



Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real

Adriana Morais Monteiro

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Este trabalho contém as sugestões e correções do júri

Orientadora:

Professora Doutora Maria Helena Pimentel

Bragança, 2017



Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real

Adriana Morais Monteiro

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a
obtenção do grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientadora:

Professora Doutora Maria Helena Pimentel

Bragança, 2017

Dedicatória

Ao meu Padrinho [in memória]

Aos meus pais e irmão por toda a força,

ajuda e apoio ao longo

desta longa caminhada...

Resumo

A satisfação dos clientes é uma resposta afetiva ou emocional dada em fase de avaliação que o cliente faz da prestação dos cuidados de saúde.

A criação deste trabalho de projeto tem como objetivo geral: conhecer o nível de satisfação, o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados do Distrito de Vila Real e a relação entre essas variáveis.

A presente investigação é do tipo descritivo, correlacional e transversal, de natureza quantitativa. A amostra foi constituída por 90 clientes internados em sete de nove Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção no Distrito de Vila Real. Foi aplicado à amostra em estudo um questionário de dados sociodemográficos e uma Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados adaptada da Escala de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos dos autores Falcão, Pereira, Pimentel, Teixeira e Rodrigues (2015).

A amostra estudada é constituída maioritariamente por clientes do sexo feminino (55,6%), casados/união de facto (48,9%), com habilitações literárias de nível baixo, em que predomina, não saber ler nem escrever/1º ciclo (76,7%), aposentados (47,8%), a viver em meio rural (75,6%), com internamento até 90 dias (68,8%) e tendo como diagnóstico principal de referenciação doenças cerebrovasculares (61,1%).

Os resultados obtidos permitem evidenciar que existe correlação entre o nível de satisfação e a capacidade de resposta da organização, empatia com os colaboradores, fatores estruturais e ambientais, informação e envolvimento na decisão. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,041$) entre a situação profissional e o nível de satisfação. Comparativamente os níveis de satisfação dos clientes internados em Unidades de Média Duração e Reabilitação ($\bar{X} = 76,91$) são superiores aos dos clientes internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o nível de satisfação nas quatro dimensões da escala de satisfação e as variáveis: unidade de internamento ($p=0,000$), profissão ($p=0,018$), tempo de internamento ($p=0,000$), tipo de referenciação ($p=0,031$) e resposta prevista pós-alta ($p=0,020$).

Os dados permitem concluir sobre os níveis de satisfação dos clientes internados em unidades de cuidados continuados integrados do distrito de Vila Real e identificar variáveis que correlacionam positivamente com essa satisfação. Consequentemente intervir de forma mais eficaz potenciando fatores de satisfação e mitigando fatores de menor satisfação.

Palavras Chave: Satisfação com o internamento; Clientes de CCI de Vila Real

Abstract

Customer satisfaction is an affective or emotional response given in the evaluation phase that the client makes of the provision of health care.

The purpose of this project work is to know the level of satisfaction, the sociodemographic and clinical profile of the clients of the integrated care units of Vila Real District and the relationship between these variables.

The present investigation is of the descriptive, correlational and transversal type, of quantitative nature. The sample consisted of 90 clients hospitalized in seven of nine Medium Duration and Rehabilitation Units and Long Term Units and Maintenance in the Vila Real District. A sociodemographic data questionnaire and a Customer Satisfaction Scale of the Integrated Continuing Care Units adapted to the Customer Satisfaction Scale for Elderly Residential Structures of Falcão, Pereira, Pimentel, Teixeira and Rodrigues (2015) were applied to the sample under study.

The sample consisted mainly of female clients (55.6%), married / de facto union (48.9%), with low literacy levels, in which predominance, not being able to read or write / 1st cycle (76.7%), retired (47.8%), living in rural areas (75.6%), hospitalized for up to 90 days (68.8%) and having as main diagnosis cerebrovascular diseases (61.1%).

The results obtained show that there is a correlation between satisfaction level and organizational responsiveness, empathy with employees, structural and environmental factors, information and involvement in decision making. There were statistically significant differences ($p = 0.041$) between the professional situation and the level of satisfaction. Compared the levels of satisfaction of clients hospitalized in Units of Medium Duration and Rehabilitation ($\bar{X} = 76,91$) are higher than those of clients hospitalized in Long Term and Maintenance Units. There were statistically significant differences between the level of satisfaction in the four dimensions of the satisfaction scale and the variables: hospitalization unit ($p = 0.000$), occupation ($p = 0.018$), length of stay ($p = 0.000$), type of referral ($P = 0.031$) and predicted post-discharge response ($p = 0.020$).

The data allow us to conclude about the levels of satisfaction of the clients hospitalized in integrated care units of the district of Vila Real and to identify variables that correlate positively with this satisfaction. Consequently to intervene in a more effective way, potentiating factors of satisfaction and mitigating factors of lower satisfaction.

Keywords: Satisfaction with hospitalization; CCI Customers of Vila Real

Agradecimentos

Quero agradecer a todos aqueles que de uma forma direta ou indireta, contribuíram para que a realização deste projeto fosse possível.

Desta forma, expresso a minha gratidão:

Aos meus Pais, pela doçura que transpuseram em todos os caminhos da minha vida. Pelo acompanhamento, subtileza singular e afetos constantes, em todas as minhas passadas. Pela compreensão e dádiva que sempre imprimiram no seu relacionamento para comigo que me fez crescer.

Ao meu Irmão, ímpar amigo e conselheiro nas vicissitudes e nos momentos mais cruciais da vida.

Ao meu namorado, por todas as ausências e pela magnitude da alma e coração.

Ao Paulo Pereira, amigo e colega, pela simplicidade, pela amizade em demonstrar sempre a sua presença nos momentos menos fáceis, pelo impulso que me deu na realização do projeto, tudo merece.

À Professora Doutora, Helena Pimentel, minha orientadora, a minha gratidão, pelo modo ímpar e peculiar, como esteve presente nos momentos de dúvidas, sempre com pontualidade, na correção dos trabalhos, com dedicação encaminhou-me à meta final.

Aos restantes familiares, amigos e colegas, que pelos seus préstimos, experiências, saberes e atitudes muito contribuíram para a prossecução desta tarefa.

Agradeço a todas as Direções das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Vila Real que me permitiram a recolha de dados, oferecendo-me todas as condições para a concretização do trabalho de projeto.

Quero também agradecer a todos os Clientes que participaram no projeto pela sua disponibilização, por tudo que me ensinaram, sem a sua participação este trabalho não seria possível.

O meu, muito obrigada.

Índice de Siglas

ARS - Áreas Regionais de Saúde

ECR - Equipas de Coordenação Regional

ECL - Equipas de Coordenação Regional

EGA - Equipa de Gestão de Altas

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC - Unidades de Internamento de Convalescença

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMDR - Unidades de Média Duração e Reabilitação

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I. Fundamentação Teórica.....	4
1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) em Portugal.....	6
1.1. A Resposta dos Cuidados Continuados Integrados.....	6
1.1.1. Objetivos da Rede.....	8
1.1.2. Princípios e Direitos.....	9
1.1.3. Modelo de Coordenação.....	11
1.1.4. Tipos de respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	13
1.1.5. Regras de referenciação dos clientes.....	16
1.1.6. Financiamento da RNCCI.....	17
1.2. Unidades de Cuidados Continuados no Distrito de Vila Real.....	19
2. A Satisfação.....	20
2.1. O Conceito de satisfação.....	20
2.2. Dimensões do nível de satisfação do cliente.....	21
2.3. Fatores intervenientes na satisfação d cliente.....	26
2.4. Importância da avaliação do nível de satisfação do cliente.....	28
2.5. Satisfação dos clientes em unidades de internamento.....	30

2.6. Estudo de Arte sobre a satisfação dos clientes e colaboradores em unidades de internamento.....	31
Capítulo II. Investigação Empírica.....	34
2.Opções Metodológicas do Estudo.....	36
2.1.Tipo de Estudo.....	36
2.2.Desenho de Investigação.....	37
2.3.Objetivos da Investigação.....	38
2.4.Hipóteses de Investigação.....	39
2.5.Variáveis.....	41
2.6.População em Estudo.....	42
2.7. Amostra.....	42
2.8.Instrumentos de Recolha de Dados.....	44
2.9.Procedimentos Éticos.....	47
2.10.Tratamento estatístico de dados.....	48
Capítulo III. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.....	50
3.Apresentação dos Resultados.....	52
Capítulo IV. Discussão dos Resultados.....	66
4.Discussão dos Resultados.....	68
Conclusões Limitações do Estudo e Sugestões.....	74
Referências Bibliográficas.....	77
Anexos.....	87
Anexo 1 – Instrumentos de Recolha de Dados.....	88
Anexo 2 – Consentimento Informado.....	93
Anexo 3 – Pedido de Autorização para a Realização do Trabalho de Projeto.....	95
Anexo 4 – Autorização das Unidades para a Realização do Trabalho de Projeto....	97

Anexo 5 – Escala Inicial de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos.....	103
---	-----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Tipologias de Respostas Previstas para a Rede.....	13
Tabela 2 - Amostra do Estudo	43
Tabela 3 – Unidades que não autorizaram a colheita de dados.....	43
Tabela 4 - Caracterização dos Clientes.....	45
Tabela5- Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e suas Dimensões.....	46
Tabela 6 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos clientes da amostra.....	53
Tabela 7 - Resultados da avaliação do nível de satisfação em função das variáveis de caracterização.....	57
Tabela 8 - Resultados da avaliação do nível (\bar{X}) de satisfação em função das variáveis clínicas.....	59
Tabela9 - Correlação da satisfação no total e nas quatro dimensões.....	60
Tabela10 - Nível (\bar{X}) de satisfação em função da tipologia de internamento.....	60
Tabela 11 - Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da tipologia (unidade).....	61
Tabela 12 - Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da profissão.....	62
Tabela 13 - Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função do tempo de internamento.....	63
Tabela 14 - Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função do tipo de referência.....	64

Tabela 15 - Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da resposta prevista pós-alta.....	65
--	----

Índice de Figuras

Figura 1 – Resultados em saúde que potenciam a satisfação do cliente.....	22
Figura 2 – Desenho e Estrutura de Investigação	37

Introdução

Face ao aumento da longevidade e ao envelhecimento populacional são muitos os desafios que se colocam às sociedades atuais que se traduzem em oportunidades na saúde, participação e segurança. A população sénior detém um papel fulcral no que concerne à sua saúde, passando de meros recetores a participantes ativos de cuidados ou de apoios sociais (Ribeiro & Paúl, 2011).

As pessoas idosas tendem a ter problemas de saúde mais graves, sofrendo muitos de várias doenças o que origina maiores riscos e efeitos adversos. O modelo de envelhecimento ativo assenta em diferentes pilares sendo um deles o fator saúde. Este fator baseia-se nos diagnósticos clínicos ou na perceção do cliente, sendo um aspeto fulcral do envelhecimento (Ribeiro & Paúl, 2011).

No que se refere aos apoios para idosos, a realidade atual passa pelo recurso a formas de apoio menos convencionais onde se destaca a institucionalização. A institucionalização contraria, assim, o que seria ideal para a população idosa que é a inserção na família e na comunidade, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, gozar dos direitos de cidadania, dispondo apenas quando necessário de apoio institucional (Pimentel & Silva, 2017).

No que concerne à institucionalização, é de salientar que por mais efetivos e competentes que sejam os cuidadores formais, a presença dos elementos familiares é muito importante. Por conseguinte, é fundamental que sejam mantidos laços e contactos com os familiares de idosos/clientes institucionalizados (Pimentel & Silva, 2017).

Como forma de colmatar as dificuldades mencionadas anteriormente pela população, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) criada pelo Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, de 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Segurança Social.

Face ao envelhecimento demográfico e ao facto das pessoas viverem mais tempo é premente avaliar a satisfação dos clientes internados em instituições/organizações de saúde prestadoras de assistência a afeções crónicas e/ou de manutenção. Em função dos

resultados obtidos refletir e efetuar correções, bem como melhorar os serviços prestados.

A crescente exigência dos clientes promove uma maior qualidade na prestação de cuidados de saúde em diversos aspetos, tais como a informação, a comunicação, a qualidade das instalações e desempenho dos profissionais de saúde, entre outros, no sentido de proporcionar maiores níveis de satisfação. É, assim, premente que os clientes sejam ouvidos e se tornem participantes ativos nas decisões a tomar por parte das instituições para que desta forma os seus direitos e deveres sejam reconhecidos, uma vez que, os níveis de satisfação concorrerem com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Coimbra, Kantorski, Oliveira, Pereira, Nunes & Eslabão, 2011).

Neste sentido, delineou-se o objetivo geral do estudo: conhecer o nível de satisfação, o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados existentes no Distrito de Vila Real, bem como a relação entre as variáveis.

Como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e dos clientes das Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Comparar o nível de satisfação dos clientes nas duas tipologias de internamento;
- Avaliar o nível de satisfação dos clientes internados;
- Analisar a relação entre o nível de satisfação total e as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Analisar a relação entre o nível de satisfação total nas quatro dimensões da escala e a profissão, unidade e tempo de internamento, tipo de referenciação e resposta prevista pós-alta.

Procedeu-se, à análise dos resultados obtidos, através da aplicação dos instrumentos de medida: Questionário de dados sociodemográficos e Escala de Satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados.

O presente trabalho de projeto divide-se em três partes: a parte I, Fundamentação Teórica, composta por três subcapítulos, onde se enquadram a resposta dos cuidados continuados integrados, objetivos da rede, princípios e direitos, modelo de coordenação, tipos de respostas da rede nacional de cuidados continuados integrados, regras de referenciação dos clientes, financiamento da RNCCI e as unidades de cuidados continuados integrados no Distrito de Vila Real, a satisfação, o conceito de satisfação, dimensões do nível de satisfação do cliente, fatores intervenientes na satisfação do cliente, importância da avaliação do nível de satisfação do cliente, satisfação dos clientes em unidades de internamento e estado da arte sobre a satisfação dos clientes e profissionais em unidades de internamento; a parte II, Investigação Empírica contempla a metodologia da investigação, os procedimentos éticos e o tratamento estatístico dos dados; a parte III, Apresentação dos Resultados, onde se apresentam e analisam os resultados obtidos da investigação e respetivas Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões.

Capítulo I
Fundamentação Teórica

1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) em Portugal

1.1. A Resposta dos Cuidados Continuados Integrados

O envelhecimento demográfico progressivo, a prevalência de doenças crónicas incapacitantes, um sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda, a inexistência e a falta de uma política integrada de saúde e de segurança social conduziram à necessidade de criar novas respostas de saúde e apoio social ajustadas à população, ao nível de dependência e à sua condição financeira.

Na perspetiva de Tavares (2008, p.52) “nos últimos anos a população mundial tem sofrido várias alterações, levando à transformação da sociedade quer em termos sociais, quer em termos de problemas de saúde”. Também para Kadner e Spreuwenberg (2002, citado por Reis, 2014) esta mesma população deparou-se com novos desafios, assim enumerados:

- Assegurar que os cuidados necessários fossem prestados;
- Providenciar a transferência de um tipo ou nível de cuidados para outro;
- Manter a saúde e funcionalidade;
- Lidar com o stress do cliente e cuidadores.

Por conseguinte, a fim de facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a formação de um novo espaço de cuidados capazes de dar resposta a pessoas em situação de dependência temporária ou permanente surgiu a RNCCI, criada pelo Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social.

De acordo com o artigo 3.º, do Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, definem-se cuidados continuados integrados como sendo

o conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo,

que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (p. 3857).

Desta forma a RNCCI não é mais do que um conjunto de instituições que têm a missão de prestar cuidados continuados no domicílio do cliente ou nas instituições em regime de internamento.

Esta resposta dirige-se a pessoas dependentes, seja qual for a sua idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, quer sejam de natureza preventiva, reabilitativa ou preventiva (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009) e que se encontrem em alguma das situações a seguir indicadas, conforme alíneas a) a e), do artigo 31.º, do Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho:

- Dependência funcional transitória decorrente do processo de convalescença ou outro;
- Dependência funcional prolongada;
- Idosas com critérios de fragilidade;
- Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Doença severa, em fase avançada e terminal.

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

A Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e apoio social, de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais, organizando-se a dois níveis, a nível regional e a nível local (artigo 2.º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de Junho).

Esta prevê que sejam prestados cuidados multidimensionais que promovam a qualidade de vida, a autonomia, bem como a participação dos clientes/famílias/cuidadores informais. Para tal,

o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade foram identificados pelos agentes como valores chave da RNCCI, para poder assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados. O desenvolvimento da competência adequada e específica nas diferentes tipologias de cuidados deve-se efetuar em paralelo com o alargamento da RNCCI. Os novos paradigmas do modelo e as suas inovadoras metodologias de trabalho implicam o enorme esforço na formação de profissionais (Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados, 2007, p.48).

Andersson e Karlberg (2000) identificaram dois grandes motivos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados:

- A necessidade de reduzir custos;
- A necessidade de desbloquear camas;

que se consubstanciam na necessidade de apoiar populações dependentes, com necessidades diferenciadas de forma mais individualizada e direcionada para a perspetiva do cliente e da qualidade de vida, ao invés dos cuidados intensivos e de cariz biomédico de que dispõem os hospitais, promovendo a liberdade de escolha e autonomia.

1.1.1 Objetivos da Rede

A RNCCI tem como objetivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (cf. o n.º 1, do artigo 4.º, do Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p.3858).

Por sua vez, figuram de acordo com o n.º 2, do artigo 4.º, do mesmo diploma, os seguintes objetivos específicos da RNCCI:

- A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

1.1.2 Princípios e Direitos

Da atuação em RNCCI emerge que seja abordada a pessoa de forma holística e que não sejam postos à margem os seus interesses e preferências, envolvendo sempre a pessoa e a família/cuidadores informais no processo de reinserção social e reabilitação.

Desta forma, de acordo com o artigo 6.º, do Dec. Lei 101/2006, de 6 de junho a Rede rege-se pelos seguintes princípios:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Para além dos princípios mencionados e de acordo com o artigo 7.º, do Dec. Lei 101/2006, de 6 de junho a assistência em RNCCI garante os seguintes direitos básicos:

- À dignidade;
- À preservação da identidade;
- À privacidade;
- À informação;
- À não discriminação;
- À integridade física e moral;
- Ao exercício de cidadania;
- Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.

1.1.3. Modelo de Coordenação

A coordenação da RNCCI processa-se a nível Nacional, Regional e Local surgindo desta forma as diferentes Áreas Regionais de Saúde (ARS), as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e as Equipas de Coordenação Local (ECL).

Os principais intervenientes na Coordenação da RNCCI são a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, as ECR e as ECL).

A nível Nacional, a coordenação da Rede é feita através de definições já existentes, de acordo com a Constituição e competências e segundo orientações do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde.

A nível Regional, a coordenação da Rede está sob tutela dos representantes de cada administração regional de saúde e dos centros distritais de segurança social, de acordo com os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde.

Segundo o artigo 10.º, do Dec. Lei 101/2006, de 6 de junho a este organismo cabe a responsabilidade e a competência de:

- Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de ação anuais, para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades existentes;
- Orientar e consolidar os planos orçamentados de ações anuais e respetivos relatórios de execução e submete-los à coordenação nacional;
- Promover formação específica e permanente aos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados;
- Promover a celebração de contratos para a implementação e funcionamento das unidades e equipas que propõem integrar a Rede;
- Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados de execução dos contratos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade das atividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento;

- Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas e propor as medidas corretivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;
- Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;
- Promover uma divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

No que concerne à coordenação, a nível Local, as Equipas de Coordenação Local (ECL) são compostas por, pelo menos, dois elementos dos cuidados de saúde primários (médico e enfermeiro) e por um elemento do setor social, nomeadamente, do Centro Distrital da Segurança Social (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Às ECL de acordo com o artigo 11.º, do Dec. Lei 101/2006, de 6 de junho, compete:

- Identificar as necessidades e propor à coordenação regional respostas para as mesmas;
- Consolidar os planos orçamentados de ação anuais, elaborar os respetivos relatórios de execução e submete-los à coordenação regional;
- Divulgar informação atualizada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede;
- Apoiar e acompanhar o cumprimento dos contratos e a utilização dos recursos das unidades e equipas da Rede;
- Promover o estabelecimento de parcerias para a prestação de cuidados continuados no respetivo serviço comunitário de proximidade;
- Promover o processo de admissão ou readmissão nas unidades e equipas da Rede;

- Alimentar o sistema de informação que suporta o funcionamento e gestão da Rede.

1.1.4. Tipos de respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A prestação dos cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias, existindo diferentes tipologias de cuidados continuados na Rede.

Tabela 1 - Tipologias de Respostas Previstas para a Rede:

Unidades de Internamento	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Convalescença; • Unidades de Média Duração e Reabilitação; • Unidades de Longa Duração e Manutenção; • Unidades de Cuidados Paliativos.
Unidades de Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Dia e Promoção da Autonomia.
Equipas Hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> • Equipas de Gestão de Altas; • Equipas Intra – hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.
Equipas Domiciliárias	<ul style="list-style-type: none"> • Equipas de Cuidados Continuados Integrados; • Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Fonte: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011)

- **Unidades de Internamento:**

Cuidados Continuados de Convalescença: Para esta tipologia devem ser encaminhados clientes que estejam em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, para estabilização clínica e funcional.

De acordo com o artigo 14.º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de junho, as unidades de convalescença da RNCCI devem assegurar, sob a direção de um médico, os seguintes serviços: cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos (próprios ou contratados), prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, e convívio e lazer.

Este tipo de unidades destinam-se a internamentos com duração de 30 dias consecutivos e podem coexistir em simultâneo com as unidades de média duração e reabilitação.

Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação: Visam a estabilização clínica e a reabilitação integral dos clientes, respondendo assim às suas necessidades transitórias face à situação clínica decorrente da recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo clínico.

Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são clientes que vêm de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou do domicílio que necessitem de cuidados integrados em regime de internamento.

De acordo com o artigo 16.º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de junho estas unidades de internamento, geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial, devem assegurar os seguintes serviços: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

Estes tipos de unidades destinam-se a internamentos com duração previsível entre 30 a 90 dias.

Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção: Visam proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência a fim de proporcionar qualidade de vida e conforto aos clientes, com processos crónicos, com

diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não obtenham condições para serem cuidados no domicílio.

Os clientes são oriundos de outras respostas existentes na Rede, do domicílio ou de instituições de saúde ou de solidariedade social.

Por seu turno, conforme o artigo 18.º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de junho, as unidades de longa duração e manutenção devem assegurar a prestação dos seguintes serviços: atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária e apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

O período de internamento é superior a 90 dias consecutivos podendo, no entanto, proporcionar internamento por período inferior ao referido, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou descanso do cuidador principal, até 90 dias/ano.

Cuidados Paliativos: Destinam-se a clientes com situação clínica complexa, resultantes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva que necessitem de cuidados dirigidos à orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo. Tendo em conta o artigo 20.º, do Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho as unidades de cuidados paliativos devem assegurar, em concreto, os seguintes serviços: cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos (próprios ou contratados), prescrição e administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, consulta, acompanhamento e avaliação de doentes internados em outros serviços ou unidades, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual, atividades de manutenção, higiene, conforto e alimentação, convívio e lazer.

- **Unidades de Ambulatório:**

Unidade de Dia e Promoção de Autonomia: De acordo com o artigo 21.º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, as Unidades de Dia e Promoção de Autonomia têm como finalidade prestar cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência, em regime de ambulatório cujos cuidados no domicílio não reúnam condições.

O funcionamento destas unidades é articulado com outras respostas sociais e unidades já existentes, sendo o seu funcionamento prestados 8 horas/dia.

É de salientar que no Distrito de Vila Real existem três tipologias de unidades de internamento, sendo estas, as Unidades de Média Duração e Reabilitação; Unidades de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Cuidados Paliativos, não existindo nenhuma Unidade de Convalescença.

1.1.5. Regras de referência dos clientes

Os clientes podem ser propostos para a Rede, através das seguintes formas:

- Hospital do Sistema Nacional de Saúde, através da Equipa de Gestão de Altas (EGA);
- Comunidade (domicílio, hospital privado ou outro local de residência) através do centro de saúde.

De acordo, com o estabelecido no n.º1, do artigo 32.º, do Dec. Lei n.º 101/2006, de 6 de junho “ o ingresso na Rede é efetuado através da proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência (p.3863)”.

A referência dos clientes admitidos nas unidades de internamento da RNCCI é feita principalmente pelas EGA dos hospitais de agudos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), até 48 horas antes da data prevista para a alta do doente. Segundo o Despacho n.º7968, de 2011, todos os hospitais do SNS devem ter uma equipa de gestão de altas, a fim de “proceder ao efetivo planeamento da alta hospitalar, em conjunto com os

restantes serviços hospitalares, de forma a garantir a continuidade de cuidados a todos os doentes que destes necessitem” (p.23838).

Também são sinalizados clientes provenientes da comunidade por um médico, enfermeiro ou assistente social do centro de saúde da área de residência do cliente, ou por um cidadão que tenha identificado necessidade de apoio social/cuidados de saúde. Após a avaliação da equipa dos cuidados de saúde primários, se o cliente reunir condições para ser encaminhado para a Rede, é enviada uma proposta de admissão à ECL da área de residência do cliente (Entidade Reguladora da Saúde, 2013).

Conforme estabelecido na Diretiva Técnica (2012), a admissão numa Unidade/Equipa da Rede deve ter em conta o critério de proximidade à residência do cliente, obtendo o seu consentimento expresso por escrito ou do seu representante legal. Uma vez admitido numa unidade ou equipa da RNCCI, o cliente, poderá ser transferido para outra unidade ou equipa mediante proposta fundamentada pelo responsável da unidade ou equipa em que o cliente se encontra.

A proposta fundamentada deve ser submetida para validação à equipa coordenadora local da área de influência da unidade/equipa.

Nos casos em que a unidade/equipa de destino não corresponder à ECL da área de domicílio do cliente deverá existir uma articulação entre a ECL e a ECR.

1.1.6. Financiamento da RNCCI

De acordo com o artigo 46º, do Dec. Lei n.º101/2006, de 6 de junho

o financiamento das unidades e equipas da Rede depende das condições de funcionamento e da adequação seletiva mediante modelo de financiamento próprio, aprovada por portaria dos Ministros de Estado e das Finanças, do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (p.3865).

Segundo Branco (2010) o financiamento da Rede e os encargos do funcionamento das respostas são repartidos por dois setores: o da saúde e o da segurança social. Desta forma cabe ao Ministério da Saúde o financiamento das unidades de convalescença e de paliativos, das equipas de gestão de altas e das intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e das equipas domiciliárias de suporte em cuidados paliativos. Por sua vez, o financiamento das unidades de média duração e reabilitação, das unidades de

longa duração e manutenção e das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados, estão sob responsabilidade do setor da saúde e da segurança social, de acordo com a natureza dos cuidados prestados.

Os encargos referentes a cuidados continuados de saúde são da responsabilidade do orçamento das respetivas administrações gerais de saúde em que o cliente está integrado, por sua vez, os encargos referentes aos apoios sociais são da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Salienta-se que cabe ao cliente internado em unidades: de média duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, de dia e promoção da autonomia, assim como às equipas de cuidados continuados da Rede, a comparticipação dos encargos de acordo com os seus rendimentos e dos rendimentos do agregado familiar.

1.2. Unidades de Cuidados Continuados no Distrito de Vila Real

No presente momento, o Distrito de Vila Real dispõe de sete Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), localizadas nos concelhos de Alijó, Boticas, Murça, Peso da Régua, Ribeira de Pena, Sabrosa e Vila Real (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, 2016).

Os acordos existentes permitiram criar 190 camas de internamento destinadas a cuidados continuados integrados: 81 camas para internamentos de média duração e reabilitação e 109 para internamentos de longa duração e manutenção (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P, 2016).

Sabrosa e Vila Real, de acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (2016), ambas possuem uma unidade com a mesma tipologia, Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR). A de Sabrosa com 20 camas e a de Vila Real com 27. As duas unidades mencionadas pretendem dar resposta às necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde evitando assim permanências desnecessárias em hospitais de agudos; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença (UC) e de Longa Duração (ULDM) (Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2016).

Por sua vez, segundo a mesma fonte, os concelhos de Boticas, Peso da Régua e Ribeira de Pena possuem Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM). O concelho de Boticas dispõe de 24 camas, o do Peso da Régua de 26 camas e o de Ribeira de Pena apenas de 17. Estas unidades pretendem dar resposta às necessidades sociais e de saúde, visando maximizar a manutenção de aptidões para atividades de vida diária, facilitando a gestão das altas dos hospitais de agudos, bem como, proceder à promoção da autonomia e da satisfação das necessidades sociais dos clientes.

Somente os concelhos de Alijó e Murça tem as duas tipologias, UMDR e ULDM. Alijó possui de 9 camas de média duração e reabilitação e 22 de longa duração e manutenção. Murça tem capacidade superior na média duração e reabilitação com 25 camas e na longa duração e manutenção com 20. Os objetivos das duas tipologias são semelhantes aos já mencionados anteriormente (Administração Regional de Saúde do Norte, I.P; 2016).

2. A Satisfação

2.1. O Conceito de Satisfação

Proliferam na literatura inúmeros conceitos de satisfação. Dada a subjetividade deste termo é difícil a sua mensuração e a sua avaliação. Seguidamente são descritas algumas das inúmeras definições de satisfação.

Para Ribeiro (2003) o conceito de satisfação

tem a sua proveniência do latim *satisfactio*, que exprime a ideia de ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, querendo significar-saciedade; ou ainda o sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado do que se espera e/ou deseja do bom êxito de qualquer atividade, significando: alegria, contentamento ou sentimento de agrado e aprazimento (p.21).

Segundo Jonh (1992), citado por Franco e Florentim (2006), a satisfação é uma resposta afetiva ou emocional dada em fase de avaliação que o cliente faz da prestação dos cuidados de saúde.

Ribeiro (2008, p.88) define satisfação como “uma percepção pessoal relacionada com a realização de uma expectativa, quer pela própria pessoa, ou com intervenção de outros, avaliada pela perspectiva da pessoa”.

De acordo com Detzel e Desatnick (1995, p.8) “satisfação do cliente é o grau de felicidade experimentadas por ele, ela é produzida por toda uma organização – por todos os departamentos, todas as funções e todas as pessoas”.

Já Marques (2010) afirma que a satisfação surge “quando as características ou os atributos específicos que este espera que existam num determinado serviço, estejam efetivamente presentes. Se essas expectativas forem superadas acrescentam valor” (p.62).

Na perspectiva de Guedes (2012) a satisfação “é o grau de atendimento das expectativas dos clientes em relação a um produto ou serviço” (p.23). Diz ainda que a satisfação é “um conceito abstrato que resulta de uma interação ou de uma experiência vivida de

forma emocional, condicionando assim a resposta à questão de satisfação ou não do cliente” (p.25).

Evidenciam-se alguns fatores que fazem parte da satisfação, dos quais se destacam a percepção da qualidade, as emoções dos clientes, as causas percebidas para o sucesso/insucesso dos serviços e as percepções de ganho.

2.2. Dimensões do nível de satisfação do cliente

A prestação de serviços em saúde integra sempre a vertente técnico-científica, a relação interpessoal entre o cliente e o colaborador, bem como as condições envolventes (Marques, 2010).

Já Santos (2009) identificou as dimensões do nível de satisfação, que se reportam aos vários serviços prestados, com destaque para a qualidade, o acesso, a estrutura física e organizacional e os aspetos da relação colaborador-cliente.

Por sua vez Ware, Snyder, Wright e Davies (1983), citado por Santos (2009), identificam algumas dimensões relativas à satisfação do cliente: características interpessoais (forma como os colaboradores interagem com os clientes); acessibilidade/conveniência (tempo de espera e facilidade em aceder aos serviços prestados no interior da organização); qualidade técnica dos serviços prestados (competência na execução dos serviços); eficácia/resultados dos serviços prestados (melhoria e manutenção do bem-estar biopsicossocial dos clientes; custo financeiro dos serviços; continuidade dos cuidados e dos serviços prestados; disponibilidade de recursos (médicos, enfermagem, sociais, psicológicos e colaboradores) e ambiente físico (equipamentos e ambientes bem sinalizados, acolhedores e confortáveis).

É de salientar que na generalidade todos os aspetos são importantes para se avaliar eficazmente o nível de satisfação do cliente. No entanto compete a cada organização, segundo Franco e Florentim (2006), tomar decisões sobre as preferências, mediante objetivos ou necessidades de informação.

Todos os fatores, anteriormente mencionados, interagindo entre si de diversas formas consoante as características de cada cliente das Unidades de Cuidados Continuados

Integrados (UCCI) geram um resultado de satisfação ou insatisfação, como pode ser observado na (Figura 1)



Figura 1 - Resultados em saúde que potenciam a satisfação do cliente
Marques (2010)

Kleinsorge e Koenig (1991) afirmam que as alterações significativas do estilo de vida dos clientes com destaque para deixar a habitação, o ambiente familiar e amigos pode prejudicar a satisfação individual com a vida.

Por sua vez, é evidenciado por Kroposki e Alexander (2006); Rosati, Marren, Davin e Morgan (2009) que a satisfação dos clientes aumenta quando os colaboradores atendem às necessidades dos clientes. Também os estudos de Cabana e Jee (2004); Saultz e Albedaiwi (2004) revelam existir associação entre a satisfação do cliente e a continuidade do cuidado/serviço.

O nível de satisfação relaciona-se com a qualidade do meio ambiente. É nos espaços onde colaboradores e clientes mantêm boas relações, bem como os clientes entre si que diminuem os níveis de conflitos e aumentam os níveis de satisfação (Croucher, Hicks & Jackson, 2006), ideia igualmente defendida por Galster e Hesser, (1991), citados por Adriaanse (2007) quando refere que são fatores que afetam os níveis de satisfação dos clientes, o tempo de permanência na organização, características físicas da organização, laços sociais e características sociodemográficas.

Para Kleinsorge e Koenig (1991) quanto maior for o tempo de permanência na organização menor é a satisfação do cliente relativamente aos colaboradores e às questões organizacionais.

Através da avaliação da satisfação dos clientes, na perspectiva de Sepúlveda (1998), é possível determinar que motivos refletem a satisfação ou insatisfação; as deficiências do sistema e a existência de problemas para se poderem corrigir e verificar se o objetivo da prestação de cuidados está a ser cumprido.

Linder-Pelz (citado por Franco & Florentim, 2006, p.22), refere que a satisfação dos clientes

é uma atitude individual que resulta de uma avaliação positiva de várias dimensões distintas de cuidados de saúde. Ela deve ser entendida dentro de um contexto no qual um conjunto de elementos pode ser mais ou menos satisfatório para o próprio utente.

Para Ferreira e Seco (1993) a satisfação dos clientes no que se refere ao estado de saúde e aos cuidados prestados pelas diferentes organizações de saúde tem diminuído. Esta diminuição pode ser justificada pelo facto de haver cada vez mais avanços na medicina, o que diminui a taxa de mortalidade e conseqüentemente o aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas.

Na literatura verifica-se a existência de elevados níveis de satisfação dos clientes (Esperdião & Trad, 2005).

Estes elevados níveis de satisfação podem dever-se à não compreensão do termo satisfação (Williams, Coyle & Hedy, 1998).

No que se refere à melhoria da prestação de cuidados de saúde é fundamental saber-se em que medida os serviços de saúde conseguem ir de encontro às necessidades dos clientes. Para isso é fundamental que se ouçam as opiniões dos clientes e se verifique se os cuidados prestados contribuem para a melhoria e resolução do estado de saúde, bem como para o aumento da qualidade de vida (Pisco, 2001).

Para Puccini e Cecílio (2004, p.1349) é através do conhecimento do nível de satisfação do cliente que as organizações analisam a sua atuação e corrigem possíveis deficiências. Desta forma, a satisfação possibilita

abrir a organização para o cidadão indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde.

Para Santos (2009) quando se faz uma correta avaliação da satisfação do cliente, esta acarreta benefícios que possibilitam a identificação das áreas dos serviços que requerem melhorias e otimização de gastos, tanto para os profissionais de saúde, gestores e organizações. Esta avaliação irá também permitir saber quais as melhores opções de melhoria da qualidade dos serviços, bem como avaliar a eficiência da organização indo de encontro à opinião do cliente (Fortuna, Amado, Mota, Lima & Pinto, 2001).

No entanto, para que se compreendam as fontes de satisfação/insatisfação do cliente é necessário que se tenha conhecimento das diferentes dimensões da satisfação, avaliando e interpretando-as separadamente para que se obtenham informações pertinentes e específicas (Pego, 1999).

Contudo, de acordo com Gomes (2008), para que o cliente esteja satisfeito com os cuidados de saúde é necessário que receba por parte dos profissionais de saúde, carinho, dedicação, atenção, compreensão, competência técnica, paciência e que estes zelem pela sua privacidade.

Os clientes formam diferentes opiniões no que concerne aos aspetos distintos dos serviços prestados nas organizações com as seguintes distinções cruciais: o aspeto técnico e o aspeto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira, Araújo-Soares & McIntyre, 2001).

Gasquet (2000) identifica quatro dimensões da satisfação: a satisfação global que abrange a visão do cliente sobre os cuidados recebidos; a estrutura, que geralmente abrange o tempo de espera pelos cuidados e aspetos administrativos, verificando-se que quanto maior for o custo financeiro dos cuidados para o cliente menor a satisfação e ao invés, melhores condições de acessibilidade e continuidade de cuidados conduzem a níveis mais elevados de satisfação; o processo, que abrange os procedimentos técnicos dos cuidados prestados aos clientes, geralmente os aspetos relacionais e por último a melhoria no estado de saúde estando esta associada a um nível superior de satisfação.

De acordo com Pego (1999) através da avaliação do cliente é possível identificar as áreas a serem trabalhadas pelos prestadores de cuidados a fim de se proceder a uma melhoria contínua.

A satisfação dos clientes é um indicador importante podendo refletir um conjunto de experiências institucionais, tais como: interações pessoais, ambientais, logísticas, intervenções técnicas, alimentação fornecida, entre outras (Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P., 2015).

2.3. Fatores intervenientes na satisfação do cliente

A satisfação surge “quando as características ou os atributos específicos que este espera que existam num determinado serviço, estejam efetivamente presentes. Se essas expectativas forem superadas acrescentam valor” (Marques, 2010, p.62).

Na perspetiva de Hesbeen

a prestação de cuidados com qualidade será fruto, sobretudo e por um lado, do desejo do prestador de cuidados reforçar, potenciar, dar criatividade aos recursos e aptidões pessoais, por outro lado, da procura de satisfação pelos resultados obtidos, ou pelo menos, pela sinceridade e pertinência das intervenções que impulsionaram a ação desenvolvida (2001, p.153).

Por sua vez, para Ribeiro (2008, p.84), “para promover a satisfação do cliente é fundamental direccionar as nossas intervenções às suas reais necessidades manifestadas e com o cliente defender todos os seus interesses e direitos”.

O estado civil, tempo de internamento, idade e o sexo são segundo Anjos (2010) variáveis subjacentes à satisfação do cliente.

Contudo, num estudo de Pereira, Araújo-Soares e McIntyre (2001) verificou-se que relativamente à variável estado civil, não se observaram diferenças significativas ao nível da satisfação dos clientes, constatando-se porém que os casados ou em união de facto apresentavam índices mais elevados de satisfação.

É premente que as organizações de saúde estudem a relação existente entre o tempo de internamento e os níveis de satisfação dos clientes (Martins, 2009).

No entanto para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2008) os níveis de satisfação dos clientes apresentam uma percentagem mais elevada em clientes internados em unidades de convalescença e uma percentagem mais reduzida em clientes internados em unidades de cuidados paliativos.

Outra variável relativa ao nível de satisfação do cliente é a escolaridade/habilitações literárias. Para Souza (1997) os clientes com menor escolaridade apresentam maiores níveis de satisfação no que se refere aos serviços prestados. Para Martins (2009), o nível

de satisfação dos clientes cuja escolaridade é o ensino secundário é superior ao dos clientes com ensino superior.

Já segundo Lopes (1999) são os clientes mais velhos comparando com os clientes mais novos, que normalmente tem uma atitude mais positiva relativamente aos cuidados prestados.

Quanto à variável idade, de acordo com Kurata, Nogawa, Philips, Hofman e werblun (1992) são os clientes mais velhos que tendem a avaliar os cuidados prestados de forma mais positiva. Já na variável sexo, segundo os mesmos autores não se evidencia qualquer variação.

Os clientes mais satisfeitos com os serviços que lhe são prestados, são aqueles que revelam um nível mais elevado de atitudes positivas, tendo estes uma melhor perceção das relações interpessoais com os profissionais de saúde, assim como, com a qualidade técnica (Pereira, Araújo-Soares e McIntyre, 2001).

É também referido por Hjortdahl e Laerum (1992) que os clientes que se sentem mais satisfeitos com a saúde, avaliam de uma forma mais positiva os cuidados prestados comparativamente com os clientes que não se sentem bem com os mesmos.

Hollanda, Siqueira, Andrade, Molinaro e Vaitsman (2012) referem que a baixa expectativa do cliente em relação ao serviço pode levar a uma maior satisfação, bem como a um elevado nível de exigência do cliente conduzir a uma menor satisfação com o serviço.

Para Hespanhol (2003):

a satisfação dos clientes consiste no modo como eles se apercebem dos serviços prestados e depende de duas ordens de fatores:

- as expectativas conscientes e as suas suposições inconscientes;
- os clientes apercebem-se de um determinado aspeto do serviço porque já tinham expectativas conscientes ou suposições inconscientes, que são ou não alcançadas quando experimentam o serviço;

- experiência com o serviço-muitas vezes os clientes não tomam consciência das suas expectativas ou suposições até experimentarem o serviço (p.69).

Dado os clientes serem mais exigentes com os serviços de saúde originou a que os fatores como comunicação/informação, qualidade das instalações e desempenho dos profissionais de saúde se tornem diferenciados e relacionados diretamente com o processo de satisfação (Xavier, 1999).

2.4. Importância da avaliação do nível de satisfação do cliente

A fim de garantir a qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde é fulcral que seja avaliado o nível de satisfação do cliente.

Na perspectiva de Costa (2007) menciona que o nível de satisfação “resulta da comparação entre aquilo que o cliente espera do serviço (expectativas) e a ideia com que fica após a entrega do mesmo (perceção)” (p.17).

De acordo com Marques (2010) é premente que as organizações de saúde destaquem um lugar cimeiro para o cliente na lista da organização.

Para Vavra (1996), citado por Sousa (2011) para que seja medida a satisfação dos clientes é necessário que se definam dois papéis principais: a recolha de informação e a comunicação com o cliente. A primeira permite o conhecimento das suas carências particulares devendo ser satisfeitas. A segunda permite a comunicação com o cliente e irá permitir compreender de que modo a organização vai corresponder às necessidades específicas do cliente.

Após realizada uma avaliação, através de questionários, aos clientes a organização poderá proceder à execução de medidas de correção dos serviços considerados menos satisfeitos pelos clientes. Para tal e de acordo com Marques (2010, p.61) “é importante mencionar ainda que os serviços podem ser mais ou menos

intangíveis, sendo um processo complexo, pois a qualidade destes não é apreciada sempre do mesmo modo”.

É também referido que a avaliação que é feita pelos clientes irá permitir analisar a resposta da comunidade relativamente à oferta de serviços possibilitando assim uma melhor adequação desses serviços, de acordo com as expectativas dos clientes (Kerber, Kirchof, Cezar-Vaz & Silveira, 2010).

Na perspectiva de Batista (2010) somente após medição do nível de satisfação do cliente é que a organização consegue saber se os serviços prestados são ou não de qualidade. Assim, seguidamente, serão descritos os diversos motivos que permitem medir a satisfação do cliente, aos quais se destacam: **a razão das suas escolhas** (a organização deverá perceber e ter em conta quais as necessidades que o cliente quer colmatar e quais serão as suas necessidades futuramente); **conhecer as suas perceções** (cada pessoa possui diferentes perceções, sendo deste modo fulcral que a organização identifique as perceções individuais de cada cliente); **as suas expectativas** (a organização deve conhecer as exigências e as precisões do cliente); **distância entre o cliente e a organização** (verificam-se diferenças entre o serviço que a organização pensa ter prestado e o que o cliente pensa ter recebido entre o que a organização pensa que o cliente quer e o que o cliente quer na realidade. Assim, é necessário encontrar as distâncias, entre os dois intervenientes conhecendo-as); **a aprendizagem por parte da organização** (consiste na compreensão por parte da organização da sua prestação naquele momento e saber para onde se deve dirigir futuramente).

Todas as organizações devem ter como objetivo a produção/fornecimento de um bem/serviço, aliada ao nível da satisfação do cliente. Torna-se assim premente a medição do nível de satisfação e a compreensão do que está a ser feito de forma a garantir a qualidade dos serviços e qual o próximo passo a ser dado a fim de aumentar a qualidade dos mesmos (Batista, 2010).

Em suma, é através da obtenção do nível de satisfação que a organização consegue saber qual o desempenho alcançado e permitido, podendo assim melhorar a qualidade dos serviços prestados, aumentando a satisfação do cliente (Batista, 2010).

2.5. Satisfação dos clientes em unidades de internamento

Em Portugal, foi criada a Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei n.º48/90, de 24 de agosto) a fim de reconhecer a opinião do cliente no que se refere aos serviços prestados nas organizações de saúde.

Desde o final da década de 70, do séc. XX, que a perceção da satisfação relativa aos cuidados de saúde prestados surge como desafio e prioridade para o conhecimento científico. Inicialmente o objetivo primordial baseou-se na melhoria de resultados clínicos, como a adesão dos clientes a tratamentos clínicos. Posteriormente o objetivo primordial foi expandido, passando os clientes a ter conhecimento e opinião relativamente aos cuidados e serviços de saúde prestados (Vaitsman & De Andrade, 2005).

Na perspetiva de Santos, Ramilho, Santos e Prieto (2012), os resultados obtidos da satisfação dos clientes despoletará sentimentos de felicidade quando se verificarem níveis de satisfação que correspondam ou excedam o desejado, ou pelo contrário, despoletará sentimentos de desapontamentos quando os cuidados de saúde prestados ficarem aquém do desejado.

Por norma quando o cliente detém menores expectativas, poderá vir a ter maiores níveis de satisfação no que se refere aos serviços, assim como, quando se verifica grande nível de exigência poderá vir a ter menores níveis de satisfação (Mendes, Mantovani & Gemito, 2013).

No que concerne à avaliação da qualidade, na perspetiva de Oliveira e Guirardello (2006), são os aspetos interpessoais entre os clientes e os profissionais de saúde, onde se destaca o carinho, atenção recebida, competência técnica e empatia os mais valorizados por estes quando se procede à sua avaliação.

Para Oliveira e Guirardello (2006) no que se refere ao processo de satisfação dos clientes as expectativas e o nível de satisfação poderão ser influenciados por anteriores experiências de cuidados recebidos em outra instituição de saúde, o que para o efeito é necessário que o cliente obtenha um conhecimento prévio

relativamente aos serviços, aos resultados obtidos, percepção do estado de saúde e de doença, suas características individuais, personalidade crenças e valores.

Quando nos referimos a clientes idosos estes padecem de cuidados e atenção redobrados, dado serem seres mais fragilizados.

Conclui-se assim, que a participação dos clientes no processo de avaliação dos cuidados de saúde, traga melhorias para os serviços, que sejam compreendidas as suas necessidades, para que assim lhes sejam dadas respostas eficientes a fim de melhorar a sua qualidade de vida (Mendes, Mantovani & Gemito, 2013).

2.6. Estado de Arte sobre a Satisfação dos clientes e colaboradores em unidades de internamento

No artigo de investigação sobre a avaliação das propriedades psicométricas da escala de satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem no hospital, dos autores Freitas, Pereira e Domingues (2016) é mencionado que os clientes valorizam as relações no que concerne ao cuidar mantidas entre profissionais de enfermagem e clientes/família, sendo porém premente que estes profissionais estabeleçam uma boa comunicação, transmitam informação e disponibilidade.

Por sua vez, no artigo de investigação referente à influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia os autores Dinis e Fronteira (2015) referem que a satisfação desses profissionais é essencial para o bom e eficaz funcionamento das organizações. Fatores como o stress; compromisso com a organização; depressão; coesão entre a equipa de Enfermagem; empoderamento estrutural; comportamentos dos cidadãos da organização; rotação no trabalho; papel associado ao stress; respeito; idade; anos de trabalho; características pessoais dos líderes; motivação; estilo de liderança; desenvolvimento profissional e relações interpessoais são fatores que se relacionam com a satisfação desses profissionais. Conclui-se também nesse estudo, que os profissionais de saúde do sexo feminino na sua globalidade revelam menos satisfação que os do sexo masculino.

O artigo de investigação referente à satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários os autores (Mendes, Mantovani & Gemito, 2013) fazem referência ao facto da satisfação dos clientes poder ocorrer quando as suas necessidades e expetativas se concretizam levando a perceções mais positivas e à obtenção dos resultados previstos. Os clientes obtêm maiores níveis de satisfação no que concerne ao atendimento recebido por parte dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros). Por sua vez, obtêm níveis inferiores de satisfação no que se refere aos serviços de limpeza, privacidade e confidencialidade. Alguns dos aspetos mencionados afetam de alguma forma a relação do cliente com os serviços e com os profissionais de saúde sendo o atendimento digno, a confidencialidade, a privacidade e o tempo de espera fatores a considerar. Desta forma a satisfação dos clientes é fundamental nas instituições, sendo para tal uma prioridade para as investigações a desenvolver nesta área, devendo ser uma aposta na qualidade e excelência dos cuidados, qualidade esta relacionada com a interação entre os profissionais de saúde e os clientes.

No estudo de investigação referente às Unidades Cuidados Continuados Longa Duração e Manutenção do Algarve: Perspetivas dos Profissionais, dos autores Duarte, Lapa, e Nunes (2013), é referido que a satisfação resulta da avaliação periódica que cada profissional faz do seu grau de realização, dos seus valores, necessidades, preferências e expetativas profissionais. No entanto, a satisfação individual desses profissionais não diz somente respeito ao trabalho realizado em condições materiais e psicológicas, mas sim, ao estatuto social, às expetativas pessoais quanto à carreira e ao desempenho atribuído pelas chefias e restantes colaboradores. Fatores como a situação de outros colaboradores no mesmo ou em outro ambiente de trabalho, a experiência e prestígio individual, associação profissional e organização sindical possuem um grande peso no nível de satisfação. Contudo, no que se refere às perspetivas dos profissionais das unidades referidas no estudo fatores como a motivação e desafio pela atividade foram considerados como uma oportunidade de prestação de apoio e reintegração domiciliária, à prestação de cuidados, proporcionando bem-estar ao idoso e família. No entanto, como fatores internos da motivação destacaram-se a motivação, possibilidade de inovar, variedade de tarefas e crescimento pessoal. Como fator de insatisfação profissional destacam-se a pouca variedade de oferta laboral, bem como a falta de preparação académica.

Por sua vez, para o estudo realizado sobre a satisfação profissional nas unidades de saúde familiar da região centro (Passadouro & Ferreira, 2016) a forma como o profissional de saúde percebe, julga, analisa os aspetos de trabalho marcam os seus níveis de satisfação. Desta forma, a satisfação/insatisfação profissional provoca efeitos na produtividade, no absentismo e na rotatividade dos colaboradores, estando associada a diversos fatores dos quais se destacam a saúde mental, a autoestima, a depressão e a perceção do estado físico de saúde.

Capítulo II
Investigação Empírica

2. Opções Metodológicas do Estudo

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

2.1. Tipo de Estudo

Na perspectiva de Fortin (1999) o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada, a descrição de variáveis ou grupos de sujeitos, as relações entre variáveis ou hipóteses de causalidade, sempre em concordância com os objetivos. A presente investigação é do tipo, descritivo, correlacional e transversal e de natureza quantitativa. Neste tipo de estudo o investigador tenta explorar, bem como determinar a existência de relações entre variáveis.

Adicionalmente, para o estudo optou-se o paradigma quantitativo. Coutinho (2011, p.24) define o método quantitativo, como um método que se foca “na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de em variáveis comportamentais e/ou sócio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo de investigação empírica”.

2.2. Desenho da Investigação

O desenho de investigação é o plano lógico concebido pela pessoa que investiga com a finalidade de obter respostas válidas às questões de investigação colocadas, bem como às hipóteses formuladas, sendo um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo. Este tem também como objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento que podem influenciar os resultados da investigação (Fortin, 1999).

O desenho da investigação encontra-se representado na Figura2.

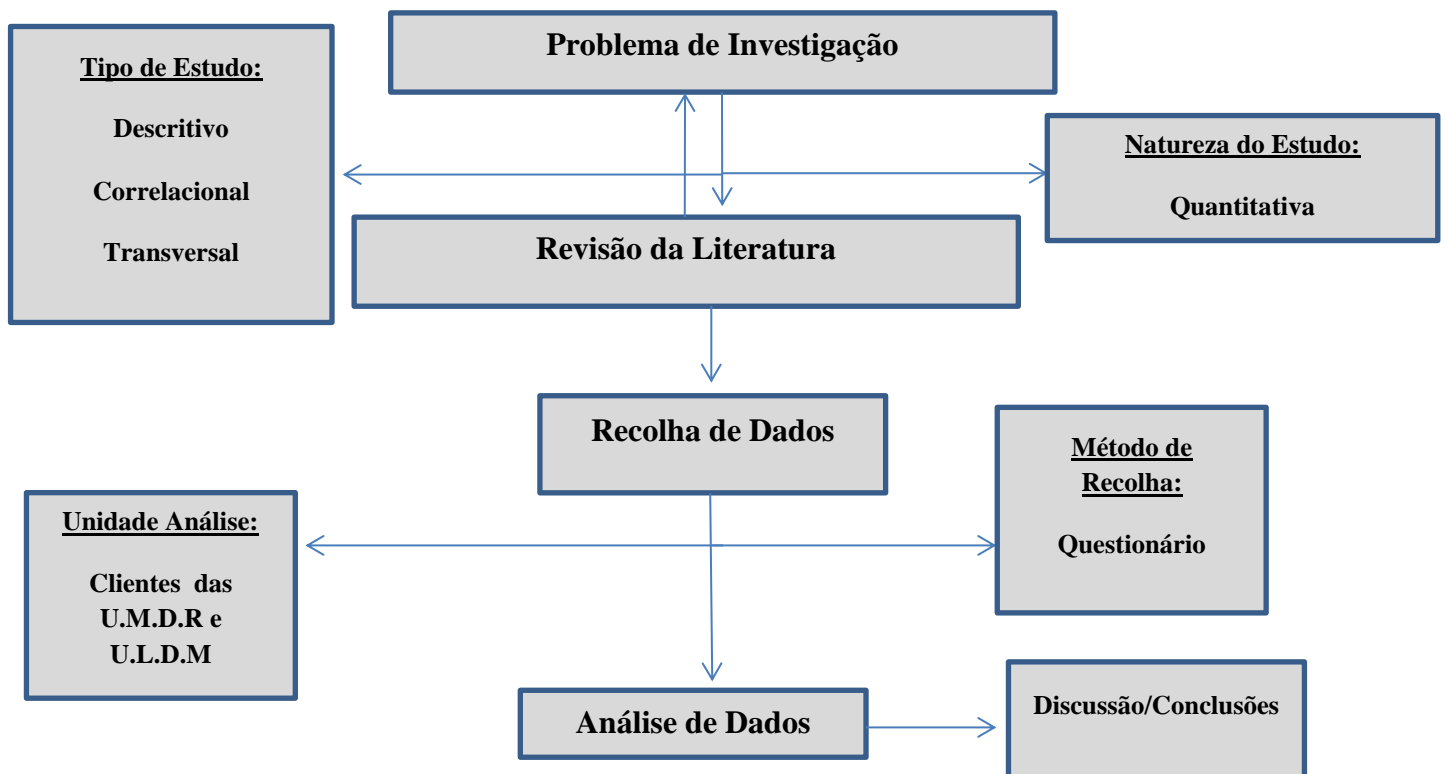


Fig2 – Desenho e Estrutura de Investigação

2.3. Objetivos da Investigação

Os objetivos de uma investigação designam o porquê da investigação. “ O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 1999, p.100).

A investigação no presente trabalho de projeto tem como objetivo geral: conhecer o nível de satisfação, o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados existentes no Distrito de Vila Real, bem como a relação entre as variáveis.

Tem como objetivos específicos:

- a) Conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e dos clientes das Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- b) Comparar o nível de satisfação dos clientes nas duas tipologias de internamento;
- c) Avaliar o nível de satisfação dos clientes internados;
- d) Analisar a relação entre o nível de satisfação total e as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- e) Analisar a relação entre o nível de satisfação total nas quatro dimensões da escala e a profissão, unidade e tempo de internamento, tipo de referenciação e resposta prevista pós-alta.

2.4. Hipóteses de Investigação

Propondo-se este trabalho de projeto conhecer o nível de satisfação, o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, existentes no Distrito de Vila Real e a sua relação com as variáveis, emergem as seguintes hipóteses, dado que em consonância com Moore (1983, citado por Coutinho, 2011, p.170) uma hipótese é um pressuposto no qual o sujeito que investiga faz “...acerca do que pensa serão os resultados do processo da sua investigação (...) tendo em conta a teoria, pesquisa anterior ou experiência pessoal”.

Um estudo pode abranger múltiplas hipóteses e estas influenciam o desenho de investigação, os métodos de colheita e análise dos dados e a interpretação dos resultados (Fortin, 1999). Desta forma, foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Existe associação entre o nível de satisfação dos clientes internados e as variáveis sociodemográficas: grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, residência, coabitação, recebe visitas e periodicidade de visitas.

H2: Existe associação entre o nível de satisfação dos clientes internados e as variáveis clínicas: tempo de internamento, tipo de referenciação, diagnóstico principal, resposta prevista pós-alta e expetativas pós-alta.

H3: Os níveis de satisfação dos clientes apresentam diferenças estatisticamente significativas no total da escala e em cada dimensão.

H4: Os níveis de satisfação dos clientes internados em UMDR são superiores aos níveis de satisfação dos clientes internados em ULDM.

H5: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da tipologia de internamento.

H6: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da profissão.

H7: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função do tempo de internamento.

H8: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função do tipo de referenciação.

H9: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da resposta prevista pós-alta.

2.5. Variáveis

Variáveis são conceitos operacionais e classificatórios, “visto em relação a um objeto de conhecimento teoricamente relevante, qualquer variável nele opera uma participação em classes de equivalência mais ou menos amplas” (Almeida & Pinto, 1995, p. 125).

Variáveis Independentes

A variável independente, também designada por variável experimental ou tratamento, define-se como *sendo* “a variável que o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar; pode ser uma situação, característica ou fenómeno que possa assumir pelo menos 2 níveis por forma a comparar grupos” (Coutinho, 2011).

As variáveis independentes deste estudo são: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, recebe visitas regularmente de familiares ou amigos, tempo de internamento, diagnóstico principal da referenciação, capacidade de resposta da organização, empatia com os colaboradores, fatores ambientais e estruturais, informação e envolvimento na decisão.

Variável Dependente

A variável dependente é definida como sendo “ (...) a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente” (Coutinho, 2011, p.69).

As variáveis dependentes desta investigação são o nível de satisfação dos clientes das unidades de média duração e Reabilitação e o nível de satisfação dos clientes das unidades de longa duração e manutenção.

2.6. População em Estudo

A população define-se pelo conjunto de “...elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Assim sendo, a população-alvo é composta por “...elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações” (Fortin, 1999, p.202). A população do presente estudo é constituída por todos os clientes internados em UMDR e ULDM do Distrito de Vila Real, num total de 190 clientes.

2.7. Amostra

Na perspetiva de Coutinho (2011) a amostra é “o conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população de onde foi extraída” (p.85). Por sua vez, Fortin (1999) considera que a amostra é constituída por sujeitos ou elementos que são retirados da população de forma voluntária, constituindo desta forma um subconjunto.

A amostra do estudo é constituída por 90 clientes internados em UMDR e ULDM (Tabela 2). É de referir que as Unidades de Alijó e Boticas não autorizaram a colheita de dados (Tabela 3).

Tabela 2: Amostra do Estudo

Unidades de Cuidados Continuados	Local	Ocupação das Unidades/Tipologias	Número de inquiridos
Média Duração e Reabilitação	Sabrosa	20	20
Média Duração e Reabilitação	Vila Real	27	17
Longa Duração e Manutenção	Peso da Régua	26	8
Longa Duração e Manutenção	Ribeira de Pena	17	5
Média Duração e Reabilitação	Murça	25	25
Longa Duração e Manutenção	Murça	20	15
Total		135	90

Tabela 3: Unidades que não autorizaram a colheita de dados

Unidades de Cuidados Continuados	Local	Ocupação das Unidades/Tipologias	Número de inquiridos
Longa Duração e Manutenção	Boticas	24	0
Média Duração e Reabilitação	Alijo	9	0
Longa Duração e Manutenção	Alijo	22	0
Total		55	0

Critérios de Inclusão

Clientes admitidos em regime de internamento nas UMDR ou ULDM, orientados no tempo e no espaço, com capacidade para compreender e responder às questões do formulário.

2.8. Instrumentos de Recolha de Dados

De acordo com Coutinho (2011) seja uma investigação de cariz qualitativo, quantitativo ou multi-metodológico inclui uma recolha de dados que deve ser efetuada pelo investigador de forma original, no qual se deve saber o que e como vão ser recolhidos os dados, os instrumentos a aplicar, bem como as questões fundamentais para que se obtenham resultados e conclusões científicas.

Para avaliar o nível de Satisfação bem como para conhecer o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das UMDR e ULDM existentes no Distrito de Vila Real foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: Questionário Sociodemográfico (Anexo 1) e uma Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (Anexo 1) adaptada da Escala de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos, dos autores Falcão, Pereira, Pimentel, Teixeira e Rodrigues (2015).

Foram retiradas da escala inicial de satisfação anteriormente mencionada (Anexo 5) cinco questões: 5, 6, 12, 13 e 17, ficando com 20 questões, dado as questões da escala inicial não se enquadrarem nas tipologias da RNCCI.

Questionário de Avaliação Sociodemográfica

O questionário de caracterização sociodemográfica é composto por catorze questões. Destas nove são de avaliação sociodemográfica e quatro referem-se a aspetos clínicos, como podemos verificar na seguinte tabela:

Tabela 4: Caracterização dos Clientes

Caraterização dos Clientes	
Questão	Variável
1	Idade
2	Sexo
3	Estado civil
4	Habilitações Literárias
5	Situação profissional que tinham ou tiveram antes da entrada na unidade
6	Residência
7	Com quem vive
8	Recebe regularmente visitas de familiares ou amigos
8.1	Se sim quantas vezes por semana
Caraterização do Estado Clínico dos Clientes	
9	Tempo de internamento
10	Tipo de referenciação
11	Diagnóstico principal da referenciação
12	Resposta prevista pós-alta

Escala de Satisfação

Para as 20 questões foi considerada uma escala tipo Likert de 5 pontos, desde o “Nada Satisfeito” (1) até ao “Totalmente Satisfeito” (5). Esta encontra-se dividida em 4 domínios: capacidade de resposta da organização (7 itens), empatia com os colaboradores (4 itens), fatores estruturais e ambientais (5 itens), informação e envolvimento na decisão (4 itens), como se pode constatar na tabela seguinte:

Tabela5: Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados e suas Dimensões

<u>Dimensão 1 – Capacidade de Resposta da Organização</u>
Q1 – Com a forma como a organização assegura a sua privacidade
Q2- Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de que necessita
Q3 – Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de higiene e imagem de que necessita
Q4 – Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais na instituição
Q5 – Com a forma como foi acolhido na unidade
Q7 – Com a forma como a organização assegura a qualidade das refeições
Q11 – Com a possibilidade de decorar o seu quarto aos seus gostos pessoais
Q13 – Com a satisfação no que diz respeito ao horário de visitas e tempo de duração
<u>Dimensão 2 – Empatia com os colaboradores</u>
Q12 – Com o resultado decorrente da intervenção dos profissionais de saúde face aos objetivos de internamento
Q15 – Competência dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio
Q16 – Disponibilidade dos colaboradores sempre que precise do seu apoio
<u>Dimensão 3 – Fatores Estruturais e Ambientais</u>
Q8 – Qualidade das instalações
Q9 – Adequação das instalações
Q10 – Asseio das instalações
Q14 – Apresentação e imagem dos colaboradores
Q17 – Com a satisfação no que respeita à distância da unidade onde foi colocado e a unidade pretendida
<u>Dimensão 5 – Informação e Envolvimento de Decisão</u>
Q6 – Com a forma como foi envolvido(a) nas decisões tomadas sobre o tratamento necessário para a sua saúde
Q18 – Com a forma como os colaboradores o motivam a participar nas atividades propostas.
Q19 – Com a sua participação na elaboração do seu plano individual
Q20 – Informação sobre as regras de funcionamento na instituição

2.9. Procedimentos Éticos

A ética , define-se como sendo a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, ou seja, “ (...) um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114).

Em primeiro lugar foi solicitada autorização aos dirigentes das unidades de cuidados continuados integrados. Após ter sido concedida autorização por parte das unidades (Anexo 3) deu-se início à recolha de dados que foi realizada pela investigadora no período de 03 de junho a 22 de setembro de 2016.

Foram explicados os objetivos da investigação bem como o procedimento de recolha de dados, garantido o anonimato e a confidencialidade. Depois de lido o consentimento informado pelo participante e esclarecidas todas as dúvidas foi assinado tanto pelo participante como pela investigadora (Anexo2).

2.10. Tratamento estatístico dos dados

Após a recolha da informação foi construída uma base de dados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0. Foram inseridos os dados e realizada a codificação das variáveis em análise. Seguidamente efetuou-se o procedimento estatístico dos mesmos através de análise descritiva (frequência absoluta e frequência relativa, medidas de localização central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foi utilizado o teste não paramétrico de Spearman, tendo em conta o reduzido tamanho da amostra e a não distribuição normal da variáveis, para avaliar o nível de satisfação total entre a dimensão 1 – capacidade de resposta da organização, dimensão 2 – empatia com os colaboradores, dimensão 3 – fatores estruturais e ambientais e a dimensão 5 – informação, envolvimento na decisão.

Para avaliar a relação entre o nível de satisfação total dos clientes internados e as variáveis sociodemográficas (sexo, residência e recebe visitas regularmente) foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para o grupo etário, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, com quem vivia, se tem visitas quantas vezes por semana foi utilizado o teste de Kruskal Wallis.

Por sua vez, para avaliar a relação entre o nível de satisfação total dos clientes internados com as variáveis clínicas (tempo de internamento e tipo de referenciação) foi utilizado o teste de Mann-Whitney para as variáveis diagnóstico principal de referenciação, resposta prevista pós-alta e expetativas pós-alta foi utilizado o teste de Kruskal Wallis.

A fim de verificar se a significância estatística entre os níveis de satisfação dos clientes internados em UMDR são superiores aos níveis de clientes internados em ULDM foi utilizado o teste t-Student.

O teste t de Student utilizando-se em amostras independentes comparando os valores médios de uma variável quantitativa em dois grupos, ou seja, aplicando-se sempre que se pretende comparar os meios da variável quantitativa em dois grupos diferentes.

O teste One-Way-Anova (análise de variância simples) permite comparar as pontuações das dimensões em três ou mais grupos independentes, tendo como objetivo avaliar o efeito de grupos K nos fatores variáveis dependentes.

Para testar a significância estatística entre os resultados da avaliação do nível de satisfação relativos à variável de caracterização unidade e relativos às variáveis clínicas tempo de internamento e tipo de referenciação em função das dimensões da escala foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Este teste é utilizado em duas amostras independentes como alternativa ao teste paramétrico comparando as médias de duas amostras independentes (teste t de student), quando este não é aplicável (violação do pressuposto de normalidade). Estas estatísticas de teste são baseadas nas posições das observações e não nos seus valores.

Por fim, para testar a significância estatística entre os resultados da avaliação do nível de satisfação relativos à variável clínica tipo de referenciação em função das dimensões da escala foi utilizado o teste de Kruskal Wallis. Este teste não paramétrico é utilizado na comparação de três ou mais amostras independentes, indicando-nos se há diferenças entre pelo menos duas amostras, utiliza valores numéricos transformados em pontos e agrupados num só conjunto de dados. A comparação dos grupos é realizada por meio da média dos postos (posto médio).

Capítulo III
Apresentação dos Resultados

3. Apresentação dos Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos na caracterização sociodemográfica, clínica e na escala de satisfação junto dos clientes internados nas UMDR e ULDM do Distrito de Vila Real.

Os resultados são apresentados tendo em consideração os objetivos definidos anteriormente e as hipóteses do estudo.

A amostra em estudo é constituída maioritariamente por clientes internados em UMDR (62; 68,9%), sendo o sexo predominante o feminino (50; 55,6%). Têm idades compreendidas entre 22 e 96 anos, sendo a idade média de 72,06 anos (com DP=13,98) e o estado civil predominante casada(o)/união de facto (44; 48,9%), conforme Tabela 6. Dos clientes inquiridos, no que respeita à situação profissional que tinham ou tiveram antes da entrada na unidade, são na maioria aposentados (43; 47,8%).

Na globalidade não sabem ler nem escrever ou têm o 1.º ciclo do ensino básico (69; 76,7%), residem no meio rural (68; 75,6%), vivem com o esposo(a)/companheiro(a) (43; 47,8%), todos recebem regularmente visitas de familiares ou amigos (90; 100%), metade semanalmente (45; 50,0%).

No que concerne ao tempo de internamento dos clientes da amostra estudada a maioria apresenta entre 30 a 90 dias (61; 67,8%) e a grande maioria através de referência hospitalar (69; 76,7%), tendo como diagnóstico principal as doenças cerebrovasculares (55; 61,1%).

O domicílio com suporte (64; 71, 9%) é a situação mais assinalada como resposta prevista pós-alta.

Já quanto às expectativas pós-alta apenas 47 clientes (52%) responderam a esta questão sendo a recuperação da capacidade funcional e o regresso ao domicílio/trabalho (38; 79,2%) a situação mais apontada.

Tabela 6: Caracterização sociodemográfica e clínica dos clientes da amostra (n=90)

		n	%	Média	DP
Caraterização Sociodemográfica					
Unidade	UMDR	62	68,9		
	ULDM	28	31,1		
Idade				72,06	13,98
Sexo	Feminino	50	55,6		
	Masculino	40	44,4		
Estado Civil	Solteiro	14	15,6		
	Casada(o)/União de fato	44	48,9		
	Divorciado(a)/Separado(a)	7	7,8		
	Viúvo(a)	25	27,8		
	Não sabe ler nem escrever/1.º Ciclo	69	76,7		
Habilitações Literárias	2.º e 3.º Ciclos Ensino	15	16,7		
	Secundário/Superior	6	6,7		
Profissão que tinha ou teve antes da entrada na unidade	Funcionários Públicos	4	4,4		
	Aposentados	43	47,8		
	Comerciantes	14	15,6		
	Doméstica/Trabalhador (a)	29	32,2		
	Agrícola				
Residência	Meio Rural	68	75,6		
	Meio Urbano	22	24,4		
Com quem vive	Sozinho(a)	18	20,0		
	Esposo (a)/Companheiro(a)	43	47,8		
	Filho(s)	15	16,7		
	Instituição de acolhimento	5	5,6		
	Outro	9	10,0		
Recebe regularmente visitas de familiares ou amigos	Sim	90	100		
	Não	0	0		

Se sim quantas vezes por semana	Diariamente	26	28,9
	Semanalmente	45	50,0
	Mensalmente	19	21,1
	Nunca	0	0
Caraterização Clínica			
Tempo de internamento	Até 30 dias	0	0
	Entre 30 e 90 dias	61	67,8
	Mais de 90 dias	29	32,2
Tipo de Referenciação	Hospital	69	76,7
	Centro de Saúde	21	23,3
	Outro	0	0
Diagnóstico Principal de Referenciação	Cerebrovasculares	55	61,1
	Osteoarticulares e Musculares	19	21,1
	Outros	16	17,8
Resposta Prevista Pós-Alta	Domicílio com suporte	64	71,9
	Domicílio sem suporte	0	0
	Lar/Equipamento Social/SADE	18	20,2
	Transferência (Mobilidade/ECCI)	3	3,4
	Outro	4	4,5
Expetativas Pós-Alta	Recuperação da capacidade funcional e regresso ao domicílio/trabalho	38	79,2
	Recuperação da capacidade funcional e regresso à ERPI/SAD	9	18,8

No que diz respeito às hipóteses:

H.1: Existe associação entre o nível de satisfação dos clientes internados e as variáveis sociodemográficas: grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, residência, coabitação, recebe visitas e periodicidade de visitas

Em relação à variável grupo etário de acordo com os valores expressos na tabela 7 verifica-se a não existência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,605$). Contudo, os clientes que possuem maiores níveis de satisfação são os do grupo etário 65-74 anos ($\bar{X} = 51,71$), seguidos do grupo etário <65 anos ($\bar{X} = 47,05$) e ≥ 85 anos ($\bar{X} = 42,50$). É no grupo etário 75-84 anos anos que se verifica menores níveis de satisfação.

No que concerne ao nível de satisfação em função da variável sexo verificou-se na amostra em estudo não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,445$) entre o nível de satisfação e a variável sexo, apesar de os clientes do sexo feminino apresentarem maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 47,38$) comparativamente com os clientes do sexo masculino ($\bar{X} = 43,15$).

No que se refere ao nível de satisfação em função do estado civil, de acordo com os valores apresentados, verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,371$), entre o nível de satisfação e a variável estado civil, todavia, os clientes solteiros são os que apresentam maior nível de satisfação ($\bar{X} = 54,00$), logo a seguir dos viúvos(as) ($\bar{X} = 47,00$), podendo-se também verificar que os clientes casados/união de facto nesta amostra apresentam maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 43,78$) que os divorciados(as)/separados(as) ($\bar{X} = 31,93$). Conclui-se, assim, que o estado civil não influencia o nível de satisfação dos clientes.

Em relação às habilitações literárias, de acordo com os valores expressos, verifica-se no presente estudo não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,699$) entre estas variáveis, contudo os detentores do Ensino Secundário/Superior ($\bar{X} = 53,33$) apresentam maiores níveis de satisfação, a seguir ao grupo de clientes detentores do 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico ($\bar{X} = 47,20$). Por sua vez, apresentam menores níveis de satisfação os clientes que não sabem ler nem escrever/ou 1.º Ciclo do Ensino Básico

($\bar{X} = 44,45$). Assim, quanto maior o grau acadêmico maior parece ser o nível de satisfação.

Em relação ao nível de satisfação em função da situação profissional verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,041$), sendo o grupo dos funcionários públicos o que apresenta maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 53,63$) com os aposentados ($\bar{X} = 52,38$) e os trabalhador(a) agrícola ($\bar{X} = 40,90$) a assumirem maiores níveis de satisfação. Consta-se que o grupo que apresenta menores níveis de satisfação é o dos comerciantes ($\bar{X} = 31,57$). Conclui-se, assim, que a situação profissional influencia o nível de satisfação dos clientes.

Em relação ao nível de satisfação em função da residência, segundo a pontuação expressa, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,126$) entre os clientes que residem em meio rural e os que residem em meio urbano, apesar destes últimos apresentarem níveis de satisfação maiores ($\bar{X} = 52,91$).

No que respeita à coabitação o grupo de clientes que expressa maiores níveis médios de satisfação é o dos clientes institucionalizados em instituições de acolhimento ($\bar{X} = 59,40$), seguido dos que vivem sozinho(a) ($\bar{X} = 49,22$). Os menos satisfeitos são os que coabitam com os filho(s) ($\bar{X} = 40,47$).

No que concerne às visitas, segundo a pontuação expressa, verifica-se que a totalidade da amostra em estudo recebe regularmente visitas de familiares ou amigos. Contudo, os clientes inquiridos que apresentam maiores níveis de satisfação são os que recebem visitas semanalmente ($\bar{X} = 49,52$), seguindo-se os que recebem visitas diariamente ($\bar{X} = 46,04$), constatando-se menores níveis de satisfação nos que recebem visitas mensalmente ($\bar{X} = 35,24$).

Tabela 7: Resultados da avaliação do nível de satisfação em função das variáveis de caracterização

		N	\bar{X}	p
Grupo Etário	<65anos	22	47,05	<i>0,605**</i>
	65-74anos	19	51,71	
	75-84anos	35	42,36	
	>=85anos	14	42,50	
Sexo	Feminino	50	47,38	<i>0,445*</i>
	Masculino	40	43,15	
Estado Civil	Solteiro(a)	14	54,00	<i>0,371**</i>
	Casada(o)/União de facto	44	43,78	
	Divorciado(a)/Separado(a)	7	33,93	
	Viúvo(a)	25	47,00	
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever/ou 1.ºCiclo do Ensino Básico	69	44,45	<i>0,699**</i>
	2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico	15	47,20	
	Ensino Secundário/Superior	6	53,33	
Situação Profissional	Funcionários Públicos	4	53,63	<i>0,041**</i>
	Aposentados	43	52,38	
	Comerciantes	14	31,57	
	Doméstica/Trabalhador(a) Agrícola	29	40,90	
Residência	Meio Rural	68	43,10	<i>0,126*</i>
	Meio Urbano	22	52,91	
Com quem vive	Sozinho(a)	18	49,22	<i>0,654**</i>
	Esposo(a)/Companheiro(a)	43	44,37	
	Filho(s)	15	40,47	
	Instituição de Acolhimento	5	59,40	
	Outro	9	44,11	
Se sim quantas vezes por semana	Diariamente	26	46,04	<i>0,134**</i>
	Semanalmente	45	49,52	
	Mensalmente	19	35,24	

*Teste Mann - Whitney, $p < 0,05$ significativo

**Teste Kruskal Wallis, $p < 0,05$ significativo

H.2: Existe associação entre o nível de satisfação dos clientes internados e as variáveis clínicas: tempo de internamento, tipo de referência, diagnóstico principal, resposta prevista pós-alta e expectativas pós-alta

Em relação ao nível de satisfação em função do tempo de internamento, neste estudo, de acordo com os valores expressos, na tabela 8, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$), com valores médios de satisfação superiores nos internamentos mais curtos entre 30 e 90 dias ($\bar{X} = 51,30$).

Já no que se refere ao nível de satisfação e o tipo de referência são clientes referenciados pelo hospital os que apresentam maior nível de satisfação ($\bar{X} = 46,61$), porém sem diferenças estatisticamente significativas.

Por sua vez, não se verificou haver diferenças estatisticamente significativas ($p=0,299$) entre os níveis de satisfação e o diagnóstico aquando do internamento. Os clientes com doenças osteoarticulares e musculares ($\bar{X} = 32,50$) apresentam maiores níveis médios de satisfação.

Quanto à relação do nível de satisfação em função da resposta prevista pós-alta, neste estudo, não se verificam existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,232$), entre os grupos, sendo os clientes que referiram como resposta prevista pós-alta a transferência ($\bar{X} = 61,83$) aqueles que obtiveram maiores níveis de satisfação, seguindo-se os que referiram o domicílio ($\bar{X} = 43,83$).

Por fim, no que se refere ao nível de satisfação em função das expectativas pós-alta são os clientes com expectativas de recuperação da capacidade funcional e regresso à ERPI/SAD os que possuem maiores níveis médios de satisfação ($\bar{X} = 25,28$), comparativamente com os que referem a recuperação da capacidade funcional e regresso ao domicílio/trabalho ($\bar{X} = 23,70$).

Constatou-se existirem diferenças estatisticamente significativas somente na variável clínica tempo de internamento.

Tabela 8: Resultados da avaliação do nível (\bar{X}) de satisfação em função das variáveis clínicas

		N	\bar{X}	p
Tempo de Internamento	Entre 30 e 90 dias	61	51,30	0,002*
	Mais de 90 dias	29	33,31	
Tipo de Referência	Hospital	69	46,51	0,504*
	Centro de Saúde	21	42,17	
Diagnóstico Principal da Referência	Cerebrovasculares	55	22,14	0,299**
	Osteoarticulares e musculares	19	32,50	
	Outros	16	28,40	
Resposta Prevista Pós-Alta	Domicílio com Suporte	66	43,83	0,232**
	Equipamento Social (ERPI/SAD)	17	36,92	
	Transferência (Mobilidade)	3	61,83	
	Outro	4	34,05	
Expetativas Pós-Alta	Recuperação da capacidade funcional e regresso ao domicílio/trabalho	39	23,70	0,756**
	Recuperação da capacidade funcional e regresso à ERPI/SAD	9	25,28	

*Teste, Mann – Whitney $p < 0,05$ significativo

**Teste, Kruskal Wallis $p < 0,05$ significativo

H3: Os níveis de satisfação dos clientes apresentam diferenças estatisticamente significativas no total da escala e em cada dimensão

Na tabela 9 pode verificar-se a existência de correlações altamente significativas nas quatro dimensões da escala de satisfação: capacidade de resposta da organização ($r=0,910$); $p < 0,001$), empatia com os colaboradores ($r=0,869$; $p < 0,001$), fatores estruturais e ambientais ($r=0,883$); $p < 0,001$), informação e envolvimento na decisão ($r=0,790$); $p < 0,001$). De salientar que as correlações em relação à capacidade de resposta da organização ($r=0,910$) e a satisfação com os fatores estruturais e ambientais ($r=0,883$) são as mais significativas.

Tabela 9: correlação da satisfação no total da escala e nas quatro dimensões

Capacidade de resposta da organização	Coeficiente de correlação	,910**
	Sig (bilateral)	,000
	N	90
Empatia com os colaboradores	Coeficiente de correlação	,869**
	Sig (bilateral)	,000
	N	90
Fatores estruturais e ambientais	Coeficiente de correlação	,883**
	Sig (bilateral)	,000
	N	90
Informação e envolvimento na decisão	Coeficiente de correlação	,790**
	Sig (bilateral)	,000
	N	90
Satisfação total	Coeficiente de correlação	1,000
	Sig (bilateral)	
	N	90

** A correlação é significativa no nível 0,001 (bilateral)
 Teste Spearman

H4: Os níveis de satisfação dos clientes internados em UMDR são superiores aos níveis de satisfação dos clientes internados em ULDM

Comparando os níveis de satisfação em função da unidade de internamento não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,115$) relativamente às duas tipologias (UMDR vs ULDM, conforme tabela 10). Contudo, o nível de satisfação é em média maior nas UMDR ($\bar{X} = 76,91$) do que nas ULDM ($\bar{X} = 70,35$).

Tabela 10: Nível médio (\bar{X}) de satisfação em função da tipologia de internamento

		\bar{X}	Estatística do teste	p
Unidade	UMDR	76,91	3,492	,115*
	ULDM	70,35		

*Teste t – Student, $p < 0,05$ significativo

H 5: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da tipologia de internamento

No que se refere ao nível de satisfação total em função da tipologia de internamento (unidade), segundo as várias dimensões da escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, de acordo com os valores expressos na tabela 11, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas em três das quatro dimensões, sendo estas a dimensão capacidade de resposta da organização ($p=0,006$), empatia com os colaboradores ($p=0,000$) e informação e envolvimento na decisão ($p=0,009$), sendo os clientes internados em UMDR os que possuem maiores níveis de satisfação total.

Tabela 11: Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da tipologia (unidade)

Dimensões	Unidade	N	Soma de Pontos	Estatística do Teste	p
Capacidade de Resposta da Organização	Média	62	50,54	-2,736	,006
	Longa	28	34,34		
Empatia com os Colaboradores	Média	62	52,07	-3,591	,000
	Longa	28	30,95		
Fatores Estruturais e Ambientais	Média	62	48,90	-1,860	,063
	Longa	28	37,96		
Informação e Envolvimento na Decisão	Média	62	50,27	-2,628	,009
	Longa	28	34,95		

Teste de Mann - Whitney

H6: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da profissão

No que concerne ao nível de satisfação total em função da profissão segundo as várias dimensões da escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, de acordo com os valores expressos na tabela 12, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas em duas de quatro dimensões, sendo estas a dimensão capacidade de resposta da organização ($p=0,018$) e fatores estruturais e ambientais ($p=0,018$).

No que se refere à dimensão capacidade de resposta da organização são os clientes cuja situação profissional se encontram aposentados os que possuem maior nível de satisfação total, porém no que concerne aos fatores estruturais e ambientais são os clientes funcionários públicos os que apresentam maior nível de satisfação total.

Tabela 12: Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da profissão

Dimensões	Profissão	N	Soma de Pontos	Estatística do Teste	p
Capacidade de Resposta da Organização	Funcionários Públicos	4	43,13	3	0,018
	Aposentados	43	53,84		
	Comerciantes	14	30,46		
	Trabalhador Agrícola	29	40,72		
Empatia com os Colaboradores	Funcionários Públicos	4	64,38	3	0,067
	Aposentados	43	49,10		
	Comerciantes	14	31,46		
	Trabalhador Agrícola	29	44,33		
Fatores Estruturais e Ambientais	Funcionários Públicos	4	54,38	3	0,018
	Aposentados	43	53,33		
	Comerciantes	14	31,86		
	Trabalhador Agrícola	29	39,26		
Informação e Envolvimento na Decisão	Funcionários Públicos	4	51,75	3	0,387
	Aposentados	43	49,47		
	Comerciantes	14	37,39		
	Trabalhador Agrícola	29	42,67		

Teste de Kruskal Wallis

H7: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função do tempo de internamento

No que diz respeito ao nível de satisfação total em função do tempo de internamento, segundo as várias dimensões da escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, de acordo com os valores expressos na tabela 13, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas em três de quatro dimensões, sendo estas a dimensão empatia com os colaboradores ($p=0,000$), capacidade de resposta da organização ($p=0,007$), informação e envolvimento na decisão ($p=0,007$), sendo o nível de satisfação total mais elevado nos clientes que se encontram internados entre 30 e 90 dias.

Tabela 13: Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função do tempo de internamento

Dimensões	Tempo de Internamento	N	Soma de Pontos	Estatística do Teste	p
Capacidade de Resposta da Organização	Entre 30 e 90 dias	61	50,61	-2,701	0,007
	Mais de 90 dias	29	34,76		
	Total	90			
Empatia com os Colaboradores	Entre 30 e 90 dias	61	52,07	-3,500	0,000
	Mais de 90 dias	29	31,67		
	Total	90			
Fatores Estruturais e Ambientais	Entre 30 e 90 dias	61	48,76	-1,738	0,082
	Mais de 90 dias	29	38,93		
	Total	90			
Informação e Envolvimento na Decisão	Entre 30 e 90 dias	61	51,30	-2,701	0,007
	Mais de 90 dias	29	33,31		
	Total	90			

Teste de Mann-Whitney

H8: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função do tipo de referênciação

Quanto ao nível de satisfação total em função do tipo de referênciação, segundo as várias dimensões da escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, de acordo com os valores expressos na tabela 14, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão empatia com os colaboradores ($p=0,031$), sendo os clientes referenciados pelo hospital aqueles que obtêm maior nível de satisfação nesta dimensão.

Este resultado pode ser justificado dado o fato dos clientes referenciados pelo hospital para as unidades de cuidados continuados integrados terem como objetivo a reabilitação para posterior regresso ao domicílio, trabalho ou Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

Tabela 14: Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função do tipo de referênciação

Dimensões	Tipo de Referênciação	N	Soma de Pontos	Estatística do Teste	p
Capacidade de Resposta da Organização	Hospital	69	46,28	-,513	0,608
	Centro de Saúde	21	42,95		
	Total	90			
Empatia com os Colaboradores	Hospital	69	48,73	-2,151	0,031
	Centro de Saúde	21	34,88		
	Total	90			
Fatores Estruturais Ambientais	Hospital	69	45,07	-2,89	0,772
	Centro de Saúde	21	46,93		
	Total	90			
Informação e Envolvimento na Decisão	Hospital	69	45,30	-1,36	0,504
	Centro de Saúde	21	46,17		
	Total	90			

Teste de Mann-Whitney

H9: Existe relação entre o nível de satisfação total dos clientes nas diferentes dimensões da escala em função da resposta prevista pós-alta

Relativamente ao nível de satisfação total em função da resposta prevista pós-alta, segundo as várias dimensões da escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, de acordo com os valores expressos na tabela 15, verifica-se existirem diferenças estatisticamente significativas na dimensão fatores estruturais e ambientais ($p=0,020$), sendo os clientes cuja resposta prevista pós-alta é a transferência (mobilidade) os que possuem maior nível de satisfação.

Tabela 15: Níveis de satisfação total nas diferentes dimensões da escala em função da resposta prevista pós-alta

Dimensões	Resposta Prevista Pós-Alta	N	Soma de Pontos	Estatística do Teste	p
Capacidade de Resposta da Organização	Domicílio com suporte	66	47,62	3	0,226
	Equipamento Social/ERPI/SAD	17	41,12		
	Transferência (Mobilidade)	3	54,17		
	Outro	4	22,63		
	Total	90			
Empatia com os Colaboradores	Domicílio com suporte	66	46,94	3	0,297
	Equipamento Social/ERPI/SAD	17	40,94		
	Transferência (Mobilidade)	3	62,17		
	Outro	4	28,63		
	Total	90			
Fatores Estruturais e Ambientais	Domicílio com suporte	66	47,55	3	0,020
	Equipamento Social/ERPI/SAD	17	39,18		
	Transferência (Mobilidade)	3	73,83		
	Outro	4	17,25		
	Total	90			
Informação e Envolvimento na Decisão	Domicílio com suporte	66	46,15	3	0,369
	Equipamento Social/ERPI/SAD	17	42,97		
	Transferência (Mobilidade)	3	64,67		
	Outro	4	31,13		
	Total	90			

Teste de Kruskal Wallis

Capítulo IV
Discussão dos Resultados

4. Discussão dos Resultados

Finda a apresentação dos resultados obtidos, ao longo deste capítulo pretende-se elaborar uma breve resenha crítica dos principais resultados confrontando-os com estudos já publicados, com um intuito de dar resposta aos objetivos propostos no presente estudo, bem como das hipóteses formuladas.

A amostra do estudo foi composta por 90 clientes, dos quais 62 em situação de internamento em UMDR e 28 em situação de internamento em ULDM. Identifica-se uma média de idades dos clientes da amostra referenciados para ambas as tipologias de 72 anos, sendo a mínima 22 anos e a máxima 96 anos. Estes resultados vão de encontro ao estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (2013) sobre a Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde, onde se verificou que os clientes das unidades de cuidados continuados integrados são uma população envelhecida, sendo a média de idades de 74,9 anos.

É também verificado um predomínio de clientes do sexo feminino (n=50), correspondente a uma percentagem de 55,6%, concordante com a literatura de diferentes estudos de entre os quais o estudo da Administração Central do Sistema de Saúde I.P (2015) e o da Entidade Reguladora da Saúde (2013). Resultados comprovados pelo presente estudo. Tratando-se de uma população envelhecida e devido ao facto da esperança média de vida ser consideravelmente superior para o sexo feminino e se verificar uma “predominância de mulheres idosas face a homens idosos” a distribuição do presente estudo acompanha a distribuição da população Portuguesa (Imaginário, 2004, p.112).

No que concerne ao estado civil o mais representativo com 48,9% é casado/união de facto. Estes resultados vão de encontro a diferentes estudos já publicados (Relatório Semestral de Monitorização do Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2008; RNCCI, 2010; Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados 2009; Anjos, 2010; Entidade Reguladora da Saúde, 2013).

Desta forma é de salientar que ambos os estudos possuem aproximadamente 50,0% da amostra de clientes casados/união de facto. No entanto, comparando os quatro estudos referidos anteriormente verifica-se que existe um ligeiro aumento na referenciação de clientes divorciados e uma diminuição de clientes solteiros.

Segundo o nível de habilitações literárias os clientes do estudo têm baixos níveis de escolarização, 76,7% não sabem ler nem escrever/1.º Ciclo. O estudo da RNCCI (2014) apresenta idênticos resultados, tal como o da Administração Central do Sistema de Saúde de IP (2016). Martins (2009) observa algumas diferenças salientando os clientes com ensino secundário e superior.

No que se refere à situação profissional que tinham ou tiveram antes da entrada na unidade 47,8% dos clientes da mostra são aposentados, o que vai de encontro ao estudo realizado pela Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P (2015) cuja situação profissional principal são reformados, sendo estes 61,4% da amostra total do estudo.

Quanto ao local de residência maioritariamente são oriundos do meio rural (75,6%) pelo facto do estudo ter sido realizado numa região predominantemente rural.

Uma parte considerável da amostra em análise (75,6%) reside com o esposo(a)/companheiro(a). Este resultado vai de encontro ao estudo realizado pela RNCCI (2014) e estudo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016). Em ambos é referido que 71% da amostra reside com a família.

No que se refere às visitas 100% da amostra recebe visitas, 50,0% com periodicidade semanalmente.

Quanto à variável tempo de internamento verificou-se que não há internamentos até 30 dias, 67,8% têm internamentos até 90 dias e 32,2% mais de 90 dias. Estes resultados não vão de encontro aos do estudo da RNCCI (2010). De referir que nas sete unidades onde foram recolhidos estes dados nenhuma possui unidade de convalescença ou seja unidade onde os clientes estão internados até 30 dias o que poderá ajudar a explicar esta informação.

A maioria da admissão de clientes nas unidades de cuidados continuados integrados do presente estudo têm origem nos hospitais (76,7%). Este resultado vai de encontro ao do estudo de Anjos (2010) e estudo da RNCCI (2014). O mesmo verificou-se no estudo mais recente realizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016) onde 63% dos clientes inquiridos foram referenciados pelo hospital.

O principal diagnóstico de referência, 61,1% são as doenças cerebrovasculares, o que vai de encontro ao referido no estudo da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2016) sobre a Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2015.

Um dos princípios da RNCCI pressupõe que seja garantida a continuidade dos cuidados para que desta forma os clientes internados não venham a obter nota de alta sem planeamento e respostas às suas necessidades. Na nossa amostra 71,9% dos clientes inquiridos pensa regressar ao domicílio com suporte. Este resultado é concordante com a literatura de diferentes estudos de entre os quais o da RNCCI de 2014 e de 2015 e o da Administração central do sistema de saúde, IP (2016).

No que se refere às expectativas 79,2% dos clientes referem a recuperação da capacidade funcional e o regresso ao domicílio/trabalho.

Após se ter avaliado o nível de satisfação pode verificar-se a existência de correlações altamente significativas nas quatro dimensões da escala: capacidade de resposta da organização ($r=0,910$); $p<0,001$), empatia com os colaboradores ($r=0,869$; $p<0,001$), fatores estruturais e ambientais ($r=0,883$); $p<0,001$), informação e envolvimento na decisão ($r=0,790$); $p<0,001$). Salienta-se que as correlações da capacidade de resposta da organização ($r=0,910$) e a satisfação com os fatores estruturais e ambientais ($r=0,883$) são as mais significativas.

No que respeita às relações entre as variáveis sociodemográficas e a avaliação do nível de satisfação, quanto ao grupo etário não se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,605$). Os clientes com maiores níveis de satisfação são os que se encontram no grupo etário 65-74 anos ($\bar{X} = 51,71$).

No que concerne ao nível de satisfação em função da variável sexo não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,445$), apesar dos clientes do sexo feminino apresentarem maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 47,38$). No estudo realizado por Pedro, Ferreira e Mendes (2010) verificou-se que o sexo influencia significativamente a satisfação, com o feminino mais insatisfeito, o que não está de acordo com o presente estudo.

No que se refere ao nível de satisfação em função do estado civil não se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,371$). Todavia, são os clientes

solteiros os que apresentam maior nível de satisfação ($\bar{X} = 54,00$). Estes resultados não vão de encontro aos obtidos por Silva (2015).

Em relação às habilitações literárias verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,699$), contudo, os detentores do Ensino Secundário/ Superior ($\bar{X} = 53,33$) apresentam maiores níveis de satisfação. Este resultado bem de encontro com o do estudo de Sabala (2012) uma vez que são os clientes com o ensino secundário/superior os que apresentam maior satisfação global. Sitzia e Wood (1997) argumentam que quanto maior o nível de escolaridade maior a insatisfação dos clientes relativamente aos serviços de saúde.

Em relação ao nível de satisfação em função da situação profissional verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,041$), sendo os funcionários públicos os que apresentam maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 53,63$).

No que concerne ao nível de satisfação em função da residência não se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,126$) entre os clientes que residem em meio rural e os que residem em meio urbano, apesar destes apresentarem maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 52,91$). Estes resultados corroboram os obtidos no estudo de Sabala (2012) onde se verificou que os clientes que residem em meio urbano apresentam maior satisfação global, podendo-se inferir que globalmente se encontram mais satisfeitos com o internamento.

No que respeita à coabitação os clientes que expressam maiores níveis médios de satisfação são os institucionalizados em instituições de acolhimento ($\bar{X} = 59,40$). Na perspetiva de Krause (2001, citado por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2006) ter suporte social é um aspeto fundamental para que se verifique um envelhecimento com sucesso.

Quanto às visitas, verificou-se que a totalidade da amostra em estudo recebe regularmente visitas de familiares ou amigos.

Contudo, os clientes que apresentam maiores níveis de satisfação são os que recebem visitas semanalmente ($\bar{X} = 49,52$). Silva (2015) chegou a idêntica conclusão. Na perspetiva de Pinto (2009) apesar da periodicidade das visitas serem regulares são geralmente rápidas e pontuais. No presente estudo aquando da recolha de dados os inquiridos referiram que gostariam de estar mais tempo com os familiares e amigos, embora compreendessem que a vida e por vezes os quilómetros de distância a que se

encontravam da unidade não lhes permitiam fazê-lo. Por sua vez, Leite (2011) menciona que a maioria dos clientes recebe visitas de familiares, sendo que visitas de amigos somente um pequeno número as recebe.

Em suma, no que respeita às relações entre as variáveis sociodemográficas e a avaliação do nível de satisfação apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas na variável situação profissional que tinham ou tiveram antes da entrada na unidade.

Nas variáveis clínicas pode constatar-se que o nível de satisfação em função do tempo de internamento revelou diferenças estatisticamente significativas ($p=0,002$), com valores médios de satisfação superiores nos internamentos mais curtos entre 30 e 90 dias ($\bar{X} = 51,30$). Também no estudo de Kleinsorge e Koenig (1991) foi evidenciado que quanto maior o tempo de permanência na organização/instituição menor o nível de satisfação perante os colaboradores e as questões organizacionais. Igualmente, Adriaanse (2007) refere que o tempo de internamento na organização/ instituição afeta os níveis de satisfação do cliente. Já para Almeida (2011) o tempo de permanência na organização/instituição afeta a independência do cliente.

No que concerne ao nível de satisfação em função do tipo de referenciação são os clientes referenciados pelo hospital os que apresentam maiores níveis de satisfação ($\bar{X} = 46,51$), porém sem diferenças estatisticamente significativas.

Este resultado pode ser justificado dado o facto dos clientes referenciados pelo hospital para as unidades de cuidados continuados integrados terem como objetivo a reabilitação para posterior regresso ao domicílio, trabalho ou Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).

Por sua vez, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,299$) entre os níveis de satisfação e o diagnóstico aquando do internamento. Porém são os clientes com doenças osteoarticulares e musculares ($\bar{X} = 32,50$) os que apresentam maiores níveis médios de satisfação. No estudo realizado por Falcão (2015) as doenças diagnosticadas mais associadas aos idosos de uma estrutura residencial foram os problemas cardíacos.

Quanto ao nível de satisfação em função da resposta prevista pós-alta não se verificaram existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,232$), sendo os clientes que referiram a transferência ($\bar{X} = 61,83$) aqueles que obtiveram maiores níveis de satisfação.

Por fim, no que se refere ao nível de satisfação em função das expectativas pós-alta são os clientes com expectativas de recuperação da capacidade funcional e regresso à ERPI/SAD os de maiores níveis médios de satisfação ($\bar{X} = 25,28$)

Conclui-se, assim, que apenas existem diferenças estatisticamente significativas na variável clínica tempo de internamento.

No que se refere ao nível de satisfação quanto à unidade de internamento não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,115$) relativamente às duas tipologias (UMDR vs ULDM), contudo, o nível de satisfação é em média maior nas UMDR ($\bar{X} = 76,91$) do que nas ULDM ($\bar{X} = 70,35$).

Após a análise da relação entre o nível de satisfação total nas quatro dimensões da escala em função da tipologia de internamento verificou-se significado estatístico na dimensão capacidade de resposta da organização ($p=0,006$), empatia com os colaboradores ($p=0,000$), informação e envolvimento na decisão ($p=0,009$); na variável profissão constatou-se significado estatístico em duas de quatro dimensões: a capacidade de resposta da organização ($p=0,018$) e fatores estruturais e ambientais ($p=0,018$); em função do tempo de internamento constatou-se significado estatístico em três das quatro dimensões da escala: empatia com os colaboradores ($p=0,000$), capacidade de resposta da organização ($p=0,007$) e informação e envolvimento na decisão ($p=0,007$); no tipo de referenciação verificou-se significado estatístico apenas na dimensão empatia com os colaboradores ($p=0,031$) e na resposta prevista pós-alta verificou-se apenas significado estatístico na dimensão fatores estruturais e ambientais ($p=0,020$). Mediante a análise efetuada, verificou-se que a dimensão Empatia com os Colaboradores é a que influência mais e de forma altamente significativa os níveis de satisfação dos clientes ($p=0,000$).

Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões

Relativamente aos níveis de satisfação dos clientes internados em unidades de cuidados continuados integrados, no presente momento, poucos são os estudos publicados e conhecidos nesta área.

No que concerne aos instrumentos de recolha de dados para avaliar os níveis de satisfação dos clientes existem inúmeros, não se verificando consenso na utilização de apenas um dificultando desta forma a comparação de resultados. No presente estudo foi adaptada a escala de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, o que recomendaríamos a utilização da mesma para futuras investigações nesta área.

Após a análise dos dados e de acordo com os objetivos e hipóteses estabelecidas para o presente estudo os resultados permitiram reunir as conclusões que passaremos a enumerar:

Os clientes detêm como perfil sociodemográfico idades compreendidas entre 22 e 96 anos, sendo a média de idades de 72 anos, com predomínio do sexo feminino e com baixas habilitações literárias, ou seja, 76,7% não sabem ler nem escrever/ou têm o 1.º ciclo do ensino básico, residentes em meio rural, a coabitar com o esposo(a)/companheiro(a) e aposentados.

Como perfil clínico, um tempo de internamento entre 30 a 90 dias, cuja referenciação provém maioritariamente do hospital, prevalecendo o diagnóstico de doenças cerebrovasculares, como resposta prevista pós-alta o domicílio com suporte e como expectativas pós-alta a recuperação da capacidade funcional e regresso ao domicílio/trabalho.

Constatou-se que os níveis de satisfação apresentam diferenças estatisticamente significativas nas seguintes dimensões da escala: capacidade de resposta da organização e fatores estruturais e ambientais.

Das relações entre o nível de satisfação e as variáveis sociodemográficas conclui-se que somente se verificaram existirem diferenças estatisticamente significativas na variável situação profissional.

Entre o nível de satisfação e as variáveis clínicas apenas se verificaram existirem diferenças estatisticamente significativas na variável clínica tempo de internamento.

Verificou-se que os níveis de satisfação dos clientes internados em UMDR são superiores aos níveis de satisfação dos clientes internados em ULDM.

Comprovou-se após se analisar a relação entre o nível de satisfação nas quatro dimensões da escala em função da tipologia de internamento pela existência de significado estatístico na dimensão capacidade de resposta da organização ($p=0,006$), empatia com os colaboradores ($p=0,000$) e informação e envolvimento na decisão ($p=0,009$); em função da profissão existe significado estatístico em duas de quatro dimensões, sendo estas a dimensão capacidade de resposta da organização ($p=0,018$) e fatores estruturais e ambientais ($p=0,018$); em função do tempo de internamento constatou-se significado estatístico em três de quatro dimensões, na dimensão empatia com os colaboradores ($p=0,000$), capacidade de resposta da organização ($p=0,007$) e informação e envolvimento na decisão ($p=0,007$); em função do tipo de referenciação, verificou-se existir significado estatístico apenas na dimensão empatia com os colaboradores ($p=0,031$) e por fim em função da resposta prevista pós-alta verificou-se apenas existir significado estatístico na dimensão fatores estruturais e ambientais ($p=0,020$). Mediante a análise efetuada, verificou-se que a dimensão Empatia com os Colaboradores é a que influência mais e de forma altamente significativa os níveis de satisfação dos clientes ($p=0,000$).

Algumas das limitações verificadas ao longo da execução do trabalho de projeto foram o facto dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados inquiridos possuírem diagnósticos que dificultam obter uma maior amostra, alguma dificuldade na compreensão de algumas questões dado a população da amostra ser maioritariamente iletrada.

Salienta-se ainda, o facto da literatura existente referente à satisfação dos clientes da RNCCI ser ainda escassa o que tornou a tarefa da investigação a quando da revisão bibliográfica do trabalho de projeto mais dificultada.

Como sugestões para posteriores investigações sugerimos a replicação do estudo, aplicando o questionário sociodemográfico e a escala de satisfação dos clientes das

unidades de cuidados continuados integrados por nós utilizados para verificar se os resultados obtidos neste trabalho de projeto vão ou não de encontro com os resultados de outras unidades da RNCCI.

Pode-se concluir, que de modo geral, o presente estudo permitiu, essencialmente perceber quais os níveis de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados do Distrito de Vila Real.

Referências Bibliográficas

- Adriaanse, C.C.M. (2007). Measuring residential satisfaction: A residential environmental satisfaction scale (RESS). *Journal of Housing and the Built Environ Springer*, 22, 287-304. doi:10.1007/s10901-007-9082-9;
- Administração Central do Sistema de Saúde (2016). Cuidados de Saúde Continuados. Acedido Setembro 05, 2016, em: <http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/OndeEstamos/tabid/1152/language/pt-PT/Default.aspx>;
- Administração Central do Sistema de Saúde IP (2016). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2015. Acedido Outubro 26, 2016 em: http://www.acss.minsaude.pt/wpcontent/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RI_Semestre-2015.pdf;
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (2015). Satisfação dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo em 2014. Évora. Acedido Novembro 27, 2016, em: <http://www.arsalentejo.minsaude.pt/arsalentejo/novidades/Documents/Satisfa%C3%A7%C3%A3o+Utentes+RNCCI+Alentejo+2014+Relatorio.pdf>;
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2016). Ocupação das unidades/tipologias. Acedido Setembro 05, 2016, em: <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Ficheiros/RNCCI>;
- Almeida, J.F., & Pinto, J.M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. (5.ª edição) Lisboa: Editorial Presença;
- Almeida, M.L.C.M.S. (2011). *Ansiedade, Depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de mestrado publicada, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Psicologia, Lisboa. Acedido Fevereiro 02, 2017, em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1696>;
- Andersson, G., & Karlberg, I. (2000). Integrated care for elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *International Journal of Integrated Care*, 1, 1-10. Acedido Maio 08, 2016 em <http://www.ijic.org/>;

- Anjos, T.J.P. (2010). *A Satisfação dos Profissionais de Saúde vs a Satisfação dos Utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. Dissertação de mestrado publicada, Universidade da Beira Interior, Guarda. doi: <http://hdl.handle.net/10400.6/2910>;
- Batista, R. (2010). *Qualidade percebida pelos utentes das IPSS de Oliveira do Hospital*. Dissertação de mestrado não publicada, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial-Universidade de Aveiro, Aveiro Acedido Setembro 03, 2016, em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:ria.ua.pt:10773/5180>;
- Branco, N. M. F. (2010). *Cuidados continuados integrados: estudo de um caso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade Técnica de Lisboa, Portugal. doi: <http://hdl.handle.net/10400.5/2978>;
- Cabana, M.D., & Jee, S.H. (2004). Does continuity of care im-prove patient outcomes? *J Fam Pract*, 53 (12), 974-980. Acedido Agosto 05, 2016, em: http://www.hpm.org/Downloads/Bellagio/Articles/Continuity/Cabana_MD_-_2004_-_Does_continuity_of_care_improve_patient_outcomes.pdf;
- Coimbra, V.C.C., Kantorski, L.P, Oliveira, M.M., Pereira, D.B., Nunes, C.K., & Eslabão, A.D. (2011). Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 45 (5), 1150-1156. Acedido Janeiro 09, 2017, em: WWW:URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500017&lng=pt&nrm=iso;
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina;
- Croucher, K., Hicks, L., & Jackson, K. (2006). Housing with care for later life. A literature review. *New York: University of York*. Acedido Outubro 09, 2016, em: <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/9781859354384.pdf>;
- Costa, M.P.P. (2007). *A qualidade profissional do recém-licenciado em gerontologia*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido Novembro 12, 2016, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3361/1/2008001304.pdf>;
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho de 2006. Diário da Republica nº 109 - 1ª Série. Ministérios da Saúde e do Trabalho e Segurança Social. Lisboa;

- Decreto-Lei nº 48/90*, de 24 de agosto. Diário da República, 195. I Série. Lei de Bases da Saúde. Lisboa;
- Despacho n.º7968/2011 de 2 de Junho de 2011. Diário da República n.º107-II Série. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa;
- Detzel, D. H., & Desatnick, R. L. (1995). *Gerenciar bem é manter o cliente*. São Paulo: Pioneira;
- Dinis, L.I.C., & Fronteira, I. (2015). A influência da rotação no trabalho na satisfação profissional dos enfermeiros num serviço de cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (5), 17-26. Acedido Setembro 27, 2016, em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08740283201500200003;
- Duarte, A., Lapa, F., & Nunes, C. (2013). Unidades de Cuidados Continuados Longa Duração e Manutenção do Algarve: perspetivas do profissionais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 14 (2), 266-271. Acedido Fevereiro 07, 2017, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v14n2/v14n2a02.pdf>;
- Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Avaliação do Processo dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. Porto. Acedido Dezembro 03, 2016 em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/144/Relatorio_Cuidados_Continuados.pdf;
- Esperidião, M.A., & Trad, L. A. B. (2005). Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (sup), 303-312. Acedido Novembro 01, 2016, em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63009931.pdf>;
- Falcão, A.R.S. (2015). O Gerontólogo como Gestor em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo Comparativo. Dissertação de mestrado publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. doi: <http://hdl.handle.net/10348/6331>;
- Falcão, A., Pereira, F., Pimentel, H., Teixeira, C & Rodrigues, V. (2015). *Escala de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos*. In Livro de Resumos, XXVII Congresso Internacional de Gerontología y Geriatria de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria, Facultad de Ciências, Ourense.
- Ferreira, P. L., & Seco, O. M. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*,

(37),159-172. Acedido Outubro 15, 2016,em:<http://hdl.handle.net/10316/11604>;

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência;

Fortuna, A.M., Amado, J., Mota, C., Lima, M.R., & 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 (2), 55-80. Acedido Dezembro 12, 2016,em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-06-2001.pdf>;

Franco, M. J. B., & Florentim, R. J. Dos S. (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 (1), 21-35. Acedido Novembro 03, 2016 em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf>;

Freitas, M. J. B. S., Parreira, P. M. D., & Domingues, J. P. M. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (10),9-17. Acedido Setembro 10, 2016, em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>;

Gasquet, M. (2000). Satisfaction des patients et performance hospitalière. Acedido Novembro 30, 2016,em: <http://www.atmedica.com/article>;

Gomes, C. F. P. (2008). *Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente*. Tese de Licenciatura-Universidade Fernando Pessoa, Ponte Lima. doi: <http://hdl.handle.net/10284/1084>;

Guedes, S.C. (2009). *Relação entre qualidade de vida no trabalho e indicadores de satisfação profissional*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa. Acedido Setembro 09, 2016, em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/875>;

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Camarate: Lusociência;

Hespanhol, A. A. O. P. (2003). *Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João*. Dissertação de mestrado em Gestão e

Economia da Saúde, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto, Porto.
doi: <http://hdl.handle.net/10216/9741>;

- Hjortdahl, P., & Laerum, E. (1992). Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ*, (304), 1287-1290. Acedido Dezembro 17, 2016, em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1881840/>;
- Hollanda, E., Siqueira, S.A.V., Andrade, G.R.B., Molinaro, A., & Vaitsman, J. (2012). Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (12), 3343-3353. Acedido Outubro 03, 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/19.pdf>;
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau;
- Kerber, N.P.C., Kirchof, A.L.C., Cezar-Vaz, M.R., & Silveira, R.S. (2010). Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: Aproximações teórico-práticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (5), 1013-1019. Acedido Novembro 10, 2016, em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_24.pdf;
- Kroposki, M., & Alexander, J.W. (2006). Correlation among client satisfaction, nursing perception of out-comes, and organizational variables. *Home Healthcare Nurse*, 24 (2), 87-94. doi:10.1097/00004045-200602000-00006;
- Kleinsorge, I.K., & Koenig H.F. (1991). The silent customers: Measuring customer satisfaction in nursing homes. *J Health Care Mark*, 11 (4), 2-13. Acedido Agosto 16, 2016, em: http://www.researchgate.net/publication/51352184_The_silent_customers_measuring_customer_satisfaction_in_nursing_homes;
- Kurata, J. H., Nogawa, A. N., Phillips, D. M., Hofman, S., & Werblun, M. N. (1992). Patient and provider satisfaction with medical care. *The Journal of Family Practice*, 35 (2), 176-179;
- Leite, M.A.G. (2011). *Gestão da qualidade de vida e da dependência em idosos institucionalizados nas organizações do terceiro setor*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido Dezembro 17, 2016, em: http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/3203/1/msc_magleite.pdf;
- Lopes, F. P. (1999). A voz dos doentes. Satisfação com a Medicina Geral e Familiar. Questionário Europep. laed., Lisboa: Direcção Geral da Saúde;

- Lourenço, B.M.M. (2008). *A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais-Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido Julho 08, 2016, em: <http://hdl.handle.net/10284/1070>;
- Marques, T.P.S. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente: Serviço de colheitas de sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido Dezembro 06, 2016, em: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/1416>;
- Martins, J. C. A. (2009). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTIC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. *Revista Referencia*, II série, (9), .41-49;
- Mendes, F., Mantovani, M. F., & Gemito, M.L. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*. III (9), 17-25. Acedido Agosto 09, 2016, em :<http://dx.doi.org/10.12707/RIII1281>;
- Oliveira, A., & Guirardello, E. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 40(1), 71-77. Acedido Janeiro 04, 2017, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100010;
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martín, I., & Amado, J. (2006). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. In Paúl, M.C., & Fonseca, A.M. (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores;
- Passadouro, R., & Ferreira, P.L. (2016). Satisfação Profissional nas Unidades de Saúde Familiar da Região Centro. *Revista Científica da Ordem dos Médicos: Ata Médica Portuguesa*. 29 (11), 716-725. Acedido Agosto 08, 2016, em: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7380>;
- Pedro, S., Ferreira, P., & Mendes, J. (2010) Aplicação de métodos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. *Revista Encontros Científicos*. (6), 175-189. Acedido Janeiro 10, 2017, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ec/n6/n6a16.pdf>;

- Pego, Z. M. S. C. M. (1999). *Qualidade dos Serviços de Urgência: a perspectiva dos utentes*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra, Coimbra;
- Pereira, M.G., Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e as atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 69-80. Acedido Junho 20, 2016, em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a05.pdf>;
- Pimentel, H., & Silva, M. (2017). Inclusão Social dos Idosos. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (2.^a ed., pp. 219-230). Viseu: Psicossoma;
- Pinto, H.G.C. (2009). *Satisfação de idosos institucionalizados em lar lucrativo e idosos a usufruírem da prestação informal de apoio domiciliário: Uma abordagem comparativa*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Economia da Universidade do Porto, Porto. Acedido Novembro 15, 2016, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56140/2/Modelo.pdf>;
- Pisco, L. (2001). Qualidade na prestação de cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, (3),7-8;
- Puccini, P. T., & Cecilio, L. C. (2004). A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Caderno Saúde Pública*, 20 (5), 1342-1353. Acedido Novembro 22, 2016, em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>;
- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (2008). Relatório semestral de monitorização do desenvolvimento da rede nacional de cuidados continuados integrados em 2008. 1º semestre. Acedido Setembro 25, 2016, em: www.portaldasaude.pt/.../relatorio_semestral_rncci_2008.pdf;
- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (2010). Relatório de Monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados em 2009. Acedido Janeiro 02, 2017 em: http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Anual_RNCCI_2009FINAL29032010A.pdf
- Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (2014). Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2013. Acedido Janeiro 25, 2017 em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Monitorizacao-da-RNCCI-2013-Relatorio-Anual_fevereiro-2014_FINAL.pdf;

- Reis, F. I. P. R. S. (2014). *Plano individual de intervenção: proposta para uniformização nas Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de mestrado, Escola da Ciência e Tecnologias da Saúde - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Portugal;
- Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados (2007). Lisboa. Acedido Agosto 16, 2016, em <http://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/relatorio-final-rncci-2007-parte1.pdf>;
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de São João, Porto;
- Ribeiro, N. M. (2008). *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*. Trabalho de Investigação; Curso de pós-graduação em urgência e emergência hospitalar-Universidade Atlântica, Funchal;
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda;
- Rosati, R.J., Marren, J.M., Davin, D.M., & Morgan, C.J. (2009). The linkage between employee and patient satisfaction in home healthcare. *Journal for Healthcare Quality*, 31 (2), 44-53. Acedido Setembro 29, 2016, em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1945-1474.2009.00018.x/pdf>;
- Sabala, I.F.L. (2012). *A satisfação dos utentes idosos nos cuidados continuados no Algarve*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Comunicação e Escola Superior de Saúde, Algarve. doi: <http://hdl.handle.net/10400.1/5760>;
- Santos, A., Ramalhinho, G., Santos, G., Santos., & R., Prieto, R. (2012). Satisfação do utente internado: Um estudo empírico. *Revista Sinais Vitais*. (101), 43-50;
- Santos, G.M.M. (2009). *Satisfação e qualidade: A visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória*. Dissertação de mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido Outubro 22, 2016, em: https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmmsantos.pdf;

- Saultz, J.W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: A critical review. *Ann Fam Med*, 2 (5), 444-451. doi: 10.1370/afm.9;
- Sakellarides, C. (2003). Prefácio. In *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Lisboa: Instituto do Consumidor;
- Sepúlveda, M. R. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/ obstetrícia e de cirurgia geral na SãVida. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, (4), 33-55;
- Silva, E.R. (2015). Satisfação de Colaboradores e Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos. Dissertação de mestrado publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. doi: <http://hdl.handle.net/10348/6329>;
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Elsevier*. 45 (12), 1829-1843. Acedido Julho 14, 2016, em: https://www.researchgate.net/publication/13782344_Patient_satisfaction_A_review_of_issues_and_concepts;
- Sousa, F.J.S.F. (2011). *Satisfação de clientes: O caso de uma empresa industrial*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Acedido Maio 21, 2016, em: https://eg.sib.uc.pt/bitstream/10316/16192/2/Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Clientes_O%20Caso%20de%20Uma%20Empresa%20Industrial.pdf;
- Souza, E. M. (1997). *A satisfação dos idosos com os serviços de saúde: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, Distrito Federal*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, Brasília;
- Tavares, H. M. C. V. (2008). Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar- Universidade do Porto: Portugal. doi: <http://hdl.handle.net/10216/7172>;
- Tavares, J.P.A., & Silva, A.L. (2010). Barreiras e soluções nos cuidados continuados a pessoas idosas: percepções de Enfermeiros (as). *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, 1, 17-28. Acedido Maio 02, 2016, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn1/serIIIn1a03.pdf>;

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009). Política e estratégia da qualidade. Lisboa. Acedido 02 Dezembro, 2016 em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Politica-e-Estrategia-da-Qualidade-Marco-2009.pdf>;
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa. Acedido Junho 10, 2016, em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI;
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). Modelo de Referenciação de Utentes. Diretiva Técnica n.º3. Lisboa. Acedido Maio 11, 2016, em <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contra-tualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Documenta%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica>;
- Vaitsman, J., & De Andrade, G. (2005). Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 10(3),599-613;
- Ware, J.E., Snyder, M.K., Wright, W.R., & Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*. Ann Arbor. 6: 247-263;
- Willams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med*, (47), 1351-1359;
- Xavier, F. M. T. (1999). *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

ANEXOS

ANEXO 1

Instrumentos de Recolha de Dados

Mestrado em Cuidados Continuados

“Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real

Este questionário contém perguntas que ajudarão a compreender o seu grau de satisfação com esta instituição.

Demore o tempo que entender de forma a responder completamente às perguntas colocadas.

A Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados foi adaptada da Escala de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos, apresentada no XXVII Congresso Internacional de Gerontología y Geriatria de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatria, da Facultad de Ciências, dos autores Falcão, Pereira, Pimentel, Teixeira e Rodrigues, 2015.

Não escreva o seu nome neste questionário. Todas as perguntas são confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Adriana Morais Monteiro, Bragança 2016

I Parte:
Questionário Sociodemográfico

Unidade	
a) Média Duração e Reabilitação	
b) Longa Duração e Manutenção	

1. Idade	
-----------------	--

2. Sexo	
a)Feminino	
b)Masculino	

3. Estado Civil	
a) Solteiro (a)	
b) Casada (o)/União de Facto	
c) Divorciado (a)/Separado(a)	
d) Viúvo (a)	

4. Habilitações Literárias	
a) Não sabe ler, nem escrever	
b) 1.ºCiclo do Ensino Básico Incompleto e Completo	
c) 2.º Ciclo do Ensino Básico	
d) 3.ºCiclo do Ensino Básico	
e) Ensino Secundário Incompleto e Completo	
f) Ensino Superior	

5. Situação Profissional que tinha ou tem antes da entrada na unidade	
--	--

6. Residência	
a) Meio Rural	
b) Meio Urbano	

7. Com quem vive	
a) Sozinho(a)	
b) Esposo(a) / Companheiro (a)	
c) Filho(s)	
d) Instituição de acolhimento	

e) Outro	
----------	--

8. Recebe regularmente visitas de familiares ou amigos	
a) Sim	
b) Não	

8.1. Se sim quantas vezes por semana	
a) Diariamente	
b) Semanalmente	
c) Mensalmente	
d) Nunca	

9. Tempo de Internamento	
a) Até 30 dias	
b) Entre 30 e 90 dias	
c) Mais de 90 dias	

10. Tipo de Referenciação	
a) Hospital	
b) Centro de Saúde	
c) Outro	

11. Diagnóstico Principal da Referenciação	
---	--

12. Resposta Prevista Pós – Alta	
a) Domicílio com suporte	
b) Domicílio sem suporte	
c) Equipamento Social/ERPI/SAD	
d) Transferência (Mobilidade/ECCI)	
e) Outro	

13. Expetativas Pós-Alta	
---------------------------------	--

14. Tem alguma apreciação a fazer sobre a unidade de internamento em que se encontra?

II Parte

Escala de Satisfação dos Clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Assinale com uma cruz o nº que estiver mais de acordo com a satisfação sentida relativamente aos itens referidos, de acordo com a seguinte escala:

	Itens	Nível de Satisfação				
		Nada Satisfeito 1	Pouco Satisfeito 2	Satisfeito 3	Muito Satisfeito 4	Totalmente Satisfeito 5
1	Com a forma como a organização assegura a sua privacidade.					
2	Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de que necessita.					
3	Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de higiene e imagem de que necessita.					
4	Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais na instituição.					
5	Com a forma como foi acolhido na unidade.					
6	Com a forma como foi envolvido(a) nas decisões tomadas sobre o tratamento necessário para a sua saúde.					
7	Com a forma como a organização assegura a qualidade das suas refeições.					
8	Qualidade das instalações.					
9	Adequação das instalações.					
10	Asseio das instalações.					
11	Com a possibilidade de decorar o seu quarto aos seus gostos pessoais.					
12	Com o resultado decorrente da intervenção dos profissionais de saúde, face aos objetivos de internamento.					
13	Com a satisfação no que diz respeito ao horário de visitas e tempo de duração.					
14	Apresentação e imagem dos colaboradores.					
15	Competência dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.					
16	Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.					
17	Com a satisfação no que respeita à distância da unidade onde foi colocado e a unidade pretendida.					
18	Com a forma como os colaboradores o motivam a participar nas atividades propostas.					
19	Com a sua participação na elaboração do plano individual.					
20	Informação sobre as regras de funcionamento na instituição.					

ANEXO 2
Consentimento Informado

Consentimento Informado para a Participação na Investigação

Exmo. (a) Sr. (a)

Eu, Adriana Morais Monteiro, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, atualmente a terminar o segundo ano do mestrado de cuidados continuados, venho por este meio solicitar a sua autorização para a participação no trabalho de projeto que estou a desenvolver, subordinado ao tema “Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real”, orientado pela Professora Doutora Helena Pimentel.

O presente projeto consiste na aplicação de um questionário sociodemográfico, e escala de avaliação de satisfação dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados, tendo como objetivo geral conhecer o nível de satisfação, o perfil sociodemográfico e clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados existentes no Distrito de Vila Real, bem como a relação entre as variáveis.

Apenas lhe será pedido que responda a um questionário sociodemográfico e à escala de avaliação de satisfação, que posteriormente irá ser alvo de análise estatística anónima contendo apenas questões referentes ao tema em estudo.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participam nesta investigação, assim como, para os que não participam. Só será aplicado o questionário e escala se o seu consentimento for dado. Cada participante mantém a liberdade de cessar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar no projeto, sem que isso traga qualquer prejuízo à continuidade do mesmo.

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

Com os melhores cumprimentos e atenciosamente ao seu dispor,

A Mestranda _____

(Adriana Morais Monteiro)

Eu, _____, declaro que, após convenientemente esclarecido pela investigadora, aceito participar no presente projeto “**Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real**” de livre vontade.

_____, _____ de _____ de 2016,

(Assinatura do Participante)

ANEXO 3
Pedido de Autorização para Realização do Trabalho de Projeto

Ex.mo(a) Sr(a) Provedor(a)

Instituição: _____

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Adriana Morais Monteiro, venho por este meio solicitar a V. Ex^a a autorização para a aplicação de um questionário aos clientes internados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da vossa Instituição, contendo: caracterização sociodemográfica e o questionário de avaliação do grau de satisfação dos clientes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento do meu Trabalho de Projeto de Mestrado, intitulado “Nível de Satisfação, Perfil Sociodemográfico e Clínico dos clientes das unidades de cuidados continuados integrados de Vila Real” cuja orientação está ao encargo da Professora Doutora Helena Pimentel.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Desde já, agradeço a atenção disponibilizada de V. Ex^a e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário, aguardando contato de agendamento de um dia para me dirigir à vossa instituição, através dos seguintes contatos:

E-mail: adrianamonteirinho@gmail.com // Tlm:937442585 ou 276511056

Juntamente envio em anexos os instrumentos de recolha de dados bem como o consentimento informado.

Aceito colaborar com este trabalho

O Provedor da Instituição _____

Grata pela sua colaboração

Com os melhores cumprimentos,

A mestrande _____

(Adriana Morais Monteiro)

ANEXO 4

Autorização das Unidades para Realização do Trabalho de Projeto

Ex.mo(a) Sr(a) Provedor(a)

Instituição: SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PESO DA RÉGUA –
Unidade de Cuidados Continuados Carlos Cardoso dos Cantos

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Adriana Morais Monteiro, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para a aplicação de um questionário aos utentes internados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da vossa Instituição, contendo: caracterização sociodemográfica e o questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento do meu Trabalho de Projeto de Mestrado, intitulado "Perfil Sociodemográfico e Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Vila Real", cuja orientação está ao encargo da Professora Doutora Helena Pimentel e da Professora Mestre Manuela Serrano.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Desde já, agradeço a atenção disponibilizada de V. Ex.^a e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário, aguardando contato de agendamento de um dia para me dirigir à vossa instituição, através dos seguintes contatos:

E-mail: adrianamonteirinho@gmail.com // Tlm:937442585 ou 276511056

Juntamente envio em anexos os instrumentos de recolha de dados bem como o consentimento informado.

Aceito colaborar com este trabalho

A Diretora Técnica da UCCI: *Ana Freaga*

Grata pela sua colaboração
Com os melhores cumprimentos,

A mestrande _____

(Adriana Morais Monteiro)



Exma. Senhora:

Adriana Moraes Monteiro

Vossa Ref.º:

Data Vossa Com.:

Nossa ref.º:191/2016

Data: 02-05-2016

Assunto: *Autorização de recolha de dados UCCL da Santa Casa da Misericórdia de Murça.*

Exma. Sr.ª Dr.ª Adriana Moraes Monteiro, serve o presente, para autorizar a recolha de dados relativa ao questionário que pretende aplicar na Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Murça, no âmbito do Projeto de estrado em Cuidados Continuados.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Técnico da UCCL,


Marcelo José Medeiros da Cruz

Na sequência, indicar os dados sempre deste documento.

Ex.mo(a) Sr(a) Provedor(a)
Santa Casa da Misericórdia de Sabrosa

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Adriana Morais Monteiro, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a aplicação de um questionário aos utentes internados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da vossa instituição, contendo: caracterização sociodemográfica e o questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes da Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento do meu Trabalho de Projeto de Mestrado, intitulado "Perfil Sociodemográfico e Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Vila Real", cuja orientação está no encargo da Professora Doutora Helena Pimentel e da Professora Mestre Manuela Serrano.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Desde já, agradeço a atenção disponibilizada de V. Ex.ª e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário, aguardando contato de agendamento de um dia para me dirigir à vossa instituição, através dos seguintes contatos:

E-mail: adrianamonteirinho@gmail.com // Tlm:937442585 ou 276511056

Juntamente envio em anexos os instrumentos de recolha de dados bem como o consentimento informado.

Accito colaborar com este trabalho

Pelo O Provedor da Instituição  

Grata pela sua colaboração

Com os melhores cumprimentos,

A mestrande _____

(Adriana Morais Monteiro)

Ex.mo(a) Sr(a) Provedor(a)
Santa Casa da Misericórdia de Ribeira de Pena

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Adriana Morais Monteiro, venho por este meio solicitar a V. Ex^a a autorização para a aplicação de um questionário aos utentes internados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da vossa Instituição, contendo: caracterização sociodemográfica e o questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes da Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento do meu Trabalho de Projeto de Mestrado, intitulado “Perfil Sociodemográfico e Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Vila Real”, cuja orientação está ao encargo da Professora Doutora Helena Pimentel e da Professora Mestre Manuela Serrano.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Desde já, agradeço a atenção disponibilizada de V. Ex^a e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário, aguardando contato de agendamento de um dia para me dirigir à vossa instituição, através dos seguintes contatos:

E-mail: adrianamonteirinho@gmail.com // Tlm:937442585 ou 276511056

Juntamente envio em anexos os instrumentos de recolha de dados bem como o consentimento informado.

Aceito colaborar com este trabalho

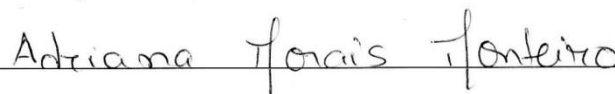
O Provedor da Instituição



Grata pela sua colaboração

Com os melhores cumprimentos,

A mestranda



(Adriana Morais Monteiro)

018.04/2012
[Handwritten signature]

Ex.mo(a) Sr(a) Provedor(a)
Santa Casa da Misericórdia de Vila Real

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança, eu, Adriana Morais Monteiro, venho por este meio solicitar a V. Ex^a a autorização para a aplicação de um questionário aos utentes internados da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da vossa Instituição, contendo: caracterização sociodemográfica e o questionário de avaliação do grau de satisfação dos utentes da Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Estes instrumentos de avaliação têm como objetivo recolher dados para o desenvolvimento do meu Trabalho de Projeto de Mestrado, intitulado "Perfil Sociodemográfico e Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados Integrados do Distrito de Vila Real", cuja orientação está ao encargo da Professora Doutora Helena Pimentel e da Professora Mestre Manuela Serrano.

De referir que é garantido todo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Desde já, agradeço a atenção disponibilizada de V. Ex^a e colaboração que possa dispensar para a realização deste estudo. Encontro-me disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessário, aguardando contato de agendamento de um dia para me dirigir à vossa instituição, através dos seguintes contatos:

E-mail: adrianamonteirinho@gmail.com // Tlm:937442585 ou 276511056

Juntamente envio em anexos os instrumentos de recolha de dados bem como o consentimento informado.

Aceito colaborar com este trabalho

O Provedor da Instituição José Paquim Dias Gomes

Grata pela sua colaboração

Com os melhores cumprimentos,

A mestrande Adriana Morais Monteiro

(Adriana Morais Monteiro)

ANEXO 5

Escala Inicial de Satisfação dos Clientes de Estruturas Residenciais para Idosos

	Itens	Nível de Satisfação						
		Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito	Não sabe	Não aplicável
1	Com a forma como a organização assegura a sua privacidade.							
2	Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de que necessita.							
3	Com a forma como a organização assegura os cuidados de saúde de higiene e imagem de que necessita.							
4	Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais na instituição.							
5	Com a forma como a organização o ajuda nas suas atividades pessoais fora da instituição.							
6	Com a forma como a organização o ajuda nos seus encontros com pessoas exteriores à instituição.							
7	Com a forma como a organização assegura a qualidade das refeições.							
8	Qualidade das instalações							
9	Adequação das instalações.							
10	Asseio das instalações.							
11	Com a possibilidade de decorar o seu quarto aos seus gostos pessoais.							
12	Disponibilidade de transportes para as suas atividades pessoais.							
13	Adequação dos transportes para as suas atividades pessoais.							
14	Apresentação e imagem dos colaboradores.							
15	Competência dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio.							
16	Disponibilidade dos colaboradores sempre que precise dos seu apoio.							
17	Adequação das atividades ocupacionais aos seus interesses e necessidades.							
18	Com a forma como os colaboradores o motivam a participar nas atividades ocupacionais.							
19	Com a sua participação na elaboração do seu plano individual.							
20	Informação sobre as regras de funcionamento na instituição.							