



**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**  
**Escola Superior de Altos Estudos (ESAE)**

***NÍVEL DE SATISFAÇÃO NOS CUIDADOS  
PRESTADOS EM ESTRUTURAS  
RESIDENCIAIS PARA IDOSOS***

Estudo comparativo entre instituições do sector  
lucrativo e do sector solidário



Ana Margarida Raimundo Mourão de Carvalho

Coimbra, 2015



**INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA**  
**Escola Superior de Altos Estudos (ESAE)**

***NÍVEL DE SATISFAÇÃO NOS CUIDADOS  
PRESTADOS EM ESTRUTURAS  
RESIDENCIAIS PARA IDOSOS***

Estudo comparativo entre instituições do sector  
lucrativo e do sector solidário

Ana Margarida Raimundo Mourão de Carvalho

Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Comportamento  
Organizacional apresentada ao I.S.M.T. e elaborada sob orientação do  
Prof. Doutor Vasco Almeida.

**Coimbra, 2015**

**Ao meu marido por todo o apoio que me tem dado! MUITO OBRIGADA!**

## AGRADECIMENTOS

Desenvolver uma dissertação enquanto se trabalha não é, sem dúvida, uma tarefa fácil. Ao longo deste caminho deparei-me com inúmeros obstáculos que tive que ultrapassar e para que isso fosse possível precisei da ajuda e apoio de diversas pessoas que foram a minha força e motivação para continuar sempre em frente sem nunca desistir...

Neste sentido, os meus mais sinceros agradecimentos vão para:

O meu orientador Professor Doutor Vasco Almeida e à Professora Doutora Fernanda Daniel por todo o apoio que me deram ao longo deste longo processo.

Toda a minha família pelo facto de estarem sempre presentes na minha vida e me apoiarem em todas as minhas decisões, principalmente ao meu marido que foi o maior incentivador para que eu não desistisse.

Aos investigadores britânicos Mark Faulkner, Sue Davies, Milke Nolan e Christine Brown-Wilson por me terem dado a sua autorização para implementar os seus questionários.

A Dr.<sup>a</sup> Albertina Inácio pela ajuda no levantamento dos dados do Centro Social e Paroquial de Coja e a todos os que nele contribuíram.

Todos as colaboradoras, familiares e utentes do Solar de Cister – Residência para Idoso que me ajudaram e me apoiam diariamente e, principalmente, à D. Alda que sempre demonstrou ser uma lutadora e que nos momentos mais difíceis nunca desistiu.

OBRIGADA!

## RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, com o aumento do número de idosos que necessitam de respostas sociais capazes de proporcionar uma melhor qualidade de vida, a escolha da Instituição onde colocar o nosso familiar é cada vez mais exigente.

Este estudo teve como principal objetivo realizar uma análise comparativa do grau de satisfação dos utentes, familiares e colaboradores de duas instituições distintas da região centro (uma do sector solidário e outra do sector lucrativo) pelos serviços prestados, procurando acima de tudo, acabar (ou talvez não) com o estereótipo de que a qualidade dos serviços prestados por uma instituição do sector lucrativo é sempre melhor que aqueles prestados por uma Instituição Privada de Solidariedade Social.

As conclusões retiradas deste estudo revelaram que, contrariamente ao estereótipo que a sociedade nos impõe, os utentes, famílias e colaboradores da Instituição Privada de Solidariedade Social são os que mais se encontram satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados. No entanto, para além de não pudermos extrapolar estes resultados para a generalidade das instituições, para se compreender melhor os resultados obtidos neste estudo foi tido em conta a zona geográfica em que cada uma das instituições se encontra e o público-alvo que ambas abrangem.

**Palavras – chaves:** Envelhecimento, qualidade de serviços, satisfação/insatisfação dos utentes, familiares e colaboradores, Instituição Privada com fins lucrativos, Instituição Privada sem fins lucrativos (IPSS)

### ABSTRACT

With increasing life expectancy and hence with the increasing number of elderly people who need social solutions capable of providing a better quality of life, the choice of the institution where you put our family is increasingly demanding.

This study aimed to carry out, between these two types of institutions, a comparative analysis of the degree of user satisfaction, family and employees of two different institutions of the central region (a supportive sector and one from the profit sector) for services rendered, looking above all, end (or maybe not) with the stereotype that the quality of services provided by an institution of the profit sector is always better than those provided by a Private institution of Social Solidarity.

Findings from this study revealed that, contrary to the stereotype that society imposes on us, the users, families and colleagues of Private Institution of Social Solidarity are the ones who are satisfied with the quality of services provided. However, besides we can not extrapolate these results to the majority of institutions, to better understand the results obtained in this study was taken into account the geographical area in which each institution is and the audience that both cover.

**Key - words:** Aging, quality of service, satisfaction / dissatisfaction of users, family and colleagues, Institution Private for-profit, private nonprofit institution (IPSS)

## SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO</u>	Página 1
1 - QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO	Página 2
1.1 - QUALIDADE DE VIDA	Página 3
1.1.1 – MODELO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE ROSALIE KANE	Página 4
1.2 – SATISFAÇÃO	Página 8
1.2.1 – CONCEITO DE SATISFAÇÃO	Página 8
1.2.2 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES	Página 10
1.2.3 – SATISFAÇÃO NO TRABALHO	Página 13
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO	Página 15
2.1 – RELAÇÃO CENTRADA NO CUIDADO	Página 15
2.2 – PSICOLOGIA POSITIVA	Página 23
2.3 – ESTRUTURA DOS SENTIDOS (SENSES FRAMEWORK)	Página 26
<u>MATERIAL E MÉTODOS</u>	Página 27
1 – PROCEDIMENTOS	Página 27
2 – INSTRUMENTOS	Página 28
3 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	Página 30
4 – PARTICIPANTES	Página 30
4.1 - AO NÍVEL DOS UTENTES	Página 30
4.2 – AO NÍVEL DOS FAMILIARES	Página 31
4.3 – AO NÍVEL DOS COLABORADORES	Página 32
5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	Página 33
5.1 - AO NÍVEL DOS UTENTES	Página 33
5.1.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA	Página 33
5.1.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES	Página 34
5.2 - AO NÍVEL DOS FAMILIARES	Página 37
5.2.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA	Página 37

---

5.2.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES	Página 38
5.3 - AO NÍVEL DOS COLABORADORES	Página 41
5.3.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA	Página 41
5.3.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES	Página 42
<u>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</u>	Página 44
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	Página 47
<u>ANEXOS</u>	Página 53



**LISTA DE QUADROS**

<u>Quadro nº 1</u> – Definição de Qualidade de Vida	Página 3
<u>Quadro nº 2</u> – Breve explicação dos 11 Domínios de Rosaline Kane	Página 6
<u>Quadro nº 3</u> – Definições de Satisfação do Cliente	Página 9
<u>Quadro nº 4</u> – Definições de Satisfação no Trabalho	Página 10
<u>Quadro nº 5</u> – Modelos Teóricos conceptuais da Satisfação dos Clientes	Página 11
<u>Quadro nº 6</u> – Modelos Teóricos conceptuais da Satisfação no Trabalho	Página 13
<u>Quadro nº 7</u> – Causas da Satisfação no Trabalho	Página 14
<u>Quadro nº 8</u> – Áreas de Conhecimento, Habilidades e Valores para a Relação Profissional – Paciente	Página 19
<u>Quadro nº 9</u> - Áreas de Conhecimento, Habilidades e Valores na Relação Profissional – Comunidade	Página 20
<u>Quadro nº 10</u> - Áreas de conhecimento, habilidades e Valores na relação entre profissionais	Página 22
<u>Quadro nº 11</u> – 6 Sentidos de Nolan	Página 26
<u>Quadro nº 12</u> - Divisão das Questões	Página 28

**LISTA DE GRÁFICOS**

<u>Gráfico nº1</u> – Género dos utentes	Página 30
<u>Gráfico nº2</u> – Escalões etários dos utentes	Página 30
<u>Gráfico nº 3</u> – Instituição a que pertencem os familiares	Página 31
<u>Gráfico nº 4</u> - Número de visitas ao longo dos últimos 3 meses	Página 31
<u>Gráfico nº 5</u> – Instituição a que pertencem os colaboradores	Página 32
<u>Gráfico nº 6</u> – Escalões etários dos Colaboradores	Página 32
<u>Gráfico nº 7</u> – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja ao nível dos utentes	Página 35
<u>Gráfico nº 8</u> – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja ao nível dos familiares	Página 39
<u>Gráfico nº 9</u> – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja ao nível dos colaboradores	Página 43

### LISTA DE TABELAS

<u>Tabela nº 1</u> – Parentesco	Página 31
<u>Tabela nº 2</u> – Categoria Profissional dos Colaboradores	Página 32
<u>Tabela nº 3</u> – Consistência interna dos Utentes	Página 33
<u>Tabela nº 4</u> – Estatísticas descritivas dos Utentes	Página 33
<u>Tabela nº 5</u> – Significância das diferenças ao nível dos utentes	Página 34
<u>Tabela nº 6</u> – Consistência interna dos Familiares	Página 36
<u>Tabela nº 7</u> – Estatísticas descritivas dos Familiares	Página 37
<u>Tabela nº 8</u> – Significância das diferenças ao nível dos familiares	Página 37
<u>Tabela nº 9</u> – Consistência interna dos colaboradores	Página 40
<u>Tabela nº 10</u> – Estatísticas descritivas dos colaboradores	Página 41
<u>Tabela nº 11</u> – Significância das diferenças ao nível dos colaboradores	Página 41

### LISTA DE FIGURAS

<u>Figura nº 1</u> – 11 Domínios de Rosaline Kane	Página 5
<u>Figura nº 2</u> – Divisão das Emoções Positivas	Página 25

### LISTA DE SIGLAS

IA – Instrumento de Avaliação
IPSS – Instituição Privada de Solidariedade Social
PP – Psicologia Positiva
QV – Qualidade de Vida
RCC – Relação centrada no cuidado
SC- Satisfação do Cliente
ST – Satisfação no Trabalho

## INTRODUÇÃO

Tendo em conta que, de acordo com Martins, (2006: 137), o *“lar de cada pessoa, como uma unidade holística, sugere a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos “Lar”, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o “Lar” do idoso*”, as instituições se encontram, atualmente, cada vez mais preocupadas em criar um ambiente saudável e de fácil integração, melhorando assim não só as condições de vida dos utentes como também facilitando a sua adaptação a este novo “Lar”.

Poderia, ao longo deste estudo, fazer uma exaustiva reflexão sobre a problemática do envelhecimento e velhice ou sobre o surgimento e a necessidade das instituições que prestam apoio aos idosos. No entanto, estes temas têm sido, ao longo dos anos amplamente estudados e, uma vez que já tive a oportunidade de o fazer em trabalhos anteriores (Carvalho, 2008), considere que esta investigação deveria ter um rumo teórico diferente.

Independentemente do tipo e número de instituições de apoio ao idoso que existem em Portugal e da razão pela qual o idoso (ou sua família) recorre à institucionalização, as dificuldades de adaptação dos idosos aumentam quando as próprias instituições não se encontram preparadas para colmatar as necessidades dos idosos, devido, por exemplo, à não formação geriátrica dos colaboradores que prestam os serviços, à não adaptação das condições físicas da instituição, entre outros. Neste sentido, torna-se cada vez mais urgente as instituições optarem por serviços de qualidade, que permitam a satisfação de todos os intervenientes no processo de institucionalização dos idosos.

Segundo Antunes e Pires (2006; 137), o *“desafio da qualidade na prestação de cuidados engloba a institucionalização (preocupação com a criação de instituições), a melhoria dos cuidados na instituição, o desenvolvimento dos serviços de apoio domiciliário e a constante preocupação com a qualidade das respostas. Nenhuma organização pode aspirar a obter a total satisfação dos seus clientes e o reconhecimento dos seus parceiros e da comunidade que serve, se não tiver atingido, pelo menos, requisitos mínimos da qualidade pretendida”*.

Neste sentido, e tendo em conta que o principal objetivo deste estudo é analisar a qualidade dos serviços e a satisfação dos seus intervenientes, nada melhor do que começar por compreender os conceitos de qualidade e satisfação.

## 1 - QUALIDADE DE VIDA E SATISFAÇÃO

Na medida em que o aumento do número de idosos e, principalmente, idosos institucionalizados traz consigo maiores preocupações quer ao nível das suas necessidades específicas como também ao nível dos cuidados a prestar e do contexto institucional em que estes estão ou não inseridos, ao longo do tempo têm sido realizados diversos estudos com vista a compreender esta problemática e a assumir uma posição de interesse na definição de qualidade nestes equipamentos.

Neste contexto, um estudo efetuado pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (2009), que nos mostra que 40% dos idosos permanecem institucionalizados até 3 anos, 30% entre 4 a 6 anos e outros 30% mais de 7 anos, sendo que uma das principais causas para a sua institucionalização é a incapacidade de gerirem as suas atividades de vida diárias, necessitando do apoio de terceiros para as realizarem.

Com a reforma dos cuidados de saúde que foi surgindo na década de 90, ao ter como base a intervenção dos utentes nas tomadas de decisões relacionadas com o seu cuidado, a qualidade de vida (QV) passou a ser uma fonte de pesquisa científica e prática clínica, começando assim a dar-se importância à avaliação subjetiva dos Lares de Idosos através não só da avaliação da qualidade de prestação dos cuidados aos utentes como também a qualidade de vida nesses mesmos equipamentos.

De acordo com Lawton (2009), uma vez que a qualidade de vida em si deve ser vista como um resultado e não um meio para a obtenção de resultados de longevidade e saúde, avaliar a qualidade de um lar de idosos é tão ou mais importante que a qualidade do serviço prestado.

Uma vez que os utentes, famílias e colaboradores da instituição são parte integrante da Instituição e peças fundamentais para o desenvolvimento de um ambiente saudável dentro desta, o seu nível de satisfação é, sem dúvida, um aspeto a ter em conta quando se analisa um determinado serviço. Por exemplo, quando os colaboradores de uma Instituição se encontram insatisfeitos, o seu trabalho perde qualidade e isso afeta os serviços em que estes se encontram inseridos. No caso dos utentes e famílias, o seu nível de satisfação ainda é mais problemático pois poderá trazer graves consequências para a Instituição como o abandono da mesma ou a

transmissão de uma imagem negativa para o exterior que venha a impedir a entrada de novos utentes.

Neste sentido, torna-se inevitável não associarmos, quando avaliamos a QV de uma determinada Instituição de prestação de cuidados aos idosos, o nível de satisfação quer dos seus utentes, famílias como também dos próprios colaboradores.

### 1.1 - QUALIDADE DE VIDA

Ao longo dos tempos têm sido inúmeros os investigadores que tentaram, de uma forma ou de outra, encontrar uma única definição para o conceito qualidade de vida (QV).

No entanto, este conceito é muito subjetivo, complexo e ambíguo que varia de indivíduo para indivíduo uma vez que tem sempre em conta o contexto (país, cultura, etnia, religião, classe social, idade, etc.) em que este se encontra inserido. Por exemplo, o que se considerava ser uma boa QV antes de Portugal entrar em crise, devido às mudanças socioeconómicas que o país sofreu, já poderá não ser a mesma atualmente.

O mesmo se sucede com as perspetivas dos investigadores na medida que, ao ser um termo ser o de uso mais multidisciplinar da atualidade, não existe apenas um aspeto da vida que nos permita avaliar a sua qualidade mais sim diversos aspetos que permitem a criação de diferentes teorias sobre a qualidade de vida.

Neste sentido, são diversos os autores que reforçam essa ambiguidade como é o caso de Bowling (1999) que refere que a QV é um conceito vago pois é multidimensional e incorpora, teoricamente, todos os aspetos da vida humana, sendo assim utilizado por muitas disciplinas.

Já Minayo et al. (2000; 8) explicam que a QV *“abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se repostam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural”*.

Para se compreender melhor esta subjetividade, o quadro seguinte, apresenta-nos algumas definições de QV das inúmeras que já foram apresentadas até hoje.

#### **Quadro nº 1 – Definição de Qualidade de Vida**

<b>Autor</b>	<b>Definição</b>
SHUMAKER et al (1990)	A QV é <i>“uma satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar”</i> .

Autor	Definição
RIBEIRO (1994)	A QV “ <i>assume, atualmente, uma importância crescente tanto no domínio do Sistema de Saúde em geral, como no domínio do Sistema de Cuidados de Saúde em particular</i> ”.
SANTOS et al (2002)	A QV “ <i>pode-se basear em três princípios fundamentais: capacidade funcional, nível sócioeconômico e satisfação. A QV também pode estar relacionada com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação económica e autoproteção de saúde</i> ”.
SERRA et al (2006)	A QV “ <i>de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços económicos e sociais: emprego, renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, habitação, transporte de boa qualidade etc. É bom lembrar que o conceito de bem-estar, de qualidade de vida, varia de sociedade para sociedade de acordo com cada cultura</i> ”.
NOBRE (1995)	A QV é uma “ <i>sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence</i> ”.

**Fonte:** Adaptado de Paschoal; 2000: 25, Santos et al; 2002: 758, Silva; 2011: 9-11 Nobre; 1995: 229

Como podemos observar no quadro anterior, apesar de não existir acordo no que respeita a um único conceito de QV, uma coisa é certa, a QV tem vindo a ser, ao longo do tempo, uma constante preocupação do ser humano e, como todas as organizações, quando se trata de Instituições que prestam apoio aos Idosos, estas não deixam de ser exceção.

Segundo Antunes e Pires, a QV “*é cada vez mais uma exigência da sociedade a todos os níveis, sendo um caminho a percorrer por todo o tipo de organizações. As áreas sociais pretendem acompanhar este movimento de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes. As Instituições de Apoio a Idosos, de modo idêntico à maioria das organizações, evidenciaram, nos últimos tempos, uma grande atenção com a qualidade nas áreas de gestão interna e, após uma familiaridade com as normas NP EN ISO 9001, adotaram-nas como elemento da sua estrutura de gestão*” (2006: 136).

### 1.1.1 – MODELO DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE ROSALIE KANE

Como podemos observar anteriormente, agrupar todas as definições de QV num só conceito não é, sem dúvida, tarefa fácil, conseqüentemente, estimá-la, medi-la, compará-la, muito menos. No entanto, e uma vez que a importância da sua avaliação tem vindo a crescer

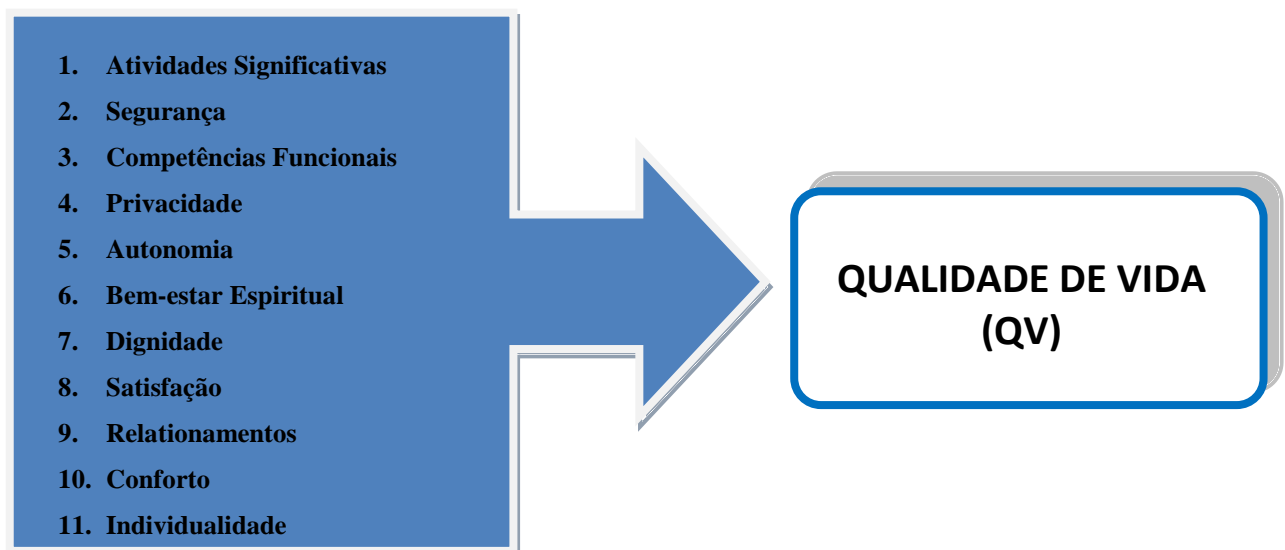
exponencialmente, têm surgido um grande número de instrumentos que avaliam a QV, onde tentam, de uma forma geral, analisar todas as dimensões da nossa vida, ou, de uma forma mais específica, determinadas patologias ou procedimentos.

Segundo Pereira, atualmente “ (...) *ainda são poucos os estudos que analisam a qualidade de vida global associada à vivência num Lar, aparecendo aqui a investigadora Rosaline Kane com um estudo pioneiro*” (2013: 45).

Apesar de podermos destacar autores como Lawton (2009) e Flanagan (1982), o presente estudo optou por se basear na avaliação da QV da autora Rosaline Kane por ser, como foi referenciado anteriormente, a pioneira. A investigação desta autora teve início em 1998 quando a mesma, elaborou um estudo cujo tema era *Measurement, Indicators and Improvement of the Quality of life in Nursing Homes* (Medição, Indicadores e Melhoria da Qualidade de Vida nos Lares de Idosos) que tinha como principal objetivo criar, ao ter como base fatores psicológicos e sociais, medidas de avaliação da QV dos utentes de lares de idosos.

Kane (2001) defende que os lares de idosos influenciam a qualidade de vida dos seus residentes não só ao nível da sua saúde como também ao nível das necessidades sentidas pelos próprios. Neste sentido, Rosaline Kane apresenta-nos 11 domínios essenciais para avaliar a QV.

### **Figura nº 1 – 11 Domínios de Rosaline Kane**



**Fonte:** Adptação de Kane (2003)

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o quadro seguinte (quadro nº 2) apresenta-nos então os 11 domínios de uma forma mais pormenorizada.

**Quadro nº 2 – Breve explicação dos 11 Domínios de Rosaline Kane**

Domínio	Explicação
Atividades Significativas	Tendo como base de que os utentes precisam de perceber que as suas vidas são repletas de atividades e que existe sempre, como é natural, uma diferenciação do estado físico de cada utente, as suas atividades significativas consistem em atividades que lhes proporcionem autoafirmação ou lazer ativo (quer por execução ou observação), podendo também incluir, apesar de sua dependência física, contribuições significativas que estes fazem às suas famílias, ao Lar ou à comunidade em geral.
Segurança	Por se sentirem seguros e confiantes com o Lar e com os seus colaboradores os utentes são capazes de circular livremente, acreditando que seus bens estão seguros e confiando que os colaboradores têm boas intenções.
Competências Funcionais	As competências funcionais, como resultado, significa que o utente é tão independente quanto quer ser dentro dos limites das suas capacidades físicas e cognitivas e do ambiente físico em que se encontra. Este domínio da QV é extremamente sensível ao ambiente físico em que vivem as pessoas idosas; aos cuidados que recebem e às políticas adotadas por organizações de cuidado formal.
Privacidade	Privacidade não se refere a ter um quarto e casa de banho privada, mas sim a experimentar uma sensação de privacidade, ou seja, ser capaz de estar sozinho ou em privado com outros quando assim deseja ou de poder manter as informações pessoais confidenciais. São especificados cinco aspetos da vida privada (a saber, solidão, intimidade, anonimato e reserva) e sugerem-se quatro razões pela o qual esse tipo de privacidade é necessário: <ol style="list-style-type: none"><li>1) a exercício da autonomia;</li><li>2) a liberação emocional, importante em momentos de perda, choque ou dor;</li><li>3) a auto - avaliação, o que requer o processamento de informações privadas e reflexão;</li><li>4) para limitar as informações.</li></ol>
Autonomia	Os utentes têm capacidade de escolha no que respeita à sua própria vida, tornando-se membros ativos e melhorando o seu bem-estar pessoal.
Bem-estar Espiritual	Apesar de se encontrar intimamente relacionado com o bem-estar psicológico e social, o bem-estar espiritual não pode ser descurado como um domínio da QV na medida em que pode incorporar, ir além ou ser independente da religiosidade. Quando se fala em bem-estar espiritual deve-se ter em conta as necessidades e preocupações dos utentes com a religião, oração, meditação, espiritualidade e valores morais.



Domínio (cont.)	Explicação (cont.)
Dignidade	A dignidade para estar intacta implica o respeito pelos utentes, não serem infantilizados ou se sentirem humilhados e desvalorizados. A dignidade é apresentada como uma exigência nos regulamentos internos dos Lares, refere-se à percepção de que a dignidade é respeitada, independentemente ter ou não essa percepção.
Satisfação	Na medida em que a satisfação é algo que a maioria de nós ansiamos atingir ao longo das nossas próprias vidas, este aspeto não poderia deixar de ser analisado. Seja ao nível da satisfação que os utentes têm com os alimentos que são servidos e os horários que são aplicados no Lar, ao nível da satisfação da vivência num Lar dos próprios utentes/familiares ou ao nível da satisfação dos próprios trabalhadores este domínio é, de facto, muito importante.
Relacionamentos	Os utentes desenvolvem relacionamentos significativos com os outros utentes, colaboradores e/ou familiares que não residem dentro do Lar. Essas relações influenciam direta ou indiretamente a satisfação dos utentes e, conseqüentemente, a sua QV dentro da Instituição logo não podemos descurar deste domínio.
Conforto	O conforto remete-nos essencialmente para o conforto físico dos utentes. Estes, dentro do Lar, devem-se sentir bem com a temperatura ambiente e estar numa posição corporal confortável sem dor ou desconforto físico, e perceberem quando estão a ser ajudados pelos colaboradores para evitar a dor ou desconforto
Individualidade	Consiste na capacidade dos utentes, expressarem as suas preferências, os seus interesses passados e atuais, mantendo um senso de identidade própria e percebendo que são conhecidos como indivíduos.

**Fonte:** Adaptação de Kane (2001; 2003), Póvoa (2010) e Pereira (2013)

Tendo então em conta os domínios apresentados pela autora, o presente estudo tem apenas como base 10 dos 11 domínios na medida em que, ao utilizar como instrumento de avaliação um instrumento já criado, “*Quality of Life Measures for Nursing Home Resident*” dos autores Faulkner, Davies, Nolan e Brown-Wilson, em 2006, este não tem como questões de avaliação de QV quaisquer aspetos que nos permitissem analisar o domínio de Bem-estar Espiritual.

No nosso estudo iremos ainda, ao nível do domínio das competências funcionais, analisar particularmente as competências funcionais dos colaboradores, ou seja, analisar a opinião dos utentes, famílias e dos próprios colaboradores ao nível das aptidões que estes últimos têm para cumprir alguma tarefa ou função ou dos conhecimentos que estes demonstram ter.

É de salientar que nem todos os questionários aplicam em simultâneo os 10 domínios propostos sendo que a sua análise poderá ser efetuada em determinados domínios e noutros não. Para além disso, existem algumas questões, principalmente ao nível dos questionários

dos familiares e colaboradores, que não se aplicam especificamente a nenhum dos domínios de Kane logo, dependendo das circunstâncias, foram criados novos domínios para que estas pudessem ser analisadas ou analisadas individualmente.

## 1.2 – SATISFAÇÃO

De acordo com Lovelock, a “*satisfação é um conceito mais abrangente que a qualidade dos serviços, sendo muitas vezes entendida como uma componente da anterior*”. Na verdade, segundo Gronroos, “*há uma discussão entre vários autores sobre se é a qualidade que é percebida em primeiro lugar dando lugar à satisfação ou se é a satisfação para com um serviço que leva à percepção da qualidade do mesmo*” (apud Pereira; 2013:50).

Como já pude referir anteriormente, para conseguir verdadeiramente analisar a qualidade dos serviços de uma instituição não podemos deixar de lado o nível de satisfação de dois elementos fundamentais: 1) os utentes e suas famílias, na medida em que eles são os principais beneficiários de uma boa qualidade dos serviços e, para além de ser um direito que lhes assiste, ao estarem satisfeitos com os serviços prestados, tornam-se mais participativos e cooperantes; 2) os próprios colaboradores, uma vez que (sob o meu ponto de vista) são eles que “constroem” uma instituição e quando se encontram desmotivados isso reflete-se na qualidade dos serviços e na satisfação dos clientes (utentes e famílias).

Neste sentido, as instituições têm como principal objetivo garantir progressivamente uma maior satisfação dos clientes e colaboradores a fim de garantir uma melhor qualidade dos seus serviços (Franco; 2012).

Segundo Donabedian (1980), uma preocupação importante é saber qual é a satisfação que os clientes têm em relação aos serviços que lhes são prestados uma vez que, o cliente ao serem, sem dúvida, a autoridade última nesta matéria, permite-nos obter informações sobre as suas próprias expectativas e valores bem como sobre o sucesso dos prestadores.

A participação de todos os elementos que constituem uma instituição (direção, colaboradores, utentes e famílias) é fundamental para se implementar uma cultura de qualidade na Instituição logo a sua satisfação deve ser tida sempre em conta.

### 1.2.1 – CONCEITO DE SATISFAÇÃO

De acordo com Duarte, o “*conceito de satisfação pode ser visto como uma atitude, uma resposta efetiva relacionada com os atributos da prestação de cuidados e com a avaliação que o cliente faz desses atributos, ou como uma reação emocional que reflete o quanto o*

*utente gostou ou não do serviço que recebeu” no entanto Graça considera que a satisfação “não é apenas uma atitude, mas também é simultaneamente emoção e sentimento, e tudo isto pode de facto ser verbalizado, medido e quantificado através de uma opinião” (apud Franco; 2012: 28).*

Como sucedeu aquando da necessidade de definir o conceito de QV, também aqui o conceito de satisfação poderá ser interpretado de diferentes maneiras, tendo sempre em conta o contexto onde este se encontra inserido. Quer ao nível da satisfação dos clientes (SC) ou da satisfação no trabalho (ST) também isso não é exceção.

Sobre a SC, podemos encontrar na literatura diversas definições. O quadro nº 3 mostra-nos apenas algumas.

### **Quadro nº 3 – Definições de Satisfação do Cliente**

<b>Autor</b>	<b>Definição</b>
GREENE, WEINBERGER E MANLIN (1980)	A SC <i>“relaciona-se com a forma como as expectativas dos cuidados são percebidas pelos clientes. Assim, a satisfação define-se através de um elaborado processo psicossocial que abrange as expectativas dos clientes, o produto dos cuidados, as experiências prévias e as expectativas relativamente à cura ou recuperação”</i>
LINDER-PELZ (1982)	A SC é <i>“uma postura individual, resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões de cuidados de saúde. Esta deve ser compreendida dentro de um determinado contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio cliente”</i> .
JOHN (1992)	A SC <i>“corresponde a uma reação emocional dada em consonância da avaliação que este faz da prestação dos cuidados de saúde a que foi sujeito (qualidade percebida). Como tal, essa resposta emocional é determinada pela confirmação ou infirmação das suas expectativas. Indo de encontro às várias definições apresentadas”</i>
SANTOS (1993)	A SC <i>”pode ser medida através das perceções dos clientes e é definível, enquanto resultante de uma avaliação positiva de diversas dimensões dos cuidados de saúde, ou como reação a aspetos específicos dos cuidados prestados. Esta analisa, avaliação cognitiva e a reação emocional do paciente à estrutura, ao processo e/ou ao resultado dos cuidado”</i> .

**Fonte:** Adaptação de Pereira; 2013:50 e Franco; 2012: 29-30

No que concerne à definição de ST, ou seja, satisfação dos trabalhadores/colaboradores, também a este nível a definição não é consensual. O quadro nº 4 mostra-nos algumas das definições mais utilizadas.

**Quadro nº 4 – Definições de Satisfação no Trabalho**

<b>Autor</b>	<b>Definição</b>
VALA et al (1994)	A ST “ <i>pode ser definida como um constructo [modelo idealizado na observação, criado para relacionar essa observação com um enquadramento teórico] que pretende transmitir um estado emocional positivo ou uma atitude positiva perante o trabalho e as experiências em contexto de trabalho</i> ”
TAYLOR (1977)	A ST está “ <i>relacionada com a remuneração, e este seria o fator mais importante para conduzir à satisfação profissional</i> ”
CHIAVENATO (1994)	A ST “ <i>deriva mais do reconhecimento social do que da remuneração</i> ”
BERGAMINI (2008)	A ST “ <i>consiste no prazer que resulta da realização de uma atividade motivada, sendo necessário haver impulso que estimule o trabalhador a realizar a atividade. Assim pode-se estabelecer a seguinte relação: não existe satisfação sem motivação.</i> ”
LOCKE (1976)	A ST é “ <i>um estado emocional positivo e de prazer, que resulta da apreciação do trabalho ou das experiências profissionais do trabalhador</i> ”
MILLER e WHEELER (1992)	A ST “ <i>pode ser vista como uma resposta emocional a uma determinada situação de trabalho</i> ”

**Fonte:** Adaptação de Santos; 2013: 33

Em suma, a ST é “*um fenômeno complexo e de difícil definição. Uma parte dessa dificuldade decorre de a satisfação no trabalho ser um estado subjetivo em que a satisfação com uma situação ou evento pode variar de pessoa a pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa e estar sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato*” (Martinez & Paraguay; 2003:60).

No entanto, para compreendermos melhor a satisfação dos clientes (utentes e famílias) e a satisfação no trabalho (colaboradores) é importante não só conhecer os seus diversos conceitos como também as teorias que os envolvem.

### 1.2.2 – SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

Os primeiros estudos sobre a Satisfação dos Clientes (SC) surgem ao nível da saúde, na década de 70, nos Estados Unidos da América (EUA) e em Inglaterra pois a SC era uma meta a alcançar pelos serviços de saúde e que por isso necessitava de ser amplamente avaliada para que se pudesse aperfeiçoar o sistema de saúde (Esperidião & Trad; 2006).

No entanto, e de acordo com Coelho & Vilares (2005), só em 1989, é que foi calculado o primeiro índice de SC tendo em conta a qualidade dos bens e serviços. Este estudo, dinamizado por Fornell, deu mais tarde origem ao *American Customer Satisfaction Index*.

Ao longo dos tempos foram sendo apresentados diversas teorias que tentam, de uma forma ou de outra, compreender a SC, principalmente, ao nível dos serviços de saúde onde predominam as abordagens da escola de psicologia social que se centram nos aspetos psicológicos como crenças, expectativas e perceções dos utentes como podemos analisar no quadro seguinte (Esperidião & Trad, 2006).

#### **Quadro nº 5 – Modelos Teóricos conceptuais da Satisfação dos Clientes**

<b>Teoria</b>	<b>Descrição</b>
<u>Teoria da Discrepância</u> (LOCKE, 1969)	Nesta teoria, os níveis de satisfação têm como base a diferença entre as expectativas dos clientes e a sua perceção da experiência. Esta teoria é a mais utilizada nas pesquisas no entanto alguns autores, ao testá-la, observaram que ela é capaz de dar conta de apenas uma parte da variação dos níveis de satisfação.
<u>Teoria da Atitude</u> (LINDER-PELZ, 1982)	A satisfação é vista como uma atitude, ou seja, uma avaliação, seja ela positiva ou negativa, feita pelos clientes sobre um determinado aspeto do serviço.
<u>Teoria da Realização/Confirmação da expectativa</u> (FITZPATRICK & HOPKINS, 1983)	Nesta teoria, a satisfação é analisada tendo em conta aquilo que os clientes esperam pelo serviço que recebem (se recebem aquilo que esperava ou até mais). É uma teoria bastante utilizada e em simultâneo a mais criticada pelos investigadores pois utiliza apenas um indicador da satisfação (saber o quanto um serviço foi melhor que a expectativa do cliente), correndo-se assim o risco de não se avaliarem verdadeiramente os serviços de saúde.
<u>Teoria da Equidade</u> (ADAMS, 1965)	Defende que satisfação de um indivíduo está relacionada às comparações que ele faz de “ganhos” e “perdas” individuais e na comparação com os outros. Esta teoria tem sido muito valorizada pelos investigadores na medida em que tem como base o facto de os clientes avaliarem os serviços segundo critérios de equidade e introduz elementos de comparação social, confrontando a avaliação de um único cliente com os restantes. A teoria da realização pode ser subdividida em 2 tipos: a realização da expectativa e a realização da necessidade. Neste último tipo, diversos estudos mostram que quer a efetividade do serviço como o nível de saúde dos clientes
<u>Teoria da Equidade</u> (ADAMS, 1965) (cont.)	são tidos em conta aquando das respostas sobre a satisfação. Uma desses autores foi Rosaline Kane (2001; 2003) que estudou a relação entre satisfação e resultados clínicos e concluiu que, embora relacionados, na determinação da satisfação foram também tidos em conta outros fatores.

Teoria (cont.)	Descrição (cont.)
<u>Teoria dos Quatro Estágios</u> (SWAN, 1985)	Esta teoria tem como base quatro constructos básicos: 1) a percepção do desempenho do serviço; 2) a confirmação da expectativa a respeito do desempenho e a percepção de tratamento equitativo; 3) a satisfação geral; e, 4) a intenção de visitar ou evitar o serviço no futuro. Swan, apesar da importância da expectativa e da percepção do desempenho do serviço, dá ênfase ao sentimento do paciente ser tratado justo ou injustamente (equidade) como uma peça fundamental no processo de avaliação.

**Fonte:** Adaptação de Esperidião & Trad (2006)

Embora os conceitos de SC possam possuir diferentes teorias e perspectivas, denota-se a existência de um acordo do que diz respeito à natureza multidimensional deste conceito, ou seja, os clientes, apesar de possuírem opiniões diferentes sobre distintos aspectos dos cuidados de saúde, existem dois aspectos que são sempre comuns: o aspecto técnico do cuidar e o aspecto humano ou interpessoal do cuidar (Franco, 2012).

Franco (2012) defende ainda que existem diferentes componentes ao nível da SC que têm sido determinantes aquando da avaliação dos serviços como: 1) Características interpessoais (como o respeito, preocupação e cortesia); 2) Qualidade técnica dos prestadores; 3) Acessibilidade/conveniência (intimamente relacionado com os tempos de espera e facilidades no atendimento); 4) Custo financeiro dos cuidados; 5) Eficácia/resultado dos cuidados; 6) Continuidade dos cuidados; 7) Aspectos ligados ao local onde se prestam os cuidados - prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos); e, 8) A disponibilidade de recursos.

Segundo o autor, estas componentes podem ser ainda agrupados em quatro fatores: 1) Características dos próprios clientes (relacionadas com as suas expectativas); 2) Características dos profissionais (relacionadas com a sua capacidade de criar empatia com os clientes e de prestar um serviço de qualidade, o que influencia a satisfação dos clientes); 3) Fatores físicos e estruturais dos serviços (seja ao nível da localização, do acesso, do tempo de espera e de tratamento ou da continuidade dos cuidados); 4) Aspectos da comunicação e da informação dada ao cliente aquando dos cuidados recebidos (este é um fator importante para que os clientes se sintam satisfeitos não só quando têm o conhecimento dos cuidados que lhes estão a ser prestados como também no modo como são recebidos pelos profissionais no serviço).

Atualmente, tendo em conta todas estas componentes e fatores que engloba a SC, esta tem vindo a ter um papel de relevo na gestão e na tomada de decisões estratégicas e operacionais da própria instituição. Quanto maior forem os níveis de SC, menores serão os custos para cativar novos utentes e para acabar com potenciais desistências na medida em que, ao ter em conta as expectativas e necessidades dos utentes e suas famílias, a Instituição tem mais facilidade em gerir e resolver as reclamações e aumentar a qualidade dos serviços prestados ou até mesmo de criar novos serviços que vão de encontro àquilo que os utentes e famílias mais necessitam.

### 1.2.3 – SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Ao longo dos anos muitos têm sido os investigadores que se debruçaram sobre a satisfação no trabalho (ST). Para além das teorias que já foram apresentadas aquando da SC, uma vez que também elas se adaptam à ST, o quadro seguinte apresenta-nos outras teorias que se debruçaram sobre a ST.

#### **Quadro nº 6 – Modelos Teóricos conceptuais da Satisfação no Trabalho**

Nome da Teoria	Descrição
<u>Teoria da Hierarquia das Necessidades</u> (MASLOW, 1954)	Defende que existe uma pirâmide hierárquica das necessidades (necessidades fisiológicas, segurança, pertença social, estima e autorrealização) onde as pessoas procuram satisfazer em primeiro plano as necessidades mais básicas (fisiológicas) e, só no final, as necessidades de nível superior (auto-realização). De acordo com esta teoria, o trabalho tem um papel fundamental nas vidas dos trabalhadores na medida em que os seus aspetos psicossociais podem favorecer ou prejudicar a satisfação das necessidades humanas.
<u>Teoria X – Teoria Y</u> (MCGREGOR, 1966)	Procura caracterizar as duas formas possíveis (X e Y) dos gestores veem os trabalhadores e, conseqüentemente, o modo como interagem entre si. A Teoria X defende que, em média, os trabalhadores não gostam de trabalhar e que ao evitar fazê-lo tem que ser dirigidos, controlados e punidos pelos gestores para que se esforcem, por sua vez, a Teoria Y defende que a maioria dos trabalhadores gosta de trabalhar logo não necessitam de ser controlados pois autocontrolam-se. Logo, a diferença de um trabalho que é feito voluntariamente ou por castigo influencia substancialmente o nível de satisfação dos trabalhadores.
<u>Teoria dos Dois Fatores</u> (HEZBERT, 1959)	Esta teoria defende que o comportamento dos trabalhadores depende sempre de dois fatores: higiénicos (salário, estatuto ou segurança no trabalho) que apesar de evitarem a insatisfação não geram a motivação dos trabalhadores, e motivacionais (realização, reconhecimento ou progresso no trabalho) que, ao satisfazerem as necessidades humanas, motivam os trabalhadores.

Nome da Teoria (cont.)	Descrição (cont.)
Teoria da Imaturidade - Maturidade (ARGYRIS, 1960)	Na medida em que, de acordo com esta teoria o desenvolvimento ou crescimento do indivíduo no local de trabalho processa-se ao longo de um intervalo contínuo (de uma situação de imaturidade para uma situação de maturidade) dependendo das condições que a empresa lhe oferece. Ou seja, por vezes a empresa, com o intuito de os adaptar ao trabalho, cria papéis e situações que acabam por manter a sua imaturidade, essa atitude, em vez de os motivar, cria-lhes frustração e impede-os de alcançar plena satisfação no trabalho.
Teoria da expectativa (VROOM, 1964)	A satisfação é entendida como uma reação antecipada a um resultado ou expectativa que os trabalhadores esperam conseguir. Esta teoria tenta explicar como as recompensas levam a determinados comportamentos, focalizando estados cognitivos interiores que provocam a motivação.

**Fonte:** Carvalho; 2006, Santos; 2013, Martinez & Paraguay; 2003 e Martins & Santos; 2006

Ao analisarmos o quadro anterior, e tendo em conta Salancik & Pfeffer parece “(...) *haver duas vertentes sobre satisfação no trabalho, que defendem idéias diferentes. Em uma, as características do trabalho são os principais determinantes da satisfação e para a outra, o processamento das informações sociais é o aspeto mais relevante. Apesar de suas divergências, ambas enfatizam o papel dos aspetos situacionais que gerariam as atitudes e, portanto, a satisfação no trabalho*” (apud Martins & Santos, 2006: 197).

No entanto, uma coisa é certa, a satisfação no trabalho tem sempre causas e consequências que lhe são subjacentes e que influenciam de forma global o nível de satisfação dos colaboradores e que podem ser divididas em causas pessoais e organizacionais como podemos compreender melhor no quadro seguinte.

#### **Quadro nº 7 – Causas da Satisfação no Trabalho**

Causas pessoais (demográficos)	Causas organizacionais
1) Idade	1) Salário
2) Género	2) Trabalho em si mesmo
3) Habilitações literárias	3) Perspetiva de Carreira
4) Habilitações profissionais	4) Estilos de Chefia
5) Tempo de serviço	5) Colegas e Relações Laborais
6) Tipo de vínculo	6) Condições de Trabalho
7) Estado civil	7) Quantidade de Trabalho
	8) Autonomia / Horários
	9) Formação Profissional



Causas pessoais (demográficos) (cont.)	Causas organizacionais (cont.)
	10) Segurança no emprego 11) Visibilidade Social 12) Prestígio e Qualidade da organização 13) Instalações Política e Estratégia da organização

**Fonte:** Santos; 2013

É de salientar que as instituições, ao avaliarem a satisfação dos seus colaboradores, deverão ter sempre em conta que as causas e as consequências na ST podem ser diversas e variar de contexto para contexto. Neste sentido, realizar uma identificação contínua dos fatores de satisfação, uma vez que permite não só melhorar os serviços como também aumentar a satisfação dos colaboradores, é sem dúvida um ponto fulcral que as Instituições, atualmente, não podem nunca descurar.

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO UTILIZADO**

O instrumento de avaliação (IA) aplicado neste estudo tem como base duas abordagens teóricas que nos permitem compreender a natureza das interações no contexto da prestação de cuidados em ambientes residenciais: o Modelo Centrado na Relação de Cuidados, *Relationship – Centered Care (RCC)*, e a Importância dos Eventos Positivos, *Positive Events*, defendidos pela Psicologia Positiva.

Para além destas duas abordagens, o IA é ainda fortemente influenciado pelos *Senses Framework*, ou seja, a “Estrutura de Sentidos” apresentada por Nolan em 1997 (Faulkner et al, 2006).

#### **2.1 – RELAÇÃO CENTRADA NO CUIDADO**

Antes de desenvolver um pouco o Modelo Centrado na Relação de Cuidados, *Relationship – Centered Care (RCC)*, torna-se importante salientar que segundo McCormack (in Nolan et al; 2006), o *cuidado centrado na pessoa* é um conceito que, apesar de ser muitas vezes citado, foi no entanto por vezes mal definido e que exerceu uma forte influência sobre a política, práticas e literaturas académicas em especial na área da Enfermagem e Gerontologia.

De acordo com Williams e Grant (1998) afirmam que o cuidado centrado na pessoa defende que os profissionais compreender como é viver "um certo tipo de vida" para que isso possa acontecer estes terão que conhecer as pessoas enquanto indivíduos. Neste sentido, cuidar implica obrigatoriamente respeitar os outros enquanto indivíduos, estando assim organizado em torno das suas necessidades.

Consequentemente, e segundo Nolan et al. (2006), este foco na individualidade espelha as tendências mais amplas ao nível da Saúde e do Serviço Social e reforça a importância de promover a independência e autonomia das pessoas idosas.

Intimamente ligado a este conceito, surge então o termo *Relationship – Centered Care (RCC)*, ou seja, Relação Centrada no Cuidado (RCC), que nasce pelas mãos de um grupo de investigadores entre eles destacamos Tresolini e Pew-Fetzer Task Force (1994) aquando da sua extensiva revisão de adequação dos sistemas de cuidados de saúde modernos nos EUA com vista a responder aos desafios que vinham a ser colocados com o crescente número de pessoas com doenças crónicas.

De acordo com Suchman, a RCC é “*A new complexity-inspired theory of human interaction called complex responsive processes of relating (CRPR) offers strong theoretical confirmation for the principles and practices of RCC, and thus may be of interest to communications researchers and reflective practitioners*”. (2005: S40), é uma filosofia clínica que enfatiza as parcerias, a atenção cuidadosa no processo relacional, a tomada de decisões compartilhadas e a autoconsciência,

Este conceito de RCC representa, sem dúvida, um novo passo para humanizar a Medicina, conjugando assim a já existente abordagem objetiva e reducionista da prática baseada na ciência com uma nova abordagem mais sensível e empática com a experiência vivida pelos pacientes, enfatizando assim a importância não só dos médicos mas também dos pacientes numa parceria conjunta que permita a cada um individualmente e, principalmente, em equipa trabalhar para o mesmo objetivo – a recuperação do paciente.

Apesar de Suchman (2005) considerar que a RCC é mais uma ideologia do que uma teoria, esta parte de quatro pressupostos fundamentais para se sustentar teoricamente: 1) Todo o comportamento num encontro médico é intencional (assumimos que, se um comportamento ocorre, deve haver algum tipo de motivação/intenção por parte de alguém); 2) Todo o efeito tem uma causa que é, em última análise, detetável – suposição de causalidade linear (compreender os fatores causais permite-nos prever os resultados ou, melhor ainda, controlá-los); 3) A comunicação é um processo de transferência de informação (a comunicação é um

processo de sinalização entre os indivíduos no entanto a fidelidade da transmissão pode ser elevada ou baixa o que poderá ajudar ou prejudicar o relacionamento); 4) O modo como estudamos o processo de relacionamento (a maioria dos estudos sobre a comunicação e relacionamento têm como unidade básica de observação a entrevista em escritório correlacionando variáveis independentes (como a raça ou o género do médico, a apreciação do estado de saúde do paciente, o estilo de comunicação utilizado pelo médico) com outras variáveis que avaliem o estado ou atitudes que presumem ser duradoras (como a satisfação com a visita, a intenção do utente em tomar a medicação).

Citando Suchman, *“to understand the theory, we begin with the observation that human beings are a thoroughly social species; we grow up and live in a medium of continuous social interaction. Human infants and children depend on others and cannot survive by themselves. Even as adults, it is extraordinarily rare for humans to live without some degree of interaction. For most of us, daily life consists of abundant interactions with many people”* (2005:S41).

Neste sentido, cada membro de uma equipa médica deve conhecer e agir sobre a interligação dos aspetos emocionais, sociais, físicos e espirituais do paciente, em vez de tentar, dividir em partes distintas e tratá-las individualmente, descurando do facto que o *“o todo é maior do que a simples soma das suas partes”* (Aristóteles; S/d) e que, apesar de enfatizar mais um aspeto do que outro (tendo em conta a sua área de trabalho), esteja ciente de que o seu trabalho com o paciente tem como objetivo final o bem-estar geral e não apenas parcial do mesmo.

Segundo Beach et al (2006), a RCC possui 4 princípios essenciais: Princípio 1 – Os relacionamentos na área da Saúde devem incluir as dimensões da personalidade e os papéis (Na RCC, o médico e o paciente são indivíduos únicos com as suas próprias experiências, valores e perspetivas. Nesta relação, os médicos devem estar conscientes das suas próprias emoções, reações e preconceitos e controlar o seu próprio comportamento, tendo em conta essa mesma consciência); Princípio 2 – O afeto e a emoção são importantes componentes dos relacionamentos em Saúde (O RCC reconhece a importância central do afeto e emoção no desenvolvimento, manutenção e término dos relacionamentos. Na RCC, o paciente recebe apoio emocional por parte da presença do médico na relação. Esta relação desafia a noção de interesse individual, ao ser sobrevalorizado quebra o vínculo que mantém as pessoas juntas. Ao invés do interesse individual permanecer independente ou neutro, os médicos devem ser encorajados a criar empatia com os pacientes, na medida em que permite ajudar os pacientes a

experimentar e expressar suas emoções e permite ao médico entender e atender as necessidades do paciente e melhorar a prestação de cuidados); Princípio 3 - Todas relações ocorrem no contexto de influência recíproca (Qualquer ação na saúde não pode ocorrer isoladamente na medida em que o paciente e o médico se relacionam entre si, conseqüentemente a RCC é uma troca de interações entre os seus intervenientes onde o médico beneficia ao conhecer a vida do paciente uma vez que conhece assim melhor a doença e o paciente beneficia ao receber por parte do médico o apoio emocional que necessita e uma maior qualidade da prestação dos cuidados); Princípio 4 – A RCC tem um fundamento moral (De acordo com o autor, a formação e manutenção das relações na área da saúde é moralmente valiosa na medida em que as RCC são genuínas e moralmente desejáveis pois é através delas que os médicos são capazes de criar o interesse e o investimento necessário para prestar os cuidados de saúde ao paciente. Apesar de existir um contrato entre o médico e o paciente, os seres humanos tendem a ficar mais comprometidos moralmente com aqueles com quem têm um relacionamento pessoal do que contratual. Quando este compromisso no relacionamento pessoal é reforçado, permite ao paciente avaliar a real capacidade do médico em vez de ser enganado por um papel bem desempenhado).

Paralelamente à existência destes quatro princípios, e segundo Tresolini e Pew-Fetzer Task Force (1994), na *RCC* tem em conta três dimensões essenciais: 1) Relação Profissional – Paciente (O trabalho dos profissionais na relação deve incluir: a organização de informação sobre o paciente e sobre a prestação do seu cuidado; a prestação de cuidados biomédicos abrangentes; a reflexão de forma crítica sobre a prática sobre a prática de aumentar a auto - consciência; a prática, através de um carinho, da ética de cura e da perspectiva que procura preservar a dignidade e integridade do paciente e da sua família; a escuta e comunicação eficaz; a procura de eliminação de abusos decorrentes de desigualdades de poder no que diz respeito à raça, género, educação, ocupação e nível socioeconómico; o incentivo à colaboração ativa do paciente e da sua família na tomada de decisão sobre a prestação de cuidado e respetivo tratamento; a promoção da saúde e prevenção da doença do paciente e da sua família.

Para que esta relação funcione eficazmente os profissionais devem, como podemos observar no quadro seguinte, desenvolver conhecimentos e habilidades ao nível de quatro áreas (Pew-Fetzer Task Force;1994): a Autoconsciência e Autoconhecimento contínuo; a experiência do paciente no que concerne à saúde e doença; o desenvolvimento e manutenção de relações com os pacientes, e; a comunicação eficaz.

**Quadro nº 8 – Áreas de Conhecimento, Habilidades e Valores para a Relação Profissional – Paciente**

Área	Conhecimento	Habilidades	Valores
Autoconsciência e Autoconhecimento contínuo	- Conhecimento de si; - Compreensão de si como um recurso para os outros;	- Reflete sobre si e sobre o trabalho	- Importância de Autoconsciência, Autocuidado e Auto crescimento
Experiência do paciente sobre a saúde e a doença em desenvolvimento	- Papel da família, cultura; comunidade em desenvolvimento - Vários componentes de saúde; -Várias ameaças e colaboradores na saúde como dimensões de uma realidade	- Reconhecer a história de vida do paciente e o seu significado; -Ver a saúde e a doença como parte do Desenvolvimento Humano	-Valorização do paciente como uma pessoa inteira; -Valorização da história de vida do paciente e o significado da condição de saúde – doença
Desenvolver e manter relações de cuidar	- Compreensão de ameaças à integridade do relacionamento (por exemplo, poder desigual); - Compreensão do potencial de conflito e abuso	- Atender plenamente o paciente; - Aceitar e responder à angústia do paciente e de si mesmo; - Responder à Moral e aos Desafios Éticos; - Facilitar a esperança, a confiança e a fé.	- Respeito pela dignidade, singularidade e integridade do paciente (unidade mente-corpo-espírito); - O respeito pela autodeterminação; - O respeito pelo poder próprio da pessoa e pelos processos de Auto cura.
Comunicação Eficaz	- Elementos de uma comunicação eficaz	- Ouvir; - Transmitir informações; - Aprender; - Facilitar a aprendizagem dos outros; - Promover e aceitar emoções do paciente.	- Importância de ter uma mente aberta e não julgadora

**Fonte:** Adaptação de Pew-Fetzer Task Force (1994)

Ao nível da segunda dimensão, Relação Profissional – Comunidade, qualquer indivíduo pertence simultaneamente a múltiplas comunidades formadas por bairros, culturas, trabalho de grupos ou circunstâncias. Essas comunidades influenciam, de uma forma ou outra, o estado de saúde dos indivíduos logo os médicos, para poderem compreender e tratar os pacientes, precisam de entender as determinantes sociais, políticas, culturais, económicas e políticas da saúde de saúde; reconhecer e agir de acordo com os valores, normas, preocupações sociais e de saúde da comunidade; desenvolver um senso de responsabilidade comunitária; poder reconhecer os elementos nocivos dentro da comunidade e tentar mudá-los a fim de melhorar a sua saúde.

Para criar uma relação genuína com o paciente, o médico deve também estabelecer uma relação com a comunidade em que o paciente se encontra inserido já que grande parte dos problemas que o paciente trás para a relação com o médico têm as suas origens na comunidade e nas suas instituições. Consequentemente, a doença é, inevitavelmente, afetada pelas características da comunidade devendo, para uma melhor prestação dos cuidados, ser abordada dentro da comunidade.

Além disso, os profissionais de saúde podem ter um impacto positivo sobre a saúde de muitos indivíduos, uma vez que podem resolver outros problemas da comunidade que não estejam associados com um paciente em particular. O conhecimento, habilidades e os valores necessários para os profissionais poderem trabalhar na comunidade refletem-se no quadro seguinte através de 4 áreas distintas: o sentido de comunidade; os vários contribuintes para a saúde e doença dentro da comunidade; desenvolver e manter relacionamentos com a comunidade, e; os cuidados eficazes com base na comunidade.

**Quadro nº 9 - Áreas de Conhecimento, Habilidades e Valores na Relação Profissional – Comunidade**

Área	Conhecimento	Habilidades	Valores
Significado de Comunidade	- Vários modelos da comunidade; - Mitos sobre a comunidade; - Perspetivas das Ciências Sociais, Humanidades e Teoria de sistemas; e	- Aprendizagem contínua; e, - Participação ativa no desenvolvimento e diálogo comunitário	- Respeito pela integridade da comunidade; e, - Respeito pela diversidade cultural

Área (cont.)	Conhecimento (cont.)	Habilidades (cont.)	Valores (cont.)
Significado de Comunidade (cont.)	- Mudanças dinâmicas - demográficas, políticas, industriais		
Vários contribuintes para a saúde dentro da comunidade	- História da comunidade e o seu efeito na saúde; - Ambientes físicos, sociais e ocupacionais e os seus efeitos na saúde; e, - Forças externas e internas que influenciam saúde da comunidade	- Avaliar criticamente a relação de saúde dos prestadores de cuidados com a saúde da comunidade; - Avaliar a saúde comunitária e ambiental; e, - Avaliar as implicações que a política comunitária tem na saúde	- Afirmção da relevância de todas as determinantes da saúde; - Afirmção do valor da política de saúde nos serviços comunitários; e, - Reconhecimento da presença de valores que são destrutivos para a saúde
Desenvolver e manter relacionamentos com a comunidade	-A história das relações entre profissionais e comunidade; e. - O isolamento da assistência médica comunitária da comunidade em geral	- Comunicar ideias; - Ouvir abertamente; - Capacitar outras pessoas; - Aprender; - Facilitar a aprendizagem de outras pessoas; - Participar no desenvolvimento e ativismo em comunidade	- Importância de ser uma aberta mente; - Honestidade sobre os limites das ciências da saúde; e, - Responsabilidade de contribuir a experiência da saúde
Cuidados eficazes com base na comunidade	- Vários tipos de cuidados formais e informais; - Efeitos da Escala Institucional sobre os cuidados; e, - Os efeitos positivos da continuidade dos cuidados	- Colaborar com outros indivíduos e organizações; - Trabalhar como membro de uma equipe ou comunidade de prestação de cuidados; e. - Implementar mudanças estratégias	- Respeito pela liderança comunitária; e, - Compromisso para trabalhar para a mudança

**Fonte:** Adaptação de Pew-Fetzer Task Force (1994)

No que concerne à terceira dimensão, Relação Profissional – Profissional, para que haja empatia e eficácia no cuidado é fundamental que os profissionais da equipa se comprometam a trabalhar em conjunto para que possa assegurar as necessidades dos pacientes.

Este tipo de relação exige um bom trabalho de equipa, partilhando valores aprendendo através da experiência dos outros nas diferentes áreas de intervenção, permitindo assim encontrar soluções que sirvam as necessidades, quer dos pacientes como também dos próprios profissionais.

A qualidade das relações entre os profissionais que compõem a equipa de saúde afeta inevitavelmente a capacidade de cada um dos profissionais ter um relacionamento eficaz com os pacientes e com a sua comunidade.

Neste sentido, para se puder tornar uma relação eficaz na equipa requer, por parte dos profissionais, determinados conhecimentos, habilidades e valores, como podemos observar no quadro seguinte, estão intimamente relacionados com o autoconhecimento; as tradições do conhecimento nas profissões de saúde; a construção da equipa/comunidade de profissionais de saúde; e, o trabalho dinâmico de grupos, equipas e organizações.

**Quadro nº 10 - Áreas de conhecimento, habilidades e valores na relação entre profissionais**

Área	Conhecimento	Habilidades	Valores
Auto - Conhecimento	- Conhecimento de si	- Refletir sobre si e sobre as suas necessidades	- Importância do Auto - Conhecimento
Tradições do conhecimento nas profissões de saúde	- Abordagens de várias profissões sobre a cura - Abordagens de cura entre culturas - Desigualdades históricas de poder em todas profissões	- Conhecer o significado do trabalho dos outros - Aprender a partir da experiência de cura na comunidade	- Afirmção e valor da diversidade
Construção da equipa/comunidade de profissionais de saúde	- Perspetivas das equipas das Ciências Sociais	- Comunicar eficazmente - Ouvir abertamente - Aprender cooperativamente	- Afirmção da missão - Afirmção da diversidade
Trabalho dinâmico de grupos, equipas e organizações	- Perspetivas sobre a dinâmica da equipa das Ciências Sociais	- Partilhar a responsabilidade responsabilmente - Colaborar com outros -Trabalhar cooperativamente a resolver conflitos	- A abertura às ideias dos outros - Humildade - Confiança mútua, empatia, apoio - Capacidade de graça

Fonte: Adaptação de Pew-Fetzer Task Force (1994)



Em suma, de acordo com Shuman (2005), compreender as três dimensões da RCC cria uma visão mais abrangente dos cuidados de saúde. Estes três níveis de relações são bastantes instáveis e críticas e requerem muita atenção para que haja sempre equilíbrio entre elas. Quando uma relação está num estado crítico necessita de ser trabalhada a fim de, ao se fortalecer, encontrar novamente o equilíbrio necessário para que consiga satisfazer eficazmente as necessidades dos pacientes.

## 2.2 – PSICOLOGIA POSITIVA

Ao longo dos tempos, a Psicologia preocupa-se apenas em estudar a patologia e a debilidade do ser humano consequentemente deixa de lado, inconscientemente, os seus aspetos saudáveis com vista a curar doenças mentais e tornar a sua vida mais produtiva e feliz. Esta focalização exclusiva dos aspetos negativos levou a que, durante muitos anos, a Psicologia assumisse uma visão muito pessimista da natureza humana (Paludo & Koller; 2007).

Contudo, esta tendência começou a diminuir quando, em 1998, Seligman criou um movimento denominado Psicologia Positiva (PP) que oferecia uma abordagem oposta a anterior na medida em que dava ênfase aos aspetos positivos da natureza humana, às potencialidades e virtudes do ser humano (Poseck, 2006).

Neste sentido, a PP é “ *o movimento científico e aplicado que visa identificar as qualidades das pessoas e promover o seu funcionamento positivo (Snyder e Lopez, 2009), contribuindo para o florescimento e o funcionamento saudável de pessoas, grupos e organizações por meio do fortalecimento das competências ao invés de corrigir deficiências (Paludo e Koller, 2005)* ” (apud Constantino; 2011: 1).

No seu estudo, Seligman identifica 3 pilares que compõem o campo da PP: o estudo da Experiência Subjetiva (estudos sobre o bem-estar subjetivo; experiências passadas que tragam satisfação e emoções positivas; no presente, aspetos como a felicidade e a *transcendência – flow*; e, no futuro, o otimismo, a esperança e crenças positivas); O estudo de Características Individuais (Estudos relacionados com a capacidade para o afeto, perdão, espiritualidade, sabedoria, talento e habilidades interpessoais); o estudo dos Grupos e Instituições (Estudos sobre as virtudes cívicas, responsabilidade, altruísmo e ética no trabalho bem como de Instituições que possibilitam mudanças positivas nos cidadãos). (Constantino; 2001 e Paludo & Koller; 2007).

De acordo com Nunes (2007), ao nível da psicologia positiva, os estudos abordam maioritariamente fenómenos psicológicos como altruísmo, otimismo, bem-estar, satisfação, esperança, felicidade, entre outros, com o objectivo de compreender o funcionamento positivo e as formas de desenvolver um ótimo funcionamento humano.

Uma das principais contribuições da PP foi, sem dúvida, a criação de instrumentos de avaliação e modelos de intervenção que pretendiam criar métodos preventivos tendo como base o conhecimento de fatores protetivos, aprimorando assim técnicas de avaliação psicológica que permitissem identificar as virtudes e os aspetos positivos do ser humano e aumentar o alvo de estudo das Ciências Sociais e Humanas (Paludo & Koller; 2007).

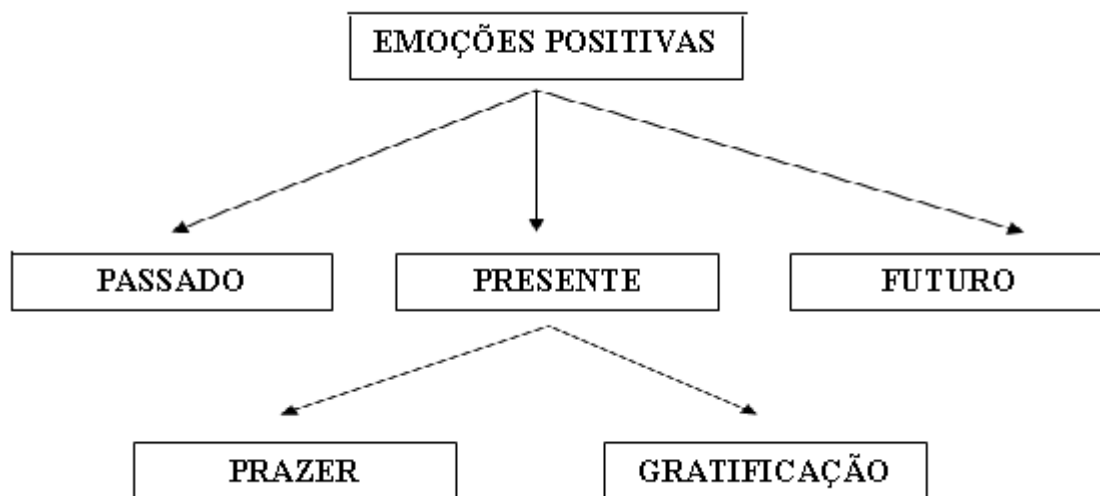
Neste sentido, Seligman e Peterson criaram, em 2004, um sistema de classificações para os aspetos positivos que enfatizam as forças e o carácter – *Values in Action (VIA) – Classification of Strengths and Virtues Manual*, onde consideram que as forças poderiam, através de 6 virtudes (sabedoria, coragem, humanidade, justiça, temperamento e transcendência), ser classificadas tendo em conta as suas características emocionais, cognitivas, relacionais e cívicas.

A partir deste grupo de virtudes, a PP pretendia fornecer definições, medidas e intervenções para que cada uma das forças e reuni-las em instrumentos de avaliação para que os profissionais pudessem utilizá-las aquando da sua intervenção, visando assim “*fortalecer os aspetos saudáveis e positivos dos indivíduos, (re) construir as virtudes e forças pessoais, e ajudar os clientes a encontrarem recursos inexplorados para mudança positiva*” (Paludo & Koller; 2007: 14).

Contrariamente ao que a maioria dos investigadores se tinham dedicado (ao estudo de emoções centradas exclusivamente nos aspetos negativos como o medo, a tristeza e a ira), a PP pretende, acima de tudo, estudar o bem-estar do ser humano, centrando-se nas emoções positivas que ajudam a fazer frente aos perigos e problemas iminentes.

No entanto, as emoções positivas, por exemplo, são mais difíceis de estudar porque existem em menor número relativamente às emoções negativas, que são mais difíceis de distinguir. Assim, considerando as taxonomias científicas das emoções básicas que podemos identificar 3 ou 4 emoções negativas para cada emoção positiva (Poseck; 2006).

De acordo com Seligman (in Constantino;2001), as emoções positivas podem ser divididas do seguinte modo:

**Figura nº 2 – Divisão das Emoções Positivas**

**Fonte:** Adaptação de Constantino; 2011

Segundo Constantino (2011), o Prazer é momentâneo e está relacionado com os sentidos (olfato, visão, audições, paladar e tato) ou a sentimentos mais elaborados (alegria, êxtase ou relaxamento) enquanto a Gratificação diz respeito àquilo que mais gostamos de fazer e depende diretamente do uso das nossas forças tornando-se assim mais duradoras. Estas podem também ser usadas através da disponibilidade das nossas forças pessoais em ações que favoreçam primeiro os outros.

Seligman, de acordo o autor, cria ainda, para tentar ilustrar os níveis de realização, 4 conceitos: Vida Agradável (quando há um contentamento em relação às emoções positivas sobre o passado, presente e futuro); Vida Boa (só é atingida quando utilizamos as nossas forças pessoais na obtenção da gratificação em diferentes áreas da nossa vida); Vida Significativa (quando utilizamos as nossas forças em prol de um bem maior); Vida Plena (quando conseguimos reunir todas as outras e que utiliza as nossas emoções do passado, presente e futuro, procurando não só a nossa gratificação pessoal como também a gratificação ao utilizarmos as nossas forças ao serviço de algo maior).

Esta visão positiva do Ser Humano encontra-se muito bem espelhada no IA utilizado neste estudo na medida em que se baseia na crença de que todos os elementos importantes para o estudo (utentes, familiares e colaboradores) precisam, para que a prestação ideal de cuidados seja alcançada, de experimentar um ambiente positivo.

### 2.3 – ESTRUTURA DOS SENTIDOS (SENSES FRAMEWORK)

Nolan (1997), ao ser confrontado com a falta de uma base racional terapêutica no trabalho de longo prazo com os idosos, criou o conceito *Senses Framework*, “Estrutura dos Sentidos”, com o intuito de poder ajudar a atender as necessidades quer dos idosos como dos próprios profissionais. Para que isso fosse possível, Nolan em 1997 identificou 6 sentidos que acreditava que fornecessem uma direção mais clara para que os profissionais pudessem melhorar o seu relacionamento com os idosos.

Segundo Nolan et al (2006), o termo Sense foi deliberadamente escolhido para refletir a natureza subjectiva das importantes determinantes do cuidado a ter com os idosos e colaboradores.

O quadro seguinte dá-nos a conhecer os 6 sentidos que são fundamentais para uma relação afetuosa:

#### **Quadro nº 11 – 6 Sentidos de Nolan**

##### **Segurança**

Para os utentes: Mais atenção às suas necessidades fisiológicas e psicológicas essenciais a fim de se sentirem seguros e livres de ameaça, dano, dor e desconforto.

Para os colaboradores: Para terem uma maior segurança ao nível das condições de trabalho, sentindo-se livres de ameaça física, repreensão ou censura, verem o seu trabalho reconhecido e trabalharem dentro de uma cultura de apoio.

##### **Continuidade**

Para os utentes: Serem reconhecidos pelo seu valor pessoal, usando o seu conhecimento sobre o passado para os ajudar a contextualizar o presente e o futuro.

Para os colaboradores: Terem, desde o início da sua carreira, uma experiência positiva de trabalho com idosos através a exposição a modelos positivos e bons ambientes de cuidados.

##### **Pertença**

Para os utentes: Terem a oportunidades para formar relacionamentos significativos, de se sentir parte de uma comunidade ou grupo como desejado.

Para os colaboradores: Para se sentir parte de uma equipe com uma contribuição reconhecida, de pertencer a um grupo de pares, uma comunidade de profissionais gerontólogos.

##### **Propósito**

Para os utentes: A oportunidades para se envolver em atividades desafiadoras que lhes permitam perseguir objetivos pessoais e alcançar as metas a que se propuseram.

Para os colaboradores: Para ter um senso de “direção terapêutica”, ou seja, saber qual o caminho terapêutico a seguir através um conjunto claro de metas a atingir.

**Realização**

Para os utentes: Terem a oportunidades para atingir metas significativas e valorizadas e se sentirem satisfeitos com os esforços alcançados.

Para os colaboradores: Para serem capazes de prestar um bom atendimento e se sentirem satisfeitos com os progressos que fizeram em direção ao objetivo desejado ou meta a atingir

**Significado**

Para os utentes: Para se sentirem reconhecidos e valorizados como uma pessoa de valor e que as ações e existência são importantes, para que eles próprios são importantes.

Para os colaboradores: Para sentir que o seu trabalho e esforços são valorizados e importantes.

**Fonte:** Adaptação de Nolan et al; 2006

De acordo com Faulkner et al (2006), a investigação efetuada sobre este tema demonstrou a importância dos *Senses Framework* para se poder compreender as necessidades dos idosos e das suas famílias e que esta “Estrutura dos Sentidos” pode fornecer um conjunto de princípios que permitam a criação de um modelo de intervenção baseado no relacionamento.

Neste sentido, o IA utilizado neste estudo parte da premissa de que se obter uma melhor prestação de cuidados esta deve envolver todos os seus intervenientes (utentes, famílias e colaboradores) numa relação afetiva e centrada no cuidado (RCC), desenvolvendo e considerando eventos positivos, *Positive Events*, da PP enquanto base teórica do estudo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **1- PROCEDIMENTOS**

A elaboração do presente estudo contou com a de uma Instituição Privada (com fins lucrativos) de Apoio ao Idoso, o Solar de Cister – Residência para idosos, Lda., e uma Instituição Privada de Solidariedade Social (sem fins lucrativos), o Centro Social e Paroquial de Coja.

Os dados foram recolhidos, entre os meses de Fevereiro e Junho, através da aplicação de três questionários distintos: 1.º questionário direcionado aos utentes (Anexo A), 2.º questionário aos familiares (Anexo B) e, por fim, o 3.º questionário destinado aos colaboradores da Instituição (Anexo C).

## 2 – INSTRUMENTOS

No sentido de avaliar a satisfação dos utentes, familiares e colaboradores do Solar de Cister – Residência para idosos, Lda. e do Centro Social e Paroquial de Coja, e após revisão da literatura, optámos, como referido anteriormente, por traduzir um instrumento da autoria de Faulkner, Davies, Nolan e Brown-Wilson, em 2006, utilizado numa amostra numa Instituição de Apoio aos Idosos no Reino Unido. Para a obtenção da equivalência semântica delineámos três fases: a tradução, a retroversão e confirmação da sua eficácia com um investigador especialista na área.

Cada questionário encontra-se dividido em três partes. A primeira composta por variáveis demográficas e outras variáveis importantes para o estudo (como é o caso da idade, género, tipo de resposta social, nome da Instituição no três questionários; parentesco, número de visitas ao longo dos últimos 2 meses no caso dos familiares ou categoria profissional e tempo no posto de trabalho no questionários destinado aos colaboradores).

A segunda parte consiste num conjunto de 31 questões para o 1º questionário, de 31 para o 2º e de 30 para o 3º e tem como objetivo conhecer o nível de satisfação dos utentes, famílias e colaboradores em relação ao ambiente e serviços prestados na Instituição.

Na medida em que as questões apresentadas no instrumento de avaliação fazem sentido seres, no nosso ponto de vista, agregadas aos domínios de Rosaline Kane ou, dependendo das circunstâncias, aplicadas noutros domínios criados essencialmente para o feito, apresentaremos os nossos resultados a partir desses domínios.

Neste sentido, o quadro seguinte apresenta a divisão das questões tendo em conta os 10 domínios de Kane e os novos domínios criados.

### **Quadro nº 12 - Divisão das Questões**

<b>DOMÍNIOS</b>	<b>UTENTES</b>	<b>FAMILIARES</b>	<b>COLABORADORES</b>
Segurança	Q1,Q22	Q30,Q31	Q13
Conforto físico	Q15, Q19	Q12,Q23	Q5
Satisfação (1)	Q4, Q5, Q6, Q18, Q28	Q7	Q16,Q18,Q10,Q26, Q27, Q29
Atividades significativas	Q31	Q13,Q14,Q18	Q22

DOMÍNIOS (Cont.)	UTENTES (Cont.)	FAMILIARES (Cont.)	COLABORADORES (Cont.)
Relacionamento	Q3, Q11, Q17, Q26, Q29	Q4, Q22, Q29	Q5, Q12, Q23, Q24, Q29, Q30
Competências funcionais dos trabalhadores	Q3, Q9, Q15, Q16, Q21, Q 25, Q32	Q3, Q5, Q6, Q10, Q11, Q 20, Q24	Q7, Q15
Dignidade	Q10, Q30	Q9, Q15	
Privacidade	Q2, Q22, Q24	Q31, Q19, Q25, Q27	Q25
Individualidade	Q8, Q12, Q13, Q14, Q23	Q2, Q26	Q9, Q17
Autonomia	Q12, Q13, Q14, Q18, Q20, Q27, Q28	Q8	Q10
Limpeza		Q1, Q6	
Comunicação Institucional		Q16, Q21, Q28	Q1, Q28
Organização Institucional			Q2, Q4, Q6, Q11, Q14, Q2 1

- (1) Satisfação com a alimentação (utentes), com a permanência num Lar (familiares) ou com o trabalho em si (colaboradores)
- (2) Por não se enquadrar com nenhum dos domínios

No questionário aplicado utilizamos uma escala de Likert que vai de 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – às vezes; 4 – geralmente; 5 – sempre; 6 – não aplicável; 7 – não sei. A pontuação final da escala será a soma das pontuações de 1 a 5 de cada item, sendo que as pontuações 6 e 7 foram consideradas *missing values*.

Por fim, a terceira parte é composta por 3 perguntas abertas similares nos três questionários cujo objetivo é compreender mais pormenorizadamente o que gosta mais ou menos da Instituição e quais as alterações que fariam.

### 3 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ . Utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes nas situações em que se comparou dois grupos e as variáveis dependentes eram de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Utilizou-se também o teste de Mann-Whitney nas situações em que se comparou dois grupos e as variáveis dependentes eram de tipo ordinal.

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

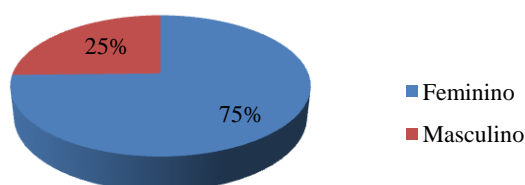
### 4 – PARTICIPANTES

Como seriam natural, para uma melhor compreensão dos dados foi necessário analisá-los separadamente tendo em conta então os diferentes questionários aplicados.

#### 4.1 - AO NÍVEL DOS UTENTES

Colaboraram no estudo 75 utentes dos quais 66,7% do Solar de Cister e 33,3% do Centro Social Paroquial de Coja. Cerca de três quartos dos utentes eram do género feminino (75,0%).

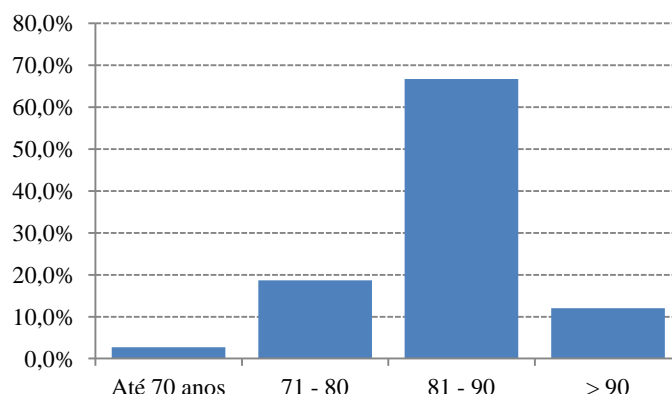
#### Gráfico n°1 – Género dos utentes



A média de idades era de 84,2 anos ( $Dp=5,5$  anos) variando entre um mínimo de 68 anos e um máximo de 98 anos. A maioria dos utentes encontrava-se no escalão etário 81 - 90 anos (66,7%).



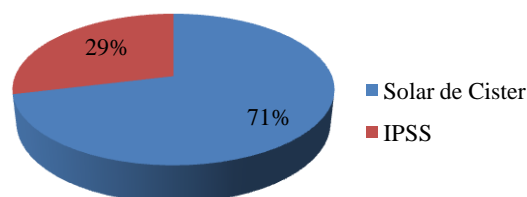
**Gráfico n°2 – Escalões etários dos utentes**



**4.2 – AO NÍVEL DOS FAMILIARES**

Responderam ao questionário 66 familiares dos utentes dos quais 71,0% do Solar de Cister e 29,0% do Centro Social Paroquial de Coja.

**Gráfico n° 3 – instituição a que pertencem os familiares**



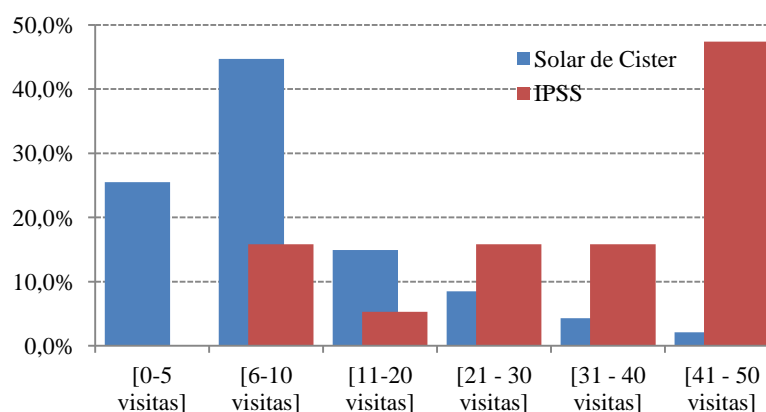
A maioria dos familiares eram filhos (57,6%). Seguiam-se depois os genros (18,2%) e os sobrinhos (9,1%).

**Tabela n° 1 – Parentesco**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Filho/a	38	57,6	57,6	57,6
Cônjuge	5	7,6	7,6	65,2
Primo/a	2	3,0	3,0	68,2
Irmão/ã	2	3,0	3,0	71,2
Genro/Nora	12	18,2	18,2	89,4
Sobrinho/a	6	9,1	9,1	98,5
Neto/a	1	1,5	1,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Realça-se um evidente maior número de visitas dos familiares de utentes do Centro Social Paroquial de Coja. De facto os familiares de utentes do Centro Social Paroquial de Coja, em termos modais, nos últimos 3 meses fizeram entre 41-50 visitas (47,4%) enquanto os familiares de utentes do Solar de Cister fizeram entre 6 -10 visitas (44,7%).

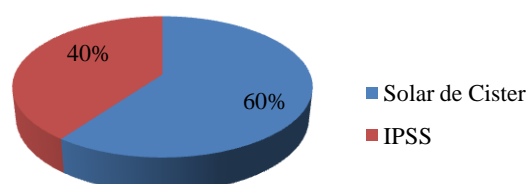
**Gráfico nº 4 - Número de visitas ao longo dos últimos 3 meses**



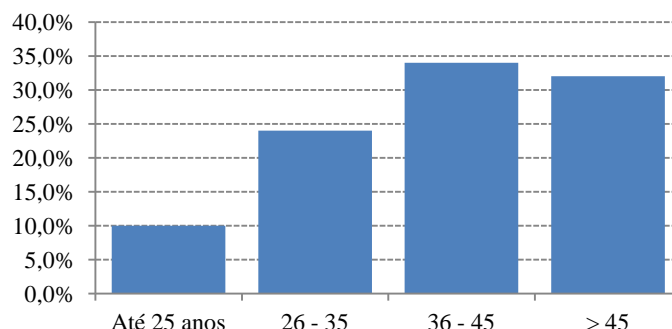
#### 4.3 – AO NÍVEL DOS COLABORADORES

Colaboraram no estudo 50 sujeitos, todos do género feminino. Um pouco mais de metade trabalhava no Solar de Cister (60,0%) enquanto as restantes 40% trabalhavam no Centro Social Paroquial de Coja, conforme se pode constar pela observação do gráfico nº 5.

**Gráfico nº 5 – Instituição a que pertencem os colaboradores**



A média de idades era de 39,98 anos (Dp=9,2 anos) variando entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 57 anos. A maioria encontrava-se no escalão etário 36 - 45 anos (34,0%). Os mais velhos representavam 32,0% e os mais novos 10,0%.

**Gráfico nº 6 – Escalões etários dos Colaboradores**

Em média as colaboradoras já trabalhavam há 44,6 meses (DP = 57,8 meses). A maioria era Ajudante de Acção Directa (50,0%) ou Auxiliar de Serviços Gerais (34,0%).

**Tabela nº 2 – Categoria Profissional dos Colaboradores**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Ajudante de Acção Directa	25	50,0	50,0	50,0
Auxiliar de Serviços Gerais	17	34,0	34,0	84,0
Encarregada de Serviços Gerais	1	2,0	2,0	86,0
Administrativa	2	4,0	4,0	90,0
Cozinheira	1	2,0	2,0	92,0
Animadora Sociocultural	1	2,0	2,0	94,0
Diretora Técnica	1	2,0	2,0	96,0
Auxiliar de Cozinha	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

**5 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS****5.1 - AO NÍVEL DOS UTENTES****5.1.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA**

A consistência interna do questionário dos utentes foi de 0,929 (excelente)

**Tabela nº3 – Consistência interna dos Utentes**

	Cronbach's Alpha	N of Items
Q. Utentes	,935	31

Os utentes obtiveram valores mais elevados na dimensão de segurança (4,56) e mais baixos em relacionamento (3,51).

**Tabela nº4 – Estatísticas descritivas dos Utentes**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Segurança	72	3,00	5,00	4,56	0,50
Conforto físico	74	2,00	5,00	4,46	0,67
Satisfação	74	3,00	5,00	4,09	0,53
Atividades	69	1,00	5,00	3,67	0,97
Relacionamento	63	2,67	4,17	3,51	0,35
Competências	70	3,00	5,00	4,22	0,55
Privacidade	72	3,33	5,00	4,54	0,45
Individualidade	71	3,00	5,00	3,92	0,60
Autonomia	69	3,29	5,00	4,22	0,54
Dignidade	72	2,50	5,00	4,38	0,59

### 5.1.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

**Tabela nº 5 – Significância das diferenças ao nível dos utentes**

	Solar de Cister		IPSS		
	M	Dp	M	Dp	
Segurança	4,36	,51	4,94	,17	,000***
Conforto físico	4,23	,70	4,90	,25	,000***
Satisfação	3,82	,35	4,62	,39	,000***
Atividades	3,30	,89	4,39	,66	,000***
Relacionamento	3,35	,30	3,78	,25	,000***
Competências	3,87	,34	4,84	,19	,000***

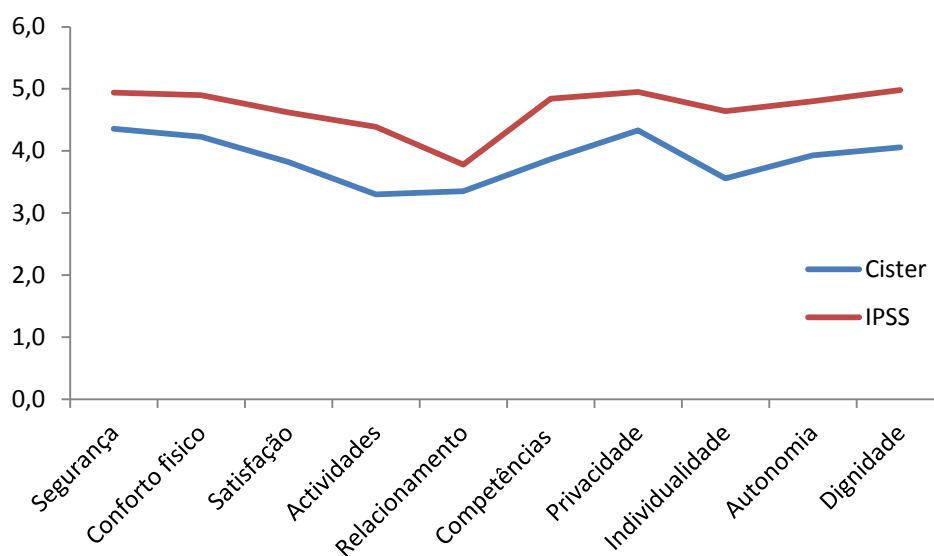
\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$

	Solar de Cister		IPSS		
	M	Dp	M	Dp	
Privacidade	4,33	,41	4,95	,12	,000***
Individualidade	3,56	,32	4,64	,29	,000***
Autonomia	3,93	,40	4,80	,26	,000***
Dignidade	4,06	,48	4,98	,10	,000***

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$

A tabela nº 5 apresenta a comparação média das pontuações das dez dimensões avaliadas bem como as diferenças significativas existente entre as instituições nos domínios da *Segurança* ( $U = 201.500$ ,  $Z = -4,920$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,94 vs 4,36); do *Conforto físico* ( $U = 218.500$ ,  $Z = -4,777$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,90 vs 4,23); da *Satisfação* ( $U = 95.000$ ,  $Z = -5,983$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,62 vs 3,82); das *Atividades significativas* ( $U = 185.000$ ,  $Z = -4,618$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,39 vs 3,30); do *Relacionamento* ( $t(61) = -6,045$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (3,78 vs 3,35); das *Competências funcionais dos trabalhadores* ( $U = 10.000$ ,  $Z = -6,808$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,84 vs 3,87); da *Privacidade* ( $U = 147.000$ ,  $Z = -5,511$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,95 vs 4,33); da *Individualidade* ( $U = 10.500$ ,  $Z = -6,775$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,64 vs 3,56); na *Autonomia* ( $U = 53.000$ ,  $Z = -6,0093$ ,  $p = 0,000$ ) onde os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,80 vs 3,93); e, por fim, da *Dignidade* ( $U = 45.500$ ,  $Z = -6,698$ ,  $p = 0,000$ ) os utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,98 vs 4,06).

**Gráfico nº 7 – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja o nível dos utentes**



No que diz respeito às três questões abertas apresentadas no final do questionário, podemos concluir que, quando os utentes foram questionados sobre o que mais gosta sobre a sua vida na instituição?, 56% dos utentes do Solar de Cister, num total de 50 utentes inquiridos, não respondeu à questão ou, de uma forma global, gosta de todos os aspetos da Instituição enquanto, ao nível do Centro Social e Paroquial de Coja, num total de 25 utentes inquiridos, foram apenas 36%. As respostas que mais se evidenciaram no Solar de Cister dizem respeito ao silêncio, sossego e tranquilidade (10%), ao facto de a instituição permiti que sejam mais independentes (10%) e às condições da instituições e profissionalismo/simpatia das funcionárias (4%). Já no Centro Social e Paroquial de Coja as respostas com maior destaque foram as instalações e as pessoas (44%) e o facto de terem companhia e apoio 24 horas por dia (8%).

Na questão, o que menos gosta sobre a sua vida na instituição?, 66% dos utentes do Solar de Cister não responderam à questão ou não apresentaram qualquer aspeto negativo enquanto no Centro Social e Paroquial de Coja a percentagem foi de 52%. As respostas que mais se evidenciam, ao nível do Solar de Cister, foram, para além do barulho (6%), respostas mais direccionadas para os comportamentos e condições físicas dos próprios utentes (12%) e não dos serviços, instituição ou colaboradores (questões essas que ultrapassam o nosso objetivo do estudo). No que concerne ao Centro Social e Paroquial de Coja, também nesta instituição os utentes salientam aspetos mais direccionados à sua própria saúde ou dos que os rodeiam ou o facto de preferirem estar nas suas próprias casas (28%) apenas um utente (4%)

respondeu não gostar do tratamento de uma funcionária específica e outro (4%) de ter que esperar um pouco quando toca á campainha.

Por fim, a última questão, existe alguma coisa que gostaria de mudar nesta instituição?, 82% dos utentes do Solar de Cister e 76% do Centro Social e Paroquial de Coja não respondeu ou não alteraria nada. As alterações mais evidentes no Solar de Cister são a hora do banho (4%) uma vez que os restantes utentes deram respostas mais individualizadas como “*aumentar a horta*”; “*sair mais vezes ao exterior*”; “*o padre vir mais vezes*” ; “*colocar os utentes mais dependentes noutra sala*”; “*algo que trouxesse mais economia, poupar*”; “*a animadora ter mais tempo para nós e não fazer outras tarefas*” ou “*alguém que trate dos utentes mais desassossegados*”. Já no Centro Social e Paroquial de Coja, a alteração mais evidente é o aumento do número de funcionárias (12%) sendo que os restantes salientaram a melhoria de aspetos como “*os pratos da ementa*”; “*o valor da mensalidade*” ou “*o local onde os dependentes comem*”.

## 5.2 - AO NÍVEL DOS FAMILIARES

### 5.2.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA

A consistência interna do questionário dos familiares foi de 0,964 (excelente).

#### **Tabela nº 6 – Consistência interna dos Familiares**

	Cronbach's Alpha	N of Items
Q. Familiares	,964	31

Os familiares dos utentes obtiveram valores mais elevados no relacionamento (4,63) e mais baixos em competências funcionais dos trabalhadores (3,45).

#### **Tabela nº 7 – Estatísticas descritivas dos Familiares**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Segurança	54	3,50	5,00	4,53	0,48
Conforto físico	59	3,50	6,00	4,54	0,44

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Satisfação	65	3,00	5,00	4,22	0,54
Atividades	44	3,00	5,00	4,08	0,69
Relacionamento	58	3,33	5,00	4,63	0,43
Competências	54	3,00	3,86	3,45	0,23
Privacidade	52	3,50	5,00	4,49	0,44
Individualidade	58	2,50	5,00	4,14	0,70
Autonomia	54	1,00	5,00	4,39	0,92
Dignidade	56	3,50	5,00	4,57	0,45
Limpeza	58	2,50	5,00	4,58	0,55
Comunicação	55	3,33	5,00	4,24	0,41

### 5.2.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

**Tabela nº 8 – Significância das diferenças ao nível dos familiares**

	Solar de Cister		IPSS		
	M	Dp	M	Dp	
Segurança	4,29	,43	4,97	,11	,000***
Conforto físico	4,43	,37	4,79	,48	,001***
Satisfação	4,26	,53	4,11	,58	,368
Atividades significativas	3,76	,58	4,79	,21	,000***
Relacionamento	4,50	,45	4,89	,19	,001***
Competências funcionais	3,39	,21	3,56	,21	,005**
Privacidade	4,23	,31	4,97	,08	,000***
Individualidade	3,79	,56	4,84	,34	,000***

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$



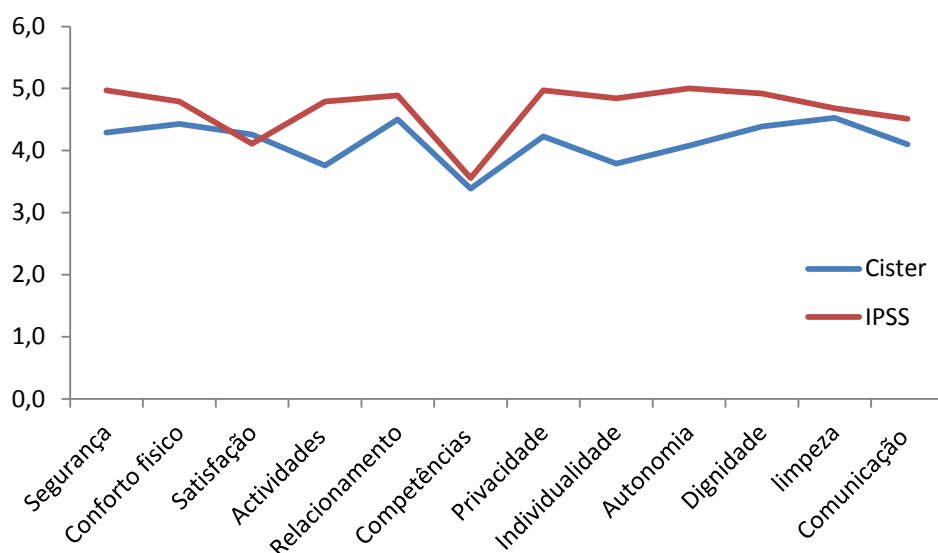
	Solar de Cister		IPSS		
	M	Dp	M	Dp	
Autonomia	4,08	1,00	5,00	,00	,000***
Dignidade	4,39	,43	4,92	,25	,000***
Limpeza	4,53	,60	4,68	,45	,339
Comunicação institucional	4,10	,34	4,51	,42	,000***

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$

A tabela nº 8 apresenta a comparação média das pontuações das doze dimensões avaliadas bem como as diferenças significativas existente entre as instituições nos domínios da **Segurança** ( $U = 56.500$ ,  $Z = -5,305$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares de utentes do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,97 vs 4,29); do **Conforto físico** ( $U = 197.000$ ,  $Z = -3,196$ ,  $p = 0,001$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,79 vs 4,43); das **Atividades significativas** ( $U = 31.500$ ,  $Z = -4,561$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,79 vs 3,76); do **Relacionamento** ( $t(61) = -3,329$ ,  $p = 0,001$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,89 vs 4,50), das **Competências funcionais dos trabalhadores** ( $U = 178.500$ ,  $Z = -2,839$ ,  $p = 0,005$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (3,56 vs 3,39); da **Privacidade** ( $U = 12.000$ ,  $Z = -5,814$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,97 vs 4,23); da **Individualidade** ( $U = 52.000$ ,  $Z = -5,510$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,84 vs 3,79); da **Autonomia** ( $U = 135.000$ ,  $Z = -3,981$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (5,00 vs 4,08); da **Dignidade** ( $U = 112.500$ ,  $Z = -4,420$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,92 vs 4,39); e, por fim, da **Comunicação institucional**, ( $U = 142.000$ ,  $Z = -3,655$ ,  $p = 0,000$ ) onde os familiares do

Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,51 vs 4,10).

**Gráfico n.º 8 – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja ao nível dos familiares**



No que diz respeito às três questões abertas apresentadas no final do questionário, podemos concluir que, quando os familiares foram questionados sobre o que mais gosta quando visita a instituição?, 32% dos familiares do Solar de Cister, num total de 47 familiares inquiridos, não respondeu à questão ou, de uma forma global, gosta de todos os aspetos da Instituição enquanto, ao nível do Centro Social e Paroquial de Coja, num total de 16 familiares inquiridos, foram apenas 12.5%. As respostas que mais se evidenciaram no Solar de Cister dizem respeito ao profissionalismo/simpatia das funcionárias (28%), à limpeza da instituição (15%) e à existência de luz e espaços verdes (6%). Já no Centro Social e Paroquial de Coja as respostas com maior destaque foram o facto de a instituição ser um espaço acolhedor (31%), o cuidado que têm com os utentes (31%) e a limpeza das instalações (12.5%).

Na questão, o que menos gosta quando visita a instituição?, 72% dos familiares do Solar de Cister não responderam à questão ou não apresentaram qualquer aspeto negativo enquanto no Centro Social e Paroquial de Coja a percentagem foi de 12.5%. As respostas que mais se evidenciam, ao nível do Solar de Cister, foram respostas não direcionadas para

serviços, instituição ou colaboradores mas sim para aspetos que dizem respeito à saúde dos próprios utentes (18%), apenas 2% responderam negativamente ao “*mau cheiro pontual*”, “*pouco tempo para as funcionárias têm para poderem passear com os utentes*” ou “*não poderem dormir lá*”. No que concerne ao Centro Social e Paroquial de Coja, também nesta instituição, os familiares salientam aspetos mais direcionados às doenças dos utentes que nela residem ou a outros aspetos que não dizem respeito aos serviços, instituição e colaboradores como o facto de “*morar longe*”; “*ter a consciência de que é a última etapa da vida*”; “*a falta de solidariedade dos utentes mais capacitados*” ou “*a carência de afetos de utentes que não têm família*”.

Por fim, a última questão, tendo em conta a sua perspetiva de visitante existe alguma coisa que mudaria sobre a instituição?, 84% dos familiares do Solar de Cister e 62.5% do Centro Social e Paroquial de Coja não respondeu ou não alteraria nada. A alteração que mais se evidenciou no Solar de Cister foi o aumento do número de funcionárias (4%). Os restantes familiares responderam de forma individualizada: “*a criação de espaços para os familiares poderem dormir*”; “*conhecer as patologias dos outros utentes para os conhecer melhor*” e “*um maior contacto com os familiares diretos*”. Também no Centro Social e Paroquial de Coja, a alteração que mais se evidenciou foi o aumento do número de funcionárias (19%) enquanto os restantes familiares salientaram “*mais fisioterapia*”; “*mais espaço exterior*” ou “*maior presença da direção*”.

### 5.3 - AO NÍVEL DOS COLABORADORES

#### 5.3.1 – CONSISTÊNCIA INTERNA

A consistência interna do questionário das colaboradoras foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. O valor global obtido foi de 0,876 (bom). A categorização dos valores de consistência interna segue o publicado em Hill (2005).

**Tabela nº 9 – Consistência interna dos colaboradores**

	Cronbach's Alpha	N of Items
Q. Colaboradores	,876	30

Os valores das estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos nas dimensões do questionário podem ser apreciados na tabela nº 10. Nela indicamos os valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios-padrão. As colaboradoras obtiveram valores mais elevados nas dimensões segurança e organização institucional (4,72) e mais baixos em atividades significativas (2,48).

**Tabela nº 10 – Estatísticas descritivas dos colaboradores**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Segurança	43	3,00	5,00	4,72	0,50
Conforto físico	49	3,00	5,00	4,51	0,58
Atividades	42	1,00	5,00	2,48	0,99
Relacionamento	30	3,00	5,00	4,12	0,44
Competências	45	3,50	5,00	4,61	0,54
Privacidade	47	2,00	5,00	3,47	1,06
Individualidade	39	3,00	5,00	3,76	0,57
Autonomia	49	3,00	5,00	4,49	0,54
Comunicação	48	2,50	5,00	4,06	0,80
Organização	36	3,00	5,00	4,72	0,50
Análise	50	3,00	5,00	4,51	0,58

### 5.3.2 – COMPARAÇÃO ENTRE INSTITUIÇÕES

Encontrámos as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

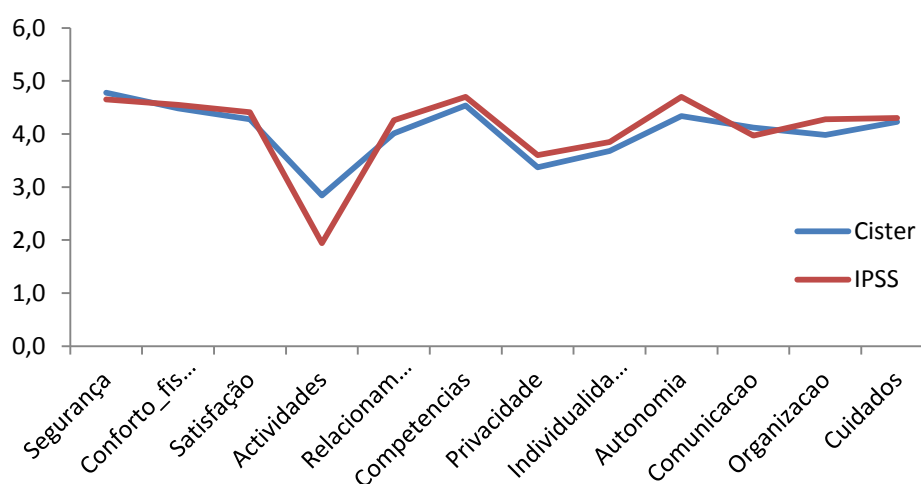
**Tabela nº 11 – Significância das diferenças ao nível dos colaboradores**

	Solar de Cister		IPSS		
	M	Dp	M	Dp	
Segurança	4,78	,42	4,65	,59	,490
Conforto físico	4,48	,51	4,55	,69	,436
Satisfação	4,28	,40	4,41	,44	,324
Atividades significativas	2,84	1,03	1,94	,66	,004**
Relacionamento	4,01	,45	4,26	,41	,362
Competências funcionais	4,54	,64	4,70	,38	,739
Privacidade	3,37	1,01	3,60	1,14	,537
Individualidade	3,68	,65	3,85	,46	,319
Autonomia	4,34	,55	4,70	,47	,025*
Comunicação institucional	4,12	,83	3,97	,76	,491
Organização	3,98	,51	4,28	,42	,077
Análise	4,23	,63	4,30	,73	,638

\*  $p \leq ,05$  \*\*  $p \leq ,01$  \*\*\*  $p \leq ,001$

A tabela nº 11 apresenta a comparação média das pontuações das doze dimensões avaliadas bem como as diferenças significativas existente entre as instituições nos domínios das *Atividades significativas* ( $U = 107.000$ ,  $Z = -2,895$ ,  $p = 0,004$ ) onde as colaboradoras do Centro Social Paroquial de Coja consideraram que estiveram significativamente menos envolvidas no último mês em atividades de lazer com os utentes durante cada turno (1,94 vs 2,84) e da *Autonomia* ( $U = 194.000$ ,  $Z = -2,234$ ,  $p = 0,025$ ) onde as colaboradoras do Centro Social Paroquial de Coja obtêm valores significativamente mais elevados (4,70 vs 4,34).

**Gráfico nº 9 – Comparação Solar de Cister vs Centro Social Paroquial de Coja ao nível dos colaboradores**



No que diz respeito às três questões abertas apresentadas às colaboradoras, podemos concluir que, na questão, o que mais gosta do seu trabalho, nesta instituição?, 50% das colaboradoras do Solar de Cister, num total 30 de colaboradoras, não respondeu à questão ou, de uma forma global, gosta de todos os aspetos da Instituição enquanto, ao nível do Centro Social e Paroquial de Coja, num total de 20 colaboradoras, foram apenas 20%. As respostas que mais se evidenciaram no Solar de Cister dizem respeito ao facto de estarem a trabalhar com idosos (27%), a amizade que criam com os utentes e suas famílias (10%) e de ter a oportunidade de realizar diferentes atividades com os idosos (7%). Já no Centro Social e Paroquial de Coja as respostas com maior destaque foram o puder conversar com os utentes (25%) e o trabalhar com eles (25%).

Na questão, o que menos gosta no seu trabalho, nesta instituição?, 57% das colaboradoras do Solar de Cister não responderam à questão ou não apresentaram qualquer

aspecto negativo enquanto no Centro Social e Paroquial de Coja a percentagem foi de 25%. As respostas que mais se evidenciam, ao nível do Solar de Cister, foram os Horários/Turnos (20%), a relação com as colegas (10%) e a falta de tempo para estar com os utentes (7%), para além disso destacam ainda, individualmente, "*alguns utentes serem desagradáveis connosco*" e "*fazermos tudo e não sermos valorizadas*". No que concerne ao Centro Social e Paroquial de Coja, também a falta de tempo para estar com os utentes (25%) e a relação com as colegas (10%) são pontos negativos no entanto, Ver os idosos doentes (20%) estas colaboradoras apresentam outras respostas como "*puxar as cadeiras de rodas, rampa acima, rampa a baixo*"; "*limpar o vomitado*" ou "*a relação com as colegas*".

Por fim, a última questão, existe alguma coisa que gostaria de mudar sobre o facto de trabalhar aqui?, 83% das colaboradoras do Solar de Cister e 25% do Centro Social e Paroquial de Coja não respondeu ou não alteraria nada. A alteração que mais se evidenciou no Solar de Cister foi terem mais tempo para estarem com os utentes (10%). Para além desta salientaram ainda, individualmente, "*mais companheirismo entre colegas e entreajuda*" ou "*os horários*". Por sua vez, ao nível do Centro Social e Paroquial de Coja, as alterações que mais se destacaram foram a necessidade de mais funcionárias (30%), terem mais tempo para estar com os utentes (15%) e mais companheirismo entre colegas (15%). Podemos também salientar algumas respostas individuais como "*que os idosos tivessem mais brincadeiras connosco*"; "*mais atividades para dos idosos*" ou "*os horários*".

### **DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

Ao nível dos utentes, de uma forma global, os utentes do Centro Social e Paroquial de Coja obtiveram os valores mais elevados em todas as dimensões analisadas sendo as diferenças mais evidentes ao nível das atividades significativas, competências funcionais dos trabalhadores, individualidade e autonomia.

Analisando globalmente as respostas dadas pelos utentes às três questões abertas que lhes foram apresentadas, podemos concluir que estes se encontram satisfeitos com a Instituição em que se encontram inseridos sendo que os pontos mais negativos das mesmas não se encontram, normalmente, focados nos serviços, instituição ou colaboradores mas sim com os próprios utentes em si.

No que concerne aos familiares, também os familiares do Centro Social e Paroquial de Coja obtiveram os valores mais elevados, ao nível das dimensões analisadas, no entanto de

nota-se uma maior proximidade de valores entre as instituições cujas diferenças apenas de tornam mais evidentes nas atividades significativas e individualidade.

Quanto às questões abertas apresentadas aos familiares, conclui-se que também estes se encontram satisfeitos com a Instituição sendo que os pontos menos positivos que salientam vão também de encontro aos aspetos apresentados pelos utentes pois dizem respeito às condições físicas e comportamentos dos utentes e não com a própria instituição em si.

Para finalizar esta análise, é ainda importante analisar os resultados obtidos nos questionários apresentados às colaboradoras de cada uma das instituições. Neste sentido, podemos concluir que, apesar de as colaboradoras do Centro Social e Paroquial de Coja terem obtido valores mais elevados em quase todas as dimensões analisadas, nas dimensões de segurança, atividades significativas, e comunicação da instituição os valores mais elevados são apresentados pelas colaboradoras do Solar de Cister. Neste questionário, os valores entre as instituições encontram-se muito próximos não havendo nenhuma dimensão que se destaque por ter uma diferença mais significativa.

Indo ao encontro da análise dos resultados que obtivemos ao nível das dimensões também nas respostas às questões abertas podemos concluir que as colaboradoras se encontram satisfeitas com a Instituição no entanto ambas realçam alterações que deveriam ser tomadas em conta como a falta de tempo para estar com os utentes, a relação entre colegas e os horários.

Em suma, se analisarmos pormenorizadamente os resultados obtidos percebemos que, ao nível das respostas das questões abertas quer o Solar de Cister como o Centro Social e Paroquial de Coja se encontram satisfeitos com os serviços e com as próprias instituições, tendo mesmo, quer os aspetos positivos como os aspetos negativos e as alterações, respostas muito semelhantes no entanto, ao se analisar as diferentes dimensões apresentadas nos três questionários, denota-se que existe uma maior satisfação dos serviços prestados pelo Centro Social e Paroquial de Coja em comparação com os serviços do Solar de Cister, quer a nível dos utentes e familiares como das próprias colaboradoras.

Esta conclusão, para além de não poder ser generalizada a todas as instituições do país, sejam elas do sector solidário ou privado, na medida em que se trata de uma análise comparativa de apenas duas instituições o que torna a amostra demasiado pequena para pudermos considerar os resultados obtidos válidos para todas as instituições, “foge” um pouco às expectativas criadas aquando do início desta pesquisa na medida em que, uma vez que não foi encontrado nenhum estudo que evidenciasse as verdadeiras diferenças entre uma

IPSS e uma Instituição Privada com fins lucrativos e tendo em conta que quer uma quer outra, para que possam funcionar corretamente e legalmente, se regem pelos mesmos critérios de qualidade elaborados e avaliados pela Segurança Social, partiu-se do pressuposto de que os utentes, famílias e colaboradoras do Solar de Cister estariam mais satisfeitos com a qualidade dos serviços da sua instituição visto se tratar de uma instituição privada que teria a “obrigação” de lhes apresentar um melhor serviço do que uma IPSS.

Este estudo leva-nos então a refletir sobre os seus resultados e a concluir, na minha perspetiva pessoal, que estes devem ser analisados tendo como base não só a zona geográfica em que ambas as instituições se encontram inseridas mas também as características específicas dos seus próprios utentes, famílias e colaboradoras.

Na medida em que o Centro Social e Paroquial de Coja se encontra localizado numa vila rural situada a 12 quilómetros de Arganil – sede de concelho (região interior centro), a maioria dos utentes do Centro Social e Paroquial de Coja são habitantes das freguesias vizinhas que economicamente se encontram dependentes das suas reformas e cuja taxa de analfabetismo é, segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Arganil (2015), uma das mais altas (8%) comparativamente às taxas registadas nas regiões onde o concelho se insere e no país.

Contrariamente, o Solar de Cister, ao se encontrar situado na Vestiaria, uma vila urbana a três quilómetros da cidade de Alcobaça - sede de concelho (região litoral centro) onde o nível de analfabetismo é, de acordo com Diagnóstico Social do Concelho de Alcobaça (2011), de 4% e devido à sua proximidade com a região de Lisboa que permite que muitos utentes prefiram se deslocar um pouco mais e obter valores de mensalidade mais baixas daquelas que são exigidas na zona da Grande Lisboa, os seus residentes são maioritariamente pessoas com posses e estudos.

Esta grande diferença que existe, quer ao nível económico como também literário, entre as instituições faz-me considerar que os utentes do Solar de Cister, por terem vivido numa zona urbana onde possuíam melhores condições habitacionais, mais posses e estudos bem como pelo facto de as suas mensalidades serem mais elevadas, são, de uma forma geral, mais exigentes e, conseqüentemente, mais insatisfeitos ao nível dos serviços, condições da instituição e profissionalismo das colaboradoras do que os utentes do Centro Social e Paroquial de Coja cujas suas condições habitacionais por viverem numa zona rural poderão não ter sido as melhores e devido ao facto de terem poucos estudos e das suas reformas serem



baixas se tornam menos exigentes com os serviços que a instituição em que estão inseridos lhes presta.

Neste sentido, considero, na minha perspetiva pessoal, que este estudo dá-nos uma ideia errada da realidade e das diferenças entre uma IPSS e uma Instituição Privada com fins lucrativos uma vez que as instituições se encontram em localizações diferentes e públicos-alvo bastantes distintos. Consequentemente, deixo em aberto a possibilidade, num futuro próximo, de aplicar o mesmo instrumento de avaliação utilizado neste estudo numa IPSS e numa Instituição Privada sediadas no mesmo concelho cujas características socioeconómicas sejam idênticas pois só assim é que conseguiremos compreender, verdadeiramente, qual o nível de satisfação dos utentes, familiares e colaboradoras.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ANTUNES, Maria da Glória; PIRES, António Ramos. *A qualidade em organizações de serviços na área social – experiências e reflexões. Cadernos de Sociomuseologia 2006 n° 28:135-160.*

ARISTÓTELES, s/d. acedido a 09-07-2015, em <http://pensador.uol.com.br/frase/MTQ0NzgxNw/>

BEACH, Mary Catherine et al. *Relationship-centered Care: A Constructive Reframing. Journal of General Internal Medicine. n° 21(Suppl 1): S3 - S8. Janeiro. 2006.*

BOWLING, A. *Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement background: the quality of life.* 1999. acedido a 15-03-2015, em <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48475/m2s5bowling.pdf>.

CÂMARA MUNICIPAL DE ARGANIL. *Diagnóstico Social do Concelho de Arganil.* 2015. acedido a 01-010-2015, em <http://www.cm-arganil.pt/newimages/>

[DIAGNOSTICOSOCIALDOCONCELHODEARGANIL.pdf](#)

CARVALHO, Ana Margarida Raimundo Mourão de. *À descoberta de um modelo de gestão para um ATL: análise comparativa de modelos de gestão aplicados em diversos ATL's (com*

ou sem fins lucrativos) sediados na Região Centro. Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga. Relatório de Estágio da Licenciatura em Serviço Social. 2006.

CARVALHO, Ana Margarida Raimundo Mourão de. *O Serviço Social nas Redes de Suporte do Idoso ao nível dos Cuidados Continuados – à descoberta de um modelo de intervenção profissional*. Coimbra. Instituto Superior Miguel Torga: Dissertação de Mestrado em Serviço Social; 2008.

CASTLE, Nicholas G.; ENGBERG, John. *The Influence of Staffing Characteristics on Quality of Care in Nursing Homes*. Health Services Research Volume 42. Issue 5: 1822–1847. October. 2007.

COELHO, P.; VILARES, M. *Satisfação e lealdade do cliente: metodologias de gestão, avaliação e análise*. Lisboa: Escolar Editora. 2005.

CONSTANTINO, Daniel. *Psicologia positiva e psicoterapia*. Brasil. Encontros de Psicologia. IV Congresso de Psicologia da UNIFIL. Abril. 2011. acessado a 27-03-2015 em [http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2011/6/331\\_351\\_publipg.pdf](http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2011/6/331_351_publipg.pdf)

DONABIEN, A. *The criteria and standards of quality*. in Explorations in quality assessment. Michigan; Health Administration Press: 19-50. 1980.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo e TRAD, Leny Alves Bomfim. *Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais*. Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, nº 22(6): 1267-1276. 2006.

FAULKNER, Mark, DAVIES Sue, NOLAN Milke et BROWN-WILSON, Christine. *Development of the combined assessment of residential environments (CARE) Profiles*. Journal of Advanced Nursing 55(6), 664–677. 2006. acessado a 12-02-2015, em <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14717794200600016>.

FLANGAN, JC. *Measurement of quality of life: current state of art*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1982; 23:56-59.

FRANCO, Paula Cristina Jesus. *Envelhecimento, Satisfação e Qualidade no Centro Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense*. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social; 2012.

GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO - MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. *Carta Social - Folha Informativa nº2*. 2009. acessado a 13-02-2015, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/FI022009.pdf>.

GABINETE DE ESTRATÉGIA E PLANEAMENTO - MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. *Carta Social - Folha Informativa nº8*. 2012. acessado a 13-02-2015, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/FI082012.pdf>.

GRIMLEY-EVANS J. Quality of Life assessments and elderly people. In: Hopkins A, editor. *Measures of Quality of Life and the uses to which such measures may be put*. Royal College of Physicians of London: 107-16.1992.

HESPAÑA, et al. *Entre o estado e o mercado – as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora; 2000.

HILL, Magalhães M. & Hill, A. *Investigação por questionário*. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2005.

KANE, Rolasine et al. *Quality of Life Measures for Nursing Home Residents*. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 58<sup>a</sup> (3): 240-248. 2003.

KANE, Rolasine et al. *Using Resident Reports of Quality of Life to Distinguish Among Nursing Homes*. The Gerontologist Journal. Nº5: 624-632. 2004.

KANE, Rolasine. *Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Close Together*. The Gerontologist Journal. volume 41. Issue 3: 293-304. 2001.

LAWTON, M. P. *A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders*. in SILVA, José V. (org.) et al. *Saúde do Idoso: Processo de Envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Látria. 2009.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. *Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. vol. 6: 59-78. 2003.

MARTINS, Rosa Maria Lopes. *Envelhecimento e políticas sociais*. Millenium – Revista do ISPV n° 32: 126-140. 2006. acessado a 12-02-2015, em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/10.pdf>.

MARTINS, Maria do Carmo Fernandes; SANTOS, Gisele Emídio. *Adaptação e validação de construto da escala de satisfação no trabalho*. Revista Psico-USF. v. 11. n. 2: 195-205. Julho - Dezembro . 2006.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. *Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário*. Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 5. n.1: 7-18. 2000.

NOBRE, Moacyr Roberto Cucê. *Qualidade de Vida*. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Volume 64. Nº 4. São Paulo. 1995.

NOLAN, M. et al. *The Senses Framework: improving care for older people through a relationship-centred approach*. Getting Research into Practice (GRiP) Report No 2. Project Report. University of Sheffield. 2006.

NUNES, P. *Psicologia Positiva*. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Trabalho de Licenciatura. 2007.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. *Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões*. Paidéia (Ribeirão Preto). vol.17. n.36: 9-20. 2007.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. *Resiliência na Rua: Um Estudo de Caso*. Psicologia: Teoria e Pesquisa. vol. 21. n.2: 187-195. 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. São Paulo. Faculdade de Medicina de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Medicina. 2000.

PAÚL, C. F. *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. in PAÚL, C. F.; FONSECA, A. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi. 2005.

PEARSON, Alan et al. *Quality of care in nursing homes: from the resident's perspective*. *Journal of Advanced Nursing*, nº 18: 20-24.1993.

PEREIRA, Alexandre; PATRÍCIO, Teresa. *Guia Prático de Utilização do SPSS – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 8ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. 2013.

PEREIRA, Vânia Isabel Ferreira. *A Satisfação e a Qualidade de Serviços e de Vida nas Instituições para Seniores*. Viseu. Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu - Instituto Politécnico de Viseu: Dissertação de Mestrado. 2013.

PHILLIPS, C. *Measuring and Assuring Quality Care in Nursing Homes*. in NOELKER, L.; HAREL, Z. (Eds.). *Linking Quality of Long Term Care and Quality of Life*. New York: Springer Publishing. 2001.

PIMENTEL, L. M. *O Lugar do idoso nas redes de interação e solidariedade primárias: um estudo comparativo de casos de institucionalização e não institucionalização*. Lisboa. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa: Dissertação de Mestrado. 1995.

POSECK, Beatriz Vera. *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*, *Papeles del Psicólogo*, Vol. 27(1): 3-8.2006.

PÓVOA, V. *Escala de Qualidade de Vida para Utentes de Lar de Idosos*. Unpublished manuscript. Porto: Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. 2010. acessado a 15-03-2014, em <http://core.ac.uk/download/pdf/15563531.pdf>.

POVOA, V.; MARTIN, I. *Estudo piloto para avaliação da escala de qualidade de vida para residentes de instituições de longa permanência para idosos*. Revista estudos interdisciplinares envelhecimento. Porto Alegre. v. 18, n. 2, p. 367-386. 2013. acessado a 12-02-2015, em <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/24799/27663>.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva. 1992.

REDE SOCIAL. *Diagnóstico Social do Concelho de Alcobaça*. 2007. acessado a 01-010-2015, em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Diagn%C3%B3stico%20Social.pdf>

S/ AUTOR (1). Site do Centro Social e Paroquial de Coja. acessado a 01-010-2015, em <http://www.cspcoja.pt/>.

S/ AUTOR (2). Site do Solar de Cister – Residência para idosos, Lda. acessado a 01-010-2015, em <http://www.solardecister.pt/>.

SANTOS, Guilherme Queiroz. *Satisfação dos Colaboradores de uma Instituição Particular de Solidariedade Social - IPSS*. Porto. Estudo de Caso. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências e Tecnologia. 2013.

SANTOS, Sérgio Ribeiro dos; SANTOS, Iolanda Beserra da Costa; FERNANDES, Maria das Graças M.; HENRIQUES; Maria Emília Romero M. *Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan*. Revista Latino-am Enfermagem 2002. Novembro - Dezembro; 10(6): 757-64.

SILVA, Maria Alice Barrigão Cavaleiro Carvalho da. *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Bragança. Escola Superior de Educação de Bragança: Dissertação de Mestrado em Educação Social; 2011.

SUCHMAN, Anthony L. *A New Theoretical Foundation for Relationship-centered Care Complex Responsive Processes of Relating*. Journal of General Internal Medicine. 6(S1): S40-S44. 2005. Acessado 25-03-2015, em

---

[http://c.ymcdn.com/sites/www.plexusinstitute.org/resource/collection/6528ED29-9907-4BC7-8D00-8DC907679FED/Suchman\\_-\\_Relationship-centered\\_Care.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.plexusinstitute.org/resource/collection/6528ED29-9907-4BC7-8D00-8DC907679FED/Suchman_-_Relationship-centered_Care.pdf).

TRESOLINI, Carol P. and the PEW-FETZER TASK FORCE. *Health professions education and Relationship-centered care*. Report of the Pew-Fetzer Task Force on Advancing Psychosocial Health Education. 1994. acessado a 25-03-2015, em <http://rccswmi.org/uploads/PewFetzerRCCreport.pdf>.

WILLIAMS, B.; GRANT, G. Defining 'people-centredness': making the implicit explicit. *Health and Social Care in the Community Journal*. 6(2): 84-94.1998.

### **ANEXOS**

Anexo A – Questionário aplicado aos Utentes

Anexo B – Questionário aplicado aos Familiares

Anexo C – Questionário aplicado aos Colaboradores

Anexo D – Autorização para aplicação de Instrumento de Avaliação