico (F3)", verificámos que não

que é o sexo feminino que apresenta maior satisfação global, maior satisfação no "ambiente físico, segurança e acolhimento"(F1) e maior satisfação no "apoio familiar e social" (F2), sendo que o sexo masculino está mais satisfeito na "informação e processo terapêutico" que os sujeitos do sexo feminino (F3).

No estudo realizado por Pedro, Ferreira e Mendes (2010) constataram que o sexo influencia significativamente a satisfação dos utentes, sendo as mulheres as mais insatisfeitas, o que não está de acordo com o nosso estudo.

Uma maior satisfação por parte dos sujeitos do sexo masculino em relação à informação e processo terapêutico parecem ser aspetos importantes para que as pessoas do sexo masculino se sintam mais satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados. Também Ley (1997) argumenta, neste sentido, ao afirmar que existe uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes. Isto significa que a informação foi percebida e que houve uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e o utente (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen, 2010). Podemos referir, ainda, que os utentes do sexo masculino envolvem-se e colaboram mais no seu próprio processo terapêutico, sendo mais empenhados e determinados.

Quanto à relação entre o tipo de residência e a satisfação global e ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), apoio familiar e social (F2) e informação e processo terapêutico (F3)", constatámos que a avaliação da satisfação do fator residência não se confirma para F2 e F3 e sendo para F1 estatisticamente significativo. Verificou-se que os sujeitos que residem em meio urbano apresentam uma maior satisfação global, sendo que, os sujeitos que residem em meio rural apresentam maior satisfação quanto ao ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), manifestam maior satisfação quanto ao apoio familiar e social (F2) e sentem maior satisfação em relação à informação e processo terapêutico (F3).

Estes resultados não podem ser alvo de comparação, pois não existem estudos baseados na escala e com as variáveis que utilizamos. Contudo, podemos inferir que os idosos residentes em meio urbano estão globalmente mais satisfeitos com o internamento do que os utentes residentes em meio rural, que atribuem maior importância a fatores como o ambiente físico, segurança e acolhimento profissional, ao apoio familiar e social e à informação e processo terapêutico.

Por último, quanto o nível de escolaridade e a satisfação global e ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), apoio familiar e social (F2) e informação e processo terapêutico (F3)”, esta não se confirma. Constatámos que são os utentes que possuem o ensino secundário os que apresentam maior satisfação global e maior satisfação quanto à informação e processo terapêutico.

Quanto ao ambiente físico, segurança e acolhimento profissional, os utentes que apresentam maior satisfação são os utentes que não possuíam nível de escolaridade (não sabem ler e escrever). Relativamente à informação e processo terapêutico, os utentes que estão mais satisfeitos são os utentes que possuíam o nível de escolaridade 4^a classe.

Após a análise, verificámos que são os utentes do sexo masculino que possuem um nível de escolaridade superior face aos sujeitos do sexo feminino. De acordo com Franco e Florintim (2006), quanto maior é a formação do utente, maior é a sua satisfação. Da mesma forma, no nosso estudo podemos afirmar que quanto maior é o nível de escolaridade maior a satisfação dos pacientes, contrariando assim o estudo de Schutz e outros, que argumentam que um maior nível de escolaridade está fortemente associado à insatisfação dos pacientes com os serviços de saúde (1994, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997).

Relativamente às hipóteses por nós delineadas para o estudo em questão, constatámos que a hipótese “os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação global do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, que não

se confirma estatisticamente. Os utentes das UMDR não apresentam uma maior satisfação global do que os sujeitos internados nas ULDM.

Segundo o modelo “ as metas de procura de ajuda” de Fitzpatrick (1984, *cit. in* Sitzia & Wood, 1997), que se refere que as principais preocupações da maioria dos doentes não são a satisfação, mas sim a resolução do seu problema de saúde. Numa UMDR, a sua finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontra em processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico. Numa ULDM, a sua finalidade visa proporcionar cuidados que previnam e retardem a agravamento da situação de dependência, promovendo conforto e qualidade de vida.

Na ULDM, os utentes já estão mais resignados e conformados com a sua situação clínica, pelo que a sua satisfação estará então condicionada não pela resolução do seu problema, que é crónico, mas sim pelo ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), apoio familiar e social (F2) e informação e processo terapêutico (F3).

Quanto à hipótese “os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto ao ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, esta não se confirma. Este resultado pode ser explicado pelo fato das ULDM terem um período de internamento bastante superior ao tempo de internamento das UMDR, proporcionando assim a segurança, acolhimento, alimentação, conforto e higiene. O nosso resultado vai ao encontro do explanado por Ware, Snyder, Wright e Davies (1983), que a satisfação dos utentes engloba aspetos dos serviços tais como o acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico-paciente, entre outros.

Relativamente à hipótese “os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto ao apoio familiar e social (F2) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, esta também não se confirma. Lindhardt, Nyberg e

Hallberg (2008) mencionam que a colaboração entre familiares e profissionais de saúde pode ser importante e pode ser suscetível de influenciar a satisfação dos familiares com a trajetória de cuidar. O resultado pode ser também explicado pelo fato das ULDM terem um período de internamento bastante superior ao tempo de internamento das UMDR, proporcionando assim, um maior apoio social ao utente e consolidação das relações dos idosos com os seus familiares. Os utentes referiram no apoio familiar e social (F2) estar muito satisfeitos com o horário das visitas (horas, duração), proporcionando assim um maior acompanhamento e apoio dos familiares aos utentes e dos profissionais de saúde aos familiares.

No que concerne à hipótese “os utentes internados nas Unidades de Média Duração e Reabilitação apresentam maior satisfação quanto à informação e processo terapêutico (F3) do que os utentes internados nas Unidades de Longa Duração e Manutenção”, esta confirma-se. Este resultado deve-se ao fato dos utentes quando integram nas UDMR após um episódio agudo, estarem motivados e participarem no plano terapêutico de reabilitação delineado pelos profissionais de saúde, utente e familiares.

Este resultado está de acordo com Ekdahl, Arderisson e Friedrichsen (2010), em que mencionam no seu estudo que a participação dos pacientes nas decisões médicas significa que foi percebida a informação e houve uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e o paciente. A comunicação e a informação são de fato aspetos importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados e de acordo, Pegacha (1999) refere que um doente bem informado, além de se sentir mais satisfeito, estará também mais motivado e preparado para fazer parte na planificação dos cuidados que pretende receber e da forma como pretende fazê-lo.

A crescente exigência dos utentes promove uma maior qualidade na prestação dos serviços de saúde em diversos aspetos, tais como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e o desempenho dos profissionais de saúde, entre outros, no sentido de proporcionar uma maior satisfação aos utentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente aumento da população idosa no mundo todo tem colocado, aos órgãos governamentais e à sociedade, o desafio de problemas médicos e sociais próprios do envelhecimento populacional (Netto, 2002).

O processo de envelhecimento e as mudanças a ele associadas constituem um dos temas de grande interesse no âmbito da investigação científica contemporânea. Sobre ele têm-se procurado respostas a diversas questões, nomeadamente, acerca de quais são as dimensões das mudanças, principais causas e consequências, as áreas passíveis de intervenção com o intuito de retardar ou até mesmo travar o processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

Para um envelhecimento saudável, é necessário promover a saúde, o funcionamento físico e mental e o compromisso com a vida (Fernández Ballesteros, 2002, *cit. in* Paúl & Fonseca, 2005).

Em Portugal, surge em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que visa proporcionar cuidados continuados às pessoas idosas e cidadãos com dependência. São medidas de Políticas de Saúde e da Segurança Social integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Tavares & Silva, 2010).

A intervenção visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Tavares & Silva, 2010).

Por outro lado, a população é cada vez mais letrada e a atitude passiva do paciente quanto ao seu tratamento está a converter-se necessariamente numa forma cada vez mais participada/ativa, a todos os níveis e aos mais elevados graus de exigência, com vista a atingir a excelência dos Serviços de Saúde. É, pois, a satisfação do utente idoso que se pretende conhecer com esta investigação.

Os estudos realizados no âmbito da satisfação dos utentes têm revelado que são vários os fatores que influenciam a avaliação da satisfação do utente relativamente aos cuidados que lhes são prestados, contudo, ainda se sabe pouco sobre a natureza ou o número de fatores que influenciam a satisfação.

Poucos são, ainda, os estudos efetuados e conhecidos no âmbito da satisfação dos utentes idosos internados nas Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, limitando um saber acumulado que seria útil para a comparação e interiorização dos conceitos e práticas sobre a satisfação dos utentes nestas Unidades, tanto a nível teórico como prático.

Tendo por base a análise dos resultados desta investigação, Constatámos que, de uma maneira geral, os utentes estão satisfeitos com os cuidados que lhes são prestados, quer os utentes internados nas Unidade de Média Duração e Reabilitação, quer os utentes internados nas Unidade de Longa Duração e Manutenção, nenhum dos utentes idosos se mostrou bastante satisfeito em todos os domínios explorados.

Um fator comum a muitas investigações de satisfação dos doentes é que poucos utentes expressam insatisfação ou são críticos dos seus cuidados de acordo com Hopton, Howie e Porter (1993), o que corrobora com a nossa investigação.

No entanto, devemos ter também em conta que “o doente a maior parte das vezes não tem condições de avaliar a competência técnica dos profissionais de saúde, pelo que os doentes podem ser influenciados por fatores “não-médicos” como as habilidades interpessoais” (Tahara, Lucena, Oliveira & Santos, 1997:502).

Assim, um profissional de saúde simpático e atencioso pode fazer com que o paciente fique muito satisfeito, mas isso poderá levar a mascarar uma qualidade técnica duvidosa.

Os nossos resultados podem ter sido influenciados pelo fato de ter sido a investigadora a passar o questionário e a escala de avaliação da satisfação, embora estivesse previsto inicialmente o seu auto preenchimento (sem interferência da investigadora), o mesmo não aconteceu devido a problemas essencialmente de iliteracia, sendo esta uma limitação efetiva deste trabalho.

Relativamente aos instrumentos utilizados para a avaliação da satisfação do utente, os estudos de revisão questionam a validade e confiabilidade dos mesmos. Existem inúmeros instrumentos de medida da satisfação, mas há pouco consenso sobre a escolha dos mesmos, geralmente é utilizado mais do que um instrumento no mesmo estudo.

Por outro lado, a maioria dos instrumentos utilizados são elaborados pelo próprio investigador, não existindo padronização no mesmo país, o que dificulta a comparação dos resultados (Espiridão & Trad, 2005).

Neste estudo, foi construído um instrumento de avaliação “Escala de Avaliação da Satisfação” e seria de suma importância que fosse utilizada em futuras investigações deste teor, no sentido de comparar resultados, nomeadamente em Unidades de internamento da RNCCI em todas as regiões do país.

Constatámos nesta investigação que o perfil do utente idoso internado nas Unidades da RNCCI no Algarve é do sexo feminino, residente em meio rural, de estado civil viúva, vive sozinha e possui o ensino primário, 4ª classe.

Quanto à avaliação da satisfação os utentes do sexo feminino apresentam maior satisfação global, maior satisfação no ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1) e maior satisfação no apoio familiar e social (F2) que os utentes do sexo masculino, sendo que estes apresentam maior satisfação na informação e processo terapêutico (F3) que os sujeitos do sexo masculino.

Os utentes residentes em meio urbano estão mais satisfeitos globalmente que os utentes residentes em meio rural, sendo que estes utentes apresentam maior satisfação no ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1), no apoio familiar e social (F2) e na informação e processo terapêutico (F3).

Verificámos, também, que são os utentes com nível de escolaridade 12^o ano, apresentam maior satisfação global e maior satisfação com a informação e processo terapêutico (F3), sendo que os sujeitos que não possuíam nível de escolaridade estão mais satisfeitos com o ambiente físico, segurança e acolhimento profissional (F1) e os sujeitos com escolaridade 4^a classe apresentam maior satisfação no apoio familiar e social (F2).

Apesar de tudo o que foi realizado nesta investigação existe a noção de que muito ficou por fazer, muitos conceitos ficaram por operacionalizar e muitas abordagens consequentes devem ser reforçadas e justificadas empiricamente.

Outra grande limitação verificada nesta investigação prendeu-se com o método de recolha de dados utilizado. O fato da recolha de informação ter sido efectuada em apenas sete unidades de internamento no Algarve, limitou a análise concreta de outras realidades equiparadas, como também não haver estudos de comparação com outras unidades de internamento da RNCCI em Portugal.

Assim, face a estas limitações, sugere-se que no futuro sejam efetuados outros estudos que incluam amostras de maiores dimensões, de sujeitos de cada tipologia e também se possível o mesmo número de UMDR e de ULDM para comparação de resultados de forma fidedigna.

Importa referir que em estudos futuros deve ser ainda explorado o tipo de relação existente entre a prestação de cuidados, a satisfação e a qualidade dos serviços.

Ao terminar este estudo, considera-se que o presente pode contribuir para a compreensão do grau de satisfação face às necessidades e expectativas dos utentes e consequentemente promover a qualidade dos serviços prestados, o que constitui a verdadeira missão das organizações de saúde, contribuindo também para o desenvolvimento do conhecimento no âmbito da Gerontologia Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Åberg, A. (2008). *Care recipients perceptions of activity-related life space and life satisfaction during and after geriatric rehabilitation*. pp. 509–520. doi 10.1007/s11136-008-9337-2.

Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*. Vol.14, n.º4, pp.1111–1125.

Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2004). Continuity of the self in later life: Perceptions of informal caregivers. *Qualitative Health Research*. Vol.14, n.º6, pp.792–815.

Abramowitz, S., Cote, A. & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*. Vol.13, pp.122-130.

Administração Regional de Saúde do Algarve [ARS Algarve]. Recuperado em 29 Maio, 2012, do <http://www.arsalgarve.min-saude.pt>.

Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J.P., Maroy, C., Ruquoy, D.& et al. (2000). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Amaral, A. (1997). Aspectos psicológicos do doente com diabetes mellitus. In Ribeiro, J. L., (Ed. lit.). *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. pp.105-118.

Aragon, S. & Gesell, S. (2003). A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multigroup structural equation modeling investigation. *American Journal of Medical Quality*. Vol.18, n.º6, pp.229-241.

Atchley, R. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Baltimore: J. Hopkins University Press.

Barbosa, F., Costa, D., Sousa, M., Abud, G. & Mattos, C. (2010). *Avaliação hospitalar: uma investigação da satisfação dos pacientes de um hospital público em Belém do Pará*. pp. 1-6. http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0659_0530_03.pdf.

Birren, J. (1995). New models of aging: comment on need and creative efforts. *Canadian Journal on Aging*. Vol.14, n.º1, pp.1-3.

Birren, J. & Cunningham, W. (Eds.). (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand.

Birren, J. & Schroots, J. (Eds.). (2001). The history of geropsychology. *Handbook of the psychology of aging* (5ª ed.). San Diego: Academic Press.

Blanchard, C., Labrecque, M., Ruckdeschel, J. & Blanchard, E. (1990). Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*. Vol.65, pp.186-192.

Bois, J. (1994). *Histoire de la vieillesse*. Paris: Universitaires de Frances.

Bond, S. & Thomas, L. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.17, pp.52-63.

Carmagnani, M., D'Innocenzo, M., Labbadia, L., Grande, N. & Fogliano, R. (2008). Avaliação da satisfação do paciente atendido no hospital São Paulo. *RAS*. Vol. 10, n.º39, pp.61-64.

Carneiro, R., Sousa, E., Guerreiro, T. & Rocha, N. (2009). Qualidade e satisfação com a prestação de cuidados na patologia avançada em medicina interna. *Arquivos de Medicina*. Vol. 23, n.º3, pp.95-101.

Carolino, M. (1994). Satisfação dos doentes: um benefício decorrente do sistema de classificação de doentes. *Dissertação de mestrado*, não-

publicada, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, Lisboa, Portugal.

Chang, E., Hancock, K., Hickman, L., Glasson, J. & Davidson, P. (2007). Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care: A repeated measures (pre- and post-intervention) design. *Elsevier*. pp. 1079–1092. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.04.017.

Chernichovsky, D., Koreh, M., Soffer, S. & Avrami, S. (2010). Long-term care in Israel: Challenges and reform options. *Elsevier*. pp. 217-225. doi:10.1016/j.healthpol.2010.01.016.

Dahan, D., Nicol, M. & Maciver, D. (2010). Elements of life satisfaction amongst elderly people living in institutions in Malaysia: a mixed methodology approach. *Elsevier*. Original Article. pp.71-79.

Diário da República. (2006). 1ª Série – A - Decreto-lei n.º 101. Lisboa: INCOMOEDA.

Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2010). “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Elsevier*. pp. 233-240; doi:10.1016/j.pec.2009.10.026.

Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations 2012 edition: A statistical portrait of the European Union 2012*. European Commission.

Espiridão, M. & Trad, L. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. Brasil. Vol. 10, pp. 303-312.

Fernández Ballesteros, R. (2002). Presentación. In Fernández Ballesteros, *Viver com vitalidad*. Vol.1. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fitzpatrick, R. (Eds.). (1984). Satisfaction with health care. *In The Experience of Illness*. R. Fitzpatrick. Tavistock, London. pp.154-175.

Fitzpatrick, R. (Eds.). (1997). Patient satisfaction. *Handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. pp.281-285.

Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento – uma abordagem psicológica*. (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M. & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica / Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.19. pp. 55-80.

Franco, M. & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em Serviços de Saúde: um estudo exploratório sobre o departamento de psiquiatria e saúde mental de centro hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 24. n.º1, pp. 21-35.

Fratczak, E. (1993). Population aging in Poland – selected aspects. *Internacional Institute on Aging*. United Nations – Malta: INIA/CICRED.

Frosch, D. & Kaplan, R. (1999). Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *Am J Prev Med*. Vol.17, pp.285–94.

Fry, P. (1992). Major social theories of aging and their implications for counseling concepts and practice: A critical review. *The Counseling Psychologist*. Vol.20, n.º2, pp.246-329.

Garcia, T. & Parra, A. (2002) *Servicios sociales: dirección, gestión y planificación*. Madrid: Alianza Editorial.

Gayet-Ageron, A., Agoritsas, T., Schiesari, L., Kolly, V. & Perneger, T. (2011). Barriers to Participation in a Patient Satisfaction Survey: Who Are We Missing?. *PLoS ONE*. Volume 6, pp.1-6.

Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Golden, C., Sawick, R., Franzes, M. (Eds). (1984). Test construction. *Handbook of Psychological Assessment*. New York: Pergamon Press. pp.19-37.

Gracia, D. (1988). Salud, ecología y calidad de vida. *Jano*. n.º35, pp.133-147.

Gronlund, N. (1988). *How to construct achievement tests*. New Jersey: Prentice – Hall. Inc.

Grytten, J., Carlsen, F. & Skau, I. (2009). Services production and patient satisfaction in primary care. *Elsevier*. pp. 312-321. doi:10.1016/j.healthpol.2008.06.006.

Hall, J. & Dornan, M. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine*. Vol. 30, pp.811-818.

Henrique, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Herrera-Espiñeira, C., Rodríguez del Aguila, M., Rodríguez del Castillo, M., Valdivia, A. & Sánchez, I. (2009). Relationship between anxiety level of patients and their satisfaction with different aspects of healthcare. *Elsevier*. pp.37-45. doi:10.1016/j.healthpol.2008.04.012.

Hill, M. (1997); Community-based share growth strategies for ambulatory care. *Health Care Strategic Management*. Vol.15, n.º5. pp.18-20.

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hopton, J., Howie, J. & Porter, M. (1993). The need for another look at the patient in General Practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice*. Vol.10, pp. 82-87.

Houts, P., Yasko, J., Kahn, S., Schelzel, G. & Marconi, K. (1986). Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. *Cancer*. Vol.58, pp. 2355-2361.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2002). *Censos 2001 resultados definitivos: Algarve*. Lisboa. Vol.8. Recuperado em 06 maio, 2012, do <http://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 – resultados pré - definitivos*. Recuperado em 06 maio, 2012, do <http://www.ine.pt>.

Jesus, S. (1996). A motivação para a profissão docente. *Colecção Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano*. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. & Pereira, A. (1994). Estudo das estratégias de “coping” utilizadas pelos professores. *Actas do 5º Seminário A Componente de Psicologia na Formação de Professores e Outros Agentes Educativos, Universidade de Évora*. pp. 253-268.

John, J. (1992). Patient satisfaction: the impact of past experiences. *Journal of Health Care Marketing*. Vol.12, n.º3, pp.56-64.

Larsen, D. & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. Vol.10, pp. 29-32.

Lee, T., Ko, S. & Lee, K. (2005). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Elsevier*. pp. 293-300. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.06.009.

Lee, Y. & Choi, K. (2001). Functional disability of older persons in long-term care facilities in Korea. *Elsevier*. pp.93-106.

Lehr, U. (1993). Models of well-being in old age and its consequences. In J. Schroots (Ed.), *Aging, health and competence*. *Elsevier*. Amsterdam.

Ley, P. (1997). *Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Cheltenham; Editora Stanley Thornes Publishers.

LeVois, M., Nguyen, T. & Attkisson, C. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*. Vol.4, pp.139-150.

Lima Gonçalves, E. & Aché, C. (1999). O hospital empresa do planejamento à conquista do mercado. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo. Vol. 39. n.º1, pp.84-97.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*. Vol.16, pp.577-582.

Lindhardt, T., Nyberg, P. & Hallberg, I. (2008). Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Journal of Caring Science*. pp. 507-519. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00558.x.

Locker, D. & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*. Vol.12, pp.283-292.

McIver, S. (1991). *An introduction to obtaining the views of users of health services*. London: King's Fund.

Messick, S. (1981). Constructuts and their vicissitudes in educational and psychological measurement. *Psychological Bulletin*. Vol 89, pp.575-588.

Motta, L. (2001). *Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica*. Rio de Janeiro.

Moura, G. & Luce, F. (2004). Encontro de serviços e satisfação de pacientes em Hospitais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 57, n.º4, pp. 434-440.

Netto, M. (1997). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu.

Netto, M. (2002). *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

Organização Mundial da Saúde. (1989). *Health of the elderly*. Genebra. OMS Tech. Rep. Ser n.º779.

Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a Saúde no mundo: Saúde mental uma concepção, nova esperança*. Genebra. OMS

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Active ageing. A policy Framework*. Genebra. OMS.

Organização das Nações Unidas. (2006). *World population prospects – The 2006 Revision – Executive Summary*. New York.

Pacheco, J. (2002). *Stress e coping nos estudantes do ensino básico. Dissertação de mestrado, não-publicada, Universidade do Algarve, Faro, Portugal*.

Paúl, C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*. Vol.8, pp.61-80.

Paul, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pedro, S., Ferreira, P. & Mendes, J. (2010) Aplicação de métodos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Revista Encontros Científicos*. n.º6. Faro.

Pegacha, M. (1999). Mudar uma Imagem: que atitudes de enfermagem? *Servir*. Vol.47, n.º4, pp.199-202.

Pego, Z. (1998). *Qualidade dos serviços de urgência: a perspectiva dos utentes*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Pera, P., Matheu, C. & Soria, R. (2008). Qué es la salud?. *Revista de Enfermaria ROL*. Vol.31, n.º12, pp.18-26.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementariedade do SPSS (5ª edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pires, A. & Santos, A. (1999). *Satisfação dos clientes*. (2ª edição). Lisboa: Texto Editora.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI]. 2012. Recuperado em 29 maio, 2012, do <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.

Rigby, D. (2000). Quem tem medo das ferramentas gerenciais?. *HSM management*. Vol.19, n.º2, pp.122-130.

Roter, D. (1987). Relations between physician's behaviours and analogue patients' satisfaction, recall and impressions. *Medical Care*. Vol.5, pp.437-451.

Rower, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*. Vol. 37, pp.433-440.

Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspectos não técnicos da prestação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.11, n.º4, pp. 29-46.

Schutz, S., Lee, J., Schmitt, C., Almon, M. & Baillie, J. (1994). Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology*. Vol.89, pp.1476-1479.

Shyu, Y., Chen, M. & Lee, H. (2004). Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. *Elsevier*. pp. 1395-1403. doi:10.1016/S0277-9536(03)00334-4.

Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Elsevier*. Vol. 45, n.º12, pp. 1829-1843.

Sixma, H., Spreeuwenberg, P. & Van der Pasch, M. (1998). Patient satisfaction with the general practitioner. A two-level analysis. *Medical Care*. Vol. 36, n.º2, pp.212-229.

Sousa, M., Peixoto, M. & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Referência*. II Série, n.º8, pp.59-67.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da actividade física. *Motriz*. Vol.8, nº 3, pp. 91-98. Acedido a 18/12/2010 em www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/pdf12.pdf.

Stimson, G. & Webb, B. (1975). *Going to See the Doctor. "The Consultation Process in General Practice*. Routledge and Kegan Paul. London.

Stromberg, L. (1993). Social and spiritual contributors to independence. *In: Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel – Smith K. Ambulatory geriatric care. Mosby-year Book, Inc. St. Louis, Missouri. pp.208.*

Stuck, A., Siu, A., Wieland, G., Adams, J. & Rubensteins, L. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. n.º342, pp.1032-1036.

Tavares, J. & Silva, A. (2010). Barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas: percepções de Enfermeiros. *Referência*. III Série, n.º1, pp.17-28.

Tinsley, H. & Tinsley, D. (1987). Uses of factor analysis in counselling psychology research. *Journal of Counselling Psychology*. n.º34, pp. 414-424.

Tahara, A., Lucena, R., Oliveira, A. & Santos, G. (1997). Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de Serviços de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 50, n.º4, pp. 497-506.

Unidade Missão dos Cuidados Continuados Integrados [UMCCI]. (2008). *Resultados dos inquéritos de satisfação aos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados da RNCCI*. Lisboa; Recuperado em 10 outubro,2011:http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorioabril2008_satisfacao.pdf.

Xavier, F. (1999). *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa.

Yates, F. (Eds.). (1993). Biological perspectives on growing old. Health and Competence. *Elsevier*. Amsterdão.

Ware, J., Snyder, M., Wright, W. & Davies, A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. Vol. 6, pp. 247-263.

Williams, S. & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental, and hospital care settings. *Social Science & Medicine*. Vol.33, pp.707-716.

Wise, M. (2008). Health promotion in Australia: Reviewing the past and looking to the future. *Critical Public Health*. pp. 497–508. doi.org/10.1080/09581590802503068.

World Health Organization. (1994). *A declaration on the promotion of patients' rights in Europe*. Amsterdam, http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration.

Zahr, L., William, S. & El-Hadad, A. (1991). Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.28, pp.337342.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Pedido de Autorização às Unidades

Ex.mo(a) Senhor(a) Diretor(a)

Eu, Isabel Sabala, aluna da Escola Superior de Educação, Universidade do Algarve, venho por este meio apresentar formalmente o pedido de autorização, para que possa realizar nas vossas instalações um estudo sobre **"Satisfação dos utentes Idosos na RNCCI do Algarve"**.

Este estudo (que dá pelo nome de dissertação) faz parte de uma das exigências propostas pela Universidade, para a conclusão do Mestrado em Gerontologia Social.

Trata-se de um estudo de investigação e não se destina de modo algum avallar o funcionamento Interno da Instituição. Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes poderão ser identificados.

Para que possa concluir este trabalho, necessito de recolher informação da população idosa que se encontra internado na vossa unidade, para fazer posteriormente uma análise estatística de dados.

Este estudo implica alguma disponibilidade por parte da população idosa. Os questionários serão preenchidos nos tempos de lazer dos utentes.

Deste modo, o que solicito mais precisamente é a vossa colaboração para que possam permitir a aplicação de um questionário, um sobre "sócio-demográfico" e a aplicação da "escala avaliação da satisfação dos utentes Idosos na RNCCI".

Um dos benefícios deste estudo, é precisamente o contributo que poderá vir a dar na compreensão e conhecimento desta área (satisfação do utente idoso na RNCCI).

Será também elaborado um consentimento informado a todos os utentes onde será explicado a essência do estudo, sendo dado aos participantes a liberdade para poderem não participar.

Anexo a esta carta, o protocolo de investigação do qual consta o consentimento informado, o questionário "sócio demográfico" e a "escala avaliação da satisfação dos utentes Idosos na RNCCI"

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, agradecendo desde já a atenção dispensada.

Isabel Sabala

Faro, 17 de Outubro de 2011

APÊNDICE II
Consentimento Informado

Consentimento Informado para a participação na Investigação

Ex.mo(a) Sr.(a)

Solicito autorização para que participe numa investigação sobre a "Satisfação dos utentes idosos na RNCCI do Algarve".

Esta investigação decorre no âmbito do mestrado em Gerontologia Social na Escola Superior de Educação da Universidade do Algarve e tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos utentes idosos na RNCCI.

Apenas lhe será pedido que responda a um questionário sócio-demográfico e a escala avaliação da satisfação, que posteriormente irá ser cotado e alvo de análise estatística anónima e que tem questões voltadas apenas para o tema em análise.

Este estudo está organizado de maneira a que não sejam colocadas em causa as atividades diárias dos participantes envolvidos ou mesmo o funcionamento interno da unidade.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participam nesta investigação, assim como, para os que não participam. Só será aplicado o questionário e escala se o seu consentimento for dado.

Toda a informação será estritamente confidencial e o questionário e escala são anónimos. Só os responsáveis por esta investigação terão acesso à informação.

Assinale conforme a sua vontade, no respetivo quadro.

Autorizo a participação neste estudo

Não autorizo a participação neste estudo

Sem mais no momento, agradeço atenção.

Cordialmente,

Isabel Sabala

APÊNDICE III
Questionário Sócio-Demográfico

I PARTE

1 – Questionário sócio demográfico

2.1 Idade: _____ Unidade _____ Código _____

2.2 Sexo: M F

2.3 Residência: Rural Urbana

2.4 Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) / Vive em União de Fato

Divorciado(a) Viúvo(a)

2.5 Com quem vive:

2.5.1 Sozinho(a)

2.5.2 Esposo(a) / companheiro(a)

2.5.3 Filhos

2.5.4 Lar de Idosos

2.5.5 Outro

2.6 Qual o seu nível de instrução escolar?

2.4.1 Não sabe ler e escrever

2.4.2 Sabe Ler e escrever sem possuir grau de ensino

2.4.3 Ensino primário (4ª classe)

2.4.4 Ensino básico (9ºano)

2.4.5 Ensino secundário (12ºano)

2.4.6 Ensino superior

APÊNDICE IV
Escala de Avaliação da Satisfação dos Utentes Idosos na
RNCCI

ESCALA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES IDOSOS NA RNCCI*

II PARTE

Vai ser-lhe pedido alguns dados pessoais e resposta a 19 perguntas sobre a forma como você encara a satisfação do serviço.

Por cada uma das perguntas existem 6 (seis) respostas possíveis, variando entre 1 "nada satisfeito" e 6 "bastante satisfeito". Deste modo, terá de escolher a resposta que considerar mais adequada ao que sente, a fim da mesma ser anotada.

Por fim é importante perceber que não existem respostas certas ou erradas, apenas a resposta que revela a sua opinião sincera.

1 – Satisfação Global

Na qualidade da prestação do serviço sinto-me

 1 2 3 4 5 6

2 – Como considera a satisfação nos seguintes aspetos:

2.1 – Qualidade geral das instalações da Unidade

 1 2 3 4 5 6

2.2 – As condições físicas de acolhimento da sala de estar

 1 2 3 4 5 6

2.3 – Ambiente físico (luminosidade, ruído, climatização, espaço, decoração)

 1 2 3 4 5 6

2.4 – Higiene/Impeza e condições das instalações sanitárias

 1 2 3 4 5 6

2.5 - A sala de refeições

 1 2 3 4 5 6

2.6 – A qualidade das refeições (confeção, aspeto, temperatura, quantidade)

 1 2 3 4 5 6

2.7 - O horário das visitas (horas, duração, etc)

 1 2 3 4 5 6

2.8 - O espaço para receber as minhas visitas

 1 2 3 4 5 6

2.9 - A segurança no espaço

 1 2 3 4 5 6

2.10 – A preservação da minha privacidade

 1 2 3 4 5 6

2.11 – Participação com a equipa multidisciplinar da Unidade na elaboração do meu plano Individual de Intervenção

 1 2 3 4 5 6

2.12 – Informação sobre a minha situação clínica e plano de Intervenção Individual

 1 2 3 4 5 6

2.13 – Atenção que me é prestada ao meu estado de saúde pelos profissionais da Unidade

 1 2 3 4 5 6

2.14 – Clareza e forma de informação fornecida acerca do funcionamento da Unidade	1 2 3 4 5 6
2.15 – Amabilidade e disponibilidade dos profissionais da Unidade	1 2 3 4 5 6
2.16 – Apoio dos profissionais quando precisei	1 2 3 4 5 6
2.17 – Apoio da família durante o internamento	1 2 3 4 5 6
2.18 - Apreciação global da Unidade	1 2 3 4 5 6

Obrigada pela colaboração

Isabel Sabala

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Albufeira

RE: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade Longa Duração e Manutenção de Albufeira

De: **Mª Fernanda Estanque** (uldma@fasl.pt)
Enviada: quinta-feira, 20 de outubro de 2011 10:16:55
Para: 'Isabel Felícia Sabala' (isabel_sabala@hotmail.com)

Serve o presente para informar que lhe foi concedida a autorização para aplicação de instrumentos e questionários no âmbito do seu estudo na Unidade de Longa Duração e Manutenção de Albufeira, demonstrando desde já disponibilidade total para colaborar neste processo de recolha de dados.

Com os melhores cumprimentos,

Cláudia Lourenço

Enfermeira coordenadora da ULDMA

Fundação António Silva Leal

e-mail: uldma@fasl.pt

Telf.: 289 543 931

Fax: 289 543 933

website: www.fasl.pt

ANEXO II

Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Olhão

RE: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade Média Duração e Reabilitação de Olhão

De: **João Calão** (coordenacao@ipss-acaso.org)
Enviada: terça-feira, 25 de outubro de 2011 09:11:42
Para: isabel_sabala@hotmail.com (isabel_sabala@hotmail.com)
Cc: Direcção Técnica UMDRO (dt-umdro@ipss-acaso.org); UMDRO ACASO (umdro@ipss-acaso.org)

Dra Isabel Sabala

Informo que o seu pedido foi aceite pela Exma. Direcção considerando o teor do estudo e o facto de ser colaboradora da instituição.

O estudo deverá ser fora do horário de trabalho, como de resto já se prontificou.

Em situações semelhantes, tem sido hábito a direcção solicitar o resultado do estudo, pelo menos na parte que disser respeito à instituição, pelo que agradeço que proceda desta forma.

Deverá acordar com a Directora técnica da unidade os detalhes desta intervenção.

Cumprimentos

João calão

ANEXO III

Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira

Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Catarina Fonte do Bispo

Re: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade de Longa Duração e Manutenção de St.ª Catarina

De: **Delegação de Tavira da CVP** (dtavira@cruzvermelha.org.pt)

Enviada: sexta-feira, 6 de janeiro de 2012 12:48:13

Para: Isabel Felícia Sabala (isabel_sabala@hotmail.com)

Exma. Sra. Dra. Isabel Sabala,

Serve o presente para informar que após reconsideração junto dos utentes das nossas unidades, foi decidido pela nossa Direcção aceder ao seu pedido, pelo que poderá contactar as nossas assistentes sociais para agendar as suas visitas:

- Unidade de Média Duração e Reabilitação de Tavira, Dra. Nadina Fernandes, telefone 281328358.
- Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Catarina, Dra. Sílvia Soares, 281971307.

Com os melhores cumprimentos,

António Rolão

Assessor de Direcção

ANEXO IV

Autorização da Unidade de Longa Duração e Manutenção da Quinta de São Sebastião - Algoz

Re: Aplicação do questionário sócio-demográfico e escala de satisfação

De: **Quinta São Sebastião** (uldm.quintasaosebastiao@gmail.com)

Enviada: quinta-feira, 16 de fevereiro de 2012 10:32:20

Para: Isabel Felícia Sabala (isabel_sabala@hotmail.com)

Bom dia Dra. Isabel confirmo a sua presença bem como a autorização para aplicação dos questionários aos utentes internados na ULDMQSS.

Atenciosamente,

Marta Cabrita

A Direcção Técnica da ULDMQSS/ Técnica Superior de Serviço Social

No dia 15 de Fevereiro de 2012 21:12, Isabel Felícia Sabala <isabel_sabala@hotmail.com> escreveu:

Boa noite Dr.ª Marta Cabrita

Conforme contato telefónico com a Dr.ª Marta no dia 15.02.2012, venho pelo presente confirmar a minha presença na Unidade de Longa Duração e Manutenção de Algoz no dia 10 e 11 de Março, no sentido de aplicar o meu questionário sócio-demográfico e escala de satisfação aos utentes idosos internados na vossa Unidade. Cordialmente,

Isabel Sabala

--

Lar Quinta São Sebastião
Quinta São Sebastião
8365-080 Algoz

Tel: +351 282 570 570

Fax: +351 282 570 579

Tlm: +351 961 731 204

C.N.: 506 786 030

Mail: info@larquintasaosebastiao.com

Web: www.larquintasaosebastiao.com

ANEXO V

Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação

Al Vita - Portimão

RE: Questionários

De: **Ana Silva - Al-Vita** (asilva@al-vita.com)

Enviada: quarta-feira, 30 de maio de 2012 08:34:05

Para: Isabel Felícia Sabala (isabel_sabala@hotmail.com)

Poderá então vir as duas tardes. Informo-a que, durante o fim de semana, é mais complicado conseguir falar calmamente com os utentes porque recebem muitas visitas e dão pouca atenção.

Provavelmente, o melhor seria vir à sexta-feira. Se quiser poderá vir já esta sexta.

Melhores cumprimentos

Ana Teves da Silva

Directora Técnica

ANEXO VI

Autorização da Unidade de Média Duração e Reabilitação

Santa Casa da Misericórdia - Portimão

RE: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico na Unidade Média Duração e Reabilitação

De: **Santa Casa da Misericórdia de Portimão** (geral@scmportimao.pt)
Enviada: segunda-feira, 28 de maio de 2012 15:51:43
Para: 'Isabel Felícia Sabala' (isabel_sabala@hotmail.com)
Cc: João Francisco Amado (jfvamado@hotmail.com)

Exma. Senhora

No seguimento do pedido formulado, vimos informar que estamos disponíveis para colaborar.

Para o efeito, pretendemos que nos informe de quando pretende vir à Unidade e qual o tempo previsto para recolha dos questionários por pessoa.

Agradeço que passe a articular diretamente com o Adjunto da Direção da UCCI, Fisioterapeuta João Francisco, através do email jfvamado@hotmail.com

Os melhores cumprimentos

João Correia

Secretário da Mesa Administrativa

Santa Casa da Misericórdia de Portimão

geral@scmportimao.pt

www.scmportimao.pt