

PAULA CRISTINA JESUS FRANCO

**“ ENVELHECIMENTO,
SATISFAÇÃO E QUALIDADE NO CENTRO
APOIO SÓCIO CULTURAL UNIDADE
ZAMBUJALENSE”**

Orientadora: Prof. Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Mestrado de Gerontologia Social

Volume I

Lisboa

2012

PAULA CRISTINA JESUS FRANCO

**“ ENVELHECIMENTO,
SATISFAÇÃO E QUALIDADE NO CENTRO
APOIO SÓCIO CULTURAL UNIDADE
ZAMBUJALENSE”**

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em
Ciências Sociais no Curso de Mestrado em
Gerontologia Social Conferido pela Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
Orientadora: Prof. Doutora M^a Irene Lopes Bogalho
de Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
Mestrado de Gerontologia Social

Volume I

Lisboa

2012

Dedicatória

Dedico o presente trabalho á memória de todos os idosos com quem tenho trabalhado enquanto Assistente Social.

Com eles cresci profissionalmente e aprendi enquanto pessoa e ser humano, no entanto procuro melhorar todos os dias.

Muito obrigada a todos, têm lugar muito especial na minha vida...

Agradecimentos

É com grande orgulho que chego ao fim deste Mestrado. Ao longo dos últimos dez anos, que deixei de estudar, várias foram as tentativas de prosseguir, mas só agora entendi estar preparada para tal.

Quero agradecer a algumas pessoas que colaboraram direta e indiretamente para a realização deste trabalho, mas quero dar um especial obrigado algumas delas, por todo o apoio e colaboração.

Em primeiro lugar a Direção do CASCUZ, que independentemente do interesse institucional nos resultados deste trabalho, sempre demonstraram disponibilidade e colaboração em tudo o que necessitei.

A minha orientadora Prof. Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho, que é um “doce de pessoa” e excelente profissional e que tanto me fez eu evoluir.

Parabéns por conseguir cumprir a competente e árdua tarefa de me orientar. É com toda a certeza uma grande referência nestes assuntos e muito obrigado pelos ensinamentos!

Agradeço também á Maria Lagos, estagiária de Serviço Social da Universidade Aberta, a desenvolver trabalho no CASCUZ, que tanto me ajudou.

A minha antiga colega de trabalho Dr.^a Deolinda Nunes, que sem a sua ajuda ao longo dos anos que trabalhámos juntas, eu não teria crescido profissionalmente, obrigada pelo seu apoio.

A todos os idosos e familiares que participaram deste estudo, agradeço a atenção e cooperação na recolha dos dados, sem os quais não seria possível realizar o trabalho.

Também ao meu companheiro, por me entender tal e qual como eu sou.

A todos estes, muito obrigado!

Resumo

Esta investigação sob a forma de dissertação de mestrado teve como objetivo principal, envolver os idosos e/ou familiares enquanto elementos determinantes na avaliação dos serviços prestados por esta instituição. Avaliar os serviços é fundamental e determinante no processo de evolução e caminho a seguir, rumo á certificação e qualificação dos equipamentos sociais destinados aos idosos, o Centro Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense (CASCUZ) é um dos equipamentos de referência no Concelho de Sesimbra.

Ao elaborar os questionários de satisfação, foi tido como base de trabalho, os manuais da segurança social para as respostas sociais contudo, houve a necessidade de adotar e reformular estes instrumentos, tendo em conta a realidade institucional e o baixo nível de escolaridade dos clientes incluídos na amostra. Foram estruturados três questionários diferenciados, para clientes e familiares, de Lar e CD e um de Serviço de Apoio Domiciliário, específico para a resposta, domiciliária. Nos critérios de inclusão dos participantes na amostra, foi tido por base, a triagem inicial com a seleção dos clientes com e sem deterioração cognitiva, através da aplicação do Mini Mental State, com a opção de aplicar o inquérito ao cliente ou ao familiar, tendo sido suprido o item de avaliação do calculo, devido ao facto do índice de escolaridade ser muito baixo

Do estudo analítico, destaca-se de forma visível a satisfação dos clientes com todas as respostas sociais: Lar, CD e Serviço de Apoio Domiciliário. Tornando-se relevante, no entendimento da questão a qualidade de vida subjacente, nos utilizadores dos serviços desta instituição.

Palavras-chave: Envelhecimento, satisfação e qualidade

Summary

This research in the form of dissertation aimed to involve the elderly and / or family members as key factors in the evaluation of services provided by this institution. Evaluate the services is crucial and determinant in the evolution process and way forward towards qualification and certification will of social facilities for the elderly, the Centro Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense(CASCUZ) is one of the reference equipment in the municipality of Sesimbra.

In preparing the satisfaction questionnaires, was taken as a base, the manuals of social security for social responses however, there was the need to adopt and reshape these instruments, taking into account the institutional reality and the low level of education of customers included in sample. Three questionnaires were structured differentiated, for clients and family, Home and Day Center and a Home Support Service, specific for the response, at his residence. The inclusion criteria of participants in the sample was taken based on the initial screening with customers' selection with and without cognitive impairment, by applying the Mini Mental State, with the option to apply the survey to the client or family, having was procured item for assessment of calculation, because the level of education be very low, from the analytical study stands out visibly customer satisfaction with all social responses: Home, Day Center and Home Support Service. Becoming relevant in understanding the question underlying the quality of life in users of its departments.

Keywords: Aging, satisfaction and quality

ABREVIATURAS

ADI - Apoio Domiciliário Integrado

AIVD’S – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD’S – Atividades da Vida Diária

CASCUZ – Centro de Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CD – Centro de Dia

DGS – Direção Geral de Saúde

GP – Governo de Portugal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

MTSS – Ministério do trabalho e Segurança Social

MMS – Mini Mental State

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

REAPN - Rede Europeia Anti Pobreza / Portugal

RNCCI - Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

UAI - Unidades de Apoio Integrado a Idosos

UNIFAI - Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos

WHOQOL – World Health Organization on Quality of Life

Índice Geral

Introdução	11
Capítulo I – Do Envelhecimento Saudável ao Envelhecimento Ativo	
1.1 Envelhecimento demográfico	15
1.2 Caracterização demográfica: Concelho de Sesimbra e freguesia do Castelo	17
1.3. Perspetivas do envelhecimento: Bem sucedido, produtivo e ativo	18
1.4. Dependência e autonomia	21
1.5. Direitos, medidas e respostas de apoio na velhice	24
Capítulo II – Satisfação e Qualidade	
2.1. Conceito de satisfação.....	28
2.2. Fatores determinantes da satisfação.....	31
2.3. Satisfação e qualidade	33
2.4. A importância da qualidade dos serviços para idosos	35
Capítulo III – Contexto Institucional e Processo Metodológico	
3.1. Contextualização organizacional e funcional do CASCUZ.....	37
3.2. A importância da qualidade no CASCUZ	38
3.3. Estudo empírico e tipo de estudo	42
3.4. Técnicas de recolha de dados.....	46
3.5. Instrumentos de pesquisa.....	47
3.6. População e amostra	47
Capítulo IV – A satisfação dos clientes e familiares com a qualidade das respostas no CASCUZ	
4.1 Perceção dos clientes com a qualidade dos Serviços	52
4.1.1 Satisfação dos clientes com o Lar	52
4.1.2 Satisfação dos clientes com o Centro de Dia	62
4.1.3 Satisfação dos clientes com o Serviço de Apoio Domiciliário	68
4.2 Perceção dos familiares com a qualidade dos serviços	78
4.2.1 Satisfação dos familiares com o Lar	79
4.2.2 Satisfação dos familiares com o Centro de Dia	89
4.2.3 Satisfação dos familiares com o Serviço de Apoio Domiciliário	96
4.3 - Visão global de síntese	106
CONCLUSÃO	109
BIBLIOGRAFIA	111

Índice de Tabelas

Tabela 1. Frequências absolutas e percentagens para clientes e familiares respondentes às questões sobre os serviços em função da resposta social.....	49
Tabela 2. Caracterização dos idosos em função da idade e sexo para as várias respostas sociais.....	51
Tabela 3. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da alimentação: Lar	53
Tabela 4. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: Lar	54
Tabela 5. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: Lar	55
Tabela 6. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte: Lar	56
Tabela 7. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de quarto/outros: Lar.....	57
Tabela 8. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da relação com as funcionárias.....	58
Tabela 9. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da relação: Lar	59
Tabela 10. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da alimentação: CD	61
Tabela 11. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: CD	62
Tabela 12. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: CD	63
Tabela 13. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte: CD	64
Tabela 14. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do com outros serviços: CD	65
Tabela 15. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da relação com os funcionários: CD	66

Tabela 16. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da relação com a resposta social: CD	67
Tabela 17. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação da alimentação: SAD	68
Tabela 18. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: SAD	70
Tabela 19. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene de habitação: SAD	71
Tabela 20. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: SAD	72
Tabela 21. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço acompanhamento e execução de diligências: SAD	72
Tabela 22. Tabela 22. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação com a resposta social e família/interpessoais: SAD	73
Tabela 23. Caracterização dos familiares em função da idade e sexo para as várias respostas sociais	78
Tabela 24. Caracterização dos familiares em função da relação de parentesco com os clientes.....	79
Tabela 25. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação: Lar	80
Tabela 26. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: Lar	81
Tabela 27. Frequências absolutas e relativas para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: Lar	82
Tabela 28. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte: Lar	83
Tabela 29. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das instalações e serviços: Lar	84
Tabela 30. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com as funcionárias: Lar	85

Tabela 31. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das relações interpessoais: Lar	86
Tabela 32. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de confiança e adequabilidade : Lar	87
Tabela 33. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação: CD	89
Tabela34. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: CD	90
Tabela 35. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: CD	91
Tabela 36. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte: CD	91
Tabela37. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das instalações e serviços: CD	92
Tabela 38. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com os funcionários: CD	93
Tabela 39. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das relações interpessoais: CD.....	94
Tabela 40. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de confiança e adequabilidade : CD	95
Tabela 41. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação: SAD	96
Tabela 42. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal: SAD	97
Tabela 43 Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene de habitação: SAD	98
Tabela 44. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa: SAD	100
Tabela 45. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço acompanhamento e execução de diligências: SAD	101
Tabela46. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação com a resposta social e família: SAD	101

Apêndices, anexos e gráficos – Volume II

Apêndice I – Regulamentos internos, manuais: Lar, CD e SAD	i
Apêndice II – Organograma do CASCUZ	lxxx
Apêndice III – Formulário interno – Classificação do nível dependência.....	lxxxi
Apêndice IV – Documento de consentimento informado	lxxxii
Apêndice V – Minutas dos inquéritos aplicados	lxxxviii
Apêndice VI – Classificação do Mini Mental State.....	cviii
Apêndice-VII- Quadro Síntese	cix
Apêndice VIII – Gráficos por resposta social: Lar, CD e SAD	cxi

INTRODUÇÃO

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura” (Kofi Annan In: Portal da Saúde Pública, 2002).

O presente trabalho surge no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, da Faculdade de Ciência Sociais e Humanas da Universidade Lusófona de Humanidades. Perante a diversidade dos temas na área da Gerontologia procurou-se que o estudo fosse de utilidade profissional e ao mesmo tempo académica.

O processo de desenvolvimento mundial tem implicações no âmbito social, cultural económico-financeiro, pelo que as organizações (...) devem estar preparadas para se manterem e serem competitivas no mercado global. O investimento na área da qualidade permite a uma organização a melhoria na *performance* financeira e, como tal, competitividade no mercado. Mas para que tal ocorra, é necessário que se verifique a satisfação dos clientes. No entanto, a procura dos cuidados de saúde depende também da oferta... Todavia, essa procura provém também das necessidades sentidas pelo consumidor, do seu meio ambiente, estilo de vida e condições sócio - económicas, de modo que o consumidor nem sempre conhece ou pode avaliar os custos futuros e o valor dos cuidados que vai receber (Fortuna et al, 2001).

O tema escolhido para este projeto de investigação é o *envelhecimento, a satisfação e a qualidade da prestação dos serviços na instituição, refletindo a experiência atual do Centro de Apoio Sócio Cultural Unidade Zambujalense (CASCUZ)*.

O objeto de estudo desta investigação tem por base, a qualidade dos equipamentos sociais destinados ao apoio a idosos, ligada a satisfação dos clientes. Os resultados devem conduzir a uma reflexão por parte dos órgãos competentes no sentido de potenciar ações corretivas e melhorar dos serviços ou produtos prestados.

De acordo com os manuais da gestão da qualidade, este tipo de equipamentos, ao longo dos últimos anos, têm vindo a sofrer profundas alterações na forma de atuação, pautada pela introdução de novas práticas que pressupõe adoção de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades dos clientes (MTSS, 2009).

A satisfação dos clientes é portanto, um indicador extremamente importante na avaliação da qualidade dos serviços. Deste modo, a preocupação com a satisfação com os serviços tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais em geral. A satisfação com os serviços tem vindo afirmar-se, de forma gradativa, como uma das áreas prioritárias na avaliação e na necessidade de servir cada vez melhor e de garantir a qualidade de vida dos seus utilizadores.

Foi com base nestas preocupações e motivações que houve a necessidade de conhecer e perceber a satisfação dos clientes e/ou famílias, aprofundando a dimensão dos cuidados funcionais, complementares e relacionais prestados, no sentido perceber, qual a eficácia das intervenções e deste modo ajudar a melhorar o desempenho da instituição e ao mesmo tempo, refletir sobre o trabalho a desenvolver o dia-a-dia.

O CASCUZ enquanto Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), de carácter associativo no concelho de Sesimbra, desenvolve o apoio social aos idosos, através das suas respostas de: Lar, Centro Dia (CD) e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Optou-se por realizar a investigação sob a forma de dissertação de mestrado na área do apoio social direccionado aos idosos, por motivos de interesse profissional, abrangendo globalmente todas as respostas sociais, isto deve-se á facilidade e á acessibilidade aos dados e também por interesse profissional, e sobretudo na necessidade de melhorar constantemente o trabalho que se desenvolve no dia-a-dia. No entanto, não devemos esquecer, a necessidade de distanciamento da realidade vivida para que o estudo fique isento de opiniões pessoais. O CASCUZ, ao longo dos anos tem trabalhado, no sentido de se reorganizar e melhorar o funcionamento dos serviços e fomentar práticas, que permitam assegurar a credibilidade nos serviços. Pretende-se que esta investigação, venha a contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados no CASCUZ, disponibilizando aos responsáveis da instituição os resultados obtidos.

Desta forma identificamos os seguintes objetivos específicos:

- 1. Analisar a satisfação global, com a qualidade dos serviços prestados pelas respostas sociais: Lar; CD e SAD.*
- 2. Identificar os cuidados e serviços, que mais contribuem para satisfação dos clientes das diferentes respostas sociais.*

A avaliação da satisfação do cliente, com a qualidade dos serviços prestados, deve ser sentida como um ato desejável, já que é através desta que se obterá informações

primordiais para planejar, ou reorientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade do serviço, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, dentro da medida do possível, assim como a investigação teve a pretensão de encontrar, pontos essenciais de referência para satisfazer os clientes das diferentes respostas do CASCUZ, e proceder-se a possíveis melhorias em termos futuros, isto através das variáveis prioritárias detetadas.

A opção metodológica recaiu no método quantitativo, ou seja, *“Não se pode perder de vista que o uso da linguagem matemática leva a descrições e modelos idealizados, uma construção abstrata que, na prática, na melhor das situações, será observada apenas parcialmente. Quanto mais complexo for o fenómeno sob investigação, maior deverá ser o esforço para se chegar a uma quantificação adequada (...)”* (Minayo, 1993:241)

Foram utilizados vários instrumentos de colheita de dados, entre os quais: O Mini Mental State, e um questionário elaborado pela investigadora, que permitiu avaliar a satisfação com a qualidade dos serviços e ainda análise documental (aos processos dos clientes das respostas sociais). Selecionaram-se todos os clientes e ou familiares do CASCUZ. A amostra foi delimitada, tendo em conta o número de clientes por resposta social e estado de deterioração cognitiva. Para tal, foi aplicado aos clientes o exame de avaliação do estado das capacidades, nas diferentes áreas como: Orientação, retenção, atenção, evocação, linguagem e habilidade construtiva da capacidade, de forma a poder fazer a triagem dos clientes com e sem deterioração cognitiva (o Mini Mental State). Nestes casos serão os familiares a responder pelos mesmos.

Tendo como referencia os conceitos, procurou-se enquadrar as questões práticas do dia-a-dia do trabalho, facilitando deste modo a compreensão transversal e holística do funcionamento institucional, ou seja, compreender a realidade como um todo, em que as pessoas, são parte integrante do mesmo.

Em termos de estrutura a investigação divide-se por capítulos. O primeiro capítulo, fala das questões demográficas, as diferentes perspetivas do envelhecimento saudável, bem-sucedido e produtivo, até ao envelhecimento ativo, aborda ainda a dependência a autonomia, bem como os direitos, medidas e respostas no apoio na velhice. O segundo capítulo, aprofunda o conceito base deste projeto, a satisfação, os determinantes, a sua relação com a qualidade e como se chega á satisfação, a importância da qualidade nos serviços, relacionando

com a questão da qualidade de vida na velhice. O terceiro capítulo, contextualiza o CASCUZ em termos organizacionais e funcionais e refere a questão da importância da qualidade, são ainda definidas as opções de estudo, tipologia, hipóteses, técnicas de recolhas de dados e instrumentos de pesquisa, incluindo a respetiva amostra. O quarto capítulo, descreve a visão dos clientes e das famílias sobre a satisfação e qualidade dos serviços nas diferentes respostas sociais e finalmente são apresentados os perfis de qualidade das respostas sociais e conclusão deste projeto profissional.

Capítulo I

Do Envelhecimento Saudável ao Envelhecimento Ativo

1.1. O Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios que se coloca hoje em toda no mundo. A evolução demográfica fez-se sentir na União Europeia, embora com ritmos e contextos diversos de país para país. Apesar das diferenças, existem tendências comuns a todos: um contínuo aumento da esperança de vida, um decréscimo da taxa de natalidade e um aumento da população com idade superior a sessenta anos. Vários especialistas consideram que o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas devido às suas implicações na esfera socioeconómica, para além das modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida (INE,2002).

“Assistimos ao fenómeno crescente e novo, do envelhecimento da população em todas as sociedades economicamente desenvolvidas. Este acontecimento converteu os chamados «idosos» num grupo social que atrai o interesse individual e coletivo de forma crescente, devido às suas implicações a nível familiar, social, económico, político, etc.” (Requeijo, 2007:11).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: Individualmente, que assenta na maior longevidade dos indivíduos ou seja, o aumento da esperança média de vida e também a perspetiva demográfica que define, o aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade ativa. Se tivermos em conta a situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas em Portugal, consideram-se pessoas idosas, os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal, está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível nacional. (INE, 2002).

Na nossa sociedade este grupo etário (com 65 anos ou mais) é o que tem maior representatividade em termos quantitativos. Estudos realizados pelo Instituto Nacional de

Estatística (INE, 2011), relativos ao envelhecimento demográfico, afirmaram que entre 1960 e 2001 houve um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um aumento de 140% da população idosa (65 e mais anos), prevendo-se que Portugal perca entre 2000 e 2050, mais de um quarto da sua atual população. A mesma fonte refere que, em qualquer cenário proposto, com um carácter mais ou menos otimista, Portugal assistirá a uma redução da população jovem e a um incremento no índice de envelhecimento podendo situar a relação de 398 idosos por cada 100 jovens. O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

Segundo o MTSS (2008: 9-12) a população portuguesa tem acompanhado, o processo de transição demográfica europeia, com uma queda dos níveis de natalidade e uma evolução positiva dos níveis da esperança de vida. Os movimentos migratórios externos têm contribuído para atenuar os efeitos do processo demográfico em curso. Do ponto de vista da natalidade Portugal regista um declínio dos níveis de natalidade (passando de 11,7 nados vivos por mil habitantes em 2000, para 9,7 em 2007) e a queda acentuada do número médio de filhos por mulher em idade fértil (o índice sintético de fecundidade decresceu de 1,5 crianças por mulher em 2000, para 1,33 em 2007). A tendência crescente da esperança de vida, resulta da melhoria das condições de vida e reflete o progressivo envelhecimento populacional. A confirmar este facto, está a evidência de um aumento progressivo tanto da esperança média de vida a nascença, que em 2006 era de 75,5 anos para os homens e 82,3 anos para as mulheres, como da esperança de vida aos 65 anos: 16,6 ano para os homens e 20,2 para as mulheres.

O envelhecimento populacional manifesta-se igualmente através da evolução do índice de dependência dos idosos que em 2008 é de 25,9 por cento, estimando-se que em 2060 o seu valor atinja os 54,8%. (INE, 2002). De acordo com a Carta Social (MTSS,2009) em Portugal e segundo o Instituto Nacional de Estatística, o número médio de filhos por mulher em idade fértil tem vindo a diminuir de forma considerável desde a década de 60.

De acordo com os Censos de 2011, mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década. A população idosa, com 65 ou mais anos, residente em Portugal é de 2,023 milhões de pessoas, representando cerca de 19% da população total. Na última década o número de

idosos cresceu cerca de 19%. Cerca de um terço dos idosos encontra-se na Região Norte, seguida pelas regiões Centro e Lisboa. Em termos nacionais, a distribuição da população com 65 ou mais anos apresenta um padrão semelhante ao da população residente (INE, 2011).

1.2. Caracterização demográfica: Concelho de Sesimbra e Freguesia do Castelo

De acordo com dados do INE e no que respeita aos Censos de: 1991; 2001 e 2011 e falando ainda em resultados provisórios, relativos a Dezembro de 2011 e se reportarmos á caracterização da população residente no concelho de Sesimbra em termos evolutivos em 1991 era de 27246 residentes, em 2001 era de 37567 e em 2011 de 49500.

Entre 1991 e 2011, os habitantes no concelho cresceram em cerca de, 11933 pessoas. A freguesia da Quinta do Conde foi a que mais cresceu, seguida do Castelo, havendo mesmo um decréscimo populacional a nível da população residente na freguesia de Santiago. A população residente na freguesia do Castelo em 1991 era de 11967 residentes, em 2001 de 15207 e em 2011 de 19053. A dimensão média da família, ou seja, o número de pessoas por agregado familiar, em 1991 era de 3,0 e em 2001 de 2,7 em 2011 de 2,6 (INE, 2011).

Pode-se dizer que, em 2001 a população residente com 65 ou mais anos, era de 14,7%, na freguesia do Castelo e no concelho de Sesimbra de 14,8%. Em 2011, na freguesia do Castelo era de 16,9% e no concelho de Sesimbra de 15,8%. Enquanto freguesia rural e isolada o Castelo em três anos, teve 1% de aumento no número de pessoas nesta faixa etária comparativamente ao concelho de Sesimbra. A diferença evolutiva de 2001 para 2011 da população residente com 65 ou mais anos, na freguesia do Castelo foi de 44,1%, e no concelho de Sesimbra foi de 41,2%. Só a freguesia, o Castelo tem mais população com 65 ou mais anos, do que o Concelho de Sesimbra. Em 2011 no concelho de Sesimbra, a distribuição da população, por grupo etário no âmbito territorial era: Dos 0 aos 14 anos era de 17,4%; dos 15 aos 24 anos de 10,2%; dos 25 aos 64 anos de 56,6% e dos 65 ou mais anos de 15,8%.

O nível dependência dos idosos no concelho de Sesimbra em 2001 era de 21,3% e em 2011 era de 23,7%. O índice dependência e de envelhecimento em 2011 no âmbito territorial de Portugal foi de 128,6%, na zona da grande Lisboa de 119,9%; Península de Setúbal de 114,1%, e no concelho de Sesimbra de 90,8%, apesar de tudo, foi a zona que registou o menor índice dependência no envelhecimento.

Assim e em termos evolutivos, o índice de envelhecimento no concelho de Sesimbra,

entre 2001 e 2011, foi de 102,2% para 128,6% (INE, 2011).

1.3. Perspetivas do envelhecimento: Bem-sucedido, produtivo e ativo

Envelhecimento bem-sucedido

Segundo Fonseca (2005), o significado de envelhecer com sucesso, ou o que cada um de nós deve fazer para lidar de forma bem-sucedida com esta tarefa da existência, e as mudanças sociais para que cada vez mais as pessoas envelheçam bem, reside na necessidade de ultrapassar uma visão negativa e estereotipada do envelhecimento, como sinónimo de incapacidade e declínio, substituindo-a por uma abordagem que encare o envelhecimento numa perspetiva global, valorizando os aspetos biopsicossociais.

O envelhecimento bem-sucedido, significa não só ausência de doença e/ou de incapacidade, mas também a capacidade de enfrentar situações stressantes que permite viver esta etapa da vida de forma satisfatória apesar da incapacidade ou da doença. Segundo López Pisa et al, 2006, os fatores que mais discriminam entre um melhor ou um pior envelhecimento, são fazer coisas úteis, conservar o equilíbrio entre desafios e capacidades, ter uma atitude pessoal positiva e dispor de recursos apropriados. O facto de manter a satisfação vital, apesar das perdas que acompanham o envelhecimento, depende de habilidades pessoais e de fatores protetores sócio - demográficos, psicológicos e sociais, para além dos puramente biológicos.

A velhice bem-sucedida, está conotada com a realização do potencial para alcançar o bem-estar físico, pessoal e social e a manutenção da competência em domínios selecionados do funcionamento, através de mecanismos de seleção, compensação e otimização. Para estes autores, o envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes principais: Baixa probabilidade de doença e doença relacionada com incapacidade; capacidade funcional, física e cognitiva elevada; e compromisso ativo com a vida (Rowe e Kahn, 1997). A questão da velhice bem ou mal sucedida, prende-se com a definição de padrões de adaptação do idoso às suas capacidades atuais de funcionamento, o que implica quer critérios externos sociais, relativos ao que se espera do indivíduo em cada altura, quer critérios internos, numa perspetiva individual, o sentir e a vontade subjetiva (Paúl, 1996). Diferentes pessoas podem ter diferentes percursos de envelhecimento mantendo uma idêntica satisfação com a vida e obtendo igual sucesso. Daqui resulta que há diferenças quanto ao modo como o processo de

envelhecimento decorre, quer de acordo com o contexto cultural de referência, quer de pessoa para pessoa, relativamente a diferentes aspetos considerados, geralmente, como determinantes para o seu bem-estar, condições económicas, saúde, redes sociais, ou o grau de satisfação de necessidades psicológicas (Fonseca, 2005). Ainda Fonseca (2005) e Fontaine (2000) referem que Baltes (1997) distinguiu três grandes categorias de influências ou de fatores neste processo de envelhecimento: (...) as influências ligadas ao grupo etário são o conjunto das determinantes biológicas e ambientais, fortemente correlacionadas com a idade cronológica, suscetíveis de predição e são comuns a todos os indivíduos. É o caso, por exemplo, da maturação biológica, da escolaridade obrigatória durante um certo período da vida, ou da reforma, fixada por lei. Não sendo por si só condição de felicidade, a condição da ausência de doença ou não, provoca alterações, através de interações – diretas e indiretas – com outros fatores da qualidade de vida. A doença mobiliza as capacidades (...) dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a atividade e recursos no problema e pode levar à perda de autonomia e alterações no desempenho das atividades de vida diária e das relações sociais (Fonseca, 2004). Esta perda de competências nas pessoas idosas resulta, da incongruência entre o indivíduo e o meio, ou seja, a que acontece pela diminuição das capacidades do indivíduo, pelo aumento das exigências do meio, ou por uma combinação de ambos (Paúl, 2005). Parece claro então que, as perdas de vária ordem presentes no decurso do envelhecimento, entre as quais, as que comprometem a saúde e a autonomia funcional, contribuem para o aumento da vulnerabilidade e do risco da dependência, comprometendo o envelhecimento bem-sucedido. Embora convergindo com a ideia de que, uma avaliação integral e compreensiva das condições bio psicossociais do idoso pressupõe uma avaliação multidimensional, qualquer que seja o contexto em que o idoso está inserido assim, *“O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude de sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com sua própria existência.”* (Teixeira, 2006).

Envelhecimento produtivo

O envelhecimento produtivo sugere envolvimento em atividades de realização significativas, pessoalmente satisfatórias e com um impacto positivo nas suas próprias vidas e nas dos outros (Kaye, Butter & Webster, 2003).

A produtividade da pessoa idosa ou o conceito de “aproveitamento integral”, que

utiliza Beauvoir, é semelhante ao conceito de “envelhecimento produtivo”. A ideia que todos os membros da sociedade devem contribuir de forma ativa para o bem-estar do coletivo, sem sacrificar ou marginalizar alguns dos membros. Dependemos do contributo das pessoas idosas em grandes facetas da nossa vida coletiva, nomeadamente no cuidado dos netos e no trabalho no mundo rural.

Contudo, consideramos que este contributo é desvalorizado porque, de alguma forma, status social está ligado fundamentalmente ao trabalho laboral, sobretudo aquele associado com novas tecnologias e serviços de informação, onde os idosos têm mais dificuldades de incorporação. A nossa sociedade deveria criar as oportunidades de escolha livre para que as pessoas possam utilizar o tempo da terceira idade da forma mais satisfatória possível.

A grande diferença ideológica é até que ponto, o envelhecimento produtivo deve ser encorajado através de medidas de carácter política e social, ou se o envelhecimento produtivo deve ser perspetivado como um mecanismo positivo a partir do ponto de vista social e negativo desde o ponto de vista do indivíduo (Martin; 2009).

Envelhecimento Ativo

De acordo com a OMS em 2003, segundo (Paúl e Ribeiro, 2011) o termo “envelhecimento ativo” foi adotado no final dos anos 90, e procura ir além da designação de “envelhecimento saudável”, reconhecendo que os cuidados com a saúde são importantes, mas existem outros fatores que estão relacionados com o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. O envelhecimento ativo, aplica-se a toda a comunidade em geral e permite as pessoas perceberem o seu potencial para o seu bem-estar físico, social e mental, proporcionando assim a participação ativa dos idosos nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas, tendo como principal objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e de qualidade.

A OMS (2005), define os determinantes do envelhecimento ativo, como os de ordem, pessoal, ou sejam os biológicos, genéticos e psicológicos, os de ordem social, que são o apoio social, educação e alfabetização, os de ordem económica que tem a ver com o rendimento, proteção social, e oportunidades dignas de trabalho, os serviços sociais e de saúde que estão orientados para promoção da saúde e prevenção de doenças comportamentais e as relacionadas como ambiente físico, acessibilidades, serviço prestados, ambiente em que vive.

De acordo com os princípios das Nações Unidas, para os idosos o envelhecimento ativo, remete para os três pilares que sustentam este modelo que são a participação social, saúde e a segurança, sendo fatores transversais a cultura e ao género (Paúl e Ribeiro, 2011).

Considerando a complexidade das dinâmicas do envelhecimento e as suas repercussões a nível da sociedade, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas em Portugal, tendo em atenção que as tendências demográficas, quer os comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, que vieram determinar novas necessidades a nível da saúde, para as quais organizou respostas mais adequadas. Surge então a necessidade de articulação entre os serviços de saúde e a rede de cuidados continuados de saúde, onde pode ser confirmada a Lei nº 281/2003 de 8 de novembro. Assim sendo e conforme o preconizado no referido Programa Nacional de Saúde de 2011-2016.

Atualmente a uma visão mais reativa, centrada nas necessidades básicas e na qual a pessoa é um agente passivo, para uma outra, pró-ativa que reconhece a pessoa como um elemento capaz e atuante no processo político e na mudança positiva das sociedades. Neste sentido, o envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e constitui um desafio para toda a sociedade, implicando a responsabilização e a participação de todos e de todas, no combate à exclusão social e à discriminação e na promoção da igualdade entre homens e mulheres e da solidariedade entre as gerações. Subentende-se que o envelhecimento ativo tem como objetivo, o envelhecer com saúde, autonomia e independência, durante o mais tempo possível, sendo hoje um desafio á responsabilidade individual e coletiva, com significado no desenvolvimento dos países, aumentando deste modo a qualidade de vida. Este objetivo destina-se não só aos idosos, mas a todas as pessoas que estão a envelhecer, e que estão mais frágeis fisicamente, ou mesmo os que estão incapacitados e que necessitam dos cuidados institucionais (Governo de Portugal, 2012: 3)

1.4. Dependência e autonomia

Dependência

A dependência consiste em a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual ter a necessidade de uma ajuda a fim de realizar as atividades básicas de vida diária (DGS, 2004). Mas segundo (Ennuyer, 2001) a dependência remete para duas leituras diferentes do fenómeno, a dependência, vista através da definição médica e ou incapacitante, tem tendência a ver o indivíduo através da sua incapacidade funcional, física ou

psíquica, ou seja, remete para um estado de envelhecimento apenas individual e biológico, modelando a velhice como um estado deficitário, evoluindo, inevitável e irreversivelmente, para uma incapacidade e necessidade de ajuda.

Segundo a DGS (2004) conhecer o grau de incapacidade funcional dos idosos dependentes é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. O INE (2002) considera que ser idoso é, uma fase da vida caracterizada por diminuição das reservas funcionais e da capacidade do organismo em se adaptar a mudanças bruscas, tornando-o mais suscetível. Um idoso dependente será aquele que durante um prolongado período de tempo necessita de ajuda de outra pessoa para realizar determinadas atividades de vida diária, existindo diversos fatores que podem determinar essa dependência, entre eles, os fatores físicos, os psicológicos e os provenientes do contexto social. Quanto as reservas físicas, podemos mencionar a fragilidade física, os problemas de mobilidade e as doenças. Nas reservas psicológicas, pode fazer-se referência aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade. Relativamente ao contexto social, este está relacionado com o ambiente físico, com as atitudes e comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso, podendo promover a autonomia ou contrariamente a dependência (INE, 2002).

A definição relacional ou social da dependência remete para uma velhice que é o resultado de um percurso social e biológico dentro de uma organização social determinada a que chamamos sociedade, ou seja, modela a velhice como uma construção social, um facto relativo, em função da pessoa e das suas relações com os outros indivíduos. Assim, a percepção da dependência como estado deficitário e essencialmente biológico, ligado unicamente ao avanço em idade e à necessidade de ajuda, tem veiculado uma imagem negativa da dependência em detrimento, pois, de uma definição da dependência enquanto relação necessária com os outros para a manutenção da solidariedade e da coesão social (DGS, 2004).

Para os profissionais de saúde, o termo dependência, define-se como um estado em que as pessoas se encontram, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia (física, psíquica, social) necessitando de uma ajuda a fim de realizar as atividades básicas de vida diária (AVD'S) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD'S).

Autonomia

A autonomia é um aspeto relevante do estudo do envelhecimento, suscita questões fundamentais na qualidade de vida como, por exemplo, a dependência, a imagem social do

idoso em função da sua capacidade funcional e a necessidade de adaptação às possíveis mudanças que comprometem a sua autodeterminação (Silva, 2006). A importância central da autonomia na velhice é de tal ordem que (Paúl, Fonseca, Cruz e Cerejo, 2001) consideram que, aparentemente o declínio das capacidades biológicas é um dos principais determinantes da condição psicológica e social das pessoas idosas e um dos principais indicadores de um envelhecimento melhor ou pior sucedido. A noção de competência diária no fim da vida corresponde, também, nas palavras de Baltes e Lang (1997), à capacidade de funcionar independente na comunidade. Grande parte dos autores converge no sentido de considerar a autonomia como a capacidade ou o direito da pessoa se governar a si mesma e de fazer escolhas. As dimensões da autonomia dificilmente podem ser separadas. A dimensão funcional da pessoa idosa nos planos físicos, psicológico e social. A dimensão do controlo, que tem a ver com a capacidade de influenciar o ambiente, ou de se adaptar a ele, guardando uma liberdade de Ação e a dimensão da competência que reflete a capacidade de obter resultados a partir de intenções e de tomadas de decisão (Head, Maas e Johnson, 2003; Benítez del Rosário, 1999; Paschoal, 1999; Whal, 1991). De acordo com Vieira (2004), autonomia é definida como a capacidade e o direito de o indivíduo poder eleger, ele mesmo, as regras da sua conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que está disposto a correr, além de poder realizar as suas atividades diárias sem depender de ninguém. Uma pessoa dependente para certos atos da vida diária, mas dispondo de ajudas e serviços necessários, deve ser considerada autónoma. Vieira (2004) é ainda da opinião que, no contexto adaptativo, autonomia reveste-se de maior importância para o idoso do que, a independência já que, mesmo dependendo de ajuda a pessoa pode exercer a sua autonomia e contribuir, assim, para um estado de bem-estar.

Capacidade funcional

Uma das questões fundamentais é compreender como é que um idoso é considerado dependente. A capacidade funcional é um indicativo importante na qualidade de vida do idoso, tem sido definida como a capacidade de um indivíduo em se adaptar aos problemas e exigências do dia-a-dia e é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das atividades básicas de vida diária (Botelho, 2000). As escalas de capacidade funcional existentes não só procuram obter o grau de dependência, como proporcionam um conjunto limitado de categorias, obtidas de um índice elaborado, que ajudam a clarificar os idosos

dependentes. Na tentativa de concretizar a avaliação funcional utilizam-se determinados instrumentos, sendo os mais utilizados, o Índice de Katz (avalia a capacidade para executar as atividades básicas da vida diária, consideradas tarefas de autocuidado, centra-se em seis atividades), o índice de Barthel (avalia dez atividades, instrumentais de vida diária, mede a capacidade que o indivíduo tem para ter uma vida independente na comunidade) e o Índice de Lawton (permite mensurar, por um lado, as atividades básicas da vida diária e, por outro, as atividades instrumentais de vida diária, e focaliza-se em oito atividades) (INE,2002).

Atividades básicas e instrumentais da vida diária

À medida que se envelhece e cada vez mais com a impossibilidade de realizar de forma independente as AVD’S, pode-se verificar o aparecimento das doenças crónicas ou a perda geral das funções fisiológicas levando à necessidade de ajuda de terceiros. Estima-se, atualmente, que 80% das pessoas com 65 ou mais anos de idade sofrem, pelo menos de uma doença crónica e, para muitos, a presença de duas ou mais condições complicam o plano de cuidados a prestar (INE, 2002). As AVD’S refletem-se apenas na capacidade ou não para o autocuidado básico. Já as AVID’S refletem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas diárias. Outra dimensão, centra-se em saber o quanto é dependente o idoso. O desempenho das AVD’S é um parâmetro amplamente aceite e reconhecido, permitindo uma visão mais precisa quanto à dependência. A principal consequência da associação entre envelhecimento e dependência reside, fundamentalmente, em atitudes negativas em relação à velhice. A tendência habitual tem sido, de facto, a de ver o envelhecimento como uma luta entre independência e dependência, mais do que olhar para a capacidade para a autonomia e a independência e potenciar as capacidades da pessoa (DGS, 2004).

1.5. Direitos, medidas e respostas no apoio na velhice

Segundo Carvalho (2012:76) em 1976 foi com a publicação da primeira Constituição democrática, que se inscreveram pela primeira vez em Portugal direitos cívicos, políticos e sociais para os cidadãos e se consagrou o respeito pela dignidade da pessoa humana em todas as circunstâncias, o direito à intimidade e a reserva da vida privada e familiar, assim como o direito à não discriminação em razão da ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica ou condição

social. É igualmente consagrado o direito à segurança social, ao trabalho, à saúde, à educação e à habitação, dando-se forma à proteção social sectorial nessas mesmas áreas. Em 1982, a Constituição da República é revista e os artigos 63, 67 e 72 são reconfigurados. No artigo 63 é assumido que o Estado tem a responsabilidade pela segurança social de grupos fragilizados, jovens, crianças, idosos e deficientes. O artigo 67 faz incumbir ao Estado a responsabilidade pela criação de uma rede nacional de assistência materna infantil, de uma rede nacional de creches e infraestruturas de apoio à família, bem como promover uma política da terceira idade. O artigo 72, nº 1 considera que as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação, convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou a marginalização, e o nº 2 refere que a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Na prática, esta modificação permitiu o surgimento da ideia de proteção na velhice como um todo integral, englobando a dimensão económica, instrumentalizada através das reformas e outros recursos sociais. Apesar destas alterações, só passados dez anos da revolução democrática foi publicada a primeira Lei de Bases da Segurança Social (Carvalho, 2012:82-83). No início da década de 80 as IPSS obtiveram então, a sua definição como entidades de segurança social pelo Decreto-lei nº 119, de 25 de Fevereiro de 1983, que estabeleceu os estatutos e reformulou a noção de IPSS.

Nesse diploma, IPSS são consideradas “Instituições Particulares de Solidariedade Social, constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por qualquer corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços: apoio a crianças e jovens; apoio à família; apoio à integração social e comunitária, à proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; promoção e proteção na saúde; educação e formação dos cidadãos e resolução dos problemas habitacionais das populações” (Carvalho, 2012:88-89). O Estado reagiu também criando espaços de atividade social privada e fortaleceu-se com a produção de bens e serviços e surgiram Lares de idosos em quase todas as sedes de concelho, onde ainda não existiam, mas o sistema de segurança social que assegura a aplicação destas políticas sociais, começou a evidenciar uma crise no seu sistema de

financiamento. (MESS/DGAS, 1994). Só mais tarde, surgiu com a criação das redes de cuidados continuados, continuando as IPSS’S com responsabilidades nesta área de apoio social, (Despacho Normativo nº 407/98). A reestruturação do sistema de proteção implica a redefinição dos campos entre responsabilidades familiares e governamentais, redefinindo-se também as expectativas individuais e as obrigações familiares (Sarraceno, 1997: 81).

A Rede Europeia Anti Pobreza (2009) como outras entidades, estabeleceu para o seu plano de atividades a importância da prioridade na política do envelhecimento ativo nas suas várias dimensões (social, saúde, trabalho, habitação, cultura e lazer). Efetuando diferentes recomendações neste sentido: Prioridade política no combate à pobreza e à exclusão social das pessoas idosas, entre outras; reconhecimento da heterogeneidade das pessoas idosas mobilizando medidas específicas para os grupos mais vulneráveis dentro da população idosa (...); participação ativa das pessoas idosas. A pertinência da promoção do envelhecimento ativo conhece importantes diferenças a nível nacional, na medida em que o nível de participação das pessoas mais velhas no mercado de trabalho é distinto entre os vários estados membros.

Segundo o programa do ano europeu do envelhecimento ativo em Portugal (2012:8-14), tem vindo a desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades. De acordo com os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde das pessoas idosas (2011-2016:73) a promoção do envelhecimento ativo, assenta em três dimensões: Melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas; e promoção de ambientes seguros e capacitadores de autonomia; como o exemplo a “Saúde e o Termalismo Sénior” que consiste num programa de férias e lazer, focado na “saúde e bem-estar” que oferece condições e ambientes para tratamentos termais no território nacional. Acessibilidade para todos, dentro e fora de casa (...) que facilita o acesso das pessoas com incapacidade a produtos e equipamentos de que necessitam; Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (2007-2012) que apoia obras ao nível do edificado e financia a aquisição de equipamento indispensável à manutenção das pessoas em sua casa; Rede Europeia de Desenho para Todos e Acessibilidade Eletrónica (...) que, não só em Portugal, objetiva contribuir para o desenvolvimento (...) e alargar a acessibilidade eletrónica ao maior número possível de cidadãos.

Ainda referindo o programa do ano europeu do envelhecimento ativo em Portugal (2012:14-18), a segurança social faz a cobertura perante eventualidades de vida e garante a continuidade e ajuste de prestações sociais e familiares que garantam o apoio pecuniário em situações de velhice, pobreza, dependência ou necessidade de assistência por outrem, viuvez. Fala das novas tecnologias de informação e comunicação, com a educação, com recurso a meios audiovisuais e novas tecnologias. O serviço “Linha do Cidadão Idoso” que divulga junto das pessoas idosas, informação sobre os seus direitos e benefícios; a linha nacional de emergência social serviço público gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto para proteção e salvaguarda da segurança dos cidadãos em situação de emergência social, sendo um dos grupos prioritários as pessoas idosas; o serviço de atendimento a pessoas com necessidades especiais especializado e dirigido a pessoas com deficiência e/ou incapacidade, no âmbito do atendimento das áreas das prestações e ação social. O voluntariado sénior e o diálogo entre gerações em que teremos forçosamente de ter uma proximidade entre gerações, em que os princípios da intergeracionalidade devem incluir a promoção da inclusão e solidariedade social e bem-estar das pessoas; privilegiar as relações familiares e respeitar as dinâmicas individuais, institucionais e sociais, não devendo esquecer o apoio pontual. Partir da ideia-base de que todos os elementos da família ou comunidade, independentemente da sua idade e ou grau de dependência, são cidadãos de pleno direito.

Capítulo II

Satisfação e qualidade

2.1. Conceito de satisfação

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 (Duarte, 2000). Mas 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 (Graça, 1999). A satisfação com os serviços prestados, fundamentam-se na forma como eles são: adequados, apropriados, aceitáveis e agradáveis (Lucas, 2002). Rapidamente constata-se, que tudo isto são efetivamente características pouco objetivas, uma vez que a satisfação é uma comparação de características salientes da experiência individual com bases subjetivas, tais como o estilo de vida, as experiências passadas, expectativas futuras e valores individuais ou da sociedade (Pascoe, 1983).

Se relacionarmos a satisfação com os cuidados de saúde, também pode ser vista como uma *“observação da discrepância entre a expectativa do serviço e a experiência dos doentes pelo serviço recebido”* (Lucas, 2002:28; Tahara, Lucena, Oliveira et al, 1997:501), e em que estas expectativas, são *“la probabilidad subjectiva de que cierto comportamiento propicie alcanzar un resultado deseado”* (Varo, Sempere, Torres, et al, 1996:52). Se utilizarmos o domínio da saúde, como referencia, considera-se cada vez mais que o doente deve ser servido como cliente, logo, deve ter uma opinião, uma voz no processo de prestação de cuidados, e para isso o doente não se pode comportar como um passivo recetáculo dos cuidados prestados, mas antes como um consumidor. Mas para que os doentes tenham efetivamente este comportamento, temos de estar na presença de três fatores fundamentais: A existência de uma opinião do consumidor; a crença por parte do consumidor na legitimidade da sua opinião, a disposição do consumidor se comprometer na expressão da sua opinião. (Williams, 1994). Tendo em conta a legislação existente e de acordo com a Base XXX da atual Lei de Bases da Saúde, o grau de aceitação pela população utente, e o nível de satisfação

são elementos importantes da avaliação permanente do funcionamento dos órgãos ou serviços dependentes do Ministério da Saúde, uma vez que cada vez mais se considera que *“a informação a respeito da satisfação do doente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como para o planeamento, gestão e administração dos sistemas de cuidados de saúde”*, uma vez esta avaliação pode permitir detetar os *“pontos fracos”* deste sistema de saúde, que importa melhorar e corrigir (Lucas, 2002:23; Mezomo, 1993:18). Por isso, tal como refere Fortuna *et al.* (2006: 57), *“um dos mitos que envolvem a satisfação dos clientes é o facto de se tratar de uma noção pouco palpável e que não pode ser medida”*. No entanto, devido ao crescente interesse e exigência nesta área, a avaliação da satisfação do cliente está a tornar-se rapidamente uma ciência.

São várias as definições e níveis de análise que se podem encontrar na literatura sobre a satisfação do cliente. Linder-Pelz (1982) afirma que a satisfação dos clientes é 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. Segundo Greene, Weinberger e Manlin (1980), a satisfação 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.

Deste modo, o conceito de satisfação pode ser definido como o cumprimento das expectativas e necessidades dos clientes de acordo com a sua perspetiva. John (1992), considera a satisfação do cliente 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.

Carr-Hill (1992: 237) declara que a *“satisfação humana é um conceito complexo que se relaciona com um grande número de fatores, incluindo o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade”*. Posto isto, a satisfação 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 cuidados (Santos, 1993). Como se

pode constatar, existem várias definições deste conceito mas, comum a todas estas conceções, é a definição da satisfação do cliente como o resultado das diferenças entre as expectativas do cliente em relação aos cuidados e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001). Assim, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a perceção dos serviços e as expectativas prévias. A satisfação do cliente não só se assume como um indicador importante da qualidade dos serviços de saúde, onde o utente tem um papel fundamental na avaliação dos cuidados a que é sujeito, (...) (Fitzpatrick, 1993; Leventhal, Zimmerman e Gutman, 1984).

Por todas estas razões é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e por que razão. É, contudo, igualmente importante fazer bom uso daquilo que se vai aprendendo com os pontos de vista, as perceções e as escolhas do cidadão (SakelLarides, 2003). Embora o conceito de satisfação do cliente não seja em certa medida consensual, parece haver acordo no que concerne à natureza multidimensional do mesmo, ou seja os clientes possuem opiniões muito distintas sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde sendo uma das distinções importantes: o aspeto técnico do cuidar e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001). De acordo com estudos efetuados no âmbito da satisfação dos clientes, têm revelado, que existem diferentes dimensões que fatores importantes e que influenciam a avaliação do utente relativamente aos cuidados prestados. Embora pese o esforço dessas investigações, ainda se sabe pouco sobre a natureza ou o número de fatores que influenciam a satisfação. Os resultados encontrados na literatura são divergentes, indicando baixa consistência entre as pesquisas. As dimensões da satisfação englobam aspetos dos serviços tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspetos da relação médico-paciente, entre outros. A escolha destas dimensões condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios utilizados na seleção dos métodos. Diversas classificações das dimensões da satisfação têm sido propostas, algumas adequadas apenas para alguns tipos de serviços de saúde, outras procurando um modelo mais abrangente. A divisão mais identificada na literatura e a mais frequentemente aceite é a referenciada por Ware *et al.* (1983). Todos estes aspetos são importantes para avaliar o grau de satisfação dos clientes num serviço de saúde. No entanto, cada instituição/serviço pode dar preferência apenas a alguns desses aspetos, em concordância com os objetivos ou necessidades de informação (Franco e Florentim, 2006).

2.2. Fatores determinantes da satisfação

Existem vários componentes que vão ser determinantes da satisfação que são as características interpessoais (que está relacionado com o respeito, preocupação e cortesia); qualidade técnica dos prestadores; acessibilidade/conveniência (que está relacionado com os tempos de espera e facilidades no atendimento); custo financeiro dos cuidados; eficácia/resultado dos cuidados; continuidade dos cuidados; amenidades (que está relacionado com as prestações hoteleiras, as características físicas e atributos estéticos dos locais onde se prestam os cuidados); e a disponibilidade de recursos (Ware citado por Duarte, 2000). Carolino (1994) refere que estes componentes da satisfação podem ser agrupados em fatores que vão ser efetivamente determinantes na satisfação dos clientes com os cuidados recebidos. Um destes fatores são as características dos próprios clientes, relacionadas com as suas próprias expectativas, e se os clientes tiverem um alto nível de expectativas, a probabilidade de ficarem satisfeitos com os cuidados recebidos, será menor, e o contrário também será verdadeiro. Outro fator são as características dos profissionais, uma vez que existem alguns “traços de personalidade” que fazem com que a “arte” e “técnica” dos cuidados prestados deixem os clientes satisfeitos com maior ou menor intensidade.

Os fatores físicos e estruturais dos serviços são também determinantes na satisfação dos clientes e isto está relacionado com aspetos como a localização, o acesso, o tempo de espera e de tratamento e a continuidade dos cuidados. Isto são tudo aspetos que tem a ver com a organização da instituição, dos serviços e dos cuidados que são prestados, mas que por vezes faz toda a diferença se tivermos em conta que os clientes tendem a procurar os melhores profissionais, a melhor qualidade e a melhor tecnologia (Hill, 2006). Finalmente, o outro fator determinante na satisfação dos clientes com os cuidados recebidos, está relacionado com os aspetos da comunicação e da informação dada ao cliente (Carolino, 1994). Isto é qualquer coisa que tem de facto um peso muito grande na relação entre o cliente e os profissionais sobretudo se tivermos em conta que, *“mais de 70% do trabalho (...) é dedicado a atividades relacionadas à comunicação”* (Brunner e Suddarth, 1998). Devemos ter aqui em consideração que a comunicação, numa relação não é apenas aquilo que nós dizemos oralmente, passa também por uma escuta ativa, que ocupa cerca de 45% do tempo que atribuímos à comunicação, e pela comunicação não-verbal que segundo, Astudillo e Mendinueta é responsável por cerca de 80% do total da comunicação estabelecida (Garcia,

2002). A comunicação e a informação, são de facto aspetos importantes para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que lhes são prestados, e de acordo com Ley (1997) parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos clientes, o que nos poderia levar a pensar que quanto mais informação seja dada ao cliente maior será o seu nível de satisfação. Outros estudos permitem concluir que a maioria das pessoas deseja que os profissionais não só respeitem as suas preferências mas que também lhes forneçam a informação adequada sobre as diferentes opções de tratamento efetivo (Wensing citado por Lucas, 2002).

O cliente bem informado, além de se sentir mais satisfeito, estará também suficientemente motivado e preparado para tomar parte na planificação dos cuidados a prestar que pretende receber e da forma como pretende fazê-lo (Pegacha, 1999). Para além da informação dada ao cliente, outro fator que parece ter também uma grande influência na satisfação do cliente com os cuidados recebidos é a forma como é recebido. É pois importante que esta primeira imagem com que o cliente, fica no momento da receção seja a *“imagem de disponibilidade (por parte da equipa) para o esclarecimento de dúvidas, de alguém que domina o ambiente onde o doente vai ficar internado e de alguém que pode fornecer informações e que estará sempre presente quando o doente necessitar”* (Pegacha, 1999:200).

Para que as pessoas se sintam satisfeitas com os cuidados que recebem, a que ter em consideração o tipo de relação que se estabelece com os profissionais. Em termos históricos, essa relação começou por ser inicialmente *“paternalista”* em que os profissionais que tinham como objetivo atingir o *“bem”* do cliente, que assumia um papel passivo, para posteriormente passar a assumir o papel mais ativo. O importante passou a ser, a satisfação das suas expectativas e os cuidados passaram a estar *“centrados no cliente,”*, por um lado implica um maior envolvimento e participação deste, mas por outro proporciona uma melhor relação entre os profissionais e o cliente, e uma maior satisfação de ambos. Devemos considerar que um cliente, é muitas vezes uma pessoa com problemas sociais, que podem estar relacionados com o trabalho ou com a família, e que precisam de ser tratados e resolvidos e em relação a isto, alguns profissionais encorajam os seus clientes a falarem destes problemas, outros tendem a suprimi-los através de atitudes de autoridade tais como interrupções, mudança de assunto e desvalorização (Waitzkin & Britt, 1989). Este tipo de atitudes por parte dos profissionais vão ser interpretadas pelos clientes, que muitas vezes pode até ter dificuldades em se pronunciar sobre as suas capacidades técnicas mas não sobre os seus comportamentos afetivos, pelo que

o apoio emocional dado ao cliente, durante a prestação de cuidados, irá influenciar de forma determinante o sentimento de satisfação por parte dos clientes (Lucas, 2002), e de facto, verifica-se que quantos melhores forem as relações interpessoais dos profissionais com o cliente, maior será o seu nível da sua satisfação (Melo, 2001). É também essencial ter em conta, a forma como os profissionais cuidam, é como manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação (Colliére, 1999), é um ponto de partida, uma atitude: É um desejo de empenhamento que se manifesta em atos, mas no entanto os transcende: ultrapassa o momento da transação humana (...) pois decorrendo das experiências humanas passa a integrar essas experiências de tal forma que têm repercussões no futuro de ambos (Watson, 2002). Dito de forma mais simples, podemos considerar que cuidar tem dois objetivos definidos, consistindo o primeiro em ajudar o indivíduo a enfrentar os problemas que impedem a satisfação das suas necessidades básicas e o segundo em ajudar na obtenção de um maior grau de bem-estar/qualidade de vida possível.

2.3. Satisfação e qualidade

A questão da satisfação no CASCUZ aliada à qualidade, trás como objetivos a necessidade de contribuir de forma coesa e sustentável para o bem-estar dos clientes, associados e comunidade local, proporcionando de forma eficaz e inovadora um acompanhamento de qualidade através da prestação de serviços sociais de excelência.

Adaptação contínua das suas respostas sociais de forma adequar, integrar e aproximar as mesmas das necessidades dos seus clientes, dos seus associados e da comunidade local, visa a satisfação e o desenvolvimento ativo e sustentável na comunidade.

Segundo o MTSS (2004) as sociedades modernas as estratégias para promover qualidade nas respostas sociais, representam uma responsabilidade e um desafio coletivos, que se consubstanciam no incentivo e na criação de indicadores de avaliação que permitam um retrato dinâmico do grau de satisfação dos cidadãos. Também a implementação desta estratégia é fundamentada em necessidades/problemas, pelo que a questão da qualidade se reveste de um perfil global, transversal e agregador que impõe a criação de propostas de ações de carácter holístico. Os equipamentos sociais e respetivas respostas de apoio social, representam cada vez mais estruturas essenciais de apoio ao conjunto dos cidadãos na

acessibilidade a diferentes serviços. A qualidade desses mesmos serviços é hoje o grande desafio que se coloca às entidades e instituições, no sentido de garantir progressivamente uma maior satisfação dos clientes. Os processos de certificação pressupõem a implementação de mecanismos conducentes à melhoria da qualidade dos serviços e adaptação às novas exigências. Formação alargada a todas as categorias profissionais e divulgação dos processos de qualificação. A qualidade dos serviços pressupõe uma formação integrada e compatível com as exigências dos processos de certificação. Promover um plano de formação contínua que redefina procedimentos e divulgue boas práticas, representam um vetor fundamental de concretização desses processos. A divulgação e disseminação dos procedimentos que conduzem à certificação de qualidade devem ser partilhados e discutidos entre as instituições. Implementar estratégias de qualidade nos equipamentos/respostas sociais implica a realização de um diagnóstico da qualidade, que permita o conhecimento sobre os diferentes estádios existentes nos serviços/organizações da cidade por forma a planear os processos de melhoria de qualidade. Esta questão de saber qual é a satisfação que os clientes sentem com os serviços que lhes são prestados é de facto uma preocupação importante uma vez que a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida da qualidade dos cuidados a prestar, porque nos dá informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expectativas dos seus clientes, que são autoridade última nesta matéria (Donabedian, 1980). Apesar disto, existem autores que defendem também a importância de tentar incluir não apenas os clientes mas também os membros mais próximos da família do cliente nesta gestão da qualidade dos cuidados a prestar (Negrão, 2003, p. 19).

O nível de satisfação dos clientes é naturalmente importante, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste, mas também porque constitui uma importante determinante da adesão ao tratamento (Amaral, 2002), uma vez que os clientes satisfeitos tornam-se mais participativos e cooperam mais nos serviços (Barlett, Grayson e Barker, 1994). Embora as perceções de um serviço sejam subjetivas, compete aos gestores dos serviços tentar conhecer as expectativas dos seus clientes para então procurar melhorias de desempenho que favoreçam uma perceção positiva.

Assim, a qualidade percebida está intrinsecamente ligada com o nível de satisfação do cliente, logo a satisfação do cliente depende da diferença entre o desempenho percebido e as expectativas (Kotler, 1998). A evolução da qualidade, em saúde tem acompanhado o desenvolvimento da qualidade noutros sectores e utiliza de forma adaptada os conceitos

desenvolvidos para a indústria e serviços. Deste modo, como em qualquer outra atividade de carácter público ou privado, os prestadores de saúde devem estabelecer níveis e padrões de qualidade para servirem os seus clientes, o que é provavelmente mais difícil do que noutros tipos de serviços. Isto acontece não só porque está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde.

2.4. A importância da qualidade dos serviços para idosos

De acordo com os valores da instituição, a responsabilidade social, a solidariedade, o bem-estar, confiança, integridade e desenvolvimento, faz com que a se assuma o compromisso de monitorizar a qualidade dos serviços prestados, otimizar os fluxos de comunicação, incrementar responsabilidades e competências dos colaboradores, disponibilizar recursos, cumprir a legislação e regulamentação em vigor, em suma, assumir com transparência, rigor e ambição o desenvolvimento da sua prática de gestão.

Para implementar qualidade, há que ter em conta os seus quatro princípios e os instrumentos de implementação de qualidade: A focagem no processo de trabalho e a qualidade do serviço é o resultado do processo que produz esse serviço. Não é necessário apenas especificar a necessidade de maior qualidade, mas é também necessário formar, treinar e apoiar todos os elementos de qualquer organização e analisar o processo de trabalho para que eles próprios possam conseguir melhorias. Analisar e compreender os desvios, pois a primeira causa dos problemas pode ser encontrada nos desvios ao processo e às consequências. Quando as origens das causas dos desvios indesejados são identificadas é mais provável e mais viável que se resolvam os problemas e que se consiga uma melhoria de qualidade.

A gestão com factos, são de grande importância à recolha sistemática de dados em todos os estádios do ciclo de resolução d problemas. Os dados são recolhidos para determinar o grau de prioridade do problema, para determinar a origem das causas e para seleccionar e analisar os impactos das soluções possíveis. Todos os especialistas desta matéria dão ênfase à recolha de dados, ao uso de estatísticas e à experimentação de soluções antes de as implementar. É sempre possível melhorar e a procura desta melhoria é vital para a sobrevivência das organizações a médio e longo prazo. O verdadeiro teste da qualidade dos

serviços não é tanto com os processos de rotina, mas com a capacidade dos agentes de tratar as exceções à regra e das entidades perceberem e encontrarem mecanismos de minimização e/ou solução das situações problema. Em síntese, para uma verdadeira implementação da qualidade, os especialistas apontam princípios de mudança. No caso dos equipamentos sociais, podem-se salientar entre outros: Levantamento dos instrumentos legais, (Regulamentos, Programas Funcionais, Manuais de Procedimento, etc.) que caracterizem o funcionamento das respostas sociais e dos equipamentos; (Apêndice-1). Criação de Equipas Multidisciplinares de suporte, apoio técnico, supervisão e garante ao cumprimento de regras e premissas de funcionamento. (Apêndice-2). Monitorizar por inquéritos periódicos o grau de satisfação dos clientes em todas as respostas sociais e equipamentos. A participação de todos, gestores, técnicos, pessoal auxiliar, clientes e famílias é fundamental para a implementação de uma cultura de qualidade e para a existência de uma mais-valia na qualidade do serviço prestado. Critérios de tangibilidade, fiabilidade, profissionalismo e empatia são essenciais, pressupondo formação profissional, treinar e apoiar os agentes envolvidos na atividade. Melhorar continuamente os serviços motiva e incentiva a prática eficaz e a busca do fazer cada vez melhor e fomenta a melhoria contínua das boas práticas institucionais.

Neste contexto a qualidade representa um modelo de intervenção integrado, essencial na gestão de serviços e respostas sociais, garantindo uma filosofia de gestão, rumo a graus de satisfação elevados junto dos cidadãos.

Capítulo III

Contexto Institucional e Processo Metodológico

3.1 Contextualização organizacional e funcional

O CASCUZ é uma IPSS instituída por escritura pública a 13 de Novembro de 1979, e com estatutos publicados no Diário da Republica nº8 de 10 de Janeiro de 1980.

Tem como sede social o Lar de Idosos, situado no Zambujal de Baixo, Sesimbra, numa rua paralela à Estrada Nacional 378, junto à Urbanização da Ribeira. Em termos geográficos, o concelho de Sesimbra, faz parte da região de turismo da costa azul e fica a trinta km's de Lisboa, situa-se nas proximidades do Parque Natural da Arrábida e do estuário: do Tejo e do Sado. O concelho de Sesimbra tem uma área aproximada de duzentos e seis km², de praias. O concelho constitui-se por três freguesias: Santiago; Quinta do Conde e Castelo. O estudo desenvolveu-se na freguesia do Castelo, local de implantação do respetivo equipamento social, é uma zona de características rurais, com população dispersa, onde são predominantes as atividades: Rurais, pedreiras e até á data predominavam as empresas de construção civil, que nos tempos mais recentes, têm vindo a inverter a tendência do desenvolvimento. (CASCUZ, 2006). De acordo com os últimos dados na carta social (2010) em termos de equipamentos sociais o concelho de Sesimbra é servido por quatro IPSS'S. O CASCUZ tem o CD com 25 pessoas; SAD com 40 e Lar para 60 pessoas, situa-se na freguesia do Castelo, na aldeia do Zambujal, em termos concelhios, está licenciado, com resposta social de Lar. Sendo que, na freguesia da Quinta do Conde e arredores, proliferam diversos equipamentos com respostas de Lar, mas em situações irregulares e clandestinas.

A sua filosofia de atuação do CASCUZ, é a de um sistema aberto à comunidade, prevalecendo o carácter associativo abrangente a todo o concelho de Sesimbra com 110 funcionários, distribuídos pelos diversos sectores e aproximadamente 2500 associados e desenvolve diversas iniciativas no âmbito da solidariedade social e apoio social na área da saúde, religioso; atividades de lazer e ocupação e de entre outros destacamos as seguintes:

Ano	Resposta Social	Nº Clientes	Objetivo
1981	Convívio	20	Convívio entre idosos
1985	CD	25	Apoio social e convívio
1987	SAD	25	Início dos cuidados ao domicílio
1997	LAR	60	Projeto de lar

O CASCUZ procura ir ao encontro das necessidades dos grupos alvo e que têm a seguinte forma de intervenção: A prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, com as seguintes respostas: **Serviço de apoio domiciliário**, presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e ou as atividades da vida diária; como sejam: *Alimentação, higiene pessoal, habitacional, lavagem e tratamento de roupa e acompanhamento e execução de diligências no exterior*. **Centro de dia**, presta de um conjunto de serviços desenvolvidos em equipamento que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar; como sejam: *Alimentação, transporte, higiene pessoal, habitacional e lavagem e tratamento de roupa, entre outras atividades de ocupação*. **Lar de idosos**, consiste no alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e ou de autonomia; e que presta um conjunto de serviços, entre os quais: *Alimentação, transporte, higiene pessoal, habitacional e lavagem e tratamento de roupa, entre outras atividades de ocupação*.

3.2. A importância da qualidade no CASCUZ

Atualmente o CASCUZ está em processo de candidatura á certificação da qualidade de acordo com as normas ISO9001:2000 (MTSS;2001). A qualidade de serviços distingue-se da qualidade de produtos pela sua subjetividade, contemplando aspetos ligados às relações humanas. De acordo com Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990), os serviços diferem de produtos no que se refere à forma como são produzidos, consumidos e avaliados. Sendo os serviços intangíveis, ou seja, não podem ser possuídos, mas vivenciados, e heterogêneos, pois diferem consoante o fornecedor, o cliente e o momento em que é prestado, é difícil a sua padronização para se conseguir avaliar a qualidade dos mesmos. Assim, o processo de

prestação do serviço pode ser muito mais relevante do que o seu próprio resultado (Gianesi e Corrêa, 1994). Já para Grönroos (1990), os consumidores escolhem os prestadores de serviços comparando as percepções do serviço recebido com o serviço esperado, o que se denomina “qualidade de serviço percebida”. Se os serviços prestados forem ao encontro das expectativas do cliente então, a qualidade percebida do serviço é boa. De acordo com o manual da qualidade criado para as respostas sociais: Lar, CD e SAD (CASCUZ, 2012) as consequências de um envelhecimento bem-sucedido constituem, grandes oportunidades e desafios para a sociedade. Uma intervenção adaptada a cada caso específico, em termos de apoio e cuidados, é fator decisivo na preservação das capacidades físicas, cognitivas e relacionais do cidadão idoso, o que sublinha a necessidade da qualidade dos serviços de apoio social e de saúde.

Grönroos (2004) afirma ainda que a qualidade percebida de um serviço pode ter duas dimensões: a dimensão técnica e a dimensão funcional. A dimensão técnica está relacionada com o resultado do processo que produz um determinado serviço. Esta reporta-se a “o que” o cliente recebe e ao que fica com o cliente quando o processo de produção termina. A dimensão funcional está relacionada com o processo/método de produção do serviço, ou seja, a “como” o cliente recebe e vivencia o serviço. Cabe assim, às instituições prestadoras de cuidados um papel preponderante, sendo necessário ter um conhecimento profundo da população a quem se presta os cuidados, bem como da população candidata a essa prestação.

Foi com base neste conjunto de preocupações que surgiu a necessidade da candidatura do CASCUZ, a entidade certificada e um dos objetivos centrais do projeto, consistiu no esforço em contribuir para conciliação de três princípios que se consideram fundamentais na qualificação das respostas sociais. De acordo com o manual (CASCUZ, 2012), o princípio da **normatividade**, segundo o qual se procura facilitar e fundamentar a adoção e incorporação dos normativos produzidos pelas entidades públicas competentes, no quadro das políticas de qualificação de cada sector. Por outro, o princípio da **adaptabilidade**, que consagra a premência de que as estratégias de desenvolvimento de processos e sistemas da qualidade que garanta a preservação da especificidade de cada organização, nomeadamente no que se refere aos seus traços identitários, inserção territorial e escala. Por último, o princípio da **transversalidade**, que traduz a preocupação em que os produtos resultantes do projeto sejam facilmente apropriáveis por entidades com distinta natureza jurídica (organizações públicas, privadas e da economia social).

De acordo com o MTSS (2004) na base destes princípios encontra-se o entendimento: a) Todo o processo de qualificação de qualquer resposta social deve estar fundamentado no cumprimento de orientações de política pública e no enquadramento legal em vigor, para que, independentemente da natureza jurídica da instituição, esteja salvaguardado o quadro de direitos do cliente; b) As estratégias e orientações subjacentes às políticas de qualificação de respostas sociais, estabelecidas pelos respetivos organismos públicos competentes, devem salvaguardar a identidade institucional das organizações, valorizando assim os seus capitais de experiência e conhecimento, bem como a adequabilidade das suas respostas ao meio em que se inserem; c) Os processos de implementação de sistemas de gestão e avaliação da qualidade devem ser perspectivados enquanto meios estratégicos para atingir objetivos que são mais profundos e imateriais, designadamente no que respeita à promoção da democraticidade, transparência e participação no modo como são organizadas e desenvolvidas as diferentes respostas sociais. Este projeto desenvolveu as suas atividades nas respostas sociais: Lar, CD e SAD.

Os produtos desenvolvidos, traduzem deste modo uma forte preocupação para que se constituam enquanto recursos úteis para as diferentes respostas sociais, procurando-se que os mesmos assumam uma clara dimensão pedagógica. Na elaboração deste projeto de certificação, foram tidos em conta os princípios a saber: Inovação: Princípio concretizado através da criação de práticas e procedimentos que vêm suportar e complementar os modelos de referência do instituto de segurança social (...) procurando-se que os mesmos consubstanciassem uma abordagem pedagógica e de apropriação, não se limitando a formas de implementação direta, pouco sensíveis à realidade de cada entidade ou organização; Empowerment: Princípio assegurado, sempre que tal se afigure possível, desejável e adequado, a participação dos beneficiários finais e utilizadores (passando pelas diferentes categorias funcionais, hierárquicas e profissionais). A sua participação foi estimulada não só no sentido de serem ouvidas as suas opiniões e contributos para a construção da documentação em causa, mas também como agentes do processo de experimentação, aquando da validação de impressos (como o questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes, por exemplo); Adequabilidade: Os manuais foram elaborados com base na experiência profissional dos beneficiários finais e na sua realidade. A documentação e instrumentos apresentados, que assumem uma natureza pedagógica, procuram dar resposta relativamente flexível aos modos de cumprimento dos requisitos dos modelos de referência e,

simultaneamente, às condições e necessidades dos utilizadores, com base na sua experiência profissional diária, potenciando a cultura e práticas já existentes; Utilidade: Os manuais permitem facilitar, de modo flexível, a operacionalização de processos de implementação de sistemas de gestão e avaliação da qualidade, documentando práticas e procedimentos de forma a contribuir para a melhoria dos serviços prestados; Acessibilidade: A acessibilidade é assegurada através de uma linguagem o mais simples e concreta que é possível, nomeadamente na construção de instruções de trabalho e entidades externas à parceria de desenvolvimento. Questionários de avaliação do grau de satisfação, onde se tornam facilmente perceptíveis os seus objetivos para os utilizadores e destinatários. A forma como os manuais estão construídos permite a fácil adoção da documentação e criação de instrumentos disponibilizados. Igualdade: Na elaboração do manual foram tidos em conta os pressupostos da igualdade de género e de oportunidades, da participação ativa e da responsabilidade social das pessoas envolvidas no trabalho de terreno, no quadro do reconhecimento da universalidade dos direitos humanos.

Toda a documentação e instrumentos elaborados são de aplicação a toda e qualquer pessoa que se revele apta para as práticas profissionais em causa, valorizando a discriminação positiva, e considerando que se trata de uma realidade profissional em que existe um maior domínio do sexo feminino. Transmissibilidade: Procura assegurar-se através da fácil apropriação e aplicação a qualquer equipamento ou serviço, no quadro das respostas sociais abrangidas pelo projeto. A documentação e os instrumentos apresentados são também suficientemente flexíveis para permitir a sua adaptação às especificidades próprias da instituição e de cada resposta social, nunca deixando de respeitar os requisitos exigidos pelos respetivos Modelos de Referência. Em suma, a certificação no CASCUZ, visa 4 grandes objetivos: Implementação de políticas e processos de qualificação da instituição e serviços das respostas sociais Lar CD e SAD. A adoção de metodologias que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança; Conciliar e adotar princípios normativos estando subjacente as políticas públicas de qualificação de respostas sociais com a realidade específica da instituição e a sua identidade; Facilitar e modernizar os processos de gestão da informação, racionalizando processos e promovendo a eficácia e eficiência. Sem pôr em causa todo o trabalho realizado até agora.

3.3. Estudo empírico e tipo e estudo

A metodologia é o guia utilizado para atingir os objetivos propostos e entender as atividades sistemáticas e relacionais, devendo por isso fazer parte de qualquer projeto de investigação desde o início. O seu principal papel é, segundo Nogueira (2004: 117), *“o de acautelar, objetivamente, que os resultados obtidos apresentem coerência e significância no referencial teórico e real, de acordo com os limites preestabelecidos.”* De acordo com a mesma autora, os métodos e técnicas estatísticas a utilizar devem ser adequadas ao tipo de variáveis estudadas *“as quais, por sua vez, dependem do tipo de estudo que se pretende realizar e das respetivas hipóteses de investigação formuladas”* (Nogueira, 2004: 117). Os estudos científicos são uma importante fonte de informação para os governantes ou mesmo para os gestores, neste caso das instituições, uma vez que através dos resultados obtidos podem-se identificar os fatores que mais afetam, positiva ou negativamente, os utilizadores de um serviço.

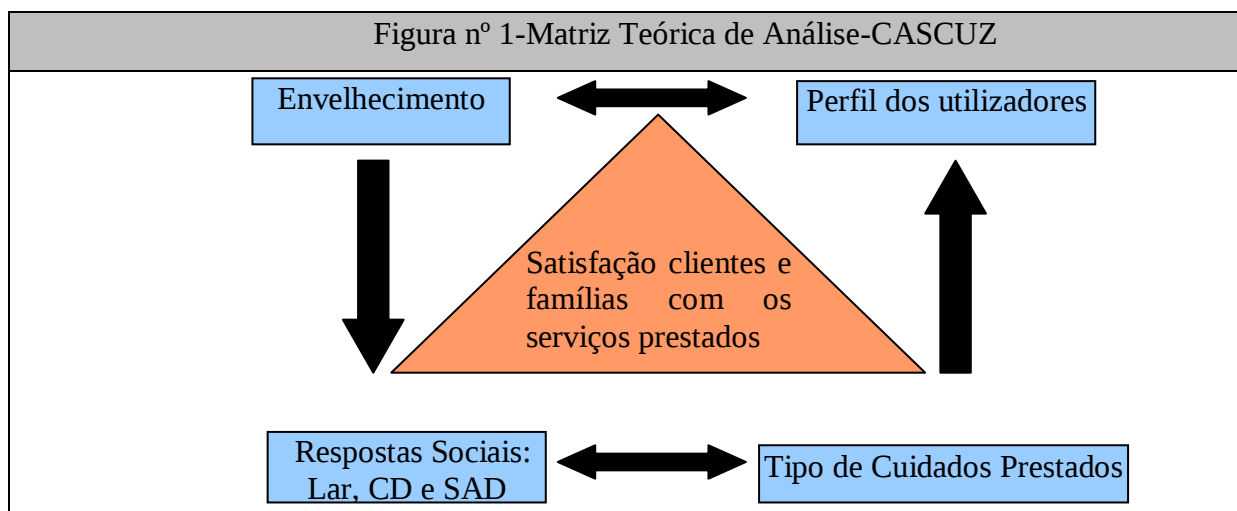
Ao desenvolver este trabalho na área da satisfação e da qualidade dos serviços, torna-se imperativo, o conhecimento mínimo global da população, da área geográfica e das respetivas respostas sociais existentes, de forma a permitir uma relação fundamentada em factos reais. Com este conhecimento, é então, possível tomar medidas para manter ou mesmo melhorar a qualidade de vida dos clientes, contribuindo deste modo para um maior bem-estar social e certamente norteadas de condutas e procedimentos. As abordagens quantitativas sacrificam os significados em detrimento do rigor matemático e assentam num paradigma positivista de ciência, que insiste na aplicação dos modelos das ciências naturais às ciências sociais. Enfatizam o dado empírico, reduzem a ciência ao campo do observável e separam os factos dos seus contextos, insistindo numa ciência livre de valores os quais podem distorcer ou prejudicar assuntos explicáveis objetivamente.

A vantagem deste método é a *“alta confiabilidade/reprodutividade dos resultados obtidos (...) qualitativas não empregam só instrumentos estatísticos como base para análise do problema, pois pretendem entender a natureza de um fenómeno social. Este tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada, trabalha com o universo de significados tais como: motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Estuda fenómenos não definidos plenamente, fundamentando-se em dados recolhidos nas interações pessoais. A força deste método atribui-se “à qualidade da alta validade dos*

dados/achados que foram colhidos” (Turato, 2005: 511). Os métodos quantitativos e qualitativos não devem, porém, ser entendidos como opostos. Ao contrário, eles complementam-se, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (Minayo, 1994).

Com o presente estudo não se ambiciona apenas analisar os resultados, mas também utilizar a informação obtida, para corrigir as necessidades hipoteticamente não satisfeitas para obter mais ganhos para experiência da instituição perceber se existe, relação entre os serviços prestados e a satisfação com as respostas, através da percepção da qualidade dos serviços.

De acordo com Pinto (2011) a estatística descritiva tem como objetivo descrever e manipular a informação que nos é fornecida, caracterizando assim o conjunto de dados de que se dispõe. Quanto à abordagem indutiva, tem como objetivo aprendizagem de técnicas, que a partir da informação contida na amostra, permitem tirar conclusões acerca da população. Exemplos de áreas onde se utiliza a estatística: Na área do controle de qualidade, principalmente quando os riscos são grandes. Resumindo, pretende-se efetuar um estudo exploratório, perfilhando uma orientação descritiva, analítica e correlacional, já que se “tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever essas relações” (Fortin, 1999). As hipóteses resultam da observação de fenómenos, da teoria ou de trabalhos empíricos e combinam o problema e os objetivos numa explicação ou antecipação clara dos resultados esperados de um estudo “*Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis*” (Fortin, 1999: 102). Este estudo tem por base uma matriz teórica de análise de base holística, que tem em conta, as questões do envelhecimento, os seus utilizadores, ou sejam as pessoas que utilizam os diferentes serviços e tem como tema central a satisfação dos idosos e/ou famílias com os cuidados prestados nas diferentes respostas sociais (Fig nº 1).



Quanto ao tema escolhido do envelhecimento, satisfação e qualidade, teve por base operacionalização do conceito satisfação, privilegiando as variáveis; cuidados funcionais, complementares e relacionais. Nesta seleção foi tido em conta a pesquisa bibliográfica, a finalidade e os objetivos do estudo. Para Fortin (1999: 36) “*as variáveis são qualidades, propriedades ou características dos objetos, pessoas ou de situações que estudas numa investigação*” as quais podem assumir diferentes valores, consoante sejam para exprimir, graus, quantidades ou diferenças. Pretende-se identificar fatores (as variáveis) que mais contribuem para melhorar a satisfação e consequentemente aumentar dos serviço das respostas sociais do CASCUZ. As variáveis qualitativas utilizadas no estudo, são características não numéricas da população, que serve de base ao estudo e contagem de frequências absolutas e relativas. Os dados qualitativos estão expressos em termos nominais e identificados pela atribuição do nome que designa classe: Lar, CD e SAD (Quadro nº 2).

Quadro nº 2 – Operacionalização do Conceito de Satisfação com os cuidados prestados

Conceito	Dimensão	Variáveis	Indicadores
Satisfação dos idosos e/ou famílias com os cuidados funcionais e relacionais das respostas sociais: Lar, CD e SAD	Perfil da população	Sexo, idade, escolaridade, naturalidade/ou residência, Nível de dependência-Katz, doença cognitiva-MMS	Nº de idosos e famílias
	Cuidados funcionais	Alimentação	Quantidade Variedade Horário
		Higiene Pessoal	Quantidade (nº Vezes) Qualidade Disponibilidade Atenção e Carinho
		Lavagem tratamento roupa	Qualidade da Lavagem Qualidade da Engomadoria Tempo de espera Proteção da roupa Roupa trocada Roupa em falta Roupa estragada/Ocorrências
	Cuidados Complementares	Higiene Habitacional	Quantidade (nº Vezes) Qualidade Disponibilidade Atenção e Carinho Modo fazer o serviço
		Diligências	Horários Capacidade Amabilidade
		Transporte	Amabilidade Ajuda e apoio Qualidade da Condução
		Quartos/Outros	Qualidade do quarto Higiene do espaço Apoio durante a noite Segurança Apoio de saúde (Enfermagem; Fisioterapia; Médico) Serviços administrativos Funcionamento geral
	Cuidados relacionais e afetivos	Relação com as funcionárias/familiares	Simpatia Disponibilidade para ajudar Capacidade de compreensão Paciência Saber ouvir Competência Técnica
		Relação com a Resposta Social	Sente-se bem/confiança/recomendaria Gosta das atividades Preocupação consigo Tipo de tratamento Simpatia Organização dos serviços
		Relação com a família	Tipo de relação Atenção e carinho Nº de visitas dispensadas

3.4. Técnicas de recolha de dados

O método de recolha de dados a utilizar depende da natureza do problema de investigação (Polit e Hunger, 1995). Assim, tendo por base os objetivos definidos para este estudo, e tendo em consideração que a maioria dos indivíduos selecionados para a amostra possui baixa formação académica, considerou-se adequado utilizar como instrumento de recolha de dados o questionário estruturado e presencial. A escolha deste instrumento de recolha de dados prendeu-se com o facto de, por um lado, limitar o sujeito às questões formuladas com questões direcionadas focado nos objetivos e nas problemáticas dos clientes e obter informações concretas, que fundamentam decisões eficazes nestes equipamentos que atuam neste contexto.

A quantificação dos problemas e das oportunidades, das diversas variáveis, permitirá produzir informação fundamental para medir, gerir, apurar e avaliar as diversas ações. Por outro lado, pretende privilegiar em certa medida a abordagem qualitativa, explorando *“significados das ações e das relações humanas, um dado não perceptível ou captável com base apenas em equações, médias ou outras estatísticas”* (Nogueira, 2004: 126). Segundo Quivy (2003) *“os métodos de cada tipo de questionário distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais da comunicação e da interação humana. Corretamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar dos questionários informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados”*.

Segundo (Fortin;1999: 249), o questionário ou o inquérito por questionário é a técnica que tem sido mais usada na investigação empírica. Apoia-se em perguntas direcionadas a um conjunto de indivíduos sob uma dada forma e sequência, e pode ter questões fechadas e abertas, *“o questionário é um dos métodos de colheita de dados, que necessitam de respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos”*. Para análise dos dados privilegiou-se análise estatística descritiva. Quanto aos dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados de Excel e o tratamento estatístico a que foram posteriormente sujeitos, foi efetuado recorrendo ao programa "Predictive Analysis Software" (PASW) versão 18.0 para o sistema operativo Windows.

3.5. Instrumentos de pesquisa

A ideia na construção inicial de questionários, foi a de obter os dados possíveis e comuns as diferentes respostas sociais. Para tal, foram construídos três questionários, diferenciados, por resposta social, um para os clientes e outro para os familiares, isto no caso do Lar e CD (Apêndice V). No caso do SAD, foi construído um único, no sentido de que os questionários foram entregues no domicílio e seriam sempre preenchidos com acompanhamento de terceiras pessoas (Apêndice V). Para verificar até que ponto este instrumento era acessível aos clientes e ou famílias do CASCUZ, em termos de compreensão e clareza, foram efetuadas algumas adaptações e transformações do inquérito existente nos manuais da qualidade (ISS;IP, 2009).

Os inquéritos, foram estruturados, tendo por base a operacionalização do conceito de satisfação dos idosos e/ou famílias, com os cuidados prestados, dando ênfase avaliação das seguintes dimensões qualitativa e quantitativas. Nos cuidados funcionais foram analisadas e dada relevância aos seguintes indicadores: O perfil dos idosos, o serviço de alimentação; higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa (AVD’S) e nos cuidados complementares (AIVD’S) higiene habitacional, diligências e transportes, serviço de quartos, entre outras. Nos cuidados relacionais, os indicadores em questão foram, a relação com as funcionárias e com os familiares, a relação com a resposta social em questão e a com a família. Avaliação global por item é importante, tal como, análise e reflexão e as sugestões de melhoria dos serviços prestados, esta última foi elaborada uma pergunta aberta. Conhecer o grau de incapacidade funcional dos idosos dependentes é fundamental, pois ajuda a determinar os cuidados necessários. Em termos metodológicos, o grau de dependência tem sido avaliado por escalas de capacidade funcional.

3.6. População e amostra

Identificado o objeto de estudo e a metodologia da pesquisa, segue-se um novo passo, a delimitação da população para este estudo, que foi o universo dos clientes e/ou familiares das diferentes respostas sociais do CASCUZ. Para efeitos de sistematização, os resultados foram apresentados por tipo destinatários: Clientes, Familiares e utilizadores do SAD.

A população é o *“conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”* (Fortin, 1999: 373).

A população da amostra, enquadra-se no Despacho conjunto nº 407/98 de 18 de Junho, caracteriza-se por serem pessoas em situação dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante do: Isolamento geográfico decorrente de fenómenos de desertificação rural e desenquadramento urbano, migratório, do envelhecimento populacional de inacessibilidade e ausência de recursos; são doentes crónicos ou com sequelas que decorram de patologias diversas, que causam de invalidez precoce a significativa redução da esperança de vida.

São pessoas, em situação de ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio; que de algum modo necessitam de internamento institucional, por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas mais adequadas. São uma população fundamentalmente, proveniente de altas hospitalares com necessidade de cuidados de saúde continuados e ou de apoio social e ou inexistência ou insuficiência de apoio diurno e ou noturno. Continuando com os critérios de inclusão no estudo, foram, todos os clientes das respostas sociais á data da aplicação do inquérito, ou seja, em Julho, Agosto e Setembro de 2011.

Foi ainda efetuado uma triagem inicial, através da seleção dos clientes com e sem deterioração cognitiva, o Mini Mental State (MMS) (Trzepacz et Baker, 2002), nestes casos serão os familiares a responder pelos mesmos. Na aplicação do MMS um critério de seleção utilizado foi, a não utilização dos itens que avaliam o cálculo no MMS a supressão destes itens deveu-se também, ao fator baixa escolaridade dos clientes, o que ia dificultar a aplicação do teste, desmotivando os clientes a quem era aplicada, visto ser um item difícil o que poderia diminuir o investimento e a motivação dos clientes nas respostas do teste. Para tal houve a necessidade de reformular a respetiva pontuação em função dos valores totais. (Apêndice VI). Antes da aplicação dos questionários foram dados a conhecer aos clientes e/ou famílias o objetivo e a finalidade das temáticas em estudo, garantindo sempre o anonimato dos indivíduos e a confidencialidade das suas resposta (Apêndice IV). A informação recolhida por questionário foi anónima, respeitando o dever de sigilo, tratada para finalidades determinadas, explícitas e legítimas da elaboração do estudo, garantindo os direitos e liberdades individuais.

A pesquisa foi efetuada com base o seguinte enquadramento: Do universo dos 120

clientes responderam e foram selecionados 93 questionários dos quais e constituída amostra de: Clientes: 17 de lar, 18 de CD, 11 de SAD e dos familiares: 21 de Lar, 3 de CD, 20 de SAD.

Todos são residentes no concelho de Sesimbra, ou pelo menos têm familiares residentes no Concelho. Relativamente aos clientes, inquiridos, dos 46 idosos 43,5% eram do sexo masculino (N=20) e 56,5% do sexo feminino (N=26), com idades compreendidas entre os 55 e os 96 anos de idade (M=79,78; DP=9,163). No que respeita aos 47 familiares dos idosos que responderam, 27,3% eram do sexo masculino (N=12) e 72,5% do sexo feminino (N=32), com idades compreendidas entre os 25 e os 91 anos de idade (M=58,86; DP=14,68). Responderam proporcionalmente o mesmo número de clientes que familiares, embora a maior parte dos familiares sejam das respostas de Lar e SAD para tal, houve ainda a necessidade de perceber os clientes e familiares respondentes às questões sobre os serviços em função da resposta social (tabela 1).

Tabela 1. Frequências absolutas e percentagens para clientes e familiares respondentes às questões sobre os serviços em função da resposta social.

RESPONDENTE	SERVIÇO	LAR		CD		SAD	
		n	%	n	%	n	%
Clientes	Alimentação	17	100,0	18	100,0	10	90,9
	Higiene Pessoal	15	93,7	1	27,7	6	54,5
	Lavagem e tratamento de roupa	17	100,0	1	6,7	4	36,4
	Transportes/diligências	4	40,0	14	77,8	3	27,3
	Quartos/higiene habitacional	16	94,1	1	5,5	3	27,3
	Relação com funcionários	16	94,1	18	100,0	0	0,0
	Relação com resposta social	17	100,0	18	100,0	9	81,2
	Relação com família/interpessoais	17	100,0	17	94,4	9	81,2
	Melhorias	7	41,2	1	5,5	5	45,5
Familiares	Alimentação	21	100,0	3	100,0	12	60,0
	Higiene Pessoal	21	100,0	3	100,0	20	95,2
	Lavagem e tratamento de roupa	21	100,0	3	100,0	4	19,0
	Transportes/diligências	5	23,8	3	100,0	2	8,5
	Quartos/higiene habitacional	21	100,0	3	100,0	6	28,6
	Relação com funcionários	5	23,8	3	100,0	16	76,1
	Relação com resposta social	5	23,8	3	100,0	16	76,1
	Relação com família/interpessoais	9	42,9	3	100,0	16	76,1
	Melhorias	7	33,3	1	33,3	4	19,0

Para os clientes idosos os serviços de higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa e higiene habitacional/quartos são os mais requisitados no Lar. No que diz respeito à alimentação verificou-se que é no CD que mais clientes usufruem deste serviço. É aqui que se verifica também uma maior utilização do serviço de transporte. Sobre a relação com funcionários, com resposta social e com família/interpessoais constatou-se que número de respondentes foi similar no Lar e no CD. Os clientes do Lar, sugeriram mais melhorias comparativamente aos clientes do CD e SAD.

Já para os familiares, verificou-se maior número de respondentes na avaliação de todos os serviços do Lar, comparativamente às outras respostas sociais. No entanto, sobre a relação com funcionários, com resposta social e com família/interpessoais constatou-se que número de respondentes foi superior na SAD em comparação com o Lar e o CD. No capítulo 4 são apresentados os resultados

Capítulo IV

A satisfação dos clientes e familiares com a qualidade das respostas no CASCUZ

Antes de apresentar os dados face à percepção a qualidade dos serviços pelos clientes idosos, é importante definir o perfil dos clientes através da caracterização dos idosos em função da faixa etária e sexo para as diferentes respostas sociais. Para a caracterização dos idosos foram cruzadas as variáveis faixa etária e o sexo em função das várias respostas sociais.

A tabela 2 apresenta as frequências absolutas e relativas em relação às categorias das variáveis supramencionadas. Grosso modo verifica-se: que a maioria dos idosos – (7 nos homens) e (9 nas mulheres) têm mais do que 80 anos. Esse fato é frequente em todas as respostas, contudo no CD e no SAD a faixa etária a partir dos 70 anos destaca-se.

Tabela 2. Caracterização dos idosos em função da faixa etária e sexo para as várias respostas sociais

SEXO	FAIXA ETÁRIA	LAR		CD		SAD		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	50-59	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	60-64	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	65-69	0	0,0	0	0,0	1	16,7	1	5,0
	70-74	2	28,6	1	14,3	0	0,0	3	15,0
	75-79	1	14,3	1	14,3	2	33,0	4	20,0
	80-84	3	42,9	1	14,3	0	0,0	4	20,0
	>85	0	0,0	4	57,1	3	50,0	7	35,0
	TOTAL	7	100,0	7	100,0	6	100,0	20	100,0
Feminino	50-59	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	3,8
	60-64	2	20,0	0	0,0	1	6,7	2	7,7
	65-69	0	0,0	1	9,1	0	0,0	1	3,8
	70-74	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	75-79	2	20,0	4	36,4	1	20,0	7	26,9
	80-84	0	0,0	4	36,4	2	40,0	6	23,1
	>85	6	60,0	2	18,2	1	20,0	9	34,6
	TOTAL	10	100,0	11	100,0	5	100,0	26	100,0

Para a caracterização dos idosos, foram cruzadas as variáveis faixa etária e o sexo em função das várias respostas sociais. A tabela 2 apresenta as frequências absolutas e percentagens em relação às categorias das variáveis supramencionadas.

No que diz respeito ao *deficit* cognitivo, verificou-se que dos 46 clientes, apenas um dos clientes não se mostrava cognitivamente orientado (2,2%) e 45 mostraram estar cognitivamente orientados (97,8%). Para os 46 idosos que frequentavam o Lar, (7 eram homens e 10 eram mulheres) verificou-se que os idosos entre os 80-84 anos foram os que mais frequentavam o Lar (n=3; 42,9%). Já nas 10 mulheres, a faixa etária “maiores de 85 anos” foi a melhor representada com 60% (n=10).

Dos 20 idosos que frequentavam o centro de dia, foi verificado que em 7 homens, a maioria tinha mais de 85 anos (n=4). Para as 11 mulheres, verificou-se que as faixas etárias “75-79 anos” e “80-84anos”, as mais representadas, com 36,4% (n=4) cada um. Para os 11 idosos que frequentavam a SAD, verificou-se que número de utilizadores deste serviço era semelhante para os homens (n=6) e para as mulheres (n=5). As faixas etárias mais velhas eram as mais representadas, tanto nos homens como nas mulheres (tabela 1).

4.1 – Perceção dos clientes com a qualidade dos Serviços

4.1.1- Satisfação dos clientes com o Lar

Com objetivo de avaliar a satisfação das respostas sociais dos idosos foram utilizados os seguintes indicadores: Alimentação higiene pessoal; lavagem tratamento roupa; higiene habitacional; diligências; transporte; quartos/outros; relação com as funcionárias/familiares; relação com a resposta social e relação com a família. Vejamos de seguida os dados recolhidos para o Lar.

a) Cuidados Funcionais

Alimentação

Para avaliar a satisfação dos idosos pelo Lar foram analisadas as frequências absolutas e percentagens para os indicadores supracitados. No que diz respeito à alimentação aferimos a quantidade, a variedade da ementa e horário (tabela 3).

Tabela 3. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
ALIMENTAÇÃO	n	%	n	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0,0	1	5,9	15	88,2	1	5,9
Variedade da ementa	0	0,0	3	17,6	13	76,5	1	5,9
Horários de chegada	0	0,0	0	0,0	16	94,1	1	5,9
Globalmente como avalia a alimentação	0	0,0	0	0,0	15	88,2	2	11,8

Na quantidade fornecida em cada refeição, 88,2% dos idosos estão satisfeitos (n=15), 5,9% totalmente satisfeitos (n=1), apenas 5,9% está insatisfeito (n=1) e nenhum muito insatisfeito. Na variedade da ementa, 76,5% dos idosos afirmaram estar satisfeitos (n=13), 17,6% insatisfeitos (n=3), apenas 5,9% totalmente satisfeito (n=1) e nenhum muito insatisfeito. Nos horários de confecção, 94,1% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=16) e apenas 5,9% totalmente satisfeito (n=1), não havendo insatisfeitos nem muito insatisfeitos. Globalmente os idosos avaliam alimentação e nos horários de confecção 88,2% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=15) e 11,8% totalmente satisfeitos (n=2) e nenhum muito insatisfeito. A variedade da ementa foi o indicador avaliado mais negativamente, visto que 17,6 % de idosos insatisfeitos com a variedade de ementa (n=3). Ao invés, o horário de chegada foi avaliado como satisfatório por quase todos os idosos (94,1%, n=16).

Higiene Pessoal

Na higiene pessoal, 93,8% dos idosos no Lar afirmaram que usufruem do serviço (n=15) e 6,3% afirmaram que não (n=1). A qualidade do serviço de higiene pessoal foi aferida através de 4 critérios: Qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal (tabela 4).

Tabela 4. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE PESSOAL	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	0	0,0	11	78,6	3	21,4
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	2	13,3	9	60,0	4	26,7
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	1	7,1	10	71,4	3	21,4
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	11	73,3	4	26,7

Na qualidade do serviço prestado, 78,6% dos idosos, estavam totalmente satisfeitos, não havendo nenhum muito insatisfeito (0%). No que respeita à disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 60,0% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=9), 26,7 % totalmente satisfeito (n=4), 13,3% insatisfeitos (n=2), e nenhum muito insatisfeito. Sobre a atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 71,4% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=10), 21,4% totalmente satisfeitos (n=3), 7,1 % insatisfeitos (n=1), e nenhum muito insatisfeito. Em relação a como os idosos avaliam globalmente os serviços de higiene pessoal, 73,3% dos idosos estavam satisfeitos (n=11), 26,7% totalmente satisfeitos (n=3), e nenhum muito insatisfeito ou insatisfeito. A disponibilidade das funcionárias foi o indicador que foi avaliado mais negativamente, mostrando-se 13,3% dos idosos insatisfeitos (n=2). Em geral, o serviço de higiene pessoal foi avaliado como satisfatório ou muito satisfatório por todos os idosos (100%).

Lavagem e tratamento de roupa

Na lavagem e tratamento de roupa, 100% tinham este serviço (n=17). Para avaliar a qualidade deste serviço foram utilizados oito indicadores, dos quais se examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 5).

Tabela 5. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

LAVAGEM E TRATAMENTO DE ROUPA	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade da lavagem	0	0,0	0	0,0	16	94,1	1	5,9
Qualidade da engomadoria	0	0,0	1	6,3	14	87,5	1	6,3
Tempo de espera para ter a sua roupa	0	0,0	1	5,9	16	88,2	1	5,9
Cuidado na proteção da roupa	0	0,0	0	0,0	16	94,1	1	5,9
	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Muitas vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrega da roupa que não é sua	2	11,8	4	23,5	7	41,2	4	23,5
Falta de roupa sua	6	35,3	1	5,9	8	47,1	2	11,8
Roupa com pequenos problemas	4	25,0	8	50,0	4	25,0	0	0,0
Roupa estragada	14	82,4	2	11,8	1	5,9	0	0,0

Na qualidade do serviço prestado, (94,4%; n=17) estavam totalmente satisfeitos, nenhum muito insatisfeito ou insatisfeito (0%; n=0). No que respeita à qualidade da engomadoria, 88,2% confirmaram estar satisfeitos (n=15), 5,9% muito satisfeitos (n=1) 5,9% insatisfeitos (n=1), e nenhum muito insatisfeito. Sobre o tempo espera para ter a sua roupa (88,9%; n=16) confirmaram estar satisfeitos. Em relação ao cuidado com a proteção da roupa, (94,4%; n=16), nenhum muito insatisfeito ou insatisfeito. Sobre os indicadores da satisfação da prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa pessoal verificou-se que sobre a qualidade do serviço prestado, (94,4%; n=17) totalmente satisfeitos, não havendo nenhum muito insatisfeito ou insatisfeito (0%; n=0).

No que respeita à qualidade da engomadoria, 88,2% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=15), 5,9% muito satisfeito (n=1), 5,9% insatisfeitos (n=1), e nenhum muito insatisfeito. Percebe-se que a qualidade da engomadoria e o tempo de espera pela roupa foram os indicadores com maior percentagem de insatisfação. A qualidade da lavagem e o cuidado com a proteção com a roupa foram avaliados positivamente por todos os idosos. Na entrega da roupa que não é sua, quase metade dos idosos confirmaram que é feita algumas vezes

(41,2%; n=7) e apenas 11,8% afirmou que nunca recebeu roupa de outrem (n=2). Em relação à falta de roupa, aproximadamente metade admitiram que acontece algumas vezes (47,1%; n=8), 35,3% afirmaram que nunca aconteceu (n=6), 11,8% admitiram que acontece muitas vezes n=2) e apenas 5,9% admitiu que sucede poucas vezes (n=1).

No que concerne a roupa com pequenos problemas, 50% dos idosos afirmou que acontece poucas vezes (n=8) e 25% admitiu que acontece algumas vezes (n=4) e os restantes 25% admitiram que nunca aconteceu (n=4). Sobre a roupa estragada, a maior parte dos idosos afirmou nunca ter acontecido (82,4%; n=14) e apenas 5,9% admitiu que acontece algumas vezes (n=1). Sobressai uma percentagem considerável de idosos que referem que a entrega de roupa que não é sua, acontece muito frequentemente (23,5%), no entanto a entrega de roupa estragada quase nunca acontece (82,9%). Em relação a como os idosos avaliam globalmente a lavagem e tratamento de roupa, 61,5% dos idosos afirmaram que está satisfeito (n=8) e 38,5 % admitiram estar muito satisfeitos (n=5).

b) Cuidados complementares

Transporte

Em relação ao serviço de transporte 40% dos idosos usufruía desse serviço (n=4) e 60% dos idosos não (n=6). No que diz respeito ao serviço de transporte aferimos amabilidade do funcionário, ajuda à entrada e saída da carrinha e a qualidade da condução (tabela 6).

Tabela 6. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
TRANSPORTE	n	%	n	%	n	%	n	%
Amabilidade do funcionário	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0
Ajuda à entrada e saída da carrinha	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0
Qualidade da condução	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0
Globalmente como avalia o Serviço de transporte	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0

Na amabilidade do funcionário, foi verificado que 75,0% dos idosos afirmaram estar satisfeitos (n=3), e nenhum muito insatisfeito. Relativamente à ajuda à entrada e saída da

carrinha, a maior parte afirmou dos estar satisfeitos (75%; n=3) e a apenas 25% insatisfeitos (n=1).No que respeita à qualidade de condução, 75,0% dos idosos admitiram que estavam satisfeitos (n=3) e a apenas 25,0% insatisfeitos (n=1).Sobre como globalmente os idosos avaliam o serviço de transporte, todos confirmaram estar satisfeitos (100,0%; n=4). Foi possível verificar que o serviço de uma forma geral satisfatório para todos os idosos (100%; n=4).

Quartos/Outros

Em relação ao serviço de Quartos/Outros, foi avaliada a qualidade do quarto, a higiene do espaço, o apoio durante a noite, a segurança e o apoio medico através das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas (tabela 7).

Tabela 7. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de quarto/outros

	Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
QUARTO/OUTROS	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do quarto	0	0,0	1	6,3	13	82,3	2	12,5
Higiene do espaço	0	0,0	1	5,0	11	73,3	2	13,3
Apoio durante a noite	0	0,0	7	43,8	8	50,0	1	6,3
Segurança	0	0,0	1	6,7	13	86,7	1	6,7
Apoio médico	0	0,0	2	12,5	13	81,3	1	5,9

Sobre a qualidade do quarto, 82,3% dos idosos (n=13) afirmaram que a qualidade do quarto era boa, 12,5% dos idosos (n=2) afirmaram que a qualidade do quarto era muito boa, 6,3% dos idosos (n=1) afirmaram que a qualidade do quarto era razoável e nenhum afirmou que a qualidade era má. Sobre a higiene do espaço, 73,3% dos idosos (n=11) afirmaram que a higiene do espaço era boa, 13,3% dos idosos (n=2) afirmaram que a higiene do espaço era muito boa e 5,0% dos idosos (n=1) afirmaram que a higiene do espaço era razoável. Em relação a apoio durante a noite, 50,0% dos idosos (n=8) afirmaram era bom, 43,8% dos idosos (n=7) afirmaram que o apoio durante a noite era razoável, 6,3% dos idosos (n=3) afirmaram que o apoio durante a noite era muito bom, e nenhum afirmou que era mau.

Sobre a segurança, 86,7% dos idosos (n=13) afirmaram que a segurança era boa, 6,7 % dos idosos (n=1) afirmaram que a segurança era muito boa, 6,7 % dos idosos (n=1) afirmaram que a segurança era razoável e nenhum afirmou que era má. Finalmente sobre apoio médico, 81,3% dos idosos (n=13) afirmaram que apoio médico era bom, 12,5% dos idosos (n=2) afirmaram que apoio médico era razoável, 5,9 % dos idosos (n=1) afirmaram que apoio médico era muito bom, e nenhum afirmou que era mau. De uma forma geral, o gráfico 10 mostra a maior parte dos idosos considera-os estes indicadores como bons, sobressaindo apenas a avaliação negativa sobre a higiene do espaço (5%).

c) Cuidados Relacionais e Afetivos

Relação interpessoal com os funcionários

Para avaliar a relação do idoso com os funcionários foram aferidas a simpatia dos funcionários, a disponibilidade para ajudar, a compreensão dos problemas, a paciência e o saber ouvir através das frequências absolutas e percentagens das respostas (tabela 8).

Tabela 8. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com as funcionárias

	Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
FUNCIONÁRIOS	n	%	n	%	N	%	n	%
Simpatia dos funcionários	0	0,0	2	12,5	11	68,8	3	18,8
Disponibilidade para ajudar	1	5,9	0	0,0	13	76,5	3	17,6
Compreensão dos problemas	1	5,9	6	32,4	8	47,1	2	11,8
Paciência	0	0,0	6	35,3	10	58,8	1	5,9
Saber ouvir	0	0,0	6	35,3	10	58,8	1	5,9

Sobre a simpatia dos funcionários, 68,8% dos idosos (n=11) afirmaram que a simpatia dos funcionários era boa, 18,8% dos idosos (n=6) avaliaram a simpatia dos funcionários como muito boa, 12,5% dos idosos (n=3) afirmaram que a simpatia dos funcionários era razoável e nenhum afirmou que a qualidade era má. Em relação à disponibilidade para ajudar, 76,5 % dos idosos (n=13) afirmaram era boa, 17,6% dos idosos (n=3) afirmaram que a disponibilidade para ajudar era muito boa e 5,9 % afirmou que era mau (n=2). Sobre a

compressão dos problemas, 47,1% dos idosos (n=8) afirmaram que a compressão dos problemas era boa, 32,4% dos idosos (n=6) afirmaram que a compressão dos problemas era razoável, 11,8% afirmaram que a compressão dos problemas era muito boa (n=2), e 5,9% dos idosos afirmou que era má (n=1).

Sobre a paciência, 58,8% dos idosos (n=10) afirmaram que os funcionários manifestavam ações que revelavam paciência e esta foi avaliada como sendo boa, 35,5% dos idosos (n=6) afirmaram que a paciência era razoável, 52,9 % dos idosos (n=1) afirmaram que a paciência era muito boa, e nenhum afirmou que era má. Finalmente sobre a capacidade dos funcionários em saber ouvir, 58,8% dos idosos (n=10) afirmaram que era bom, 35,3% dos idosos (n=6) afirmaram que o saber ouvir era razoável, 5,9 % dos idosos (n=1) afirmaram que o saber ouvir era muito bom, 6 e nenhum afirmou que era mau. No que concerne aos indicadores supracitados, estes foram avaliados muito positivamente, tendo a maior parte dos idosos afirmado que eram bons.

Relação com a resposta social

Para avaliar como os idosos se relacionavam com a resposta social onde estavam inseridos, foram aferidos indicadores relacionados a satisfação por estar no Lar, as atividades do Lar, preocupação demonstrada pelos outros, o profissionalismo e simpatia dos funcionários através das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas (tabela 9).

Tabela 9. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com a resposta social

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Muitas vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RESPOSTA SOCIAL								
Sinto-me bem no Lar	0	0,0	3	17,6	5	29,4	9	52,9
Gosto das atividades	0	0,0	5	33,3	3	20,0	7	46,7
Noto que se preocupam	1	5,9	1	5,9	8	47,1	7	41,2
Os funcionários sabem tratar de uma pessoa como eu	0	0,0	0	0,0	9	52,9	8	47,1
Os funcionários são simpáticos	0	0,0	1	5,9	8	47,1	8	47,1

A tabela 9 mostra os indicadores da relação do idoso com a resposta social é muito

positiva, a maioria afirmou que se sente bem no Lar muitas vezes (52,9%; n=9), gosta das atividades muitas vezes (46,7%; n=7) sabem tratar bem de si enquanto pessoa (52,9%; n=9) algumas vezes (47,1%; n=8) e os funcionários são simpáticos muitas vezes (47,1%; n=8). O indicador de preocupação 5,9% dos idosos mencionaram que os funcionários nunca se preocupam com eles (n=1), e 3 idosos (17,6%) referiram sentir-se bem, poucas vezes no Lar.

Relação interpessoal com os familiares

Para avaliar a relação dos idosos com os seus familiares foram aferidos os indicadores: relação com o familiar e a atenção, carinho que o seu familiar lhe dispensa através das frequências absolutas das respostas. Verifica-se que a maioria dos idosos tem uma relação com os familiares que considera boa (47,1%; n=8) ou muito boa (35,1%; n=6) com os seus familiares, havendo apenas 1 idoso que afirmou ter uma má relação com os familiares (5,9%) e apenas um que afirma ter uma relação muito má (5,9%). Somente um idoso não soube como avaliar a relação (5,9%). No que concerne atenção e carinho, verifica-se que a grande parte dos idosos considera que os seus familiares lhes dispensam boa atenção (32,4%; n=11) ou muito boa (32,4%; n=11), havendo apenas 3 idosos que referem que a atenção dispensada pelos familiares é má (8,8%) e apenas um que afirma ser muito má (2,9%). Somente um idoso não soube como avaliar a atenção e o carinho despendidos pelo familiar (2,9%).

Melhorias nos serviços prestados

Como o objetivo de perceber como os serviços podiam ser melhorados, foram colocadas 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa, transporte, instalações e atividade de ocupação de tempo livre. Constatou-se que apenas 7,5% dos idosos mencionaram melhorias. Três idosos referiram melhoria do sabor da comida (3,2%) e 2 idosos a variedade da comida (2,2%), bem como a pontualidade/horários (2,2%) podia ser melhorada.

Numa abordagem mais geral, os serviços suscitaram melhorias pelos idosos/clientes. Conclui-se que 41,2% dos idosos mencionaram (n=7) que diversas melhorias podiam ser feitas no serviço de alimentação, sendo o serviço ao qual foram sugeridas mais melhorias, seguido pela lavagem e roupa (5,9%, n=1) para que não “desaparecesse” roupa frequentemente. No que concerne a instalações, um idoso (5,9 %) referiu que a televisão podia ser mais nítida. Para a higiene pessoal, transporte e atividades de ocupação não houve

qualquer sugestão para melhoria.

4.1.2- Satisfação dos clientes com o Centro de Dia

a) Cuidados Funcionais

Alimentação

Para avaliar a satisfação dos idosos pelo centro de dia foram analisadas as frequências absolutas e percentagens para os mesmos indicadores que para o Lar. Sobre a alimentação aferida a quantidade, a variedade da ementa e horário através de frequências absolutas e percentagens das respostas (tabela 10).

Tabela 10. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
ALIMENTAÇÃO	n	%	N	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0	0,0	0	14	77,8	4	22,2
Variedade da ementa	0	0,0	6	33,3	12	66,7	0	0,0
Horários de confeção	0	0,0	0	0,0	17	100,0	0	0,0
Globalmente como avalia a alimentação	0	0,0	3	16,7	15	83,3	0	0,0

No que concerne à quantidade fornecida em cada refeição a avaliação foi boa, afirmando 77,8% dos idosos estar satisfeitos (n=14),e 22,2% muito satisfeitos (n=4). Nenhum se mostrou insatisfeito ou muito insatisfeito. Relativamente à variedade da ementa, a maior parte afirmaram estar satisfeitos (66,7%; n=12) e 33,3% insatisfeitos (n=6).No que respeita aos horários de confeção, a totalidade dos idosos confirmaram estar satisfeitos (100,0%; n=17).Sobre como globalmente os idosos avaliam a alimentação aos horários de confeção, 83,3% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=15) e apenas 16,7% mostraram estar insatisfeitos (n=3).

Verifica-se que a variedade da ementa, tal como no Lar foi o indicador avaliado mais negativamente, visto que 33,3% de idosos referiram estar insatisfeitos com a variedade de ementa (n=3). Ao invés, o horário de chegada foi avaliado como satisfatório por todos os

idosos (100%) e a quantidade fornecida em casa refeição foi avaliação como satisfatória em 77,8% e muito satisfatória em 22,2% dos idosos.

Higiene Pessoal

No que concerne à higiene pessoal, o gráfico 17 mostra que 27,8% dos idosos afirmaram que lhe são prestados serviços de higiene pessoal (n=5) e 72,2% afirmaram que não (n=13). A avaliação da qualidade do serviço de higiene pessoal foi igualmente aferida através das respostas (frequências absolutas e percentagens) a 4 critérios: qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal (tabela 11).

Tabela 11. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE PESSOAL	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	1	20,0	3	60,0	1	20,0
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0

Sobre os indicadores da satisfação da prestação de serviços de higiene pessoal verificou-se que dos idosos que tinham este serviço, a maior parte deles (60%; n=3) estavam satisfeitos com a qualidade, havendo apenas 1 idoso insatisfeito (20,0%). No que respeita à disponibilidade das funcionária e à atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço, todos os idosos mostraram-se satisfeitos (100,0%; n=5). Em relação a como os idosos avaliam globalmente os serviços de higiene pessoal, todos os idosos estavam igualmente satisfeitos (100,0%; n=5). Verificou-se que em termos gerais que a qualidade do serviço prestado foi o indicador avaliado mais negativamente, mostrando-se 20 % dos idosos

insatisfeitos (n=1). Os restantes foram avaliados como satisfatório por todos os idosos (100%).

Lavagem e tratamento de roupa

Em relação à lavagem e tratamento de roupa, 93,3% idosos afirmou que o serviço não lhe é prestado (n=14) e 6,7% afirmou ter este serviço (n=1). Para avaliar a qualidade deste serviço de lavagem e tratamento de roupa foram utilizados novamente oito indicadores, a partir dos quais de examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 12).

Tabela 12. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
LAVAGEM E TRATAMENTO DE ROUPA	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade da lavagem	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Qualidade da engomadoria	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Tempo de espera para ter a sua roupa	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Cuidado na proteção da roupa	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Muitas vezes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Entrega da roupa que não é sua	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Falta de roupa sua	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Roupa com pequenos problemas	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Roupa estragada	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Sobre os indicadores da satisfação da prestação de serviços de verificou-se o único idoso que usufruía deste serviço referiu que estava satisfeito com todos os indicadores (100,0%; n=1). Relativamente à entrega da roupa que não é sua, bem como a falta de roupa e a pequenos problemas na roupa, referiu que isso sucede apenas algumas vezes. Sobre a roupa estragada, este idoso admitiu nunca ter acontecido. Em relação a como o idoso avalia globalmente a lavagem e tratamento de roupa, não se pode descrever a sua resposta visto não ter preenchido este item. Consegue-se perceber todos os indicadores, exceto a roupa

estragada, foram avaliados satisfatoriamente (100%, n=1).

a) Cuidados complementares

Transporte

Quanto ao transporte, 77,8% dos idosos usufruíam desse serviço (n=14) e 22,2 % dos idosos não (n=4). No que diz respeito ao serviço de transporte aferimos tal como para o Lar, amabilidade do funcionário, a ajuda à entrada e saída da carrinha e a qualidade da condução através das frequências absolutas e percentagens (tabela 13).

Tabela 13. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
TRANSPORTE	n	%	n	%	n	%	n	%
Amabilidade do funcionário	0	0,0	1	7,1	6	42,9	7	50,0
Ajuda à entrada e saída da carrinha	0	0,0	0	0,0	8	57,1	6	42,9
Qualidade da condução	0	0,0	0	0,0	8	57,1	6	42,9
Globalmente como avalia o Serviço de transporte	0	0,0	0	0,0	6	42,9	8	57,1

No que concerne à amabilidade do funcionário, foi verificado que 50,0 % dos idosos afirmaram estar muito satisfeitos (n=7), 42,9% satisfeitos (n=6) e apenas 1 insatisfeito (7,1%). Relativamente à ajuda à entrada e saída da carrinha, a maioria afirmou estar satisfeitos (57,1%; n=8) e 42,9% muito satisfeito (n=6). No que respeita à qualidade de condução, 57,1% dos idosos admitiram que estavam satisfeitos (n=8) e a 42,9% muito satisfeito (n=6).

Sobre como globalmente os idosos do Lar avaliam o serviço de transporte, mais de metade confirmaram estar muito satisfeitos (57,1%; n=8) e os restantes satisfeitos (42,9%, n=6) e nenhum insatisfeito ou muito insatisfeito. Foi possível verificar que o serviço nestes indicadores é avaliado satisfatoriamente e muito satisfatoriamente, no entanto é notória a insatisfação na amabilidade do funcionário (7,1%; n=1), tal como no Lar.

Outros serviços

Em relação a outros serviços, foi avaliada a higiene do espaço, a segurança e o apoio médico através das frequências absolutas e percentagens (tabela 14).

Tabela 14. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço outros serviços

	Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
OUTROS SERVIÇOS	n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene do espaço	0	0,0	0	0,0	4	80,0	1	20,0
Segurança	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Apoio médico	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0

Sobre a higiene do espaço, 80,0% dos idosos (n=4) afirmaram que a higiene do espaço era boa, 20,0% dos idosos (n=1) afirmaram que a higiene do espaço era muito boa e nenhum afirmou que era mau. Sobre a segurança, 100% dos idosos (n=1) afirmaram que a segurança era razoável. Sobre o apoio médico, igualmente 100% dos idosos (n=1) afirmaram que a segurança era razoável.

a) Cuidados Relacionais e afetivos

Relação interpessoal com os funcionários

Para avaliar a relação do idoso com os funcionários foram aferidas igualmente a simpatia dos funcionários, a disponibilidade para ajudar, a compreensão dos problemas, a paciência e o saber ouvir através das frequências absolutas e percentagens (tabela 15).

Sobre a simpatia dos funcionários, 77,8% dos idosos (n=14) afirmaram que a simpatia dos funcionários era boa, 16,7% dos idosos (n=3) avaliaram a simpatia dos funcionários como muito boa, 5,6% dos idosos (n=1) afirmaram que a simpatia dos funcionários era razoável e nenhum afirmou que a qualidade era má. Em relação à disponibilidade para ajudar, 72,2% dos idosos (n=13) afirmaram era boa, 16,7,1% dos idosos (n=3) afirmaram que a disponibilidade para ajudar era muito boa, 5,6% dos idosos (n=1) afirmaram que a disponibilidade para ajudar era razoável e 5,6 % afirmou que era má (n=1).

Tabela 15. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com os funcionários

	Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
FUNCIONÁRIOS	n	%	n	%	N	%	n	%
Simpatia dos funcionários	0	0,0	1	5,6	14	77,8	3	16,7
Disponibilidade para ajudar	1	5,6	1	5,6	13	72,2	3	16,7
Compreensão dos problemas	1	5,6	5	29,4	19	72,2	0	0,0
Paciência	0	0,0	4	22,2	14	77,8	0	0,0
Saber ouvir	0	0,0	6	33,3	12	66,7	0	0,0

Sobre a compressão dos problemas, 77,2% dos idosos (n=19) afirmaram que a compressão dos problemas era boa, 29,4% dos idosos (n=5) afirmaram que a compressão dos problemas era razoável e 5,6% dos idosos afirmou que era má (n=2). Sobre a paciência, 77,8% dos idosos (n=14) afirmaram que a paciência era boa, 33,3% dos idosos (n=6) afirmaram que a paciência era razoável. Finalmente sobre o saber ouvir, 66,7% dos idosos (n=12) afirmaram que era bom, 33,4% dos idosos (n=6) afirmaram que o saber ouvir era razoável, e nenhum afirmou que era mau. No que concerne aos indicadores supracitados, o gráfico 24 mostra de um modo geral que estes indicadores foram avaliados muito positivamente, tendo a maior parte dos idosos afirmado que eram bons, no entanto foi a insatisfação na disponibilidade para ajudar e a compressão dos problemas.

Relação com a resposta social

Para avaliar como os idosos se relacionavam com o centro de dia, foram aferidos indicadores que mais uma vez estavam relacionados a satisfação por estar no Lar, atividades no Lar, a preocupação que é demonstrada pelos outros, o profissionalismo dos funcionários e a simpatia dos funcionários (tabela16).

A tabela mostra que os indicadores da relação do idoso com a resposta social é muito positiva, (77,8%; n=14), afirma que se sente bem no CD muitas vezes, que gosta das atividades muitas vezes (66,7%; n=12), que são tratados bem muitas vezes (50,0%; n=9) e que os funcionários são simpáticos muitas vezes (77,8%; n=14).

Tabela 16. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com a resposta social

	Nunca		Poucas vezes		Algumas vezes		Muitas vezes	
RESPOSTA SOCIAL	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinto-me bem no CD	1	5,6	2	11,1	1	5,6	14	77,8
Gosto das atividades	0	0,0	5	27,8	1	5,6	12	66,7
Noto que se preocupam	1	5,6	2	11,1	6	33,3	9	50,0
Os funcionários sabem tratar de uma pessoa como eu	0	0,0	0	0,0	8	44,4	10	55,6
Os funcionários são simpáticos	0	0,0	0	0,0	4	22,2	14	77,8

De referir que um idoso referiu nunca sentir-se bem no CD, na preocupação 5,9% dos idosos mencionaram que os funcionários nunca se preocupam com eles (5,6%; n=1). Existem indícios de descontentamento entre idosos do CD, pela prevalência de se sentir bem no CD e preocupação dos funcionários.

Relação interpessoal com os familiares

Para avaliar a relação dos idosos com os seus familiares foram aferidos novamente os indicadores: relação com o familiar e a atenção, carinho que o seu familiar lhe dispensa através das frequências absolutas das respostas. A maioria dos idosos tem uma relação boa (35,2%; n=6) ou muito boa (29,4%; n=5) com os seus familiares, havendo apenas 2 idosos que afirmam ter uma má relação e ou razoável com os familiares (11,8%) e apenas um que declarou ter uma relação muito má (5,9%). Somente um idoso não soube como avaliar a relação (5,9%). Já o gráfico 27 mostra um padrão diferente do anterior, afirmando a 35,3% dos idosos que os seus familiares dispensam uma atenção e o carinho que o familiar lhe dispensa é razoável (n=6) e 29,4% muito boa (n=5), havendo apenas 2 idosos que referem que a atenção dispensada pelos familiares é má (11,8%) e apenas um que afirma ser muito má (5,9%).

Melhorias nos serviços prestados

De forma a entender que possíveis melhorias podiam ser feitas nos vários serviços, foram aplicadas igualmente 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa, transporte, instalações e atividade de ocupação de tempo livre. Numa abordagem mais geral, os serviços mencionados apenas 1 idoso (5,6%) referiu que a refeição devia ter dada com mais pontualidade e que as instalações deviam ter mais espaço.

4.1.3 – Satisfação dos clientes com o Serviço de Apoio Domiciliário

Com o propósito de avaliar a satisfação dos idosos no SAD foram novamente analisadas as frequências absolutas e percentagens para os indicadores avaliados no Lar e CD. No SAD foram avaliados dois serviços diferentes (higiene da habitação e acompanhamento e execução de diligências), e o serviço de transporte não foi avaliado.

a) Cuidados Funcionais

Alimentação

Em relação alimentação, 90,9% dos idosos usufruía desse serviço (n=10) e 9,1% dos idosos não (n=1). Com o propósito de avaliar a satisfação dos idosos na SAD foram novamente analisadas as frequências absolutas e percentagens para os mesmos indicadores avaliados no Lar e CD (tabela 17).

Tabela 17. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
ALIMENTAÇÃO	n	%	N	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0	0,0	0	9	90,0	1	10,0
Variedade da ementa	0	0,0	1	10,0	9	90,0	0	0,0
Horários de confeção	0	0,0	2	20,0	8	80,0	0	0,0
Globalmente como avalia a alimentação	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0

Em relação à quantidade fornecida em cada refeição 90,0 % dos idosos admitiu estar satisfeitos (n=9) e 10,0% muito satisfeitos (n=1). Nenhum se mostrou insatisfeito ou muito insatisfeito. Relativamente à variedade da ementa, a maior parte afirmaram estar satisfeitos (90,0%; n=9) e 10,0% insatisfeito (n=1). No que respeita aos horários de confeção, 80,0% dos idosos referiram estar satisfeitos (n=8) e 20,0% admitiu estar insatisfeito. Sobre como globalmente os idosos avaliam a alimentação aos horários de confeção, 83,3% dos idosos confirmaram estar satisfeitos (n=15) e apenas 16,7% mostraram estar insatisfeitos (n=3). Numa avaliação global, os idosos mostraram-se todos satisfeitos com o serviço de alimentação como é retratado no gráfico 30. Verifica-se que o horário de chegada (20%), tal como a variedade de ementa (10%) foram os indicadores avaliados mais negativamente. Apenas na quantidade fornecida em cada refeição os idosos mostraram-se muito satisfeitos (20%).

Higiene Pessoal

Na higiene pessoal, 54,5% dos idosos afirmaram que lhe são prestados serviços de higiene pessoal (n=6) e 45,5% afirmaram que não (n=5). A avaliação da qualidade do serviço de higiene pessoal foi aferida através das respostas (frequências absolutas e percentagens) a 5 critérios: Quantas a vezes que o serviço é prestado; qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal (tabela 18).

Para avaliar a prestação de serviços de higiene pessoal foi introduzido mais um indicador (número de vezes que o serviço é prestado) e verificou-se que dos idosos que a maior parte dos idosos (83,3%; n=5) estava satisfeita, havendo apenas 1 idoso muito satisfeito (16,7%). Sobre a qualidade do serviço de higiene pessoal prestado, a maioria dos idosos (83,3%; n=5) estavam satisfeitos com a qualidade, existindo 1 idoso muito satisfeito (16,7%).

No que respeita à disponibilidade das funcionária e à atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 66,7% estavam satisfeitos (n=4) e 33,3% muito satisfeitos (n=2). Em relação a como os idosos avaliaram globalmente os serviços de higiene pessoal, 66,7% os idosos mostraram-se satisfeitos (n=4) e 33,3% muito satisfeitos (n=2). Não houve nenhum idoso que se mostrasse insatisfeito, nem muito insatisfeito.

Tabela 18. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE PESSOAL	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de vezes que o serviço é prestado	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	5	83,3	1	16,7
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3
Globalmente c/o avalia o serviço higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	4	66,7	2	33,3

Numa visão geral, o gráfico 32 ilustra que as respostas dos idosos aos diferentes indicadores são todas positivas, não existindo idosos insatisfeitos ou muito insatisfeitos.

Higiene da habitação

No que concerne à higiene de habitação, 72,7% dos idosos afirmaram que não é prestado um serviço deste tipo (n=8) e 27,3% afirmaram que sim (n=3). Para avaliar a qualidade deste serviço de higiene e habitação foram utilizados 5 indicadores, a partir dos quais de examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 19).

Relativamente ao número de vezes que o serviço de higiene da habitação é prestado, todos os idosos (100%; n=3) mostraram-se satisfeitos. No que concerne á qualidade do serviço de higiene da habitação prestado, novamente todos os idosos (100%; n=3) indicaram estar satisfeitos. No que respeita à disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 66,7% estavam satisfeitas (n=2) e 33,3% muito satisfeitos (n=1).

Em relação à atenção das funcionárias quando estão a prestar o serviço, todos os idosos (100%; n=3) mostraram estar satisfeitos. Sobre a forma de como a casa fica arrumada, a totalidade dos idosos mostrou-se satisfeita. (100%; n=3). Relativamente à avaliação global do serviço de higiene da habitação, mostraram-se todos satisfeitos (100%; n=3). Não houve nenhum idoso insatisfeito, nem muito insatisfeito.

Tabela 19. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene de habitação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE DE HABITAÇÃO	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de vezes que o serviço é prestado	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3
Atenção das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Forma como a casa fica arrumada	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0

Sobre os indicadores da satisfação da prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa pessoal verificou-se o único idoso que usufruía deste serviço referiu que estava satisfeito com todos os indicadores (100,0%; n=1).

Lavagem e tratamento de roupa

Na SAD, foram utilizados mais do que um indicador para avaliação deste serviço, mais especificamente o tempo para recolha da roupa para lavar. Em relação a lavagem e tratamento de roupa, o gráfico 35 mostra, 65,6% dos idosos afirmou que esse serviço não lhe é prestado (n=7) e apenas 36,4% afirmou ter este serviço. Para avaliar a qualidade deste serviço foram utilizados oito indicadores, a partir dos quais de examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 20).

Para todos indicadores da satisfação da prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa pessoal verificou-se os 4 idosos respondentes estavam todos satisfeitos com o tempo para a recolha da roupa para lavar (100,0%; n=4), excetuando na falta de roupa (25%), na roupa com pequenos problemas (50%). e roupa estragada (75%). Na avaliação global todos os idosos mostraram estar satisfeitos com o serviço (100%). A falta de roupa, ou com pequenos problemas e roupa estragada foram as razões de muita insatisfação dos idosos.

Tabela20. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
LAVAGEM E TRATAMENTO DE ROUPA	n	%	n	%	n	%	n	%
Recolha da roupa para lavar	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Tempo de entrega da roupa lavada	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Qualidade da lavagem	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Qualidade da roupa engomada	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Forma como a roupa é entregue	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Entrega da roupa que não é sua	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0
Falta de roupa sua	1	25,0	0	0,0	3	75,0	0	0,0
Roupa com pequenos problemas	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0
Roupa estragada	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0
Avaliação global	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0

b) Cuidados complementares

Acompanhamento e execução de diligências

Em termos que elaboração do questionário, avaliação da questão dos transportes no SAD , foi aferido através do serviço de acompanhamento e execução de diligências, através da adequação de horários, capacidade do funcionário para ajudar e a amabilidade do funcionário (tabela 21).

Tabela 21. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço acompanhamento e execução de diligências

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
Acompanhamento e Execução de diligências	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequação de horários	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0
Capacidade dos funcionários	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Amabilidade dos funcionários	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Globalmente como avalia o Serviço	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0

No que diz respeito à adequação de horário foi verificado que 66,7 % dos idosos afirmaram estar satisfeitos (n=2) e 33,3% insatisfeitos (n=1). Relativamente à capacidade do funcionário ajudar, 50% dos idosos afirmou estar satisfeito e restante muito satisfeito (50%; n=1). No que respeita à amabilidade do funcionário todos se mostraram satisfeitos (100,0%; n=3). Sobre avaliação global deste serviço, os idosos mostrarem-se todos satisfeitos (100.0%, n=4) e nenhum insatisfeito ou muito insatisfeito.

c) Cuidados Relacionais e afetivos

Relação interpessoal com a resposta social e família

A avaliação de como os idosos se relacionavam com a SAD foi aferida através de 6 indicadores relacionados com a qualidade da resposta social e da família (tabela 22).

Tabela 22. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação com a resposta social e família/interpessoais

	Muito mau		Muito Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do serviço	0	0,0	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0
Qualidade da higiene	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	0	0,0
Relação dos funcionários consigo/familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	77,8	2	22,2
Atenção e carinho do familiar	0	0,0	1	5,6	0	0,0	2	25,0	5	75,0
Número de visitas	0	0,0	0	0,0	2	25,0	6	75,0	0	0,0
Entrega da roupa que não é sua	0	0,0	0	0,0	2	33,3	6	66,7	0	0,0

Os resultados mostram que os 55,6% dos idosos (n=5) afirmaram que a qualidade do serviço é razoável e 44,4% referiu que era bom (n=4). Para a higiene a maioria dos idosos (77,8%; n=7) afirma que a SAD tem boa qualidade de higiene e 22,2% referiram que tinha uma razoável qualidade de higiene (n=2). Na relação dos funcionários com cliente e ou familiar, verificou-se que a maioria têm uma relação boa (77,8%; n=7) ou muito boa (22,2%; n=2). No que diz respeito à atenção, verificou-se que mais de metade dos idosos (75,%; n=5) afirmaram que os seus familiares dispensam uma atenção muito boa e 25,0% boa (n=2).

Relativamente às visitas, mais de metade dos idosos (66,7%; n=6) afirmou que o número de visitas realizados pelos familiares é boa e 33,3 % assumem como razoável (n=2).

Melhorias nos serviços prestados

De forma a entender que possíveis melhorias podiam ser feitas nos vários serviços, foram aplicadas tal como no Lar e no centro de dia, 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, higiene da habitação, lavagem e tratamento de roupa, e acompanhamento e execução de diligências. Dos serviços acima avaliados, foi o serviço de alimentação que teve mais sugestões. As mais frequentes prendiam-se com a variedade e com a pontualidade/horário. Apenas um idoso apontou para uma melhoria no saber dos alimentos. No que diz respeito à higiene da habitação, 2 idosos mencionaram que o espaço teria quer ser melhor limpo e somente 1 idoso referiu o horário. Mais nenhum dos serviços obteve sugestões de melhoria.

Discussão dos resultados: síntese

No quadro seguinte apresentamos alguns dados que se destacam quando analisamos os cuidados funcionais, complementares e relacionais e afetivos nas respostas sociais lar, centro de dia e serviço de apoio domiciliário – Quadro I, II e III síntese.

Este quadro de análise de resultados separou as respostas em duas grandes categorias: os que estão muito insatisfeitos e insatisfeitos e os que estão satisfeitos e muito satisfeitos. Essa análise permitiu analisar a tendência da satisfação e de insatisfação dos clientes.

Quadro I – Cuidados funcionais

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados funcionais	Lar	Alimentação	A insatisfação com a variedade da ementa – 17,6%	Tendência a estarem satisfeitos e muito satisfeitos em todos os domínios – de 76,5% a 100%
		Higiene pessoal	A insatisfação com disponibilidade dos funcionários – 13,3% e atenção e carinho em 7,1% de insatisfeitos	Tendência de satisfação em todos os domínios – de 60% a 100%
		Tratamento de roupa	A insatisfação com a qualidade da engomadoria em 6,3% e com o tempo e espera da roupa em 5,9% E também na troca da roupa 23,5%	Tendência de satisfação em todos os domínios – de 88,2% a 100%
	Centro de dia	Alimentação	A insatisfação com a variedade da ementa – 33,3%	Tendência de satisfação em todos os domínios – de 77,8% a 100%
		Higiene pessoal	20% Manifestam insatisfação	Tendência para estarem satisfeitos de 60% a 100%
		Tratamento de roupa	Sem referências negativas	Sem referências positivas
	SAD	Alimentação	A insatisfação com a variedade da ementa – 20%	Tendência a estarem satisfeitos em todos os domínios – 80%
		Higiene pessoal	Sem referência á insatisfação	Satisfação total a partir de 66,7% em todos os domínios
		Higiene habitacional	Sem referência á insatisfação	Satisfação total em todos os itens a partir de 66,7%
		Tratamento de roupa	Globalmente satisfeitos exceto na falta de roupa 25% roupa com problemas 50% e 75% roupa estragada	Globalmente satisfeitos e muito satisfeitos

Relativamente aos cuidados funcionais destacamos os aspetos avaliados negativamente pelos clientes em todas as respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A insatisfação com alimentação na variedade da ementa com mais destaque nos clientes do centro de dia. Os clientes do SAD são os que manifestam mais a sua satisfação, isto é os que estão globalmente mais satisfeitos.
- A insatisfação com a disponibilidade dos funcionários, a atenção e a manifestação de carinho relativamente á higiene pessoal no lar, a qual pode ser melhorada no futuro; Contudo no SAD os clientes manifestam a sua satisfação total face á higiene pessoal que recebem;
- Insatisfação com o tratamento de roupa destacando-se a necessidade de um maior rigor no controlo da mesma e na melhoria da prestação de serviço de engomadoria no lar;

- Destaca-se pela positiva a satisfação total dos clientes do SAD com a higiene da habitação; e pela negativa a questão da engomadoria com alguns problemas no tratamento de roupa.

Quadro II - Cuidados complementares

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados complementares	Lar	Transporte	Tendência a estarem insatisfeitos com a amabilidade do funcionário, ajuda a entrar e sair em 25% cada	Tendência a estarem satisfeitos em todos os domínios – de 75% a 100%
		Quarto	Tendência a estarem insatisfeitos com apoio durante a noite 43,8%; apoio médico em 12,5%; qualidade do quarto 6,3%; segurança 6,7% e higiene 5%.	Tendência a estarem satisfeitos em todos os domínios – variando de 50% a 100%
	Centro de Dia	Transporte	Amabilidade do funcionário em 7,1%	Tendência para estarem satisfeitos e muito satisfeitos 42,9% a 57%
		Outros serviços	Sem referências negativas	Tendência para avaliarem os serviços como bom e muito bom – de 80% a 100%
	SAD	Diligências ou Outros serviços	Insatisfação com a adequação dos horários 33,3%	Tendências a manifestarem a sua satisfação em todos os domínios

Relativamente aos cuidados complementares destacamos globalmente a satisfação em todos os itens avaliados mas também alguns aspetos avaliados negativamente pelos clientes nas respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A tendência a estarem insatisfeitos com o transporte sobretudo com a amabilidade do funcionário em todas as respostas sociais;
- Os clientes do lar evidenciam a necessidade de uma maior apoio durante a noite, apoio médico, segurança e higiene;
- Os clientes do SAD manifestam a insatisfação com a adequação dos horários.

Quadro III – Cuidados relacionais

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados relacionais e afetivos	Lar	Relações interpessoais com os funcionários	Tendência a ter em conta relativamente à insatisfação: compreensão dos problemas e a disponibilidade para ajudar 5,9% cada	Tendência para avaliar de forma razoável destacam-se a disponibilidade para ajudar 76,5% (bom) Simpatia 68,8%, paciência e saber ouvir com 58,8% cada.
		Relação com a resposta social	Tendência para enfatizar o mal-estar pessoal relativamente à manifestação de preocupação por parte da resposta social com o cliente 5,9% e sentimentos de bem-estar em 17,6% e insatisfeito com as atividades realizadas em 33,3%	Tendência para avaliar de forma razoável a relação com a organização até 52%
		Relação com o familiar	São escassos os idosos que manifestam uma relação negativa com o familiar 5,9%	Tendência para avaliar de forma positiva a relação com o familiar entre 35,1% no muito bom e 47,1 %em bom.
	Centro de dia	Relações interpessoais com os funcionários	Tendência a ter em conta relativamente à insatisfação: compreensão dos problemas – e a disponibilidade para ajudar 5,6% em cada item	Tendência para avaliar de forma razoável destacam-se a Simpatia e a paciência dos funcionários em 77,8 % cada (bom)
		Relação com a resposta social	Tendência para enfatizar a insatisfação com as atividades realizadas em 27,8% poucas vezes Não se sentem bem no CD e gostaria que se preocupassem mais com a sua pessoa em 11,1% em cada item	Tendência para avaliar positivamente a resposta em todos os itens de 50% a 77,8 % muito satisfeito
		Relação com o familiar	São poucos os idosos que manifestam uma relação negativa com os familiares 5,9%	Tendência para avaliar de forma positiva a relação com o familiar entre 35,2% boa e 29,4 % em muito boa.
	SAD	Relações interpessoais com os funcionários /SAD	Aspectos negativos a salientar não têm expressão estatística. Destaca-se a atenção e carinho do familiar em 5,6 % negativo	Avaliam o serviço de razoável em 22,2% a 55,6% a bom entre 44% a 77,8% e muito bom entre 22% a 75%
		Relação com a resposta social		
		Relação com o familiar		

Relativamente aos cuidados relacionais destacamos os aspetos avaliados negativamente pelos clientes em todas as respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A necessidade de uma melhoria da interação dos funcionários com os clientes, de todas as respostas;
- Os familiares estabelecem relações profícuas com os idosos, estejam eles em lar ou noutras respostas. Contudo os clientes do lar avaliam mais positivamente esta relação;
- Importância para desenvolver processos de motivação e apoio aos idosos quanto estes manifestam insatisfação com a sua vida;
- Também o interesse relativo que os mesmos indicam com as atividades realizadas.

Vejamos de seguida a perceção dos familiares quanto a estas respostas.

4.2 - Perceção dos familiares com a qualidade dos serviços

Para definir o perfil dos familiares caracterizamos os membros das familiares que participaram no estudo em função da idade e sexo para as diferentes respostas sociais. Foram utilizadas as variáveis sexo e a idade em função das várias respostas sociais. A tabela 23 mostra as frequências absolutas e percentagens em relação ao sexo e respostas sociais e médias com os respetivos desvios-padrão para a variável idade.

Tabela 23. Caracterização dos familiares em função da idade e sexo para as várias repostas sociais

	LAR		CD		SAD		TOTAL	
SEXO	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Masculino</i>	6	28,6	0	0,0	8	30,0	14	31,8
<i>Feminino</i>	15	71,4	3	100,0	12	60,0	30	68,2
Total	21	100,0	3	100,0	20	100,0	44	100,0
IDADE	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
	56,33	13,25	71,66	15,04	59,63	15,72	58,86	14,68

Dos 44 familiares incluídos no estudo, 27,3% eram do sexo masculino (n=14) e 72,7% eram do sexo feminino (n=30). Dos 14 familiares do sexo masculino, 28,6% afirmaram que o utilizador de serviços frequentava o Lar (n=6), 30,0% frequentavam o SAD (n=6) e 0% frequentava o centro de dia (n=0). Dos 30 familiares do sexo feminino, 71,4% referiram que o

utilizador de serviços frequentava o Lar (n=21), 70,0% frequentavam o SAD (n=6) e 100% frequentava o centro de dia (n=3).

Tabela 24. Caracterização dos familiares em função da relação de parentesco com os clientes.

Relação Parentesco	Familiares	
	n	%
Filho/Filha	27	57,4
Irmão/irmã	4	8,5
Outro grau de parentesco	16	34,0
Total	47	100,0

No que diz respeito à idade, os familiares respondentes com utilizadores no Lar apresentaram uma média de idades de 56,33 anos (DP=13,25), enquanto os familiares com idosos no centro de dia apresentaram uma média de idades de 71,66 anos (DP=15,04). Já os familiares com utilizadores no SAD apresentaram uma média de idades de 59,63 anos (DP=15,72) (tabela 23).

Constatou-se que dos familiares que participaram neste estudo, 57,4% eram filho/filha do cliente (n=27), 8,5% era irmão/irmã (n=4) e 34% tinham outro grau de parentesco (n=16). No que diz respeito ao tipo de laço familiar, foram analisadas as frequências absolutas e percentagens (tabela 24).

Para avaliar a satisfação das respostas sociais dos familiares foram utilizados os seguintes indicadores: Alimentação, higiene pessoal; lavagem e tratamento roupa; transporte; instalações e serviços de apoio, serviço prestado pelos funcionários, relações interpessoais e confiança/adequabilidade do Lar.

4.2.1- Satisfação dos familiares com o Lar

a) Cuidados Funcionais

Alimentação

Para avaliar a satisfação dos familiares pelo Lar foram analisadas as frequências absolutas percentagens para os indicadores supracitados. No que diz respeito à alimentação aferimos a quantidade, a variedade da ementa e horário (tabela 25).

Tabela 25. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

ALIMENTAÇÃO	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0,0	0	0,0	5	22,7	8	36,4	4	18,2	5	22,7
Variedade da ementa	1	4,5	0	0,0	7	31,8	5	22,7	2	9,1	7	31,8
Globalmente como avalia a alimentação	1	4,5	0	0,0	5	22,7	8	36,4	3	13,6	5	22,7

No que concerne à quantidade fornecida em cada refeição, 36,4% dos familiares afirmaram ser boa (n=8), 18,2% muito boa (n=4), 22,7% razoável (n=5) e 22,7% não souberam avaliar (n=4). Relativamente à variedade da ementa, 31,8% afirmaram que era razoável (n=7), 22,7% dos familiares afirmaram ser boa (n=5), 9,1% muito boa (n=1), 4,5% muito má (n=5) e 31,8% não souberam avaliar (n=7). Sobre como globalmente os familiares avaliaram a alimentação, 36,4% afirmaram que era boa (n=8), 22,7% dos familiares afirmaram ser razoável (n=5), 13,6 % muito boa (n=3), 4,5% muito má (n=5) e 22,7% que não souberam avaliar. Verifica-se de grosso modo que a variedade da ementa foi o indicador avaliado negativamente (4,5%, n=1), provavelmente fator que terá contribuído para uma avaliação global muito má (4,5%; n=1).

Higiene Pessoal

A avaliação da qualidade do serviço de higiene pessoal foi aferida através das respostas (frequências absolutas e percentagens) a 4 critérios: qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal (tabela 26).

Tabela 26. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
HIGIENE PESSOAL	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do serviço prestado	1	4,5	0	0,0	6	27,3	11	52,4	4	18,2	0	0,0
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	1	4,5	0	0,0	7	31,8	10	31,8	4	18,2	0	0,0
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	2	9,1	0	0,0	4	18,2	11	18,2	4	18,2	0	0,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	4	18,2	13	18,2	4	18,2	0	0,0

Verificou-se que sobre a qualidade do serviço prestado, 50,0% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 18,2% muito boa (n=4), 27,3% razoável (n=6) e 4,5% avaliaram como muito má (n=1). No que respeita à disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 45,5 % dos familiares afirmaram ser boa (n=10), 18,2% muito boa (n=4), 31,8% razoável (n=7) e 4,5% avaliaram como muito má (n=1). Sobre a atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 50,0 % dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 18,2% muito boa (n=4), 18,2% razoável (n=4) e 9,1% avaliaram como muito má (n=2). Em relação a como os familiares valiam globalmente os serviços de higiene pessoal, % dos familiares afirmaram ser boa (n=13), 18,2% muito boa (n=4), 18,2% razoável (n=4) e nenhum avaliou como muito má. Verifica-se que a atenção foi o indicador mais avaliado negativamente, em 9,1% dos familiares acham muito mau (n=2). Em geral, o serviço de higiene pessoal foi avaliado positivamente todos os familiares (100%; n=21).

Lavagem e tratamento de roupa

Para avaliar a qualidade deste serviço foram utilizados somente 4 indicadores, a partir dos quais de examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 27).

Tabela 27. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Lavagem e tratamento de roupa</i>												
Qualidade da lavagem	1	4,8	0	0,0	6	28,6	11	52,4	3	14,3	0	0,0
Qualidade da engomadoria	1	4,8	1	4,8	6	28,6	10	47,6	2	9,5	1	4,8
Cuidado na proteção da roupa	1	4,8	2	9,6	11	52,4	4	23,8	1	4,8	1	4,8
Globalmente como avalia os serviços de Lavagem e tratamento de roupa	1	4,8	0	0,0	10	47,6	9	42,9	1	4,8	0	0,0

Sobre a qualidade do serviço da lavagem, 52,4% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 14,3% muito boa (n=3), 28,6% razoável (n=6) e 4,8% avaliaram como muito má (n=1). No que respeita à qualidade da engomadoria, 47,6 % dos familiares afirmaram ser boa (n=10), 9,5% muito boa (n=2), 28,6 % razoável (n=6), 4,8% avaliaram como má, 4,8% avaliaram como muito má (n=1), 4,8% não souberam avaliar (n=1). Sobre o cuidado na proteção da roupa, 52,4 % dos familiares afirmaram ser razoável (n=11), 23,8% boa (n=4), 4,8% muito boa (n=1), 9,6% má (n=2), 4,8% avaliaram como muito má (n=1) e 4,8% não souberam avaliar (n=1).

Em relação ao modo como os familiares avaliam globalmente os serviços de Lavagem e tratamento de roupa, 47,6% dos familiares afirmaram ser razoável (n=9), 42,9% boa (n=9), 4,8% muito boa (n=1) e 4,8% avaliaram como muito má (n=1). Consegue-se perceber que a qualidade da engomadoria e o cuidado na proteção da roupa foram os indicadores com maior percentagem de insatisfação. Já a qualidade da lavagem foi avaliada positivamente por quase todos os idosos (95,2%).

a) Cuidados complementares

Transporte

No que diz respeito ao serviço de transporte aferimos a amabilidade do funcionário, ajuda à entrada e saída da carrinha, a qualidade da condução, cumprimentos de horários e avaliação global (tabela28).

Tabela 28. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte

<i>Transporte</i>	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amabilidade do funcionário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Ajuda à entrada e saída da carrinha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Qualidade da condução	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Cumprimento de horários	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0	5	83,3
Globalmente como avalia o Serviço de transporte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	5	83,3

No que concerne à amabilidade do funcionário, foi verificado que 100.0 % dos familiares afirmaram não saber avaliar (n=6), verificou-se da mesma forma que para a ajuda à entrada e saída da carrinha, 100.0 % dos familiares afirmaram não saber avaliar (n=6), constatando-se o mesmo para a qualidade de condução (100.0 %; n=6). Relativamente ao cumprimento de horários, 83,3% dos familiares admitiram não saber avaliar (n=5) e 16,7% avaliaram como razoável (n=1). Sobre como globalmente os familiares avaliaram o serviço de transporte, 83,3% dos familiares admitiram não saber avaliar (n=5) e apenas 16,7% avaliaram-no como razoável (n=1). A característica que mais emerge é a incapacidade dos familiares avaliarem este serviço nas suas vertentes.

Instalações e Serviços

Em relação às instalações e serviços, foi avaliada a qualidade do quarto, a higiene, o apoio durante a noite, a segurança, apoio médico, apoio de enfermagem, serviços administrativos e funcionamento geral do Lar através das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas (tabela 29).

Tabela 29. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das instalações e serviços

<i>Instalações e Serviços</i>	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do quarto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	85,7	3	14,3	5	22,7
Higiene	0	0,0	0	0,0	2	9,5	14	66,7	4	19,0	1	4,8
Apoio durante a noite	0	0,0	1	4,8	0	0,0	8	38,1	1	4,8	11	52,4
Segurança	0	0,0	1	4,5	6	27,3	7	31,8	4	18,2	4	18,2
Apoio médico	0	0,0	2	9,1	8	36,4	8	36,4	0	0,0	4	18,2
Apoio de enfermagem	0	0,0	0	0,0	4	18,2	13	59,1	4	18,2	1	4,5
Serviços administrativos	0	0,0	0	0,0	4	18,2	13	59,1	5	22,7	0	0,0
Funcionamento geral do Lar	0	0,0	0	0,0	6	30,0	9	45,0	2	10,0	3	15,0

Sobre a qualidade do quarto, 85,7 % dos familiares afirmaram ser boa (n=18), 14,3% muito boa (n=3) e 22,7% não souberam avaliar (n=5). Sobre a higiene, 66,7 % dos familiares afirmaram que era boa (n=14), 19,0% dos familiares muito boa (n=4), 9,5% razoável (n=2) e 4,8 % não souberam avaliar (n=1). Sobre o apoio durante a noite, 38,1% dos familiares afirmaram que era boa (n=8), 4,8% muito boa (n=1), 4,8% má (n=1) e 52,4 % não souberam avaliar (n=1). Sobre a segurança, 31,8% dos familiares afirmaram que era boa (n=7), 27,3% razoável (n=6), 18,2% muito bom (n=4), 4,5% má (n=1) e 18,2% não soube avaliar (n=4). Sobre o apoio médico, 36,4 dos familiares (n=8) afirmaram que o apoio médico era bom, 36,4 % dos familiares (n=3) afirmaram que apoio médico era razoável, 9,1% dos familiares (n=2) afirmaram que apoio médico era mau e 18,2% não soube avaliar (n=4). Para o apoio de enfermagem, 59,1% dos familiares (n=13) afirmaram que era bom, 18,2 % dos

familiares (n=4) muito bom, 18,2 % dos familiares (n=4) razoável e 4,5% não soube avaliar (n=1).

Para os serviços administrativos, 59,1% dos familiares (n=13) afirmaram que era bom, 22,7 % dos familiares (n=5) muito bons e 18,2 % dos familiares (n=4) razoáveis. Sobre o funcionamento geral do Lar 45,0% dos familiares (n=9) afirmaram que era bom, 30,0 % dos familiares (n=6) razoável, 10,0% dos familiares (n=2) muito bom e 15,0% não soube avaliar (n=3). De uma forma geral, os familiares consideram na generalidade estes indicadores como bons, sobressaindo apenas as avaliações negativas sobre o apoio médico (9,1%, n=2), apoio durante a noite (4,5%; n=1) e segurança (4,5%; n=1).

b) Cuidados Relacionais e afetivos

Relação com os funcionários/interpessoais

Para avaliar a relação do idoso com os funcionários foram aferidas a simpatia dos funcionários, a disponibilidade para ajudar, a compreensão dos problemas, a paciência, saber ouvir e competência técnica através das frequências absolutas e percentagens (tabela 30).

Tabela 30. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com as funcionárias

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
<i>Relações com os funcionários</i>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simpatia dos funcionários	0	0,0	1	4,8	2	9,5	16	76,2	2	9,5	0	0,0
Disponibilidade para ajudar	0	0,0	2	9,5	2	9,5	14	66,7	3	14,3	0	0,0
Compreensão dos problemas	0	0,0	2	9,5	8	38,1	9	40,9	1	4,8	1	4,8
Paciência	0	0,0	2	9,5	6	28,6	11	52,4	1	4,8	1	4,8
Saber ouvir	0	0,0	1	4,8	6	28,6	11	52,4	1	4,8	2	9,5
Competências técnicas	1	4,8	3	14,6	4	19,0	8	38,1	3	14,3	2	9,5

Sobre a simpatia dos funcionários, 76,2% os familiares afirmaram ser boa (n=16), 9,5% muito boa (n=3), 9,5% razoável (n=3) e 4,8 % má (n=1). Em relação à disponibilidade para ajudar, 76,2% dos familiares afirmaram ser boa (n=16), 14,3% muito boa (n=3), 9,5% razoável (n=3) e 9,5% má (n=2). Sobre a compressão dos problemas, 40,9% dos familiares afirmaram ser boa (n=9), 38,1% razoável (n=8), 4,8% muito boa (n=1), 9,5% má (n=2) e 4,8% não souberam avaliar (n=1). Sobre a paciência manifestada pelos funcionários, 52,4% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 28,6% razoável (n=6), 4,8% muito boa (n=1), 9,5% má (n=2) e 4,8% não souberam avaliar (n=1). No que concerne ao saber ouvir, 52,4% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 28,6% razoável (n=6), 4,8% muito boa (n=1), 4,8% má (n=1) e 9,5% não souberam avaliar (n=2). Para as competências técnicas 38,1% dos familiares afirmaram ser boas (n=8), 19,0% razoável (n=4), 14,3% muito boa (n=3), 14,3% más (n=3), 4,8% má (n=1) e 9,5% não souberam avaliar (n=2). Nas competências técnicas foi o indicador avaliado mais negativamente (muito mau (4,8%; n=1) e mau (14,6%; n=3).

Relações interpessoais

A avaliação as relações interpessoais entre funcionários/família e o idoso foi aferida através da análise das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas aos indicadores relacionados com a relação dos funcionários com o familiar, a atenção e carinho que é dispensada ao seu familiar e o número de visitas que dispensa ao familiar (tabela 31).

Tabela 31. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das relações interpessoais.

<i>Relações interpessoais</i>	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação dos funcionários consigo/com o seu familiar	0	0,0	1	5,0	2	10,0	11	55,0	5	25,0	1	5,0
Atenção, carinho que dispensa ao seu familiar	0	0,0	1	5,0	1	5,0	11	55,0	7	35,0	0	0,0
O número de visitas e o tempo que dispensa ao seu familiar	0	0,0	1	5,0	5	23,4	12	57,1	3	13,6	0	0,0

Na relação dos funcionários consigo/com o seu familiar, 55,0% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 25,0% muito boa (n=6), 10,0% razoável (n=2), 5,0% má (n=1) e 5,0% não souberam avaliar (n=1). Para atenção, carinho que dispensa ao seu familiar 55,0% dos familiares afirmaram ser boa (n=11), 35,0% muito boa (n=7), 5,0% razoável (n=1) e 5,0% má (n=1). Em relação ao número de visitas e o tempo que dispensa ao seu familiar, 57,1% dos familiares afirmaram ser boa (n=12), 23,4% razoável (n=7), 13,6% muito bom (n=1) e 5,0% má (n=1).

Confiança/adequabilidade na resposta social

Para avaliar o grau de confiança/adequabilidade dos familiares na resposta social onde o seu familiar estava inserido o, foram analisadas as frequências absolutas e percentagens das respostas dadas aferidos através de indicadores relacionados com a confiança no Lar, se o seu familiar se sente bem no Lar, atividades no Lar, recomendação a amigos, o ambiente do Lar é adequado e os serviços estão bem organizados (tabela 32).

Tabela 32. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de confiança e adequabilidade na resposta social

	Discordo totalmente		Discordo um pouco		Concordo em parte		Concordo totalmente	
<i>Confiança/adequabilidade na resposta social</i>	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinto confiança no Lar	0	0,0	1	4,5	9	40,9	12	54,5
Penso que o meu familiar se sente bem no Lar	0	0,0	1	4,5	12	54,5	9	40,9
As atividades para ocupação do tempo são adequadas	1	6,7	2	13,3	5	33,3	7	31,8
Recomendaria este Lar	0	0,0	2	10,0	5	25,0	13	65,0
Ambiente geral do Lar é adequado	1	4,8	0	0,0	11	52,4	9	42,9
Serviços do Lar estão bem organizados	0	0,0	4	18,2	13	59,1	5	22,7

Em relação à confiança no Lar, 54,4% familiares concordam totalmente (n=12), 40,9% familiares concordam em parte e apenas 4,5% dos familiares discordam um pouco (n=1). Para a sensação de bem-estar no Lar, constatou-se que 54,4% familiares concordam totalmente (n=12), 40,9% familiares concordam em parte e apenas 4,5% dos familiares discordam um pouco (n=1). Sobre as atividades para ocupação do tempo são adequadas, verificou-se que 33,3% familiares concordam em parte (n=12), 31,8% familiares concordam totalmente (n=7), 13,3% discordam um pouco (n=2) e apenas 6,7% dos familiares discordam totalmente (n=1). Em relação à recomendação do Lar, verificou-se que 65,0% familiares concordam totalmente (n=13), 25,0% familiares concordam em parte (n=5) e 10,0% discordam um pouco (n=2).

Relativamente à adequabilidade do ambiente do Lar, verificou-se que, 52,4% familiares concordam em parte (n=11) 42,9% familiares concordam totalmente (n=9), e 4,8% discordam totalmente (n=1). Sobre serviços do Lar estão bem organizados, verificou-se que 59,1% familiares concordam em parte (n=13), 22,7% familiares concordam totalmente (n=5) e 18,2% discordam um pouco (n=4). No que concerne aos indicadores mencionados, é possível através do gráfico 48 verificar que as atividades realizadas no Lar são avaliadas mais negativamente visitas discordo um pouco (6,7%; n=1) e discorda totalmente. (13,3%; n=2), em comparação com os outros indicadores.

Melhorias nos serviços prestados

Como o objetivo de perceber como os serviços podiam ser melhorados, foram colocadas 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa, transporte, instalações e atividade de ocupação de tempo livre. Constatou-se que 27,3% dos familiares mencionaram que melhorias podiam ser feitas, nomeadamente 3 familiares na variedade da comida. (13,6%). Apenas 2 familiares referiram os legumes e verduras (9,1%), e um familiar referir comida que não fizesse mal à dentição (4,5%) podia ser melhorada. Para a higiene pessoal verificou-se através do gráfico 50 que apenas 13,6% dos familiares mencionaram que melhorias podiam ser feitas, nomeadamente 4,5% no banho diário (n=1), 4,5% na secagem do corpo (n=1), e 4,5% a utilização de produtos (n=1).

Para a lavagem e tratamento de roupa, constatou-se através do gráfico 51, que 40,9 % dos familiares mencionaram que melhorias podiam ser feitas. Destes familiares, 18,2% referiu

as peças perdidas (n=4), 13,6% cuidar melhor da roupa (n=3), 4,5% nas trocas de roupa (n=1), e 4,5 % mencionou a utilização de babete (n=1). Em relação às instalações, 9,1% familiares referiam que melhorias podiam ser feitas designadamente na segurança (4,5%; n=1) e na ventilação (4,5%; n=1). Para as atividades de ocupação de tempo, constatou-se através do gráfico 53, que 22,7 % dos familiares mencionaram que melhorias podiam ser feitas. Destes familiares, 18,2% referiu mais atividades (n=4) e 4,5 % mencionou mais ajuda (n=1).

4.2.2 – Satisfação dos familiares com o Centro de Dia

a) Cuidados Funcionais

Alimentação

Para avaliar a satisfação dos familiares com o CD foram analisadas as frequências absolutas e percentagens das respostas dos 3 familiares cujo familiar idoso frequentava o CD. No que diz respeito à alimentação aferimos a quantidade, a variedade da ementa e horário (tabela33).

Tabela 33. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

ALIMENTAÇÃO	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Variedade da ementa	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Globalmente como avalia a alimentação	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0

No que concerne à quantidade fornecida em cada refeição, 66,7% dos familiares afirmaram ser boa (n=2) e 33,3% razoável (n=1). Relativamente à variedade da ementa, 66,7% afirmaram que era razoável (n=2) e 33,3% dos familiares afirmaram ser boa (n=1). Sobre como globalmente os familiares avaliaram a alimentação no CD, 66,7% afirmaram que era razoável (n=2) e 33,3% dos familiares afirmaram ser boa (n=1). Verifica-se de grosso modo, embora só com respostas de 3 familiares, que todos indicadores foram avaliados

positivamente, tendo sido a quantidade fornecida a cada refeição o indicador com maior percentagem de familiares que avaliaram como bom (66,7%; n=2).

Higiene Pessoal

A avaliação da qualidade do serviço de higiene pessoal foi aferida através das respostas igualmente a 4 critérios: qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal. Verificou-se que sobre a qualidade do serviço prestado todos os indicadores utilizados foram avaliados como bons (100,0%; n=3) (tabela) 34.

Tabela34. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
HIGIENE PESSOAL												
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0

Lavagem e tratamento de roupa

Para avaliar a qualidade deste serviço foram utilizados igualmente 4 indicadores, a partir dos quais se examinaram as frequências absolutas e percentagens. Verificou-se que sobre a qualidade do serviço da lavagem, nenhum dos familiares avaliou os indicadores propostos (100%, n=3) (tabela 35).

Tabela 35. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Lavagem e tratamento de roupa</i>												
Qualidade da lavagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Qualidade da engomadoria	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Cuidado na proteção da roupa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Globalmente como avalia os serviços de Lavagem e tratamento de roupa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0

b) Cuidados complementares

Transporte

No que diz respeito ao serviço de transporte foi aferido amabilidade do funcionário, ajuda à entrada e saída da carrinha, a qualidade da condução, cumprimentos de horários e avaliação global (tabela 36).

Tabela 36. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de transporte

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Transporte</i>												
Amabilidade do funcionário	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Ajuda à entrada e saída da carrinha	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Qualidade da condução	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Cumprimento de horários	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Globalmente como avalia o Serviço de transporte	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0

No que concerne à amabilidade do funcionário, foi verificado que 100,0 % dos familiares afirmaram que era boa (n=3), verificou-se da mesma forma na ajuda à entrada e saída da carrinha, que 100,0 % dos familiares afirmaram ser boa (n=3), constatando-se o mesmo para a qualidade de condução (100.0 %; n=3). Relativamente ao cumprimento de horários, 66,7% dos familiares admitiram que era boa (n=2) e 33,3% avaliaram como razoável (n=1). Sobre como globalmente os familiares avaliaram o serviço de transporte, constatou-se que 66,7% dos familiares admitiram que era boa (n=2) e 33,3% avaliaram como razoável (n=1). O que sobressai é a avaliação de razoável ao cumprimento de horários e ao serviço de um modo geral (33,3%; n=1)

Instalações e Serviços

Em relação às instalações e serviços, foi avaliada mais uma vez a qualidade do quarto, a higiene, o apoio durante a noite, a segurança, apoio medico, apoio de enfermagem, serviços administrativos e funcionamento geral do CD através das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas (tabela 37).

Tabela37. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das instalações e serviços

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
<i>Instalações e Serviços</i>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Higiene	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Segurança	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Apoio médico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3
Apoio de enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Serviços administrativos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Funcionamento geral do CD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	1	33,3

Em relação à higiene, 100 % dos familiares afirmou ser boa (n=3). Em relação à segurança 100 % dos familiares afirmou ser boa (n=3). Sobre o apoio médico, 66,7 dos familiares (n=2) afirmaram que o apoio médico era bom e 33,3% não soube avaliar (n=1).

Para o apoio de enfermagem, 100 % dos familiares afirmou ser boa. (n=3). Para os serviços administrativos, 100 % dos familiares afirmou igualmente ser boa. (n=3). Sobre o funcionamento geral do CD, 66,7% dos familiares (n=2) afirmaram que apoio médico era bom e 33,3% dos familiares não soube avaliar (n=1). De uma forma geral, que a maior parte dos familiares considera na generalidade estes indicadores como bons, sobressaindo apenas a incapacidade dos familiares avaliarem a qualidade do quarto (100,0%, n=3), o apoio durante a noite (100,0%, n=3) e parcialmente o apoio médico (33,3%; n=1).

c) Cuidados Relacionais e afetivos

Relação interpessoais com os funcionários

Para avaliar a relação do idoso com os funcionários foram aferidas mais uma vez a simpatia dos funcionários, a disponibilidade para ajudar, a compreensão dos problemas, a paciência, saber ouvir e competência técnica através das frequências absolutas e percentagens (tabela38).

Tabela38. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da relação com os funcionários

	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
<i>Relações com os funcionários</i>	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simpatia dos funcionários	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Disponibilidade para ajudar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Compreensão dos problemas	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Paciência	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Saber ouvir	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Competências técnicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0

Sobre a simpatia dos funcionários, foi verificado que 100,0 % dos familiares afirmaram que era boa (n=3), verificou-se o mesmo para a disponibilidade para ajudar

(100,0%; n=3). Sobre a compressão dos problemas, 66,7% dos familiares admitiram que era boa (n=2) e 33,3% avaliaram como razoável (n=1). Sobre a paciência, 100,0 % dos familiares afirmaram que era boa (n=3). No que concerne ao saber ouvir, 100,0 % dos familiares igualmente afirmaram que era boa (n=3). Para as competências, todos os familiares afirmaram que era boa (100,0 %; n=3). No que concerne aos indicadores mencionados, o indicador compreensão dos problemas foi único que teve uma avaliação razoável por parte de um familiar (33,3%; n=1). Todos os outros indicadores foram avaliados como bons por todos os familiares (100%; n=3).

Relações interpessoais com a família

Avaliação as relações interpessoais entre funcionários/família e o idoso foi aferida mais uma vez através da análise das frequências absolutas e percentagens das respostas dadas aos indicadores relacionados com a relação dos funcionários com o familiar, a atenção e carinho que é dispensada ao seu familiar e o número de visitas que dispensa ao familiar (tabela 39).

Tabela 39. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação das relações interpessoais.

<i>Relações interpessoais</i>	Muito mau		Mau		Razoável		Bom		Muito Bom		Não sabe avaliar	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relação dos funcionários Consigo/com o seu familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Atenção, carinho que dispensa ao seu familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
O número de visitas e o tempo que dispensa ao seu familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0

No que relação dos funcionários consigo/com o seu familiar, 100,0 % dos familiares igualmente afirmaram que era boa (n=3), do mesmo para atenção e carinho e número de visitas que dispensa ao seu familiar (100,0%,n=3).

Confiança/adequabilidade na resposta social

Para avaliar o grau de confiança/adequabilidade dos familiares na resposta social onde o seu familiar estava inserido, foram analisadas as frequências absolutas e percentagens das respostas dadas, aferidos através de indicadores relacionados com a confiança no CD, se o seu familiar se sente bem no CD, atividades no CD, recomendação a amigos, o ambiente do CD é adequado e os serviços estão bem organizados (tabela 40).

Tabela 40. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de confiança e adequabilidade na resposta social

	Discordo totalmente		Discordo um pouco		Concordo em parte		Concordo totalmente	
<i>Confiança/adequabilidade na resposta social</i>	n	%	n	%	n	%	n	%
Sinto confiança no Lar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Penso que o meu familiar se sente bem no CD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
As atividades para ocupação do tempo são adequadas	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7
Recomendaria este CD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Ambiente geral do CD é adequado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Serviços do CD estão bem organizados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0

Verificou-se que em relação à confiança no CD, 100 % dos familiares concordaram totalmente (n=3). Para a sensação de bem-estar no CD, constatou-se igualmente que 100 % dos familiares concordaram totalmente (n=3). Sobre as atividades para ocupação do tempo são adequadas, verificou-se que 66,7% dos familiares concordaram totalmente (n=2) e 33,3% familiares concordam em parte (n=1). Em relação á recomendação do CD, à adequabilidade do ambiente do CD e à organização do CD todos os familiares avaliaram estes indicadores como bons (100,0%; n=3).

Melhorias nos serviços prestados

Como o objetivo de perceber como os serviços podiam ser melhorados, foram colocadas 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa, transporte, instalações e atividade de ocupação de tempo livre. No entanto, apenas um familiar sugeriu uma opinião de melhoria para a alimentação, propondo mais verduras e legumes. Para os restantes serviços não houve sugestões por parte dos familiares

4.2.3 – Satisfação dos Familiares com o Serviço de Apoio Domiciliário

Com o propósito de avaliar a satisfação dos familiares na SAD foram novamente analisadas as frequências absolutas e percentagens para os indicadores avaliados no Lar e CD. No SAD foram avaliados dois serviços diferentes (higiene da habitação e acompanhamento e execução de diligências) e o serviço de transporte não foi avaliado.

a) Cuidados funcionais

Alimentação

Em relação alimentação, o gráfico 64 mostra que dos 22 familiares 54,5% afirmar que o seu familiar usufruía desse serviço (n=12) e 45,5% não (n=10). Com o propósito de avaliar a satisfação dos familiares na SAD foram novamente analisadas as frequências absolutas e percentagens para os mesmos indicadores avaliados no Lar e CD (tabela 41).

Tabela 41. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação da alimentação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
ALIMENTAÇÃO	n	%	n	%	n	%	n	%
Quantidade fornecida em cada refeição	0	0,0	0	0,0	9	90,0	1	10,0
Variedade da ementa	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0
Horários de confeção	0	0,0	5	50,0	5	50,0	0	0,0
Globalmente como avalia a alimentação	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0

Em relação à quantidade fornecida em cada refeição, 90,0 % dos familiares admitiram estar satisfeitos (n=9) e 10,0% muito satisfeitos (n=1). Nenhum mostrou estar insatisfeito ou muito insatisfeito. Relativamente à variedade da ementa, todos afirmaram estar satisfeitos (100,0%; n=10).No que respeita aos horários de confeção, 50,0% dos familiares referiram estar satisfeitos (n=5) e 50,0% admitiu estar insatisfeito (n=5). Numa avaliação global, os familiares mostraram-se todos satisfeitos com o serviço de alimentação (100,0%;n=10).Verifica-se que o horário de confeção (50%) foi o único indicador a ser avaliado negativamente.

Higiene Pessoal

No que concerne à higiene pessoal, 95,2% dos familiares afirmaram que eram prestados serviços de higiene pessoal (n=20) e 4,8% afirmaram que não (n=1). A avaliação da qualidade do serviço de higiene pessoal foi aferida através das respostas (Frequências absolutas e percentagens) a 5 critérios: quantas a vezes o serviço é prestado; qualidade do serviço prestado; disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço; atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço e globalmente como avaliam os serviços de higiene pessoal (tabela 42).

Tabela 42. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene pessoal

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE PESSOAL	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de vezes que o serviço é prestado	0	0,0	0	0,0	16	84,2	3	15,8
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	0	0,0	15	75,0	3	25,0
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	13	65,0	7	35,0
Atenção e carinho das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	13	65,0	7	35,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene pessoal	0	0,0	0	0,0	13	65,0	7	35,0

Para avaliar a prestação de serviços de higiene pessoal foi introduzido mais um indicador (número de vezes que o serviço é prestado) e verificou-se 84,2% dos familiares

estavam satisfeitos (n=16), e 15,8% estavam muito satisfeitos (n=3). Sobre a qualidade do serviço de higiene pessoal prestado, a maioria dos familiares (75,0%; n=15) estavam satisfeitos com a qualidade, existindo 3 familiares muito satisfeitos (25,0%). No que respeita à disponibilidade das funcionárias, 65,0% estavam satisfeitas (n=13) e 35,0% muito satisfeitos (n=7). A respeito da atenção e carinho das funcionárias, igualmente 65,0% dos familiares estavam satisfeitos (n=13) e 35,0% muito satisfeitos (n=7). Em relação a como os familiares avaliaram globalmente os serviços de higiene pessoal, 65,0% dos familiares estavam satisfeitos (n=13) e 35,0% muito satisfeitos (n=7). Não houve nenhum familiar que se mostrasse insatisfeito, nem muito insatisfeito.

Higiene da habitação

No que concerne à higiene de habitação, o gráfico 68 indica que 28,6% dos familiares afirmaram que são prestados deste tipo de serviço (n=6) e 71,4% afirmaram que não (n=15). Para avaliar a qualidade deste serviço de higiene e habitação foram utilizados 5 indicadores, a partir dos quais de examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 43).

Tabela 43 Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço de higiene de habitação

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
HIGIENE DE HABITAÇÃO	n	%	n	%	n	%	n	%
Número de vezes que o serviço é prestado	0	0,0	1	12,5	7	87,5	0	0,0
Qualidade do serviço prestado	0	0,0	1	12,5	6	75,0	1	12,5
Disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	0	0,0	7	87,5	1	12,5
Atenção das funcionárias quando estão a prestar o serviço	0	0,0	1	12,5	6	75,0	1	12,5
Forma como a casa fica arrumada	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0
Globalmente como avalia os serviços de higiene de habitação	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0

Relativamente ao número de vezes que o serviço de higiene da habitação é prestado, 87,5% dos familiares estavam satisfeitos (n=7) e 12,5% insatisfeitos (n=1). No que concerne á

qualidade do serviço de higiene da habitação prestado, 75,0% dos familiares estavam satisfeitos (n=6), 12,5% muito satisfeitos (n=1) e 12,5% insatisfeitos (n=1). No que respeita à disponibilidade das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 87,5% dos familiares estavam satisfeitos (n=7) e 12,5% muito satisfeitos (n=1). Em relação à atenção das funcionárias quando estão a prestar o serviço, 75,0% dos familiares estavam satisfeitos (n=6), 12,5% muito satisfeitos (n=1) e 12,5% insatisfeitos (n=1). Sobre a forma de como a casa fica arrumada, 83,3% dos familiares estavam satisfeitos (n=5) e 16,7% insatisfeitos (n=1).

Quanto à avaliação global do serviço de higiene da habitação, 83,3% dos familiares estavam satisfeitos (n=5) e 16,7% insatisfeitos (n=1). Não houve nenhum familiar que se mostrasse muito insatisfeito. Sobre os indicadores da satisfação da prestação de serviços de higiene e habitação verificou-se o único idoso que usufruía deste serviço referiu que estava satisfeito com todos os indicadores (100,0%; n=1).

Lavagem e tratamento de roupa

Na SAD foi utilizado mais um indicador para avaliação deste serviço, mais especificamente o tempo para recolha da roupa para lavar. Em relação à lavagem e tratamento de roupa, o gráfico 70 mostra, 81,0% dos familiares afirmou que esse serviço não era prestado (n=17) e apenas 19,0% afirmou ter este serviço (n=4).

Para avaliar a qualidade deste serviço foram utilizados oito indicadores, a partir dos quais se examinaram as frequências absolutas e percentagens (tabela 44). Para todos os indicadores da satisfação da prestação de serviços de lavagem e tratamento de roupa pessoal verificou-se os 3 familiares respondentes estavam todos satisfeitos com o tempo para a recolha da roupa para lavar, tempo de entrega de roupa, qualidade da roupa engomada e forma como a roupa é entregue (100,0%; n=3).

Tabela 44. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço lavagem e tratamento de roupa

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
LAVAGEM E TRATAMENTO DE ROUPA	n	%	n	%	n	%	n	%
Recolha da roupa para lavar	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Tempo de entrega da roupa lavada	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Qualidade da lavagem	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3
Qualidade da roupa engomada	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Forma como a roupa é entregue	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0
Entrega da roupa que não é sua	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0
Falta de roupa sua	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Roupa com pequenos problemas	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0
Roupa estragada	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0
Avaliação global	0	0,0	0	0,0	3	100,0	0	0,0

No entanto, todos os familiares estavam insatisfeitos pela entrega da roupa que não é sua (100,0%; n=3). Para a falta de roupa e roupa com pequenos problemas, 66,7% dos familiares afirmaram estar insatisfeitos (n=2) e 33,3% estavam muito insatisfeitos (n=1). Sobre a roupa estragada, 66,7% dos familiares afirmaram estar muito insatisfeitos (n=2) e 33,3% estavam insatisfeitos (n=1). Na avaliação global todos os familiares avaliaram negativamente 4 indicadores, nomeadamente a forma como a roupa é entregue; a entrega da roupa que não é sua; a falta de roupa sua e a roupa com pequenos problemas.

a) Cuidados complementares

Acompanhamento e execução de diligências

A qualidade deste serviço foi aferido através da adequação de horários, capacidade do funcionário para ajudar e a amabilidade do funcionário (tabela 45). No que diz respeito à adequação de horário foi verificado que todos os familiares afirmaram estar satisfeitos (100,0%; n=2). Relativamente à capacidade do funcionário ajudar, 100% dos familiares

afirmou muito insatisfeito (n=1). No que respeita à amabilidade do funcionário todos se mostraram satisfeitos (100,0%; n=2).

Tabela 45. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação do serviço acompanhamento e execução de diligências

	Muito insatisfeito		Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
<i>ACOMPANHAMENTO E EXECUÇÃO DE DILIGÊNCIAS</i>	n	%	n	%	n	%	n	%
Adequação de horários	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Capacidade dos funcionários	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amabilidade dos funcionários	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Globalmente como avalia o Serviço	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0

Sobre avaliação global deste serviço, os familiares mostraram-se satisfeitos (100.0%, n=2). Apenas a adequação dos horários mostrou insatisfação total por parte dos familiares (100%;n=1).

a) Cuidados Relacionais e afetivos

Relação com a resposta social e interpessoal com as famílias

A avaliação de como os familiares se relacionavam com a SAD foi aferida através de 6 indicadores relacionados com a qualidade da resposta social e da família (tabela 46).

Tabela46. Frequências absolutas e percentagens para os vários indicadores de satisfação com a resposta social e família/interpessoais

	Muito mau		Muito Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Qualidade do serviço	0	0,0	0	0,0	5	31,3	8	50,0	3	18,8
Qualidade da higiene	0	0,0	0	0,0	4	25,0	8	50,0	4	25,0
Relação dos funcionários consigo/familiar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	62,5	6	37,5
Atenção e carinho do familiar	0	0,0	0	0,0	3	15,0	8	40,0	9	45,0
Número de visitas	0	0,0	0	0,0	6	30,0	11	55,0	3	15,0

Os resultados mostram que os 50,0% dos familiares (n=8) afirmaram que a qualidade do serviço era boa, 44,4% referiu que era razoável (n=5) e 18,8% dos familiares (n=3) afirmaram que a qualidade do serviço era muito boa. Para a higiene, metade dos familiares (50%; n=8) afirmaram que a SAD tem boa qualidade de higiene e 25% referiram que tinha uma qualidade de higiene muito boa (n=4) e 25% referiram que tinha uma razoável qualidade de higiene (n=4). Na relação com o familiar, verificou-se que a maioria dos familiares tinham uma relação boa (62,5%; n=10) e 37,5% afirmaram ter uma relação muito boa (n=6).

No que diz respeito à atenção, verificou-se 45,% dos familiares afirmaram que dispensavam uma atenção muito boa (n=9), 40% uma atenção boa (n=8).e 15,0% somente razoável.(n=3).Relativamente às visitas, mais de metade dos familiares (55,0%; n=11) afirmou que o número de visitas realizados pelos familiares era boa, 40% afirmaram que era razoável (n=6) e 15,0% como muito boa (n=3). De forma mais simplista, verifica-se que a relação com os funcionários foi o indicador melhor avaliado.

Melhorias nos serviços prestados

De forma a entender que possíveis melhorias podiam ser feitas nos vários serviços, foram aplicadas tal como no Lar e no CD, 5 questões de resposta aberta sobre como melhorar o serviço de alimentação, higiene pessoal, higiene da habitação, lavagem e tratamento de roupa, e acompanhamento e execução de diligências. As sugestões mais frequentes com a alimentação prendiam-se com a pontualidade/horário (9,1%; n=2) e variedade (4,5%; n=1). No que diz respeito à higiene pessoal, apenas 4 familiares deram 4 sugestões, nomeadamente a colocação de uma fralda, melhorar a higiene diária, a pontualidade e 2 pessoas para ajudar na higiene pessoal. No que diz respeito ao acompanhamento e execução de diligências no exterior, foram dadas 2 sugestões, designadamente o aumento do acompanhamento e ter alguém com força. Na higiene de habitação foi recomendado a melhoria da limpeza e para a lavagem e tratamento de roupa não foi dada qualquer sugestão para melhoria.

Discussão dos resultados: síntese

No quadro seguinte apresentamos alguns dados que se destacam quando analisamos os cuidados funcionais, complementares e relacionais e afetivos nas respostas sociais lar, centro de dia e serviço de apoio domiciliário sob o ponto de vista dos familiares - Quadro IV, V e VI síntese.

O quadro de análise de resultados separou as respostas em duas grandes categorias: os que

estão muito insatisfeitos e insatisfeitos e os que estão satisfeitos e muito satisfeitos. Essa análise permitiu analisar a tendência da satisfação e de insatisfação dos familiares com os serviços.

Quadro IV – Cuidados funcionais

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados funcionais	Lar	Alimentação	A insatisfação com a variedade da ementa – 4,5%	Tendência a estarem satisfeitos e muito satisfeitos em todos os domínios Destaca-se ainda que 22% a 31% não sabe avaliar
		Higiene pessoal	Destaca-se pela negativa a atenção e carinho das funcionárias 9,1% e qualidade do serviço e disponibilidade das funcionárias em 4,5 cada item	Tendência de satisfação em todos os domínios – contudo predominam os valores de razoável e bom – tabela 26
		Tratamento de roupa	A insatisfação com a qualidade da engomadoria é de mau no cuidado com a roupa em 9,6%, qualidade da engomadoria, cuidado com a roupa em 4,8 cada item	Tendência de satisfação em predominado os valores de razoável e de bom – tabela 27 Não sabe avaliar – 4,8 %
	Centro de dia	Alimentação	Sem referências negativas	Tendência para avaliar em razoável e bom todos os serviços de alimentação entre 33% a 66%
		Higiene pessoal	Sem dados	Sem dados
		Tratamento de roupa	Sem dados	Sem dados
	SAD	Alimentação	A insatisfação com horário da confeção em 50%	Tendência a estarem satisfeitos em todos os domínios – 50 a 100%
		Higiene pessoal	Sem referência á insatisfação	Satisfação total a partir de 65% a 84,2% em todos os domínios e os restantes muito satisfeito
		Higiene habitacional	Insatisfeita em 16% com o modo como a casa fica arrumada e em 12,5 % com a frequência e qualidade do apoio	Satisfação em todos os itens a partir de 75%
		Tratamento de roupa	Insatisfeitos com entrega de roupa que não é sua em 100% e roupa em mau estado em 66,7%	Satisfeitos em alguns itens entre 66,7% e 100%

Relativamente aos cuidados funcionais destacamos os aspetos avaliados negativamente pelos clientes em todas as respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A insatisfação com a variedade da ementa mantêm-se nos familiares (os clientes idosos já tinha verbalizado este aspeto) mas inclui-se também os que alguns dos familiares

não têm conhecimento sobre a alimentação no lar e por isso não respondem;

- A insatisfação refere-se as horas de entrega da refeição e à disponibilidade dos funcionários sobretudo no SAD;
- Também a insatisfação com o tratamento de roupa destacando-se a necessidade de um maior rigor no controlo da mesma e na melhoria da prestação de serviço de engomadoria no SAD.

Quadro V - Cuidados complementares

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados complementares	Lar	Transporte	Destacam no entanto o cumprimento dos horários em 16,7%	Tendência a não responder porque não terem conhecimento contudo avaliam positivamente o serviço em 16,7%
		Instalações e serviços/Quarto	A insatisfação manifesta-se no apoio médico em 9,1%; no apoio á noite e na segurança com 4,8% cada	Predomina a avaliação a nível de bom e muito bom em todos os itens – tabela 29 Inclui um número significativo de familiares que não sabem responder ao apoio +a noite em 52,4%
	Centro de dia	Transporte	O não cumprimento dos horários surge como aspeto mais negativo em 33,3%	Tendência para estarem satisfeitos ao nível do bom em 66,7%
		Outros serviços	Sem referências negativas	Tendência para avaliarem os serviços como bom e muito bom – de 66,7 % a 100%
	SAD	Diligências ou Outros serviços	Insatisfeitos em 100 % com a capacidade dos funcionários	Satisfeitos em 100 % nos restantes itens – tabela 45

Relativamente aos cuidados complementares destacamos globalmente a satisfação relativa em todos os itens avaliados, pois nalguns destaca-se as não respostas pelo desconhecimento dos assuntos. Alguns aspetos também foram avaliados negativamente pelos familiares nas respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A tendência a estarem insatisfeitos com o transporte não com a amabilidade do funcionário mas com o incumprimento dos horários. Também no apoio médico e na segurança são aspetos a considerar sobretudo no lar;
- O transporte destaca-se novamente pela negativa agora pelo não cumprimento dos horários em centro de dia;

- Em serviço de apoio domiciliário os familiares destacam a incapacidade dos funcionários para resolver problemas.

Quadro VI – Cuidados relacionais

Dimensões/escala	Resposta	Categorias	Muito insatisfeito Insatisfeito	Satisfeito Muito Satisfeito
Cuidados relacionais e afetivos	Lar	Relações interpessoais com os funcionários	Os familiares manifestam insatisfação com as competências técnicas em 14,6%; compreensão dos problemas e disponibilidade para ajudar em 9,5% e simpatia dos funcionários e saber ouvir com 4,8%	Avaliam razoavelmente todos os itens – tabela 30 Número relativo de não resposta é de 9,5% em aspetos relacionais
		Relação com a resposta social	Considera que as atividades podem não ser as mais adequadas em 6,7%	Avaliação em bom e muito bom do lar e das condições do mesmo – tabela 32
		Relação com o familiar	Aspetos menos positivos dizem respeito em 5% a atenção e carinho, número de visitas	Avaliação razoável e em bom relativamente a este item Destaca-se em razoável o número de visitas que efetua 23%
	Centro de dia	Relações interpessoais com os funcionários	Sem referências negativas	Tendência para avaliar de em bom todos os itens de 66% a 100% Destaca-se razoavelmente a não compreensão dos problemas em 33,3%
		Relação com a resposta social	Sem referências negativas	Avaliam a resposta de forma muito positiva em 100%
		Relação com o familiar	Sem referências negativas	Tendência para avaliar de forma positiva em 100% a relação com o familiar.
	SAD	Relações interpessoais com os funcionários /SAD Relação com a resposta social Relação com o familiar	Sem indicadores negativos	Avaliado ao nível do razoável e do bom – tabela 46

Relativamente aos cuidados relacionais destacamos os aspetos avaliados negativamente pelos familiares em todas as respostas, lar, centro de dia e SAD. Destacamos:

- A nível dos cuidados relacionais os familiares revelam uma maior diversidade nas respostas. Estas centram-se tendencialmente na avaliação do serviço a nível médio e do bom.
- Continua a destacar-se a necessidade de uma melhoria da interação dos funcionários com os familiares, de todas as respostas;
- Importância para desenvolver processos de apoio aos familiares dos idosos torna-se relevante sobretudo os do SAD.

Em suma podemos inferir que os clientes idosos são mais assertivos na aferição da satisfação e os familiares mais sépticos. Este fato é demonstrado quando não respondem a alguns itens por desconhecimento, pois não sabe o que se passa por exemplo á noite nos quartos. Os clientes têm diferentes perceções da qualidade sendo que os que frequentam o lar e os do centro de dia são mais críticos do que os do SAD. Esse fato deve-se em parte a este se encontrarem sós em casa sendo que as únicas visitas diárias são os profissionais do SAD, e por isso ficam mais adaptados às circunstância e com menos capacidade de crítica. Globalmente, quer os clientes quer os familiares avaliam satisfatoriamente os serviços contudo há aspetos que a instituição terá de ter em conta para o prosseguimento dos padrões de qualidade. Estes aspetos já foram amplamente referenciados na análise anterior. Vejamos de seguida a visão de síntese global desta investigação.

4.3 Visão global de síntese

Foi intenção desta investigação, conhecer e avaliar a satisfação com os serviços, por parte dos clientes e ou familiar do CASCUZ, identificando-se deste modo fatores que contribuem, para a melhoria contínua da qualidade dos serviços, além da informação importante que se retirou da análise descritiva. Pelo facto dos inquéritos aplicados disponibilizarem, uma grande quantidade de dados, houve a necessidade de sistematizar a sua apresentação. Todos os indicadores, foram avaliados pelos clientes e familiares de um modo geral positivamente, existindo um equilíbrio muito evidente nas diferentes respostas sociais.

Foram ainda estabelecidas algumas relações entre as diversas variáveis e penso, que foi conseguido o objetivo proposto inicialmente. Assim, nesta parte do trabalho faz-se uma reflexão de forma mais sintética sobre as principais conclusões, que nos permitiu chegar, esta

investigação, assim como sobre as implicações que estes resultados poderão ter para a prática, apresentando também algumas novas propostas de investigação. No que diz respeito ao perfil dos inquiridos, dos que fizeram parte da amostra, responderam proporcionalmente e de modo equilibrado, clientes e familiares, o nível de escolaridade é muito baixo, as faixas etárias situam-se no 75 e mais de 85 anos, são essencialmente do sexo feminino, clientes, dos familiares responderam filhos ou filhas. No CD, foram os clientes que mais responderam, por demonstrarem estar cognitivamente mais orientados. No Lar e SAD, o nível dependência é mais acentuado, fomentando a utilização de um maior número de cuidados funcionais (AVD’S) e complementares (AIVD’S).

Percecionar a satisfação global dos clientes com os serviços que usufruem, é fundamental e relevante, pois é uma opinião extremamente valida, na medida em que são os próprios os utilizadores dos serviços e têm opinião na primeira pessoa dos cuidados que lhes são prestados. A opinião dos familiares, apesar de válida, pode não ser tão clara, na medida em que não presenciam, pessoalmente e diariamente a prestação dos cuidados. Relativamente aos cuidados funcionais: Alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas, verifica-se que são avaliados muito positivamente, existindo ilações a retirar, para trabalho futuro, ou seja: Aumentar a percentagem de clientes satisfeitos com a qualidade da engomadoria e diminuir os problemas no tratamento da roupa nas diferentes respostas sociais. Proceder á introdução das melhorias sugeridas especialmente as que nos serviram de referência neste estudo que é, melhorar a questão de na alimentação, melhorando a variedade da ementa e a introdução de mais verduras e legumes e ainda, aumentar a quantidade dos clientes muito satisfeitos com os diferentes serviços prestados nas respostas sociais.

Nos cuidados complementares: Higiene habitacional, diligências/transportes, quartos ou outros serviços, também foram todos avaliados muito positivamente. Na questão dos transportes, o CD utiliza mais vezes o transporte, logo identifica falhas com mais frequência, e conseguem avaliar de um modo muito claro o serviço, enquanto o Lar e o SAD, utilizam o serviço menos vezes, estando totalmente satisfeitos com o serviço. No que respeita aos cuidados relacionais e afetivos foram os que receberam criticas a ter em atenção, pelo fato pois é nos cuidados de higiene pessoal, local privilegiado na relação funcionária cliente, que estes demonstram alguma insatisfação, no que diz respeito á disponibilidade, saber ouvir e compreensão, atenção e carinho, contudo avaliação da relação foi positiva. Havendo aqui um espaço de compreensão da relação entre os cuidados relacionais e afetivos e a qualidade dos

serviços prestados. São os clientes que avaliam mais positivamente as questões relacionais com as funcionárias nas diferentes respostas sociais, refletindo cumplicidade e afetos fomentando desta forma a evidente satisfação com os serviços e com a resposta social, isto pelo facto de se sentirem bem no equipamento CASCUZ.

Assim, os resultados relativos desta avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo CASCUZ pretendem, não obstante o seu carácter não lucrativo da instituição, reforçar mecanismos de melhoria contínua que lhe permita incrementar em cada momento o desempenho, aumentando os níveis de satisfação com os diferentes tipos de cuidados, quer sejam funcionais, complementares ou relacionais procurando, o empowerment:, desejável e adequado, a participação ativa, adequabilidade, a utilidade, qualificação, acessibilidade, a responsabilidade social das pessoas envolvidas no trabalho de terreno, a transmissibilidade de conhecimentos, ou seja, a implementação de políticas e processos de qualificação na instituição que garantam o envolvimento e participação de todos os agentes e a consolidação do processo de mudança modernizando os processos traduzindo-os para a eficácia e eficiência, disponibilizando aos responsáveis da instituição os resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Num futuro muito próximo, a questão do envelhecimento não vai deixar de ser um problema social, mas não vai ser tão conotada com as necessidades materiais e sociais e ser objeto de políticas sociais específicas, mais sim, com os apoios médico-sociais normalmente bastante sofisticados. Contudo e não obstante qualquer estratégia adotar, deixará de ter sentido, se não dermos atenção à individualidade do idoso, respeitando os seus projetos, o seu amadurecido, experiência, valorizando as suas potencialidades, de nada valerá o esforço, fomentando a qualidade vida e o bem-estar geral do indivíduo.

O objeto central da investigação, foi a satisfação tendo em vista as diretrizes de um envelhecimento ativo. Na análise das dimensões, foi tido em conta o perfil dos inquiridos, os cuidados funcionais, complementares, além das questões relacionais, em articulação com as diferentes variáveis e respetivos indicadores.

Foi possível avançar para algumas conclusões transversais a esta investigação, assim e no que diz respeito á população alvo foram recolhidos 93 inquéritos, (46) clientes e (47) familiares, responderam proporcionalmente clientes e famílias, maioritariamente do sexo feminino. No que diz respeito ao *deficit* cognitivo, maioritariamente mostraram-se cognitivamente orientados. No CD foi onde houve maior número de clientes a responder, exatamente por apresentar maior índice de autonomia cognitiva (Mini Mental State). Os clientes no Lar, responderam maioritariamente aos serviços de: A higiene pessoal, lavagem e tratamento de roupa e higiene habitacional/quartos. No CD a alimentação e também do transporte. No SAD os mais respondidos foram: Alimentação, higiene pessoal e relação com a resposta, com a família/interpessoais. Na relação com funcionários, com resposta social e com família/interpessoais constatou-se que número de respondentes foi similar no Lar e CD.

O Lar, sugeriu mais melhorias comparativamente aos clientes do CD e SAD. Dos familiares, no Lar foi onde mais famílias, responderam, comparativamente às outras respostas sociais. No entanto, na relação com funcionários, com resposta social e com família/interpessoais constatou-se que número de respondentes foi superior na SAD em comparação com o Lar e o CD. O quer dizer que, este número de respostas dos clientes corresponde aos serviços mais utilizados pelos mesmos. Estes indicadores são muito importantes na medida em que a satisfação depende acima de tudo da postura individual, de cada um e resulta de uma avaliação positiva de diversas dimensões e deve de ser

compreendida no seu conjunto e pode revelar-se mais ou menos satisfatória para o cliente (Linder-Pelt,1982). Pois a satisfação enquanto processo biopsicossocial abrange as expectativas dos clientes, os cuidados e as experiências prévias, ou seja é o dar cumprimento às expectativas e necessidades dos clientes (Greene, Weingerg e Manlin, 1980).

Na visão dos clientes/famílias, existe relação entre a satisfação com os cuidados prestados, e a qualidade da resposta, pois são os clientes da SAD que se manifestam totalmente satisfeitos com a resposta social, refletindo no entanto aspetos muito positivos em todas as respostas sociais. Globalmente a satisfação da qualidade dos serviços prestados das respostas sociais: Lar; CD e SAD, foi muito positiva, refletindo-se em todos os indicadores, enquanto os níveis de insatisfação foram muito baixos. Compreender a relação entre, os cuidados relacionais e afetivos e a qualidade dos serviços prestados, remete para o fato teórico da importância do cliente estar informado, a questão da importância da comunicação na relação e também a questão de vermos cada vez mais o idoso como sujeito ativo na relação, pois é assim que ele a interpreta, pois deixa lugar à compreensão da relação, avaliando-a positivamente, pois é a questão da cumplicidade e afetos que fomentam a evidente satisfação com os serviços e com a resposta social, isto pelo facto de se sentirem bem no equipamento CASCUZ.

Quanto aos cuidados que mais contribuem em termos globais para satisfação dos clientes das diferentes respostas sociais, são fundamentalmente alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupas, ou sejam os cuidados funcionais. Avaliação da satisfação do cliente, com a qualidade dos serviços prestados, deve ser sentida como um ato desejável, já que é através desta que se obterá informações primordiais para planear, ou reorientar e coordenar as atividades necessárias para melhorar a qualidade do serviço, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, dentro da medida do possível. Espera-se que o resultado desta pesquisa possam retificar os aspetos mas negativos identificados de modo melhorar continuamente os serviços no CASCUZ.

BIBLIOGRAFIA

AMARAL, M. L. V. C. M.; (2002). “*A comunicação médico doente em contexto hospitalar: o contributo da psicologia da saúde*”; Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta, não publicada.

BARLETT, E., GRAYSON, M., BARKER, R.; (1994). “*The effects of physician communication skills on patient satisfaction, recall, and adherence*”; Journal of Chronic Disease; p755-764.

BALTES, M. M.; LANG, F. R.; (1997). “*Everyday functioning and successful aging: The impact of resources*”; Psychology and Aging, 12, 433-443.

BENÍTEZ DEL ROSARIO, M. A.; (1999). “*Atención de salud en el paciente anciano*”; In A. Martin Zurro e J. F. Cano López; “*Atención primaria: Conceptos, organización e práctica diaria*” (pp.1525-1623). Madrid: Harcourt Brace.

BRUNNER E SUDDARTH (1998). “*Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*”; 8ª Edição; Rio de Janeiro; Editora Guanabara Koogan.

CASCUZ; (2006). “*Caracterização do Meio e da Instituição*” ; Documentos Internos; Pag13-14 e 71-74.

CARVALHO, M.; (2012). “*Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.

CARR-HILL, R. A.; (1992). “*The measurement of patient satisfaction*”; Journal of Public Health Medicine. 14: 236-249.

CAROLINO, M. (1994). “*Satisfação dos doentes: um benefício decorrente do sistema de classificação de doentes*”; Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 5º curso de administração de serviços de enfermagem, não publicada.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA; (2005). “*Capítulo II, Direitos e Deveres Sociais*”; Artigo 72º; VII Revisão Constitucional.

COLLIÈRE, MARIE-FRANÇOISE; (1999). “*Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*”; 2ª Edição; Lisboa; Editora Lidel.

CML; CÂMARA MUNICIPAL LISBOA; (2008). “*Plano Gerontológico da Câmara Municipal de Lisboa*”; Grupo de Missão Envelhecimento e Intervenção Municipal; Gabinete da Vereadora; Ana Sara Brito.

CML; CÂMARA MUNICIPAL LISBOA; (2009). “*Diagnostico social de Lisboa*”; CML; ISS, IP; SCML; Março.

D.R.; 2ª série; (1998). “*Apoio Social e Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos a Pessoas em situação de Dependência*”; Diário da Republica; Despacho Conjunto n.º 407/98 de 18 de Junho.

DIRECÇÃO GERAL SAÚDE; (2004). “*Plano Nacional Para A Saúde Das Pessoas Idosas*”; Despacho do Ministério de 08 de Junho.

DGEEP; Direcção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento; (2006). “*Carta Social de Serviços e Equipamentos Sociais de 2006*”, Ministério do Trabalho e Segurança Social, Lisboa.

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

DUARTE, M.; (2000). *“A satisfação dos clientes em relação às amenidades”* (estudo nos serviços de internamento de cirurgia II, medicina II, ortopedia I, e obstetrícia dos hospitais da universidade de Coimbra); Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do XXVIII curso de especialização em administração hospitalar, não publicada.

ENNUYER, B.; (2001). *“Ces vieux que l'on dit dépendants”*; In J. Chabert, B. Ennuyer, D. Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-È. Joël, *Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance* (pp. 9-65). Paris: Éditions Autrement.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R.;(1998). *“Quality of life: the differential conditions”*; Psychology in Spain, 57-65.

FITZPATRICK, R.;(1993). *“Scope and Measurement of Patient's Satisfaction”*, Em R. Fitzpatrick e A. Hopkins (Eds.), *Measurement of Patient's Satisfaction With Their Care*. Royal College of Physicians of London. London.

FONSECA, A. M.; (2005). *“O Envelhecimento bem-sucedido”*, In C. Paúl e. A. M.

FORTIN, M. F. (1999). *“O processo de Investigação: Da concepção à realização”*; 1ª edição, Lisboa, Editora Lusociência.

FORTUNA, A., AMADO, J., MOTA, C., LIMA, M. R. E PINTO M; (2001). *“Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia”*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 19: 55-80.

FRANCO, M. E FLORENTIM R.; (2006). *“ A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira”*, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 24: 21-35.

GARCIA, S. P.; (2002). “*Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar*”; Nursing; 14(165):20-25.

GIANESI, I. E CORRÊA, H.; (1994). “*Administração estratégica de serviços: Operações para a satisfação do cliente*”. 1ª Edição. Atlas. São Paulo.

GOVERNO DE PORTUGAL; (2012). ” *Programa de Ação do Ano Europeu Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações*”; Janeiro; pág. 8-18.

GRAÇA, L. ; (1999). “*A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde*”; Lisboa; Direção Geral de Saúde.

GREENE, J. Y.; WEINBERGER, M; MAMLIN, J. J. ; (1980). “Patient attitudes toward health care expectations of primary care in a clinic setting”; Social Science and Medicine. 14A: 133–138.

GRÖNROOS, C.;(1990). “*Service management and marketing:managing the moments of truth in service competition*”. Lexington Books. Lexington.

GRÖNROOS, C.; (2004). “*Marketing: gerenciamento e serviços*”; 2ª edição. Elsevier. Rio de Janeiro

HEAD, B. J.; MAAS, M.; JONHSON, M.; (2003). “*Validity and community-health nursing sensivity of six outcomes for community health nursing with older clients*”; Public Health Nursing, 20, (5), 385-398. Health, 15(2), 1-9.

HENRIQUES, A.& SÁ, E; (2007). “*Qualidade de vida de idosos em Lares e centros de Dia*”; Pensar enfermagem; 25-34.

Hill, N. (2006). “Pulmonary Rehabilitation”, Proceedings of the American Thoracic Society, 3: 66-74

INE; Instituto Nacional de estatística; (2002). *“A situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas”*; Documento; DECP / Serviço Estudos sobre a população; Departamento de estatísticas censitárias e da população, acedido 05.08.0211 em <http://www.ine.pt>

INE; Instituto Nacional de Estatística; (2011). *“Resultados provisórios Dezembro 2011 dos censos 1991,2001 e 2011”*; Câmara Municipal de Sesimbra-Divisão de Ação Social e Saúde – Gabinete de Estudos Sociais

INE; Instituto Nacional de Estatística; (2011). *“Dados provisórios dos Censos de Dezembro de 2011”*; Câmara Municipal de Sesimbra-Divisão de Ação Social e Saúde – Gabinete de Estudos Sociais

INE; Instituto Nacional de Estatística; (2011). *“In; Destaque – Informação á comunicação social”*; acedido; 7 de Março de 2012.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). *“Modelo de Avaliação da Qualidade; Estruturas residenciais para idosos”*; IP

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). *“Modelo de Avaliação da Qualidade; Centro de Dia”*; IP; 2ª edição revista.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). *“Modelo de Avaliação da Qualidade; Serviço Apoio Domiciliário”*; IP; 2ª edição revista.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). *“Questionários de Avaliação da Qualidade; Estruturas residenciais para idosos”*; IP.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). *“Questionários de Avaliação da Qualidade; Centro de Dia”*; IP; 2ª edição revista

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2009). “*Questionários de Avaliação da Qualidade; Serviço Apoio Domiciliário*”; IP; 2ª edição revista.

INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL; (2005). “*Manual de Boas Práticas Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas e para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*”; Lisboa, ISS; Publicação cofinanciada pelo Estado Português e pelo Fundo Social Europeu; Edição, Instituto da Segurança Social, I.P. Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social, e CID - Crianças, Idosos e Deficientes - Cidadania, Instituições e Direitos.

JOËL, M-E.; (2001). “*L’Europe de la dépendence*”; In J. Chabert, B. Ennuyer, D. Grunwald, C. Gucher, P. Haehnel e M-È. Joël, Vivre au grand âge: angoisses e ambivalences de la dépendance (pp. 171-189). Paris: Éditions Autrement.

JOHN, J.; (1992). “*Patient satisfaction: the impact of past experiences*”; Journal of Health Care Marketing. 12: 56-64.

KAYE, L.W., BUTTER, S.S. ET WEBSTER, N.M.; (2003). “*Toward a productive ageing paradigm for geriatric practice*”; Ageing International Spring, 28(2), 200-213.

KOTLER, P.; (1998). “*Administração de marketing: Análise, planejamento, implementação e controle*”; 5ª edição; Atlas; São Paulo.

LEY, P.; (1997). “*Communication with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*”; Cheltnham; Editora Stanley Thornes Publishers.

LEVENTHAL, H., ZIMMERMAN, R. E GUTMAN, M.; (1984). “*Compliance: A self regulation perspective*”; Em W. Gentry (Ed.), Handbook of Behavioral Medicine, Guildford Press, New York.

LINDER-PELZ, S.; (1982). “*Social psychological determinants of patients’ satisfaction: a test of five hypotheses*”; Social Science and Medicine. 16: 583-589.

LÓPEZ PISA, R. M.; COLÁS TOUGIS, M. I.; HERNÁNDEZ FABÀ, E.; RUIZ JIMÉNEZ, D.; PADÍN MINAYA, C.; MORELL MACAYA, R.; (2006). “*Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años*”; Enfermería Clínica, 16, 27-34.

LUCAS, M.; (2002). “*A satisfação dos clientes: estudo realizado no Centro de Saúde de Santiago do Cacém*”; Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública, não publicado.

MARTÍN, INÁCIO; (2009). “*O Novo Papel da Pessoa Idosa: Da Incapacidade á Produtividade*”; Secção Autónoma de Saúde – Universidade de Aveiro; Unidade de Investigação e Formação em Adultos e Idosos-UNIFAI.

MAS; Ministério dos Assuntos Sociais; (1979). Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de Dezembro, (Revogado pela alínea b) do artigo 98.º do Decreto Lei n.º 119/83 , de 25 de Fevereiro, com exceção dos artigos 7.º, 22.º e 24.º do Estatuto).

MINAYO, M., DESLANDES, S., NETO, C. E GOMES, R. (1994). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Editora Vozes. Rio de Janeiro.

MELO, R.; (2001). “*Avaliação da qualidade dos cuidados: Perspetiva do utente; Revista Investigação em Enfermagem*”; 4:29-32

MESS; Ministério do Emprego e da Segurança Social; (1994). Decreto-Lei n.º 26/94, de 1 de Fevereiro; publicado pelo Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30 de Junho.

MEZOMO, J. C.; (1993). “*Qualidade na Relação Hospital - Paciente; Hospital - Administração e Saúde*”; 17(1):17-21.

MINAYO, M.C.S. & SANCHES, O; (1993). “*Quantitative and qualitative methods: Opposition or complementarity?*”; Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro:239-262, Jul/Set.

MTSS; Ministério do trabalho e da solidariedade social; (2008). *“Estratégia Nacional para a Proteção Social e Inclusão Social”*; Portugal; 2008/2010.

MTSS; Ministério do trabalho e da solidariedade social; (2009). *“O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados”*; Carta Social Rede Serviços e Equipamentos; Gabinete Estratégia Planeamento à Dependência; 1ª Edição.

MTSS, Ministério do trabalho e da solidariedade social; (2004). *“Qualidade-Manual de gestão da qualidade para cuidados continuados”*, Projeto qualidade; Gabinetes projetos inovadores; Direção Ação Social; Santa Casa Misericórdia de Lisboa; Equal.

MSTSS; Ministério do trabalho e da solidariedade social; (1998). Despacho conjunto n.º 407/98 de 18 de junho.

MTSS; Ministério do trabalho e da solidariedade social; (2001). *“Plano Avô- I S O 9 0 0 1: 2 0 0 0 para Lares de idosos”*; Ministério da Economia e Instituto Português da Qualidade; Lisboa 2000; edição revista.

MORRIS, J. (1993). *“Independent lives? Community care and disabled people”*; London: Macmillan Press.

NOGUEIRA, F. (2004). *“Decisores Hospitalares: Necessidades formativa e informativas”*; Tese de Doutoramento. UTAD. Vila Real.

OMS; Organização Mundial de Saúde; (2001). *“Relatório sobre a saúde do mundo – saúde mental: nova concepção, nova esperança”*; Genebra.

PASCHOAL, S. M.; (1999). *“Autonomia e independência, In M. P. Neto, Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada”*; (pp. 313-330). S. Paulo: Atheneu.

PAÚL C., CRUZ C., FONSECA; (2001). “ *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*”; Pag; 275-287.

PAÚL, C.; (1996). “*Psicologia dos idosos: o envelhecimento em meios urbanos*”; Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.

PAÚL, C.; FONSECA, A. M.; MARTÍN. I.; AMADO, J.; (2005). “*Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*”; In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (pp. 76-95); Lisboa; Climepsi.

PASCOE, G. C. (1983). “*Patient satisfaction in primary health care- Evaluation and program planning*”; 6:185-210

PAÚL, C.; OSCAR RIBEIRO; (2011). “*Manual do Envelhecimento Ativo*”; (coord), (pp. 1-11). Lisboa; Edições Lidel.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016; (2012). “*Objetivos estratégicos da idade adulta*”; pág. 73; In Portal da saúde.pt; consultado 11.08.2012.

PINTO; IOLA MARIA SILVÉRIO;(2011). “*Estatística Descritiva e Análise Exploratória de Dados*”; In: www.deetc.isel.ipl.pt; acedido 9.8.2012.

POLIT, D. F., & HUNGLER B.P.; (1995). “*Fundamentos de pesquisa em enfermagem*”; 3ª edição. Artes Médicas. Porto Alegre.

PEGACHA, M.; (1999). “*Mudar uma Imagem: que atitudes de enfermagem? Servir*”; 47(4):199-202.

PEREIRA, M., ARAÚJO-SOARES, V., MCINTYRE, T.; (2001). “*Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina*”: em estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2: 69-80.

PRINCÍPIOS DAS NAÇÕES UNIDAS PARA PESSOAS IDOSAS; (1991). Resolução; 46/91;16 Dezembro.

PUJALON, B.; TRINCAZ, J.; (2000). *“Le droit de vieillir”*; Paris: Fayard.

REAPN;Rede Europeia Anti Pobreza; (2009). *“Envelhecimento Ativo”*; Grupo de trabalho; Versão Final; Dezembro.

QUIVY, R.; (2003). *“Manual de Investigação em Ciências Sociais”*; 3ª Edição; Lisboa; Editora Gradiva.

REQUEJO, OSÓRIO; A. & PINTO, F. C. (Coords.); (2007). *“As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa”*; Lisboa; Instituto Piaget.

ROWE, J. W.; KAHN, R.; (1997). “Successful Ageing. The Gerontological Society of America”; 37, 4, 433-440.

SANTOS, M. (1993), *“Avaliação da qualidade na perspectiva do utente: importância dos aspetos não técnicos da prestação”*, Revista Portuguesa de Saúde Pública. 11: 29-46.

SARGEANT, A.; (1999). *“Marketing Management for Nonprofit Organizations”*, Oxford University Press. Oxford.

SAURA HERNÁNDEZ, S. & SANGUESA GIMÉNEZ, M.R.; (2000). *“Promoción de la salud en los mayores.”*; In M. Sánchez et al (Eds), Enfermería comunitaria, 3; actuación en enfermería comunitaria. Los sistemas y programas de salud (pp.131-139). Madrid: McGraw-Hill.

SAKELLARIDES, C.; (2003). *“Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados”*; Prefácio; Edição Instituto do Consumidor. Lisboa.

SILVA, A. L.; (2006). “*Positive Gain. Rethinking the Outcomes of Dependency. Journal of Gerontological Nursing*”; 32,5,36-41.

SARRACENO; (1997). “*Diagnostico, conciliação entre a vida familiar e vida profissional e proximidades entre gerações*”; In: Projeto viver www.viver.org/sobreoviver/diagnostico; Pág:81; Acedido 28.08.2012.

TAHARA, A., LUCENA, R., OLIVEIRA, A., SANTOS, G.; (1997); “*Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde*”; Revista Brasileira de Enfermagem; 50(4):497-506.

TEIXEIRA; R. M. O. C.; (2004). “*A qualidade de vida dos idosos e as influências que têm sobre a domiciliação e as construções dos idosos sobre os problemas com a família*”; Dissertação de mestrado em Psicologia – Ramo Psicologia da saúde e intervenção Comunitária; Porto: Universidade Fernando Pessoa.

TEIXEIRA, P.; (2006). “*Envelhecer passo a passo*”; In: Portal dos psicólogos; www.psicologia.com.pt; pag-1.

TURATO, E.; (2005). “*Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*”; Revista de Saúde Pública. 39: 507-514.

TRZEPACZ, PAULA T. E ROBERT W. BAKER; (2002). “*Exame psiquiátrico do estado mental*”; Editora: Climeps.

VARO, J., SEMPERE, R., TORRES, R., GOMIS, E., PUIG, S., IBANEZ, J.; (1996). “*Satisfacción del cliente de los servicios de salud todo Hospital*”; 128:51-56.

VIEIRA, E. L.; (2004). ” *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*”; (2ªed); Rio de Janeiro; Revinter; Vitaliano.

WARE, J.E., SNYDER, M.K., WRIGHT, W.R. E DAVIES, A.R.:(1983). *“Defining and measuring patient satisfaction with medical care”*; Evaluation and Program Planning; Ann Arbor;6: 247-263.

WAITZKIN, H., BRITT, T.; (1989). *“A critical theory of medical discourse: how patients and health professionals deal with social problems”*; International Journal of Health Services; 19(4):577-597.

WATSON, J.; (2002). *“Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem”*; Lisboa; Lusociência.

WILLIAMS, B.; (1994). *“Patient satisfaction: a valid concept? Social Science Medicine”*; 38(4):509-516.

ZEITHAML, V., PARASURAMAN, A. E BERRY, L.; (1990). *“Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations”*; The Free Press; New York.