



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTÃO DOS CUIDADOS EM CONTEXTO INSTITUCIONAL:  
SATISFAÇÃO E FELICIDADE EM IDOSOS DO CONCELHO DE SANTA  
MARTA DE PENAGUIÃO**

**André Manuel da Silva**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de  
Saúde

Orientada por

**Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão**

**Professora Doutora Paula Odete Fernandes**

Bragança, julho de 2019.



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)**  
**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**GESTÃO DOS CUIDADOS EM CONTEXTO INSTITUCIONAL:  
SATISFAÇÃO E FELICIDADE EM IDOSOS DO CONCELHO DE SANTA  
MARTA DE PENAGUIÃO**

**André Manuel da Silva**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do  
Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de  
Saúde

Orientada por:

**Professora Doutora Ana Maria Nunes Português Galvão**

**Professora Doutora Paula Odete Fernandes**

Bragança, julho de 2019.

## Resumo

A satisfação e a felicidade são determinantes para o modo como o indivíduo envelhece. O processo de Institucionalização do idoso é uma realidade cada vez mais vincada na sociedade acarretando consigo diversas consequências. Numa fase marcada pela mudança torna-se fundamental avaliar a satisfação perante os cuidados prestados e o nível de afetividade com a própria vida, assim, objetivou-se analisar a satisfação e a felicidade de idosos institucionalizados.

Realizou-se um estudo de caráter exploratório, descritivo e inferencial, numa amostra constituída por 61 idosos institucionalizados em quatro Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, do concelho de Santa Marta de Penaguião. Aplicou-se um inquérito por questionário com o objetivo de recolher dados de contexto Sociodemográficos, Situacional, Familiar e Clínicos. Para avaliar o nível de Satisfação e Felicidade foram utilizadas as seguintes escalas: Escala da Felicidade de *Oxford* (Hills & Argyle, 2002) e a Escala de Avaliação da Satisfação em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas desenvolvido pelo Instituto da Segurança Social (Segurança Social, 2011).

Concluiu-se que a maioria da amostra é do sexo feminino (75.4%), a faixa etária predominante situa-se entre os 85 e 89 anos (29.5%) são provenientes de aldeia (77%) e viúvos (65.6%) sem nunca terem frequentado a escola (54.1%). Relativamente ao tipo de reforma, os idosos recebem pensões por limite de idade e pensão do cônjuge (31.1%) e pensão do cônjuge e invalidez (31.1%) sendo que a maioria (62.3%) recebe mensalmente um valor entre 251 a 500 euros e encontram-se satisfeitos com esse valor (57.4%). De modo geral, os resultados obtidos através das escalas utilizadas permitem concluir que os participantes, maioritariamente, encontram-se satisfeitos e felizes com a institucionalização.

**Palavras-chave:** Institucionalização; Idoso; Satisfação; Felicidade; Bem-Estar Subjetivo.

## Abstract

Satisfaction and happiness determine how the individual ages. The process of Institutionalisation of the elderly is an increasingly marked reality in society, bringing with it several consequences. In a phase marked by change, it is crucial to evaluate the satisfaction with the care provided and the level of affectivity with one's own life. Thus, the objective was to analyse the satisfaction and happiness of the institutionalized elderly.

An exploratory, descriptive and inferential study was carried out on a sample of 61 elderly persons institutionalised in four residential structures for the elderly in the municipality of *Santa Marta de Penaguião*. A questionnaire survey was conducted with the purpose of collecting sociodemographic, situational, familial and clinical data. In order to evaluate the level of satisfaction and happiness, the following scales were used: Oxford Happiness Scale (Hills & Argyle, 2002) and the Residential Structure Satisfaction Rating Scale developed by the Social Security Institute (Segurança Social, 2011).

The results showed that the majority of the sample is female (75.4%), the predominant age group is between 85 and 89 years old (29.5%) used to live in a village (77%) and widowers (65.6%) without ever having attended school (54.1%). Regarding the type of retirement, the elderly receives pensions because of age limit and spouse's pension (31.1%) and spouse's and disability's pensions (31.1%), and the majority (62.3%) receive a monthly average of between € 251.00 and € 500.00 and consider themselves satisfied with this value (57.4%). In general, the results obtained through the scales used allow us to conclude that most of the participants are satisfied and happy with the institutionalisation.

**Keywords:** Institutionalisation; Elderly; Satisfaction; Happiness; Subjective Well-Being.

## Dedicatória

*À Minha Avó e À Minha Mãe.*

*À minha Avó, que embora a vida não lhe tenha permitido observar esta vitória, acredito que, esteja onde estiver, esta conquista lhe trará orgulho...*

*À minha Mãe por viver este processo de mãos dadas comigo e por todos os sacrifícios e ausências a que este processo obrigou...*

## Agradecimentos

Finalizado este trabalho de investigação é hora de exprimir os meus maiores agradecimentos a todos aqueles que, das mais variadas formas, me ajudaram a concretizar mais um objetivo de vida.

- À Prof. Dra. Ana Maria Galvão e à Prof. Dra. Paula Odete Fernandes por toda a orientação profissional, correta e científica;
- Aos Presidentes das Instituições onde apliquei os questionários pela colaboração e pela calorosa receção;
- A todos os idosos que participaram no estudo. Sem dúvida que eles são o pilar deste trabalho;
- Aos meus amigos de longa data;
- Aos amigos que o IPB me deu;
- À Nídia Baptista e à Fabiana Nunes pela amizade demonstrada;
- À minha madrinha, Renata Gonçalves;
- Ao Vítor Fernandes, pelo apoio incondicional;
- À minha família pelo incentivo ao longo de todo este percurso;
- À minha mãe por todas as palavras certas nas horas mais complicadas.

Um Obrigado a Todos!

## Lista de Siglas

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

BES - Bem-Estar-Subjetivo

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

IPSS - Institutos Particulares de Solidariedade Social

NA – Não se Aplica

NS- Não Sei

*OHI - Oxford Happiness Inventory*

*OHQ - Oxford Happiness Questionnaire*

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário para idosos

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOC - Seleção, Otimização e Compensação

## Índice Geral

Índice de Figuras .....	xvii
Índice de Tabelas .....	xvii
Introdução.....	1
1. Envelhecimento.....	4
1.1 Envelhecimento e Velhice: Conceitos .....	4
1.2 Envelhecimento Demográfico .....	8
1.3 Processo de Envelhecimento.....	10
2. Processo de Institucionalização do Idoso .....	13
2.1 Institucionalização do Idoso e as suas consequências .....	13
3. Satisfação e Felicidade .....	18
3.1 Conceito de Satisfação .....	18
3.2 Satisfação em Saúde .....	20
3.3 Conceito de Felicidade.....	21
4. Metodologia de Investigação.....	24
4.1 Objetivos e Hipóteses de Investigação .....	24
4.2 Procedimentos e Aspetos Éticos .....	25
4.3 Instrumentos de Recolha de Dados .....	26
4.4 Tratamento de Dados.....	28
4.5 População e Amostra .....	29
5. Apresentação e Análise dos Resultados .....	31
5.1 Caracterização da Amostra.....	31
5.2 Avaliação da Satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados .....	35
5.2.1 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto sociodemográfico .....	40
5.2.2 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto Situacional.....	41
5.2.3 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto Clínico .....	42
5.3 Avaliação da Felicidade dos Idosos Institucionalizados .....	44
5.3.1 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto sociodemográfico .....	47

5.3.2 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto Situacional .....	47
5.3.3 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto Clínico .....	48
5.4 Relação da Satisfação com a Felicidade dos idosos Institucionalizados .....	49
5.5 Validação das Hipóteses de Investigação .....	50
Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação .....	52
Referências Bibliográficas .....	57
Anexos .....	66
Anexo A Consentimento das Instituições para a Recolha de Dados .....	67
Anexo B Folha de Informação ao Participante .....	71
Anexo C Consentimento Informado .....	72
Anexo D Questionário Sociodemográfico .....	73
Anexo E Questionário da Avaliação da Satisfação .....	75
Anexo F Questionário da Felicidade de Oxford .....	77

## Índice de Figuras

Figura 1: Pirâmides etárias da população em Portugal em 2009 e 2014 e projeções para 2060. ....	8
Figura 2: Índice de Envelhecimento em Portugal entre os anos de 1961 e 2017. ....	9
Figura 3: Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, no Continente, entre 2000 e 2016.....	15
Figura 4: Distribuição da variável Confiança e Segurança por Localidade. ....	41
Figura 5: Distribuição da variável Empatia por localidade. ....	41
Figura 6: Distribuição da variável empatia por perceção da saúde. ....	43
Figura 7: Distribuição da variável fatores tangíveis atendendo à atividade diária. ....	43
Figura 8: Distribuição da variável confiança e segurança atendendo à atividade diária. ....	44
Figura 9: Distribuição da variável felicidade atendendo à atividade diária. ....	49

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Consistência Interna da Escala da Satisfação medida pelo $\alpha$ de <i>Cronbach</i> . .....	27
Tabela 2: Resumo do tratamento dos dados. ....	29
Tabela 3: Distribuição dos idosos por Instituição: População vs Amostra.....	30
Tabela 4: Variáveis de Contexto Sociodemográfico. ....	32
Tabela 5: Variáveis de Contexto Situacional. ....	33
Tabela 6: Variáveis de Contexto Familiar. ....	34
Tabela 7: Variáveis de Contexto Clínico. ....	34
Tabela 8: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Fatores Tangíveis.....	35
Tabela 9: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Fiabilidade. ....	36
Tabela 10: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Capacidade de resposta. .....	37
Tabela 11: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Confiança e Segurança. .....	38
Tabela 12: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Empatia. ....	39
Tabela 13: Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à Satisfação Geral. ....	39
Tabela 14: Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à Lealdade.....	39
Tabela 15: Variação, mediana, média e desvio padrão das variáveis latentes das duas escalas..	40
Tabela 16: Valores de prova obtidos nas comparações por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade. ....	41
Tabela 17. Valores de prova obtidos nas comparações por tempo de internamento, iniciativa do internamento, motivo do internamento e contacto com a família. ....	42
Tabela 18: Valores de prova obtidos nas comparações atendendo à percepção da Saúde e atividade diária.....	43
Tabela 19: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da escala da Felicidade, média e desvio padrão. ....	45
Tabela 20: Variação, mediana, média e desvio padrão da variável latente Felicidade.....	47
Tabela 21: Valores de prova obtidos nas comparações por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade da felicidade.....	47
Tabela 22: Valores de prova obtidos nas comparações por tempo de internamento, iniciativa do internamento, motivo do internamento e contacto com a família. ....	48

Tabela 23: Valores de prova obtidos nas comparações atendendo à perceção da Saúde e atividade diária. ....	48
Tabela 24: Correlação de <i>Spearman</i> entre a variável felicidade e a satisfação com os cuidados..	49
Tabela 25: Tabela resumo das hipóteses. ....	51

## Introdução

A escolha do tema resulta do facto de o envelhecimento demográfico atualmente ser de máxima importância a nível mundial e conseqüentemente haver necessidade de mais respostas sociais para os idosos, incluindo a institucionalização.

O progressivo aumento da esperança média de vida e o avanço tecnológico da medicina têm contribuído para o aumento da população idosa e conseqüentemente para uma diminuição da mortalidade, levando à inversão das pirâmides etárias na qual Portugal também está inserido.

De acordo com a OMS (2002), são consideradas pessoas idosas, homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos e segundo INE (2015) a proporção mundial de pessoas com 60 e mais anos de idade aumentou de 9.2% em 1990 para 11.7% em 2013, e espera-se que este aumento continue podendo atingir em 2050 os 21.1%.

Em Portugal, o número de jovens já há muito foi ultrapassado pelo número de idosos, sendo que em 2015 o índice de envelhecimento foi de 140 idosos por cada 100 jovens. Relativamente ao índice de dependência, que representa a relação entre o número de idosos e o número de pessoas em

idade ativa, tem tido uma progressiva ascensão nas últimas décadas, sendo em 2015 de 31 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa (MTSSS, 2017; GEP, 2017).

No que concerne ao envelhecimento, Lima (2010) afirma que este processo é um fenómeno complexo que não pode ser evitado. É um processo que ocorre de forma natural, progressiva, previsível e irreversível e comum a todos que, provoca não só mudanças e transformações ao longo da vida como envolve diferenciação, crescimento e desenvolvimento do indivíduo.

Numa perspetiva multidimensional, o processo de envelhecimento decorre da correlação de múltiplos processos de desenvolvimento, sendo influenciado por diversos fatores (biológicos, sociais e psicológicos), que interagem de modo constante (Velo, 2015).

Desta forma surge o processo de institucionalização da pessoa idosa, quer por razões de perda de autonomia, quer por agravamento do estado de saúde do idoso, quer por incapacidade da família em prestar os devidos cuidados, quer por falta de condições habitacionais ou socioeconómicas ou até mesmo por conflitos familiares.

Uma certeza é que antigamente a responsabilidade de cuidar estava a cargo da família e hoje em dia, com as transformações que têm vindo a ocorrer socialmente e nas estruturas familiares têm contribuído para o aumento progressivo da institucionalização do idoso.

Torna-se evidente que o processo de institucionalização da pessoa idosa é uma situação muito complicada e muito difícil de gerir. De facto, é unânime que muitos idosos no momento da institucionalização se mostram descontentes e tendam a resistir a este processo, uma vez que a maioria preferia prevalecer no aconchego das suas casas até ao último momento. Estes no momento da institucionalização acabam por se tornar pessoas, solitárias, fragilizadas e insatisfeitas com a sua vida e com eles próprios e conseqüentemente a sua felicidade fica comprometida.

Um estudo da OMS, que envolveu 53 países coloca Portugal no grupo dos cinco piores no tratamento aos mais velhos, com 39% dos idosos vítimas de violência. Estes dados foram citados, no Porto, em fevereiro 2018, numa conferência sobre "Reaprender a Idade: Contributos interdisciplinares", pela médica e vice-presidente da Comissão de Proteção ao Idoso, Dr<sup>a</sup> Antonieta Dias, tendo afirmado que: "Portugal é o país da Europa que menos investe nas pessoas da terceira idade". Frisou que "neste momento somos o país que tem piores condições para cuidar dos idosos, porque falta fazer o investimento credível e acompanhado do idoso", este "investimento credível e acompanhado" consiste, nomeadamente, "em criar mais alojamentos, investir nos cuidadores, nas pessoas que acompanham os idosos e alargar o leque de investimento em relação ao apoio da terceira idade" (Público, 2018).

Tendo em conta ao que acima foi referido, torna-se importante saber se as instituições estão capazes de alcançar a satisfação dos seus utentes e qual a perceção que estes têm relativamente à prestação de cuidados numa fase da vida marcada pela mudança de papéis sociais e de perda de autonomia.

Posto isto, é relevante a realização desta investigação para conhecer a realidade acerca da satisfação e felicidade dos idosos institucionalizados no concelho de Santa Marta de Penaguião, sendo este o objetivo geral do estudo.

Dada a sua importância, toda a investigação tem como ponto de partida uma questão. Consequentemente, formulou-se como questão de investigação para este estudo a seguinte: Qual o nível de satisfação e felicidade dos idosos institucionalizados no concelho de Santa Marta de Penaguião?

O objetivo geral desta investigação assenta em analisar o nível de satisfação e felicidade dos idosos institucionalizados. Neste sentido, delineou-se como objetivos específicos os seguintes:

- Avaliar a satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião;
- Avaliar a felicidade dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião.

Relativamente à estrutura da presente investigação, está organizado em três partes. A saber: a primeira parte do trabalho contém o Enquadramento Teórico, que serve de suporte ao objetivo de estudo; esta desdobra-se em três pontos estruturantes que apresentam a fundamentação teórica fornecendo-nos informações imprescindíveis à compreensão do tema em estudo, compreendendo o envelhecimento, o processo de Institucionalização do Idoso e a satisfação e a felicidade. A segunda parte desta investigação diz respeito à fase metodológica e tem como propósito dar parecer sobre os procedimentos usados nesta pesquisa empírica subdividindo-se em cinco pontos fundamentais, sendo eles: Objetivos e Hipóteses de investigação; Procedimentos e Aspectos Éticos; Instrumentos de Recolha de Dados; Tratamento de Dados e População e Amostra. A terceira e última parte contém a apresentação e análise dos resultados obtidos bem como a validação das hipóteses de investigação. Esta parte tem como objetivo informar sobre os dados obtidos relativamente à questão empírica formulada no início do trabalho.

# 1. Envelhecimento

## 1.1 Envelhecimento e Velhice: Conceitos

Atualmente, não se pode ficar indiferente aos vários problemas que decorrem do progressivo aumento da população idosa em todo o mundo. De facto, sociedade está bastante envelhecida e de acordo com projeções do Instituto Nacional de Estatística (2008), em Portugal, o número de idosos atingirá, em 2050, a marca de 2.95 milhões, mais um milhão do que em 2005 e 2006 (Monteiro, Dias, Corte-Real, & Fonseca, 2014).

Segundo Serafim (2007),

o envelhecimento individual é um processo próprio dos seres vivos. O envelhecimento generalizado das populações humanas é um fenómeno recente, caracterizando-se por um aumento progressivo do número de idosos e manifestando um forte impacto social, devido

aos efeitos económicos e sociais que origina. Como ser vivo que é, o Homem, nasce, cresce, reproduz-se, envelhece e morre (p. 9).

Paul Baltes, em 1987 fez nascer o paradigma *lifespan* que compreende o desenvolvimento humano como sendo um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de transformações influenciadas por fatores genético-biológicos e socioculturais, de natureza normativa e não-normativa. Este paradigma é compreendido por uma sucessão de modificações previsíveis e não-previsíveis, sendo as primeiras de natureza genético-biológica e psicossocial e, as últimas de alterações pela influência de agentes biológicos e sociais, definidos como influências não-normativas, como por exemplo a perda de emprego, a viuvez na idade adulta, acidentes e doenças. Como exemplos das primeiras podemos considerar a maturação neurológica dos cinco primeiros anos, a puberdade e a menopausa que ocorrem ao longo da vida e as modificações associadas aos processos de socialização ao qual os indivíduos estão sujeitos, como o caso da entrada para escola, o casamento e a aposentação por limite de idade, respetivamente (Baltes, Cornelius, & Nesselroade, 1979; Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980; Lerner, 1983) citado por (Neri, 2006).

Para Paúl (2005), o envelhecimento foi desde sempre um motivo de reflexão, mas nas últimas décadas o elevado aumento da população idosa tem acarretado diversas transformações sociais (Pereira, 2013).

De acordo com Fratzak (1993) o envelhecimento significa um processo que é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo de pesquisa e do objeto de interesse indo ao encontro de Ribeiro (2007) que refere que as definições dos conceitos de envelhecimento e velhice tem sido uma tarefa árdua e muito pouco consensual entre os investigadores.

De um modo geral, pode-se considerar o envelhecimento como sendo a fase final da sequência do ciclo de vida, que começa com a conceção e termina com a morte (Netto, & Brito, 2001). Este processo implica modificações a nível biológico, psicológico e social (Silva, 2012).

Como refere e bem Netto e Brito (2001) ao longo do ciclo de vida é possível identificar fases, como por exemplo a puberdade e a maturidade, onde se sobressaem marcadores biofisiológicos que representam a passagem de uma fase para outra. Por sua vez, o envelhecimento, dada a falta de marcadores biofisiológicos eficientes e fiáveis, não é possível patentear a passagem com a fase que a precede.

Mas, segundo os mesmos autores, pode-se definir o envelhecimento como fase que sucede a maturidade e que se caracteriza por um declínio das funções orgânicas e que acarreta mais suscetibilidade ao aparecimento de patologias que podem levar à morte da pessoa idosa.

Segundo Abreu (2010), de um ponto de vista individual, o processo de envelhecimento, diverge de pessoa para pessoa em função das condições económicas, das necessidades psicológicas, da saúde física e das redes sociais que a envolvem, enquanto que de um modo coletivo depende do contexto cultural onde está inserida.

Pode-se afirmar que o envelhecimento é então o produto de um conjunto de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos e sendo o indivíduo um sujeito ativo no processo de

envelhecimento, pode orientar e direcionar esses fatores através de comportamentos e atitudes de maneira a ser responsável pela construção do seu percurso de vida (Abreu, 2010).

No que concerne às investigações feitas sobre temática é relevante referir que vários estudos apontam que a partir dos 40 anos de idade se comecem a evidenciar várias alterações fisiológicas, atributos do processo de envelhecimento, sendo inexato afirmar que se fica idoso a partir dos 60 anos.

O envelhecimento é complexo, sendo compreendido por cada indivíduo de um modo diferente, expondo assim aspetos positivos e negativos, tal como a velhice que de acordo com San Martin e Pastor (1990) citado por Netto (1999)

não existe um consenso sobre ao que se chama de velhice, porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural; os desvios se produzem em ambos os sentidos (p. 27).

Ainda relativamente à velhice, os mesmos autores afirmam ainda que esta

não é definível por simples cronologia, senão – e melhor! – pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas analisadas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológicas (p.27).

Ou seja, cada indivíduo exhibe sinais de envelhecimento de um modo peculiar. Embora a idade cronológica seja uma característica indubitável, a velhice não o é.

Para Cardão (2009) a velhice, embora tendo como pano de fundo o processo de envelhecimento, é uma etapa da vida marcada pela longevidade. Envelhecer não é ser velho, mas sim, ir sendo mais velho dentro de um processo complexo de desenvolvimento entre o nascimento e a morte, intrínseco a todos os seres vivos (Paço, 2016). Este autor ainda afirma que a velhice é uma fase da vida, onde surgem grandes transformações a nível social e onde se desenrolam novas vivências. É assim entendida como a última fase do ciclo vital, finalizando um processo de envelhecimento, sendo ele normal ou patológico (Fernandes, 2010).

Já segundo Mauritti (2004) ao falar de velhice pode-se distinguir dois grandes discursos. De um lado, discursos nos quais os mais velhos são tidos como segmentos específicos de consumo, ou seja, a velhice é associada a oportunidades de lazer, de liberdade e de autoaperfeiçoamento. De outro lado, discursos que conceptualizam a velhice numa vertente mais negativa, na qual se enquadram situações de pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência.

A fase da velhice é então encarada em duas perspetivas. Para uns como uma fase pessimista, de decadência e deterioração, terminando com a morte. Para outros como uma etapa de felicidade, de grandeza, com uma atitude positiva face à velhice. Segundo Berger (1995) os indivíduos que veem a velhice de uma forma natural dão mais sentido à vida, são mais felizes e temem menos a morte (Fernandes, 2010).

De fato é importante referir que nesta fase a vulnerabilidade a certas patologias e os pensamentos negativos sobre a morte são características da velhice. E, é por tudo isto, que para muitos indivíduos esta seja uma fase negativista e depressiva conjurada sempre com a ideia de declínio, dependência e fraqueza. Mas por sua vez, um indivíduo sujeito a esta fase pode realizar sonhos, desenvolver potencialidades até então desconhecidas e não se deixar levar pelos pensamentos negativos que esta vivência acarreta. Torna-se necessário refletir sobre os ganhos e benefícios que esta mudança provoca que, embora menosprezados, são da máxima importância. Neste sentido, referimo-nos ao envelhecimento ativo.

A Organização Mundial de Saúde (2002) define envelhecimento ativo como sendo um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (Moura, 2012). É necessário encarar a velhice como uma possibilidade de reconstruir a vida, demonstrando desta forma o seu lado mais deslumbrante e acima de tudo o reafirmar do autocuidado.

Baltes e Baltes (1991), no sentido de compreenderem o que as pessoas fazem para melhorar o seu desenvolvimento pessoal e o seu bem-estar, desenvolveram um modelo dentro da Psicologia do Envelhecimento, numa perspetiva *lifespan*, designado Modelo de Seleção, Otimização e Compensação (SOC) (Freire, Resende, & Rabelo, 2012).

O envelhecimento bem-sucedido segundo o Modelo SOC é alcançado pela maximização dos ganhos e minimização das perdas, através da dinâmica entre 3 processos adaptativos: a seleção, a otimização e a compensação (Guimarães, 2013).

De acordo com Freund e Baltes (1998) a seleção é considerada como uma orientação para o desenvolvimento, à luz da qual se definem objetivos e resultados desejáveis para esse mesmo desenvolvimento, o que pode suceder por duas vias, a seleção escolhida e a seleção baseada em perda. Por sua vez, a otimização, como sendo um mecanismo que envolve a aquisição, a manutenção e o aperfeiçoamento de meios e de recursos úteis para se alcançarem determinados objetivos desenvolvimentais desejáveis e prevenir a ocorrência de objetivos indesejáveis. Finalmente, a compensação como a produção de respostas funcionais face à ocorrência de perdas capazes de comprometer a obtenção de objetivos desenvolvimentais desejáveis

Atualmente as sociedades ainda encaram o envelhecimento como uma ameaça, motivo pelo qual foi designado o ano 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações tendo como objetivo sensibilizar, difundir as boas práticas e incentivar os responsáveis políticos e as partes interessadas a facilitar o envelhecimento ativo (Romão, 2013).

Segundo Lima, Silva e Galhardoni (2008) o conhecimento científico e empírico até então, permite afirmar que apesar de as crenças e comportamentos negativos sobre a velhice ainda serem dominantes em alguns contextos culturais, envelhecer não é sinónimo de doença e inatividade. Desta forma, existem novos valores e conceitos em construção e que estão a ser difundidos em diferentes contextos em todo o mundo.

Conforme menciona Sequeira (2018) o processo de envelhecimento deve ser refletido de uma forma positiva, centrada na individualidade da pessoa que está a vivenciar esta fase, de forma a garantir o controlo e a redução das perdas e não exclusivamente os efeitos negativos da velhice.

Tendo em conta tudo até então mencionado, o modelo SOC é um processo que permite envelhecer de um modo mais favorável, selecionando o mais importante, otimizando-o e usando eventuais compensações.

Deste modo, apesar do processo de envelhecimento e da velhice serem um episódio individual e socialmente estabelecido, podem significar realidades muito diferenciadas, dado que nem só envelhecem as pessoas idosas.

## 1.2 Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento, segundo Moura (2012) é atualmente uma notória questão demográfica numa sociedade em que a disposição etária da população estabelece um dos aspetos que torna a interpelação do envelhecimento demográfico uma prioridade.

Convive-se diariamente com esta problemática em consequência da evolução da medicina, da baixa taxa de natalidade que, consequentemente faz baixar os índices de mortalidade infantil e, das transformações das estruturas familiares desenvolvidas desde meados do século XX, onde as mulheres passaram a ter um papel mais dinâmico na sociedade, adiando desta forma a natalidade para uma idade mais avançada, com o nascimento de menos filhos, comparativamente às gerações passadas (Tavares, 2014).

Este desequilíbrio, segundo Marques (2017) verifica-se no estreitamento da base da pirâmide etária, como mostra a Figura 1, devido à redução do número de jovens e à extensão do topo, relativamente ao aumento do número de idosos, fenómeno este que Portugal também atravessa apresentando importantes repercussões sociais, económicas e culturais.



Figura 1: Pirâmides etárias da população em Portugal em 2009 e 2014 e projeções para 2060.  
Fonte: INE (2015, p. 31).

As projeções indicam um aumento progressivo do envelhecimento na população Portuguesa em consequência das baixas taxas de natalidade e do estimado aumento da esperança de vida. Segundo o INE (2015) entre os anos de 2009 e 2014 verificou-se um aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal de 119 para 141 idosos por cada 100 jovens e um aumento da idade média de 42 para 43 anos. Conforme as projeções, estes mesmos valores podem aumentar para 307 idosos por cada 100 jovens e para uma média de idades de 51 anos até ao ano 2060.

Estima-se que Portugal será o país mais acelerado da Europa a ter uma evolução crescente de população idosa. Atualmente vivem no nosso país mais de 2 milhões de idosos representando 19.1% do total da população (Marques, 2017).

A evolução demográfica em Portugal pode então ser definida, de acordo com Chau, Soares, Fialho, e Sacadura (2012), por um progressivo aumento dos grupos etários seniores relativamente à população jovem.

Ao encontro de tudo o que foi dito anteriormente, segundo Sequeira (2018), Portugal à semelhança da maioria dos países da União Europeia, depara-se com um envelhecimento duplo. Se, por um lado existem mais idosos em conformidade com o aumento do índice de envelhecimento relacionado com o aumento da esperança de vida, por outro existe uma diminuição de população jovem associado a um baixo índice de fecundidade que impossibilita o rejuvenescimento da população.

Segundo Rosa (2012) embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de modo particularmente notório na Europa apresentando este processo um ritmo marcadamente intenso em Portugal, condicionado pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade.

A Figura 2 retrata notoriamente o crescente envelhecimento da população em Portugal, entre os anos de 1961 e 2017.

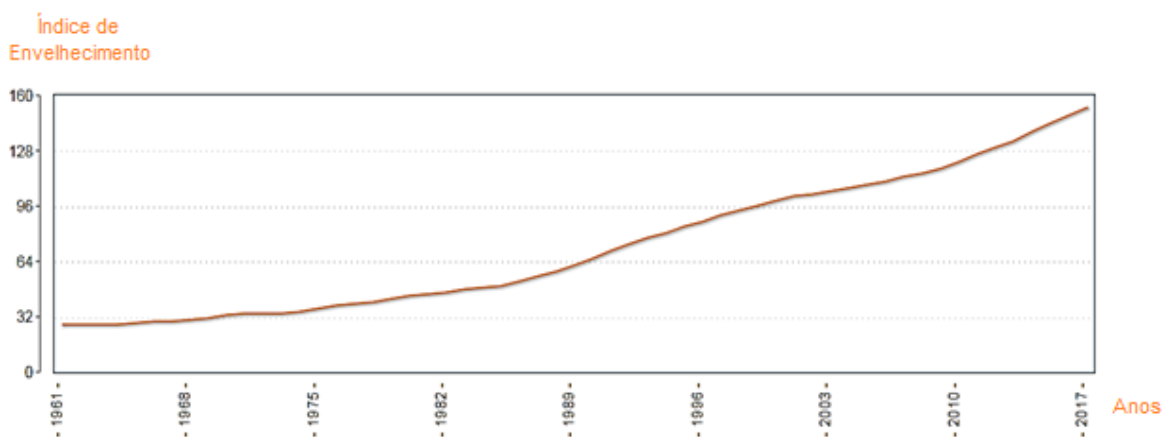


Figura 2: Índice de Envelhecimento em Portugal entre os anos de 1961 e 2017.  
Fonte: PORDATA (2018).

Em todos os anos em análise, é evidente, que o envelhecimento é um fenómeno crescente em Portugal, atribuindo à população uma maior expectativa de vida.

Se nos finais do século XX, Portugal possuía a população mais jovem em termos europeus, atualmente, ainda não sendo a mais envelhecida, é uma das que está a envelhecer a um ritmo bastante acelerado (Fernandes, 2016).

De acordo com o INE (2002) as consequências do envelhecimento podem ser analisadas sob dois pontos de vista: pela base da pirâmide, cujas consequências são sentidas, sobretudo, a longo prazo, na população ativa e nas dinâmicas do mercado de trabalho; pelo topo, com repercussões a curto prazo implicando uma reflexão séria sobre questões como a idade da reforma, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente.

O envelhecimento populacional implica assim novos desafios. Viver mais tempo nem sempre significa viver com qualidade de vida. É evidente que este progressivo aumento da população coloca vários problemas, principalmente a nível social, económica e individual, tornando-se fulcral aprofundar e compreender as questões associadas a temática da terceira idade.

### 1.3 Processo de Envelhecimento

É de conhecimento geral que atualmente o fenómeno do envelhecimento é um desafio que é imposto socialmente. Todos os estudos realizados até então demonstram que o número de pessoas idosas no mundo aumenta gradualmente em combinação com a diminuição da fecundidade e o aumento da longevidade (Alberte, 2009). É da máxima importância perceber o processo de envelhecimento que se adjectiva por ser um processo universal, contínuo, e irreversível, no qual ocorrem inúmeras alterações no organismo.

Sequeira (2018) refere que o envelhecimento está relacionado a um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social que se verificam ao longo do ciclo de vida, e por isso torna-se difícil datar a sua origem.

Considerado um processo bastante complexo, o envelhecimento pode ser definido então com uma interação dos três fatores acima mencionados (biológico, psicológico e social), indo ao encontro de Schroots e Birren (1980) quando distinguem como categorias do envelhecimento o **biológico**, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina por senescência; o **psicológico**, definido pela autorregulação do individuo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o **social**, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.

De acordo com Shneider e Irigaray (2008) o envelhecimento biológico é caracterizado por modificações físicas e mentais que se verificam ao longo do processo de desenvolvimento e é considerado por Moraes, Moraes e Lima (2010, p.68) um processo “implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas”.

Conforme Hayflick (1994) as mudanças corporais intrínsecas ao envelhecimento biológico, resultam do fato de as células não serem imortais, da sua comutação não ser ilimitada e devido à morbidade a que ao longo da vida as pessoas se encontram expostas.

Quando se fala neste tema é fundamental fazer a distinção relativamente ao que é consequência do processo de envelhecimento e aquilo que é secundário (Sequeira, 2018). Segundo a mesma fonte, surgem assim dois conceitos: a senescência e a senilidade.

O primeiro conceito (senescência) é um processo natural de alteração biológica que aumenta a fragilidade dos indivíduos à doença e consequentemente à morte, como causa da diminuição da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, provocando, deste modo, a redução da capacidade adaptativa do organismo às alterações do meio ambiente (Silva, 2012).

Por sua vez, a senilidade, segundo Farfel (2008) é o conjunto de modificações resultantes de situações patológicas que podem acompanhar um indivíduo ao longo do processo de envelhecimento, podendo ser definida, de acordo com Paiva (1989), por um declínio físico acentuado e acompanhado de deterioração mental com alterações no funcionamento cognitivo e perdas de memória.

De acordo com o que foi mencionado até então, pode-se distinguir de um modo muito resumido a diferença entre senescência e senilidade. A senescência pode ser entendida como processo natural do envelhecimento. Mas, por seu lado, se este processo se desenvolver de uma forma anormal, acarretando patologias e expondo o indivíduo a efeitos negativos que se irão manifestar numa incapacidade progressiva está-se perante a senilidade.

Relativamente ao envelhecimento numa perspetiva psicológica, Fernandes (2016) diz que esta é definida pela capacidade de autorregulação do indivíduo em relação ao processo de senescência.

De acordo com Santos (2013)

ao nível psicológico existe um mecanismo denominado de plasticidade que é responsável por potencializar a capacidade adaptativa do indivíduo, embora essa capacidade de adaptação dependa, em larga medida, dos recursos obtidos ao longo da vida. Quanto mais abundantes e diferenciados esses recursos forem, maior e melhor será a capacidade de adaptação aos contextos e situações diversificados e, principalmente, às perdas que ocorrem nesta fase da vida (p. 15).

O desenvolvimento psicológico no processo de envelhecimento envolve adaptações específicas face “à ocorrência de mudanças no self, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (levando por vezes à institucionalização)” (Alves, 2017, p. 22).

De facto, nem todos os indivíduos lidam com estas transições da mesma forma e as diferenças neste processo adaptativo estabelecem uma componente fundamental do desenvolvimento psicológico nesta fase de vida, sendo provocadas pela diferente combinação de fatores e

características biológicas, psicológicas e sociais, não detendo qualquer uma destas características primazia sobre as restantes (Fonseca, 2010).

Segundo o que refere Fonseca (2005), as características psicológicas, para além de todo o processo de envelhecimento, são alteradas por sucessivas situações pelas quais os idosos passam, desde perdas familiares (luto), perdas nos papéis sociais, mudanças de vida, entre outras crises. A perspetiva social, no que concerne ao processo de envelhecimento, refere-se ao que é esperado a nível comportamental em conformidade com a idade (Cerqueira, 2010).

McPherson (1990) citado por Cerqueira (2010), tendo em consideração o envelhecimento social, refere que este implica

padrões de interação entre o ciclo de vida e a estrutura social em que o indivíduo se insere, pelo que com o avançar do tempo se verifica um processo de mudança relativo aos papéis sociais e comportamentos, muitos deles impostos pela sociedade (p. 28).

Em conformidade com Sequeira (2010), no que se refere à participação social do idoso, estes indicam uma disposição mais restrita para participar em redes sociais, uma vez que no decorrer do ciclo vital vão sofrendo mudanças, nomeadamente no contexto familiar, no trabalho e na participação na comunidade e conseqüentemente tendem a diminuir os contactos intersociais (Pires, 2012).

O envelhecimento a nível social provoca mudanças no estatuto da pessoa idosa assim como nas relações interpessoais em resultado de várias causas como: a crise de identidade provocada pela falta de papel social, provocando desta forma uma perda de autoestima; as mudanças de papéis no ambiente familiar, no trabalho bem como na sociedade; a reforma, que deve ser planeada e preparada de forma a prevenir o isolamento e a depressão; mudanças a nível socioeconómico, no poder de decisão e na perda de familiares e amigos, assim como a perda da independência e autonomia (Zimmerman, 2000).

## **2. Processo de Institucionalização do Idoso**

### **2.1 Institucionalização do Idoso e as suas consequências**

A institucionalização do idoso tem vindo a tornar-se num dos sinais mais vincados do envelhecimento, tornando-se cada vez mais uma realidade pela qual os idosos vivenciam uma vez que, por motivos diversos, não conseguem encontrar no núcleo familiar uma resposta favorável às necessidades básicas de vida.

Jacob (2002) citado por Almeida (2008) define institucionalização da pessoa idosa como a permanência durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição. De acordo com Peres (2014) enquanto que até há uns anos atrás a responsabilidade de cuidar das pessoas idosas estava a cargo da própria família, com as mudanças demográficas e sociais expostas, levaram a que as famílias transferissem essa mesma responsabilidade para o estado ou para instituições privadas.

De facto, a prestação de cuidados é uma tarefa bastante exigente não só a nível físico como a nível emocional para o cuidador familiar, provocando diversos problemas, quer pessoal quer socialmente.

Complicações a nível muscular; problemas do foro psíquico como esgotamento e depressão; fadiga; isolamento social a que a prestação de cuidados obriga o cuidador; alterações do estilo de vida e reestruturação do núcleo familiar são descritos como os principais efeitos do cuidado a pessoas idosas (Freitas, 2015).

Ao encontro de tudo o que já foi mencionado, envelhecer numa instituição torna-se cada vez mais uma realidade. Os lares, inicialmente definidos como asilos, começaram a aparecer na Europa no século XVI com o objetivo de acolher pessoas com doenças mentais, marginais e velhos. Com o passar do tempo este recurso começou a dar resposta a pessoas envelhecidas carenciadas. Num processo gradativo, a definição de lar substituiu a noção de asilo, embora a imagem negativa de um local solitário enquanto se espera a morte ainda permaneça (Daniel, 2009). Gradualmente, em consequência de investigações na área da Gerontologia e Geriatria, foram adotadas melhorias no funcionamento, nos serviços e nas atividades dos lares (Freitas, 2015).

O Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro disponibilizado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998) refere que é considerado lar de idosos

o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes (p. 767)

De acordo com Pinto (2012) a Segurança Social disponibiliza, com a ajuda de iniciativas particulares como as Misericórdias e os Institutos Particulares de Solidariedade Social (IPSS), várias respostas sociais com o objetivo de responder às necessidades da população idosa.

O Instituto da Segurança Social (2009, p. 4) define respostas sociais como “um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social. Têm como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde”.

Segundo a mesma fonte, em conformidade com as necessidades e o grau de autonomia do idoso, existem atualmente 8 tipos de respostas, sendo elas:

- Serviço de apoio domiciliário;
- Centro de convívio;
- Centro de dia;
- Centro de noite;
- Acolhimento familiar para pessoas idosas;
- Residência;
- Lar de idosos;
- Centro de férias e lazer

De acordo com a Carta Social emitida pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016, p.41)

a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário para idosos (SAD) consistem nas respostas sociais com maior representatividade no âmbito da RSES dirigidas às Pessoas Idosas. Para além da satisfação das atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) dos utentes, as respostas destinadas a esta população-alvo visam a promoção, a inclusão e a participação na comunidade, independentemente do maior ou menor grau de autonomia/dependência do idoso e este se encontrar a residir na sua habitação ou numa instituição.

A Figura 3 mostra a evolução das principais respostas sociais.

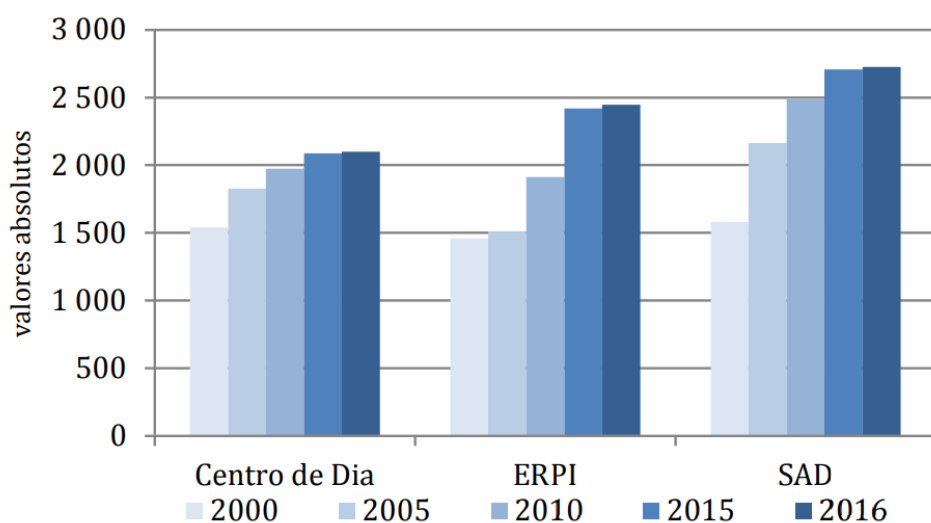


Figura 3: Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, no Continente, entre 2000 e 2016.

Fonte: Gabinete de Estratégia e Planeamento e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2016, p.41).

Como é possível observar na figura anterior, esta evolução tem apresentado um crescimento muito positivo, sendo o SAD e as ERPI as que constituem o maior avanço. O Centro de Dia apresenta igualmente um desenvolvimento crescente, no entanto, a um ritmo mais moderado.

Geralmente as pessoas preferem envelhecer nas suas próprias casas junto dos familiares e amigos mais próximos do que num lar. Torna-se então importante perceber quais os fatores determinantes que levam ao processo de institucionalização.

Camejo (2013) refere que os principais motivos da institucionalização do idoso, na grande maioria devem-se ao agravamento do estado de saúde, à dependência física ou ao declínio cognitivo. No entanto existem outras razões associadas que podem ter mais influência na decisão.

De acordo com Neves (2012) a perda de entes queridos como do companheiro, dos filhos, dos familiares e/ou amigos também é um fator que desencadeia a institucionalização do idoso.

Um estudo efetuado com 387 idosos conclui que os fatores que determinam a institucionalização da pessoa idosa foram a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar défice cognitivo e dependência para as ABVD (Lini, Portella, & Doring, 2016).

Segundo um outro estudo feito a 12 idosos foi possível concluir que a maioria tinha relação com doenças crónico-degenerativas. Também se verificou que alguns diagnósticos estavam ligados à parte cognitiva (Filho, & Filho, 2002).

Torna-se evidente que a institucionalização da pessoa idosa é uma escolha que está por detrás de diversos acontecimentos, sendo por vezes a única opção quando todas as outras se tornam impossíveis. Mas por outro lado, constitui uma desagradável realidade para idoso, podendo mesmo provocar inúmeros efeitos negativos para o mesmo.

Num estudo onde um dos objetivos era perceber motivo que levou o idoso à institucionalização bem como o grau de satisfação ou insatisfação com a nova situação, foi possível verificar que a satisfação demonstrada pelos idosos dependia muito das razões que determinaram a sua institucionalização. Ou seja, verificou-se que naqueles idosos em que a institucionalização foi por vontade própria ou por falta de familiares o nível de satisfação foi maior. Por outro lado, aqueles idosos que se sentiram obrigados por familiares demonstraram um maior grau de insatisfação, não aceitando bem a sua entrada na instituição (Alves, 2003).

Pimentel (2001) citado por Lourenço (2014) refere que a institucionalização representa para a pessoa idosa

uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila (p. 27).

Neste contexto Ferretti, Soccol, Albrecht e Ferraz (2014) referem que as instituições, por um lado prestam cuidados e assistência à saúde dos idosos, mas por outro, isolam do convívio em sociedade, fator que constituiu uma limitação na possibilidade de convivência e de aprendizagem.

É evidente que o processo de institucionalização acarreta sentimentos de perda e vai, sem dúvida, afetar a personalidade do idoso. A título de exemplo encontra-se a perda “da intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, da estimulação intelectual e da privação espiritual” que leva a uma ausência de segurança e de valores pessoais (Lourenço, 2014, p. 28).

O idoso, no momento da institucionalização vê-se confrontado com a separação e distanciamento dos seus familiares. Os receios como o abandono, a perda de liberdade e o medo de serem mal tratados torna-se evidentes nesta fase (Pinhel, 2011).

Calenti (2002) citado por Vaz (2009) refere que dificilmente as instituições conseguem criar ambientes semelhantes ao próprio lar afirmando que a institucionalização tem como consequência a privação de experiências comuns naquela fase de vida.

Efetivamente, nas instituições de apoio a pessoas idosas, o meio envolvente é limitativo e por vezes controla em grande parte os aspetos das vidas dos indivíduos. Estes idosos são propícios a desenvolver estados depressivos e de desânimo, o que pode ser responsável por deficiências cognitivas (Paúl, 1997).

Seguindo a ideia do autor acima referido, Faleiros e Morano (2009) citado por Duarte (2014) referem que o idoso, no que concerne à sua institucionalização,

terá de viver dentro de limites e fronteiras, espaços contraditórios com temporalidades e histórias entrecruzadas, onde existem normas não escolhidas pelos residentes; um espaço estruturado por funções coletivas e relações hierarquizadas de poder, numa separação do espaço institucional da vida sociocomunitária e da vida familiar (p. 203).

Como se pode constatar e em conformidade com Ferreira (2013) as pessoas idosas experimentam sucessivas perdas como a perda de contactos e relações sociais e a institucionalização pode igualmente levar a perdas dos laços sociais. Ainda assim, este processo (institucionalização) pode ser encarado como uma oportunidade de formar novas amizades. Torna-se essencial que os idosos institucionalizados conservem as suas relações com os familiares e amigos, porém, uma relação afável com todos os elementos da instituição é indispensável, de forma a promover a satisfação com a instituição e a própria vida.

É evidente que a instituição tem, nesta perspetiva, um papel fundamental. Embora atenda às necessidades básicas do indivíduo, nomeadamente na higiene, alimentação, acompanhamento da equipa médica e de enfermagem, dar atenção a estes indivíduos no que diz respeito ao processo de adaptação e ao modo como estes encaram a sua vida na instituição constitui uma estratégia interna, na medida em que incentiva o planeamento de ações com o objetivo de melhorar as condições de vida dos idosos que recorrem às instituições (Ferretti, Soccol, Albrecht, & Ferraz, 2014).

## **3. Satisfação e Felicidade**

### **3.1 Conceito de Satisfação**

Segundo Peterson e Wilson (1992) citado por Sousa (2011), a satisfação do cliente é uma das construções mais intensamente estudadas em todo o mundo. Os principais estudos sobre a satisfação de clientes surgiram nos Estados Unidos e na Inglaterra na década de 70 (Esperidião, & Trad, 2006).

A satisfação dos clientes, ao longo das últimas décadas, sucedeu de uma opção para uma questão de sobrevivência. As organizações têm necessidade de procurar continuamente a satisfação dos clientes uma vez que só assim se conseguem manter num mercado em constantes modificações (Trierweiller, Pacheco, Weise, Borna, & Peixe, 2017).

De um modo generalizado o conceito de satisfação, de acordo com Hespanhol (2003), pode ser compreendido como

o resultado da avaliação que uma pessoa faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter (p. 70).

Gundersen, Heidea e Olssonb (1996) referem que a satisfação de cliente pode ser entendida como o julgamento depois do consumo de um produto/serviço que possa, por sua vez, ser medido avaliando um desempenho ou performance de atributos específicos.

Corroborando o autor supracitado, Oliver (1997) citado por Silva (2015) expõe que a satisfação pode ser definida de acordo com o nível em que o cliente se sente realizado ao consumir um produto ou serviço.

Na mesma linha de orientação Kotler (1998, p.50) evidencia a satisfação como “o nível de sentimento de uma pessoa, resultante da comparação do resultado de um produto em relação a suas expectativas”. Assim, a percepção da satisfação é dada pelo próprio indivíduo em conformidade com as necessidades e expectativas. Sendo um aspeto determinado por cada um pressupõe elementos afetivos e cognitivos individuais (Ribeiro, 2005).

O mesmo autor refere ainda que existem vários fatores determinantes que influenciam o grau de satisfação, especificamente, características do próprio indivíduo, experiências prévias e variáveis do contexto onde os indivíduos estão inseridos.

Kotler (2001) afirma que as organizações estão cada vez mais empenhadas em conquistar a satisfação total do cliente, na medida em que esta é uma ferramenta fundamental de *marketing*. Segundo Hennig-Thurau e Klee (1997) citado por Hanif, Hafeez e Riaz (2010) no que se refere à satisfação, consideram como um fator determinante para a competitividade e sucesso de uma organização.

Conforme expõe Lovelock (2017) citado por Nguyen, Nguyen, Nguyen e Phan (2018), a avaliação da satisfação tem vindo a desempenhar um papel com grande relevância na estratégia de negócios e atua como um elemento crucial no desenvolvimento sustentável das empresas. No entanto, sendo o cliente uma figura de máxima importância, algumas empresas ainda não se consciencializaram para esta nova condição do mercado, tornando-se indubitável a necessidade das organizações aprenderem a trabalhar dentro deste contexto, em que as relações firmes e duradouras com os clientes assumem um papel de extrema relevância (Pelissari, Oliveira, Gonzalez, Fabrini, & Silveira, 2011).

Relativamente aos clientes, Kotler (2001) reconhece que os que estão apenas satisfeitos com a empresa poderão eventualmente mudar no momento em que surgir uma proposta mais favorável. Os clientes inteiramente satisfeitos estarão menos predispostos em mudar, já os intensamente satisfeitos estabelecem afinidade emocional com própria empresa.

Walker e Baker (2000) remetem-se para a importância dos gestores em perceberem as expectativas que um consumidor tem relativamente a um produto ou serviço, uma vez que é o consumidor que julga o desempenho da organização.

### **3.2 Satisfação em Saúde**

É evidente que há uma crescente pressão sobre as organizações de cuidados de saúde para melhorar a qualidade e evidenciar a prestação de serviços com o objetivo de satisfazer as crescentes exigências dos utentes (International School of Management, 2014).

Em Saúde, o conceito de Satisfação associado aos cuidados tem levado à realização de diversos trabalhos de investigação. Tudo começou na década de 80, no Reino Unido, quando surgiu o interesse em perceber e compreender a opinião dos utentes com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde (Sabala, 2012).

As instituições prestadoras de cuidados de saúde têm sofrido modificações ao nível da gestão e organização dos serviços, com o propósito de melhorar os cuidados prestados. Desta forma, a perceção dos utentes relativamente aos cuidados tem sido cada vez mais analisada com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, sendo a participação do utente essencial para a avaliação dos cuidados de saúde (Mendes, Mantovani, Gemito, & Lopes, 2013).

A título de curiosidade, de acordo com a Lei de Bases na Saúde, a opinião dos utentes é reconhecida como um elemento primordial no SNS. Mais propriamente na Base XXX referente à avaliação permanente, está explícito que o “Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa” (p. 3457). Nesta mesma Lei é referido ainda que deve ser recolhida informação sobre: a qualidade dos serviços; o seu grau de aceitação pela população e pelo utente; o nível de satisfação dos profissionais; a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios (Lei n.º 48/90).

De facto, os utentes estão a ter, cada vez mais, um papel bastante ativo no que diz respeito aos cuidados de saúde. Segundo Ferreira (2000) este envolvimento por parte dos utentes promove a oportunidade de compreenderem as diferentes opções de tratamento, de fazerem escolhas informadas respeitantes aos cuidados de saúde e de se tornarem corresponsáveis pelos resultados dos mesmos.

Conforme mencionam Pereira, Soares e McIntyre (2001) a satisfação do utente constitui um indicador importante da qualidade dos serviços e parece estar diretamente relacionada com a adesão terapêutica. Isto é, os utentes que revelam estar mais satisfeitos “são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar com o profissional atual e ter um estado de saúde melhor” (p.70).

Roter (1989) citado por Pereira et al. (2001) numa meta-análise com 41 estudos constatou que o fator mais significativo no que concerne à satisfação do utente era a informação dada por parte do profissional de saúde em relação ao seu problema e tratamento. Um outro fator identificado no

estudo foi a forma de interação, onde o profissional ouve o utente, facilita o diálogo e tenta compreender o seu problema.

De acordo com Ribeiro, Carvalho, Ferreira e Ferreira (2008) a satisfação do utente

opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expectativas (p. 4).

Apoiando os autores supratranscritos, Ribeiro et al. (2008), Ramos (2013) consigna a satisfação do utente como um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde, onde este tem um papel essencial na avaliação dos cuidados a que é sujeito.

Dada a sua importância e de acordo com o que já foi mencionado, mensurar satisfação é considerada um objeto indispensável dos serviços de saúde, tendo assumindo um lugar relevante na qualidade dos mesmos (Abrantes, 2012). O mesmo autor ainda acrescenta que esta situação

está associado ao valor mediador que a satisfação representa na adesão à terapêutica, à evidência de que a satisfação dos utilizadores está diretamente relacionada com os resultados dos cuidados de saúde, influenciando muitos comportamentos de doença e de saúde, e à crescente importância do papel dos utilizadores dos cuidados de saúde enquanto consumidores (p. 47).

Avaliar a satisfação do utente torna-se um procedimento essencial na medida em que acarreta vantagens não só para os profissionais como também para os gestores de saúde pois permite identificar possíveis áreas dos serviços que necessitem de melhorias (Santos, 2009).

Segundo *World Health Organization* (2000) no que diz respeito a vários estudos sobre esta temática, diversos investigadores e organizações têm destacado a importância de inquirir os utentes, justificando que estes são os que melhor conhecem o resultado desejável. A mesma fonte reforça ainda que os utentes devem ser progressivamente colaboradores nos cuidados e nas tomadas de decisão.

De um modo sucinto, todos os autores analisados são unânimes em adjetivar o conceito de satisfação como complexo, de difícil operacionalização devido à sua natureza multidimensional, sendo influenciado por diversos fatores. Porém, torna-se indispensável satisfazer os utentes de forma a alcançar o êxito dos serviços prestados.

### **3.3 Conceito de Felicidade**

O filósofo pré-Socrático Demócrito, compreendia a felicidade como uma vida feliz, prazerosa, não só intensamente ligada ao que a pessoa possuía, mas especialmente à maneira como ela reagia às situações da vida (Diener, Scollon, & Lucas, 2003)

Porém, segundo os mesmos autores, os filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles não aceitaram a definição de Demócrito e adotaram a perspectiva de felicidade eudemonista. Esta perspectiva envolve os sentimentos que ocorrem quando a pessoa se move em direção à autorrealização, para que

possa desenvolver as suas potencialidades e conferir propósito à sua vida (Freire, Zenhas, Tavares, & Iglésias, 2013). Já Aristippus apoiava a perspetiva hedonista, em que a felicidade é apenas a soma dos prazeres momentâneos. Segundo Freire et al. (2013) esta corrente defende “a Boa Vida, pela experiência de maximização do prazer e minimização da dor, e a felicidade como a totalidade dos momentos hedónicos experienciados pela pessoa” (p. 330).

Em 1776, Thomas Jefferson, na Declaração da Independência dos Estados Unidos da América introduziu o conceito de felicidade onde declarou que todos os cidadãos têm direito à vida, à liberdade e à procura da felicidade (Armitage, 2007).

Na Constituição da República Portuguesa, aprovada e decretada em 1976, não é possível encontrar a palavra felicidade, mas sim o bem-estar e a qualidade de vida mais propriamente nos Princípios Fundamentais, no Artigo 9.º intitulado Tarefas fundamentais do Estado, onde é declarado que o Estado tem com tarefas fundamentais, entre outras, na alínea d) “Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo (...) mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais” (Constituição da República Portuguesa, 2005, p. 21).

Diener, Scollon e Lucas (2003) referem que no que diz respeito ao envelhecimento “existe uma ligação à felicidade, pois acredita-se que, com a idade a tendência seja a deterioração da mesma” (p. 210).

De acordo com Lima, Barros e Alves (2012) o sentimento de felicidade tem, recentemente, recebido uma especial atenção na área da investigação científica da saúde.

As questões em torno da felicidade têm levado a que vários investigadores se empenhem em descobrir até que ponto os indivíduos são felizes e em que medida são capazes de realizar plenamente as suas potencialidades (Siqueira & Padovam, 2008).

Veenhoven (1994) esclarece que geralmente a literatura entende os termos felicidade e bem-estar subjetivo como permutáveis. Pichler (2016) revela que o conceito de felicidade tem sido representado pelo conceito de bem-estar subjetivo e acrescenta ainda que “o construto bem-estar subjetivo (BES) tem sido concebido como o estudo da felicidade, estando fortemente relacionado à promoção de saúde” (p. 376).

Segundo os autores Scorsolini-Comin e Santos (2010) o termo felicidade pode ser compreendido como “a predominância da frequência de ocorrência de experiências emocionais positivas sobre as negativas” (p.190). Os mesmos referem ainda que em relação ao estudo do bem-estar subjetivo, este tem como objetivo primordial Scorsolini-Comin e Santos (2010)

compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas, podendo receber outras denominações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado por alguns autores como avaliação subjetiva da qualidade de vida (p. 190).

Relativamente ao bem-estar subjetivo pode dizer-se ser um domínio da psicologia que tem tido uma evolução crescente e atualmente envolve investigações que têm utilizado as mais diversas

nomeações, nomeadamente felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (Giacomoni, 2014).

Segundo Diener, Suh e Oishi (1997) o BES integra um campo de estudos que está relacionado com a forma como as pessoas refletem e como vivenciam as suas vidas. Para Diener (1994) o BES ocupa-se das razões pelas quais as experiências individuais se manifestam de forma favorável, justificação esta pelo qual se assenta tanto no julgamento cognitivo como nas reações afetivas consequentes dessas mesmas experiências.

Corroborando a ideia de Diener et al. (1997), Albuquerque e Tróccoli (2004) reforçam que o Bem-Estar subjetivo tem como finalidade a compreensão da avaliação que as pessoas realizam das suas próprias vidas. Revelam ainda que alguns autores consideram uma avaliação subjetiva da qualidade de vida.

Não obstante às controvérsias teóricas acerca da sua definição, existe atualmente concordância entre os investigadores considerando o BES

como um fator de ordem superior que inclui as avaliações das pessoas acerca dos aspetos de sua vida (satisfação com a vida) aliada às suas respostas emocionais: afetos positivos e afetos negativos (Oliveira, Queiroz, & Costa, 2012, p. 1039).

McCullough, Heubner e Laughlin (2000) citado pelos autores Galinha e Pais-Ribeiro (2005) apoiam a ideia de que o modelo tripartido do Bem-Estar é constituído por três componentes que apesar de interligadas devem ser consideradas isoladamente, sendo elas, a Satisfação com a Vida Global, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo.

De um modo conciso Dias (2014) faz um balanço sobre estas três componentes. Segundo este a satisfação com a vida global pode ser definida como uma avaliação cognitiva da vida como um todo, o afeto positivo está relacionado com frequência de emoções positivas, como o orgulho, e o afeto negativo é referente à frequência de emoções negativas, como por exemplo a tristeza.

Deste modo e de acordo com Santos (2013) a definição de bem-estar subjetivo é uma entidade multidimensional que integra duas componentes. Por um lado, uma componente cognitiva relacionada com a satisfação com a vida ou a avaliação cognitiva das circunstâncias da vida, bem como a discrepância percebida entre aspiração e realização. E por outro lado uma componente afetiva respeitante ao afeto positivo e ao afeto negativo, que remete às reações emocionais, como o caso das emoções, sentimentos e humores, sendo elas positivas ou negativas, face à referida apreciação.

De referir que Organização Mundial da Saúde no que concerne ao conceito de Saúde inclui o bem-estar como um conceito chave, definindo-o como a situação de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença (Bessa, et al., 2017).

## 4. Metodologia de Investigação

### 4.1 Objetivos e Hipóteses de Investigação

O presente trabalho realça o estudo sobre a satisfação com os cuidados e a felicidade dos idosos institucionalizados, sendo pertinente devido ao grupo etário em questão, nomeadamente indivíduos com idade igual a superior a 65 anos.

Neste sentido, o objetivo central deste estudo recai na análise da satisfação e da felicidade dos idosos institucionalizados do Concelho de Santa Marta de Penaguião, Distrito de Vila Real, em Portugal.

Para dar resposta ao principal objetivo, formularam-se 2 objetivos específicos:

**O<sub>1</sub>:** Avaliar a satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião;

**O<sub>2</sub>:** Avaliar a felicidade dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião;

Para completar o estudo estabeleceram-se as seguintes hipóteses de investigação:

**H<sub>1</sub>:** A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico;

**H<sub>2</sub>:** A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional;

**H<sub>3</sub>:** A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico;

**H<sub>4</sub>:** A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico;

**H<sub>5</sub>:** A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional;

**H<sub>6</sub>:** A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínica;

**H<sub>7</sub>:** Existe uma relação positiva direta entre a variável satisfação com os cuidados e a variável felicidade.

## **4.2 Procedimentos e Aspetos Éticos**

Durante todo o processo de investigação atuou-se segundo uma rigorosa conduta ética respeitando sempre os princípios da beneficência, da justiça e de um respeito integral pela dignidade de todos os intervenientes.

Inicialmente foi formalizado o pedido de autorização aos Presidentes de Direção das Instituições do concelho de Santa Marta de Penaguião tendo em vista a realização do estudo, reunindo assim o consentimento de todas as instituições para a realização da recolha de dados (Anexo A).

Posteriormente, houve uma deslocação às instituições onde se procedeu à aplicação dos inquéritos por questionário aos idosos, entre os meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019, após marcação prévia com os Diretores Técnicos. Os idosos institucionalizados foram selecionados, no próprio dia, pela instituição de forma a respeitar os critérios de inclusão deste trabalho de investigação. Foi explicado verbalmente a todos os participantes os objetivos do estudo e foi realçado também o facto de que os dados recolhidos seriam confidenciais, não seriam reveladas a terceiros, nem publicados individualmente, apenas serviriam exclusivamente para colaborar no sucesso deste estudo. No final da explicação foi entregue uma folha de informação a cada participante (Anexo B) e ainda o consentimento informado que foi assinado por cada um dos idosos (Anexo C).

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individual, tendo sido todas as questões lidas em voz alta. De forma a facilitar o processo de recolha de dados e devido à debilidade dos inquiridos,

as respostas dadas pelos utentes foram registadas nos respetivos inquéritos. De referir que a duração individual foi aproximadamente de vinte minutos, tornando a recolha de dados mais prolongada dado que, no geral, os idosos gostam sempre de falar um pouco mais.

No que concerne ao espaço onde decorreu a aplicação dos inquéritos por questionário, a maioria foi realizada num gabinete apropriado de forma a que os idosos se sentissem mais à vontade, longe dos olhares dos outros utentes assim como dos colaboradores presentes no local de convívio, podendo, neste espaço, serem sinceros relativamente às questões colocadas.

### 4.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Dos instrumentos de recolha de dados que foram empregues neste estudo fazem parte:

- o questionário sociodemográfico - (Anexo D);
- o questionário de avaliação da satisfação em estruturas residenciais para pessoas idosas (Segurança Social, 2011) - (Anexo E);
- o questionário da felicidade de Oxford (Hills, & Argyle, 2002) - (Anexo F);

O questionário sociodemográfico foi o primeiro instrumento a ser realizado devido à sua estrutura introdutória. Este é constituído por 16 questões que contempla matérias do foro pessoal e social, e ainda relativas à saúde e às atividades diárias.

Pode-se definir, dentro deste instrumento de recolha de dados, diversas variáveis:

- variáveis de contexto sociodemográfico: Idade, Sexo, Localidade, Estado Civil, Grau de escolaridade, Tipo de Reforma, rendimento bruto mensal, satisfeito/a com o valor da reforma e perceção do convívio social;
- variáveis de contexto situacional: Local de residência, tempo de internamento na Instituição e motivo da institucionalização;
- variáveis de contexto familiar: contacto com a família e Periodicidade de visitas;
- variáveis de contexto clínico: perceção do estado de Saúde e Nível de Independência nas ABVD.

O questionário de avaliação da satisfação em estruturas residenciais para pessoas idosas foi desenvolvido pelo Instituto da Segurança Social como ferramenta de apoio à implementação do Modelo de Avaliação da Qualidade, nomeadamente no que se refere ao Critério 5 – Satisfação dos Clientes e teve como objetivos avaliar o grau de satisfação em relação a aspetos específicos e globais da Resposta Social e identificar pontos fortes e áreas de melhoria. Este instrumento é composto por um conjunto de 36 questões sendo que:

- para as perguntas 1 a 34 é considerada uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, variável entre o “Muito Insatisfeito” (1) e o “Muito Satisfeito” (5) e ainda a possibilidade de assinalar “Não Sei” (NS) ou “Não se Aplica” (NA);
- para as perguntas 35 e 36 foi considerada como possibilidade de resposta “Sim” e “Não”.

Na Tabela 1 apresentam-se os valores do Alfa de *Cronbach* obtidos no questionário de satisfação com os cuidados, assim como os valores obtidos noutros dois estudos, de Silva, Pimentel e Rodrigues (2015) e Segurança Social (2011). Os valores obtidos, neste estudo, para cada uma das 5 variáveis latentes e no total da escala confirma que a consistência é muito boa nas variáveis latentes; Fatores tangíveis, Confiança e Segurança, Empatia e no total da escala ( $\alpha > 0.90$ ). Na variável Fiabilidade o alfa obtido foi de 0.83 o que traduz uma consistência boa e na variável capacidade de resposta o alfa foi de 0.68 o que traduz uma fraca consistência interna. Ao comparar os valores obtidos neste estudo, com os obtidos por Silva, Pimentel e Rodrigues (2015) verifica-se que são de uma maneira geral superiores, com exceção da variável capacidade de resposta. Comparativamente aos dados obtidos no estudo da Segurança Social (2011), tem-se valores ligeiramente inferiores na maioria das variáveis exceto nos fatores tangíveis.

Globalmente, o alfa de *Cronbach* obtido com todos os itens foi de 0.91 valor inferior ao obtido no estudo da Segurança Social, mas que traduz uma consistência interna muito boa.

Tabela 1: Consistência Interna da Escala da Satisfação medida pelo  $\alpha$  de *Cronbach*.

Variáveis latentes	Presente estudo		Silva, Pimentel e Rodrigues (2015)	Segurança Social (2011)
	N.º de Itens	$\alpha$ de <i>Cronbach</i>		
Fatores tangíveis	7	0.97	0.89	0.93
Fiabilidade	6	0.83	0.85	0.97
Capacidade de resposta	8	0.68	0.83	0.94
Confiança e segurança	7	0.91	0.93	0.97
Empatia	5	0.94	0.92	0.96
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>0.91</b>	-	<b>0.99</b>

Por último foi aplicado o questionário da felicidade de *Oxford*. Este instrumento foi desenvolvido como uma medida de felicidade individual a fim de ser utilizado no departamento de psicologia experimental da universidade de *Oxford* nos anos 80. Foi utilizada a versão portuguesa do *Oxford Happiness Questionnaire* (OHQ) de Hills e Argyle (2002) que deriva do *Oxford Happiness Inventory* (OHI) de Argyle, Martin e Crossland (1989). Este é constituído por 29 itens com opções de resposta numa escala tipo *Likert* de 6 pontos sendo 1 o menor grau de felicidade possível e 6 o maior.

A escala tem 12 itens formulados na negativa: 1, 5, 6, 10, 13, 14, 19, 23, 24, 27 28 29 que foram reconvertidos de forma a todos estarem no mesmo sentido. Assim, quanto mais elevado for o *score* maior será a felicidade pessoal.

Segundo os autores desta escala, Hills e Argyle (2002), a sua estrutura é unidimensional, pelo que há apenas uma variável latente mensurável a partir dos 29 itens, que é operacionalizada pela média das respostas em todos os itens. A consistência interna da escala foi avaliada recorrendo ao *alfa de Cronbach*, tendo-se obtido para a amostra deste estudo 0,927 o que traduz uma consistência interna

Muito Boa (Pestana, & Gageiro, 2008). O valor obtido neste estudo é ligeiramente superior ao obtido por Gouveia, Mendes, e Viana (2006) cujo valor foi de 0,907.

#### **4.4 Tratamento de Dados**

Para dar resposta ao objetivo do estudo, aos objetivos específicos e às respetivas hipóteses de investigação, foram utilizadas as seguintes técnicas estatísticas:

- Análise descritiva exploratória em função da natureza das variáveis onde foram utilizadas as medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo e máximo com o intuito de permitir descrever todas as variáveis em estudo;
- Análise inferencial recorrendo à aplicação de testes estatísticos (paramétricos e não paramétricos) para dar resposta às hipóteses de investigação, no sentido de analisar a satisfação com os cuidados e a felicidade com as outras variáveis em estudo.

No decorrer do tratamento de dados e para decidir sobre a validação das hipóteses de investigação assumiu-se um nível de significância de 5%. De salientar que se optou por validar parcialmente as hipóteses de investigação que apresentassem pelo menos a corroboração de duas situações.

Na Tabela 2 apresenta-se um resumo com a informação sobre as técnicas estatísticas aplicadas fazendo a ligação da mesma aos objetivos e às hipóteses de investigação.

Tabela 2: Resumo do tratamento dos dados.

<b>Objetivos e Hipóteses de Investigação</b>	<b>Técnica Estatística</b>
<b>O<sub>1</sub>:</b> Avaliar a satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião.	Tabelas de Frequências, média e desvio padrão
<b>O<sub>2</sub>:</b> Avaliar a felicidade dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião.	Tabelas de Frequências, média e desvio padrão
<b>H<sub>1</sub>:</b> A satisfação dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico.	<i>t-Student, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>2</sub>:</b> A satisfação dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional.	<i>Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>3</sub>:</b> A satisfação dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico.	<i>Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>4</sub>:</b> A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico.	<i>t-Student e Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>5</sub>:</b> A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional.	<i>t-Student e Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>6</sub>:</b> A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínica.	<i>Kruskal-Wallis</i>
<b>H<sub>7</sub>:</b> Existe uma relação positiva direta entre a variável satisfação com os cuidados e a variável felicidade.	Coefficiente de correlação de <i>Spearman</i>

## 4.5 População e Amostra

Os idosos que participaram no presente trabalho de investigação foram selecionados em quatro instituições do concelho de Santa Marta de Penaguião, pertencentes às seguintes freguesias: União de Freguesias de Lobrigos (São Miguel de e São João Baptista) e Sanhoane, Cumieira e Fontes, do Distrito de Vila Real, em Portugal.

Como os participantes foram os idosos que se encontravam disponíveis e capazes para responder aos instrumentos de recolha de dados no momento da deslocação à instituição, o processo de amostragem aplicado foi não probabilístico, sendo uma amostra por conveniência.

Os idosos participantes foram selecionados segundo os seguintes critérios:

**Critérios de Inclusão:**

- Possuir idade igual ou superior a 65 anos;
- Estarem institucionalizados;

**Critérios de Exclusão:**

- Idosos portadores de perturbação mental;
- Idosos acamados.

Na Tabela 3 apresenta-se a distribuição da população pela Instituição onde estão institucionalizados, assim como o valor final da amostra. Da sua análise verifica-se que a população é constituída por 146 idosos e a amostra final por 61 (42% da população). Os 85 idosos que fazem parte da população e não estão na amostra foram excluídos por apresentarem perturbações mentais, sendo que essa informação foi dada pelas próprias instituições.

Tabela 3: Distribuição dos idosos por Instituição: População vs Amostra.

<b>Instituições do Concelho de Santa Marta de Penaguião</b>	<b>População</b>	<b>Amostra</b>
<b>Centro Social e Paroquial de São Miguel de Lobrigos</b>	33 (22.6%)	10 (16.4%)
<b>Centro Social e Paroquial de Santa Eulália da Cumieira</b>	39 (26.7%)	20 (32.8%)
<b>Fundação Dr. Carneiro Mesquita</b>	16 (11.0 %)	10 (16.39%)
<b>Fundação Luís Vicente</b>	58 (39.7%)	21 (34.43%)
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>61</b>

## **5. Apresentação e Análise dos Resultados**

### **5.1 Caracterização da Amostra**

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição dos idosos inquiridos quanto às variáveis de contexto sociodemográfico. A amostra é constituída por 61 idosos institucionalizados em Instituições do Concelho de Santa Marta de Penaguião. A maioria é do sexo feminino (n=46; 75.4%), em que a predominância das idades se situa nas faixas etárias dos 75 a 79 anos, 80 a 84 anos e 85 a 89 anos, com percentagens de 21.3; 27.9 e 29.5%, respetivamente. São, maioritariamente, provenientes de aldeias (n=47;77%) e viúvos (n=40; 65.6%). Verificou-se ainda que a maioria não frequentou a escola, 1% completou o 1º ciclo e cerca de 5% completou o 2.º ciclo. Quanto ao tipo de reforma, a maioria dos idosos deste estudo mencionou “limite de idade e pensão do cônjuge” ou “pensão do cônjuge e invalidez”. Há ainda 23% de idosos que refere estar reformado por invalidez. Constatou-se também que a maioria (n=38; 62.3%) tem um rendimento bruto mensal entre os 251 e 500 euros, e apenas 18% recebe mais de 500 euros. Ainda assim, a maioria diz-se satisfeito com o valor monetário da sua reforma.

Foi possível verificar que relativamente ao sexo dos inquiridos, todos os trabalhos de índole científico consultados corroboram com este tudo, sendo a amostra maioritariamente constituída pelo sexo feminino, como é possível verificar através de outros autores (e.g. Carvalho, 2015; Fernandes, 2016; Marques, 2017). Este efeito pode ser explicado pelo fato da esperança de vida ser mais elevada no sexo feminino (INE, 2017). Verifica-se também uma predominância de viúvos isto porque segundo INE (2017), em Portugal, a morte do cônjuge afeta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade do sexo contrário. No que respeita à localidade do idoso, ao grau de escolaridade, ao tipo de reforma, ao rendimento mensal bruto e à satisfação com o valor do mesmo, os dados obtidos neste estudo vão ao encontro de Carvalho (2011) onde foi possível verificar que maioritariamente dos idosos inquiridos eram provenientes de meio rural, com um nível de escolaridade baixo, com poucos rendimentos e em que maioritariamente viviam apenas de reformas e pensões bastante baixas, embora que ainda grande parte afirmasse ser razoável.

Tabela 4: Variáveis de Contexto Sociodemográfico.

Variável		n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	15	24.6
	Feminino	46	75.4
<b>Idade</b>	65 a 69 anos	6	9.8
	70 a 74 anos	3	4.9
	75 a 79 anos	13	21.3
	80 a 84 anos	17	27.9
	85 a 89 anos	18	29.5
	90 ou mais anos	4	6.6
<b>Localidade</b>	Aldeia	47	77.0
	Vila	11	18.0
	Cidade	3	4.9
<b>Estado civil</b>	Solteiro	10	16.4
	Casado	11	18.0
	Viúvo	40	65.6
<b>Grau de escolaridade</b>	Não foi à escola	33	54.1
	1.º Ciclo	25	41.0
	2.º Ciclo	3	4.9
<b>Tipo de reforma</b>	Limite de idade	6	9.8
	Pensão Social	2	3.3
	Pensão do Cônjuge	1	1.6
	Invalidez	14	23.0
	Limite de idade e pensão do cônjuge	19	31.1
	Pensão do cônjuge e invalidez	19	31.1
<b>Rendimento bruto mensal</b>	Até 250 euros	12	19.7
	De 251 a 500 euros	38	62.3
	De 501 a 1000 euros	11	18.0
<b>Satisfeito com o valor de reforma</b>	Sim	35	57.4
	Não	26	42.6

Quanto às variáveis de contexto situacional, Tabela 5, tem-se na amostra uma maior representatividade de idosos da Fundação Luís Vicente (n=21; 34.4%), seguindo-se o centro social e Paroquial de Santa Eulália da Cumieira (n=20; 32.8%). Os restantes idosos repartem-se de forma equitativa pelo Centro Social e Paroquial de São Miguel de Lobrigos e pela Fundação Dr. Carneiro Mesquita.

Relativamente ao tempo de internamento verificou-se uma predominância pelos intervalos de inferior e superior, isto é, 27.9% indicou estar institucionalizado há 12 meses ou menos, e, 24.6% há mais de 60 meses. Os restantes estão institucionalizados num período de tempo situado entre os 13 e os 60 meses. Quanto à iniciativa de integrar uma instituição, as respostas “iniciativa própria” e “iniciativa de familiares” foram as mais consensuais, com 41% e 44.3%, respetivamente. E, o principal motivo que levou à institucionalização foram as questões pessoais/familiares (55.7%), seguindo-se as questões clínicas (42.6%). Por último, mais de 90% dos idosos do estudo mencionou estar muito satisfeito ou satisfeito com o convívio social. O presente estudo contraria os resultados de Ferreira (2016) quando a questão é a iniciativa da institucionalização, sendo que a predominância assenta no próprio idoso e neste, os resultados apontam a institucionalização como sendo da vontade da família. Quanto ao tempo e motivo de institucionalização, os dados deste estudo estão em concordância com um estudo elaborado por Pinto (2013) onde a maioria se encontra mais recentemente institucionalizada e em que o motivo relevante foram questões familiares e/ou pessoais. Tendo em consideração a perceção que os idosos têm do convívio social, os resultados foram positivos corroborando outros estudos (e.g. Areosa, Benitez, & Wichmann, 2012).

Tabela 5: Variáveis de Contexto Situacional.

Variável		n	%
<b>Instituição</b>	Centro social e paroquial de São Miguel de Lobrigos	10	16.4
	Centro social e paroquial de Santa Eulália da Cumieira	20	32.8
	Fundação Dr. Carneiro Mesquita – Fontes	10	16.4
	Fundação Luís Vicente – S. João de Lobrigos	21	34.4
<b>Tempo de internamento</b>	1 a 12 meses	17	27.9
	13 a 24 meses	11	18.0
	25 a 36 meses	8	13.1
	37 a 48 meses	7	11.5
	48 a 60 meses	3	4.9
	Mais de 60 meses	15	24.6
<b>Iniciativa da institucionalização</b>	Própria	25	41.0
	Familiares	27	44.3
	Técnicos de Ação Social	9	14.8
<b>Motivo da institucionalização</b>	Questões clínicas	26	42.6
	Questões familiares e/ou pessoais	34	55.7
	Outro	1	1.6
<b>Perceção do convívio social</b>	Muito satisfeito	26	42.6
	Satisfeito	30	49.2
	Insatisfeito	4	6.6
	Muito insatisfeito	1	1.6

Em termos de variáveis de contexto familiar (Tabela 6), verificou-se que mais de 90% dos idosos mantém contacto com a família e quase 50% referiu receber visitas diariamente ou semanalmente. Há também idosos que recebem visitas quinzenais, mensais e anuais, e também quem não receba visitas (n=4; 6.6%).

No que respeita a questões familiares, nomeadamente ao contacto com a família, os idosos inquiridos responderam afirmativamente, tal como num estudo desenvolvido por Cruz (2014), onde a maioria dos idosos inquiridos tinham contacto com a família. Quando questionados sobre a periodicidade das visitas, maioritariamente os idosos responderam “anualmente” o que contraria vários estudos nesta linha de investigação (e.g., Ferreira, 2016) onde se verifica que a maioria tem visitas semanais.

Tabela 6: Variáveis de Contexto Familiar.

Variável		n	%
<b>Contacto com a família</b>	Sim	57	93.4
	Não	4	6.6
<b>Periodicidade das visitas</b>	Diariamente	14	23.0
	Semanalmente	13	21.3
	Quinzenalmente	3	4.9
	Mensalmente	9	14.8
	Anualmente	18	29.5
	Nunca	4	6.6

No que toca às variáveis do contexto clínico, Tabela 7, mais de 73% dos idosos inquiridos consideraram que a sua saúde é má ou muito má. Verificou-se também que a maioria se considera pouco ativo ou inativo no que concerne às atividades diárias.

Relativamente á percepção que os idosos têm sobre a sua saúde grande parte considerou má, confirmando os resultados de um outro estudo elaborado por Ferreira (2011). No que concerne á atividade diária, maioritariamente apontaram como sendo inativos, contrariamente a alguns estudos, onde os idosos são ativos, como é o caso do estudo de Ferreira (2016).

Tabela 7: Variáveis de Contexto Clínico.

Variável		n	%
<b>Percepção da saúde</b>	Boa	16	26.2
	Má	34	55.7
	Muito má	11	18.0
<b>Atividade diária</b>	Muito ativo	3	4.9
	Ativo	17	27.9
	Inativo	24	39.3
	Pouco ativo	17	27.9

## 5.2 Avaliação da Satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados

Para dar resposta ao objetivo 1 (O<sub>1</sub>) produziram-se as tabelas 8 a 15 tendo-se concluído que os idosos institucionalizados no concelho de Santa Marta de Penaguião demonstram maiores níveis de satisfação nas seguintes variáveis latentes: fatores tangíveis, confiança e segurança e empatia da instituição.

Na Tabela 8, apresentam-se as frequências absolutas das respostas dadas pelos idosos aos itens da variável latente fatores tangíveis.

Observa-se que a maioria dos idosos estão totalmente satisfeitos em todos os itens, pois a percentagem de respostas nesta categoria varia entre 75.4% e 83.6%. Destacam-se os itens “Segurança e conforto dos transportes” e “Apresentação e imagem dos colaboradores” com maior satisfação, pois são os que apresentam maior valor médio. De notar que dois idosos responderam “não sabe” ou “não se aplica” no penúltimo item. Assim, os idosos estão bastante satisfeitos no que toca aos fatores tangíveis pois todos os valores médios dos itens são superiores ou iguais a 4.7 pontos, sendo o máximo possível 5. Por outro lado, os idosos revelam elevada concordância nas suas respostas, uma vez que os desvios padrão apresentam valores baixos.

Tabela 8: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Fatores Tangíveis.

Fatores tangíveis	1	2	3	4	5	NS/NA	$\bar{x} \pm s$
Estado de conservação dos edifícios	-	1 (1.6%)	1 (1.6%)	12 (19.7%)	47 (77.1%)	-	4.72 ± 0.58
Limpeza e arrumação das instalações	-	-	3 (4.9%)	9 (14.8%)	49 (80.3%)	-	4.75 ± 0.54
Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações	-	1 (1.6%)	1 (1.6%)	13 (21.3%)	46 (75.4%)	-	4.70 ± 0.59
Estado de conservação dos equipamentos	-	-	1 (1.6%)	12 (19.7%)	48 (78.7%)	-	4.77 ± 0.46
Conforto e adequação das instalações	-	-	2 (3.3%)	9 (14.8%)	50 (82.0%)	-	4.79 ± 0.49
Segurança e conforto dos transportes	-	-	1 (1.6%)	10 (16.4%)	48 (78.7%)	2 (3.3%)	4.80 ± 0.45
Apresentação e imagem dos colaboradores	-	-	1 (1.6%)	9 (14.8%)	51 (83.6%)	-	4.82 ± 0.43

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não sei/Não se aplica;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

Na Tabela 9 apresentam-se as frequências absolutas das respostas dadas pelos idosos aos itens da variável latente fiabilidade. Observa-se que a maioria das respostas em cada item foram 4 –

muito satisfeito ou 5 – totalmente satisfeito, com percentagens acumuladas a variar entre 47.6% no item “Informação sobre o regulamento e regras de funcionamento” e 95.1% no item “Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões”. De notar que vários idosos responderam “Não sabe” ou “não se aplica” em vários itens (estes idosos não foram tidos em conta no cálculo dos alfas de *Cronbach*, nem na pontuação global desta variável). De uma maneira geral, os idosos estão satisfeitos no que toca à fiabilidade da instituição, pois os valores médios obtidos variam entre  $3.18 \pm 1.30$  e  $4.64 \pm 0.68$ . Os desvios padrão revelam maior dispersão nas respostas dadas pelos idosos.

Tabela 9: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Fiabilidade.

Fiabilidade	1	2	3	4	5	NS/NA	$\bar{x} \pm s$
Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados	8 (13.1%)	12 (19.7%)	10 (16.4%)	22 (36.1%)	9 (14.8%)	-	$3.20 \pm 1.29$
Planeamento, organização e execução dos serviços e atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal	9 (14.8%)	10 (16.4%)	10 (16.4%)	23 (37.7%)	8 (13.1%)	1 (1.6%)	$3.18 \pm 1.30$
Informação sobre o regulamento e regras de funcionamento	5 (8.2%)	-	4 (6.6%)	14 (23.0%)	15 (24.6%)	23 (37.7%)	$3.89 \pm 1.31$
Informação e participação na elaboração do seu plano individual	7 (11.5%)	3 (4.9%)	8 (13.1%)	17 (27.9%)	14 (23.0%)	12 (19.7%)	$3.57 \pm 1.35$
Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza	5 (8.2%)	2 (3.3%)	6 (9.8%)	19 (31.1%)	13 (21.3%)	16 (26.2%)	$3.73 \pm 1.25$
Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas /questões	-	2 (3.3%)	1 (1.6%)	14 (23.0%)	44 (72.1%)	-	$4.64 \pm 0.68$

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não sei/Não se aplica.;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

No que toca à variável capacidade de resposta, Tabela 10, observa-se que há seis itens onde os idosos revelam estar bastante satisfeitos, pois predominam as respostas na categoria totalmente satisfeitos (as frequências relativas variam entre 45.9% e 75.4%), e, os valores médios variam entre  $4.15 \pm 0.98$  e  $4.78 \pm 0.46$ . Trata-se dos itens relacionados com os cuidados prestados em termos de higiene, saúde, alimentação e disponibilidade dos colaboradores.

Há, no entanto, dois itens em que os idosos revelam menor satisfação, a saber: “Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades” e “Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas” pois os valores médios obtidos foram  $3.38 \pm 1.19$  e  $3.00 \pm 1.33$ .

De notar que vários idosos responderam “Não se aplica” em vários itens (estes idosos não foram tidos em conta no cálculo dos alfas de *Cronbach*, nem na pontuação global desta variável).

Assim, e de uma maneira geral os idosos estão satisfeitos com a forma como são tratados, e menos satisfeitos com as atividades lúdicas desenvolvidas.

Tabela 10: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Capacidade de resposta.

Capacidade de resposta	1	2	3	4	5	NS/NA	$\bar{x} \pm s$
Modo/desempenho como os colaboradores prestam os serviços	-	2 (3.3%)	4 (6.6%)	9 (14.8%)	46 (75.4%)	-	4.62 $\pm 0.76$
Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades	1 (1.6%)	3 (4.9%)	10 (16.4%)	19 (31.1%)	28 (45.9%)	-	4.15 $\pm 0.98$
Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa	-	-	2 (3.3%)	7 (11.5%)	34 (55.7%)	18 (29.5%)	4.74 $\pm 0.54$
Apoio nos cuidados de saúde que precisa	-	-	3 (4.9%)	6 (9.8%)	34 (55.7%)	18 (29.5%)	4.72 $\pm 0.59$
Apoio na realização das suas atividades pessoais	-	-	1 (1.6%)	9 (14.8%)	41 (67.2%)	10 (16.4%)	4.78 $\pm 0.46$
Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades	2 (3.3%)	14 (23.0%)	19 (31.1%)	11 (18.0%)	15 (24.6%)	-	3.38 $\pm 1.19$
Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas	8 (13.1%)	17 (27.9%)	15 (24.6%)	9 (14.8%)	12 (19.7%)	-	3.00 $\pm 1.33$
Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio	-	2 (3.3%)	3 (4.9%)	18 (29.5%)	38 (62.3%)	-	4.51 $\pm 0.74$

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não sei/Não se aplica;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

Na Tabela 11 apresentam-se as frequências absolutas das respostas dadas pelos idosos aos itens da variável latente confiança e segurança. Observa-se que a maioria das respostas em cada item foram 5 – totalmente satisfeito com percentagens a variar entre 60.7% e 83.6%. De notar que vários idosos responderam “Não sabe” ou “não se aplica” em três itens (estes idosos não foram tidos em conta no cálculo dos alfas de *Cronbach*, nem na pontuação global desta variável). De uma maneira geral, os idosos estão bastante satisfeitos no que toca à Confiança e segurança da sua instituição pois em todos os itens os valores médios obtidos foram superiores a 4.61. Por outro lado, as respostas dadas pelos idosos revelam concordância pois os desvios padrão obtidos são baixos.

Tabela 11: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Confiança e Segurança.

Confiança e segurança	1	2	3	4	5	NS/NA	$\bar{x} \pm s$
Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão	-	-	1 (1.6%)	12 (19.7%)	37 (60.7%)	11 (18.0%)	4.72 ± 0.50
Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores	-	2 (3.3%)	2 (3.3%)	11 (18.0%)	46 (75.4%)	-	4.66 ± 0.70
Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais	-	2 (3.3%)	1 (1.6%)	7 (11.5%)	51 (83.6%)	-	4.75 ± 0.65
Simpatia, educação e atenção dos colaboradores	-	2 (3.3%)	4 (6.6%)	9 (14.8%)	46 (75.4%)	-	4.62 ± 0.76
Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa	-	2 (3.3%)	2 (3.3%)	13 (21.3%)	42 (68.9%)	2 (3.3%)	4.61 ± 0.72
Respeito da organização pelas suas decisões e opções	-	2 (3.3%)	3 (4.9%)	12 (19.7%)	44 (72.1%)	-	4.61 ± 0.74
Forma como os colaboradores cumprem o seu pano individual (higiene pessoal, medicamentos, atividades ocupacionais, etc.)	-	-	5 (8.2%)	12 (19.7%)	43 (70.5%)	1 (1.6%)	4.63 ± 0.64

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não sei/Não se aplica;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

Quanto à empatia, Tabela 12, observa-se uma concordância nas respostas dadas pelos inquiridos, pois a maioria dos idosos revelou estar totalmente satisfeito nos cinco itens desta variável latente, pois as frequências relativas variam entre 50.8% e 82.0%. De notar que vários idosos responderam “Não sabe” “ou não se aplica” em dois itens (estes idosos não foram tidos em conta no cálculo dos alfas de *Cronbach*, nem na pontuação global desta variável). De uma maneira geral, os idosos estão bastante satisfeitos no que toca à empatia da sua instituição, pois os valores médios obtidos são todos superiores a 4.53 pontos e os desvios padrão são baixos e traduzem baixa variabilidade nas respostas.

Tabela 12: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da variável Empatia.

<b>Empatia</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NS/NA</b>	$\bar{x} \pm s$
Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes	2 (3.3%)	1 (1.6%)	-	9 (14.8%)	31 (50.8%)	18 (29.5%)	4.53 ± 0.98
Respeito e consideração a organização pelas sugestões dos clientes	1 (1.6%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	8 (13.1%)	49 (80.3%)	-	4.67 ± 0.81
Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização	-	1 (1.6%)	1 (1.6%)	8 (13.1%)	50 (82.0%)	1 (1.6%)	4.78 ± 0.56
Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais	-	2 (3.3%)	3 (4.9%)	7 (11.5%)	49 (80.3%)	-	4.69 ± 0.72
Apoio dos colaboradores na sua dinamização e motivação para realizar e participar em atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal	-	2 (3.3%)	2 (3.3%)	8 (13.1%)	49 (80.3%)	-	4.70 ± 0.69

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não se aplica;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

Quanto à satisfação em geral, Tabela 13, verifica-se que a maioria dos idosos deste estudo revelou estar “totalmente satisfeito” (n=42; 68.9 %), e obtiveram-se ainda 19.7% (n=12) de idosos muito satisfeitos. O valor médio obtido foi de 4.51 pontos com um desvio padrão de 0.89 pontos, que é um valor baixo e traduz concordância nas respostas dadas pelos idosos.

Tabela 13: Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à Satisfação Geral.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	$\bar{x} \pm s$
<b>Satisfação geral</b>	1 (1.6%)	2 (3.3%)	4 (6.6%)	12 (19.7%)	42 (68.9%)	4.51 ± 0.89

Nota: 1 – nada satisfeito; 2 – pouco satisfeito; 3 – satisfeito; 4 – muito satisfeito; 5 – totalmente satisfeito; NS/NA – Não se aplica;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

Por último, Tabela 14, quanto à lealdade dos idosos para com a instituição onde se encontram, a grande maioria recomendaria a sua instituição a um amigo (n=56; 91.8%), e não mudaria de instituição (n=57; 93.4%).

Tabela 14: Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à Lealdade.

<b>Lealdade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Se um amigo seu precisasse recomendaria a organização?	56 (91.8%)	5 (8.2%)
Se pudesse, mudaria de organização?	4 (6.6%)	57 (93.4%)

As cinco variáveis latentes que se podem obter da escala da satisfação com os cuidados, foram operacionalizadas pela média das respostas dos itens que as constituem, que foram convertidas

numa escala de 0-100 pontos de forma a facilitar a sua interpretação. Na Tabela 15 está apresentada a variação obtida, mediana, média e desvio padrão de cada uma dessas variáveis. A operacionalização destas variáveis traduz tudo o que já foi apontado nos parágrafos anteriores.

Assim, os idosos estão mais satisfeitos com os fatores tangíveis, confiança e segurança e com a empatia da sua instituição, pois o nível de satisfação médio é superior a 90 pontos, e, os desvios padrão obtidos podem considerar-se baixos, o que traduz concordância na opinião dos idosos inquiridos. A satisfação média com a capacidade de resposta da instituição onde se encontram foi de 81.90 pontos com um desvio padrão de 11.80 pontos. Foi na fiabilidade que os idosos demonstraram menor satisfação, comparativamente, com a satisfação nas outras variáveis, mas, trata-se de um valor bastante positivo, pois a média foi de 72.26 pontos com um desvio padrão de 21.53 pontos. Este desvio padrão traduz uma menor concordância na opinião dos idosos.

Tabela 15: Variação, mediana, média e desvio padrão das variáveis latentes das duas escalas.

	Mínimo	Máximo	Mediana	$\bar{x} \pm s$
<b>Fatores tangíveis</b>	50.00	100.00	98.21	94.37±11.62
<b>Fiabilidade</b>	16.67	100.00	75.00	72.26±21.53
<b>Capacidade de resposta</b>	50.00	100.00	84.38	81.90±11.80
<b>Confiança e segurança</b>	42.86	100.00	96.43	91.72±13.05
<b>Empatia</b>	25.00	100.00	95.00	91.16±18.32

### 5.2.1 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto sociodemográfico

Com o objetivo de comparar a satisfação com os cuidados por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade foram aplicados testes estatísticos paramétricos e não paramétricos para amostras independentes, tendo-se assumido um nível de significância de 5%. Assim, a obtenção de valores de prova inferiores a 5% permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos independentes em confronto. Assim, para comparar a satisfação e a capacidade de resposta por sexo recorreu-se ao teste *t-Student* (tendo-se validado o pressuposto da normalidade através do teste de *Shapiro-Wilk*), nas restantes variáveis o teste utilizado foi o de *Mann-Whitney*. Nas comparações por idade, localidade, estado civil e escolaridade recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade, nem o tamanho das amostras independentes, o que inviabilizou a aplicação de uma análise de variância).

Na Tabela 16 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes. Quanto ao sexo, idade, estado civil e escolaridade os valores de prova obtidos foram todos superiores a 5%, em todas as variáveis dependentes. Assim, não existem evidências estatísticas suficientes para concluir que há diferenças entre os grupos em comparação. Isto é, os idosos que participaram neste estudo, evidenciam igual satisfação com os cuidados no que toca a essas variáveis. Quanto à variável

localidade, obtiveram-se dois valores de prova inferiores a 5%, nas variáveis Confiança e Segurança e Empatia. Assim, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a satisfação dos idosos de uma das localidades difere das outras.

Na Figura 4 apresenta-se a distribuição da variável satisfação com a confiança e segurança por localidade. A sua análise permite concluir que são os idosos provenientes das vilas que estão menos satisfeitos com a confiança e segurança da instituição onde estão institucionalizados.

Na Figura 5 pode observar-se a distribuição da variável satisfação com empatia por localidade. A sua análise permite concluir que são os idosos provenientes das vilas que estão menos satisfeitos com a empatia da instituição onde estão institucionalizados.

Os autores Silva, Pimentel e Rodrigues (2015), no seu estudo encontraram diferenças estatisticamente significativas no que respeita ao sexo e ao estado civil. Segundo os mesmos, estes fatores influenciam o grau de satisfação, contrariamente ao que foi observado neste estudo.

Tabela 16: Valores de prova obtidos nas comparações por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade.

	Sexo	Idade <sup>iii</sup>	Localidade <sup>iii</sup>	Estado civil <sup>iii</sup>	Escolaridade <sup>iii</sup>
<b>Fatores tangíveis</b>	0.219 <sup>ii</sup>	0.337	0.157	0.400	0.384
<b>Fiabilidade</b>	0.513 <sup>ii</sup>	0.487	0.373	0.836	0.611
<b>Capacidade de resposta</b>	0.328 <sup>i</sup>	0.821	0.978	0.245	0.796
<b>Confiança e segurança</b>	0.665 <sup>ii</sup>	0.388	0.029*	0.580	0.430
<b>Empatia</b>	0.512 <sup>ii</sup>	0.734	0.023*	0.699	0.459

Nota: i, teste *t-Student*; ii, teste *Mann-Whitney*; iii, teste *Kruskal-Wallis*; \* - Significativo a 5%.

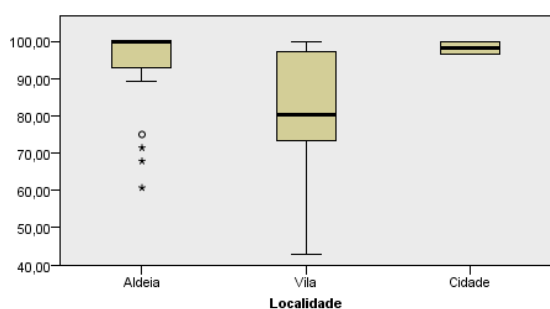


Figura 4: Distribuição da variável Confiança e Segurança por Localidade.

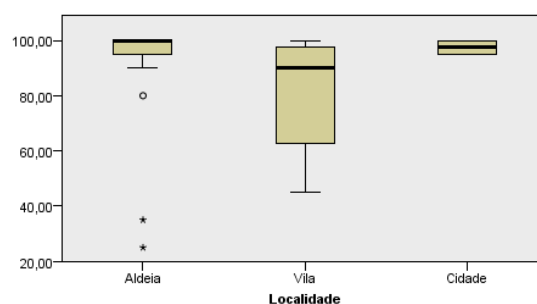


Figura 5: Distribuição da variável Empatia por localidade.

## 5.2.2 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto Situacional

Com o objetivo de comparar a satisfação com os cuidados por tempo de internamento, iniciativa do internamento e motivo do internamento recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente,

*Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade). O nível de significância adotado foi de 5%.

Na Tabela 17 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes, e como foram todos superiores a 5% conclui-se que não existem evidências estatísticas suficientes para se concluir que há diferenças entre os grupos em comparação. Assim, conclui-se que a satisfação dos idosos com os serviços prestados não é influenciada pelo tempo de internamento, pela iniciativa do internamento ou pelo motivo do internamento.

Num estudo realizado por Silva, Pimentel, e Rodrigues (2015), utilizando o mesmo questionário, verificaram que foram obtidos maiores níveis de satisfação em utentes em que a iniciativa da institucionalização partiu da vontade própria.

Tabela 17. Valores de prova obtidos nas comparações por tempo de internamento, iniciativa do internamento, motivo do internamento e contacto com a família.

	<b>Tempo de internamento</b>	<b>Iniciativa</b>	<b>Motivo</b>
<b>Fatores tangíveis</b>	0.113	0.949	0.660
<b>Fiabilidade</b>	0.127	0.807	0.496
<b>Capacidade de resposta</b>	0.065	0.558	0.358
<b>Confiança e segurança</b>	0.218	0.935	0.591
<b>Empatia</b>	0.369	0.997	0.659

### 5.2.3 Satisfação relacionada com as variáveis de contexto Clínico

Com o objetivo de comparar a satisfação com os cuidados com a perceção de saúde e atividade diária, recorreremos a testes não paramétricos, nomeadamente, *Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade nem do tamanho da amostra por grupo independente). O nível de significância adotado foi de 5%.

Na Tabela 18 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes. Verifica-se que existem evidências estatísticas suficientes para se concluir que há diferenças na empatia atendendo à perceção da saúde, pois o valor de prova obtido foi de  $0.036 < 5\%$ , e, analisando a Figura 6, conclui-se que os idosos que classificam a sua saúde como boa estão menos satisfeitos com a Empatia da sua instituição comparativamente aos idosos cuja saúde é muito má.

Por outro lado, também se conclui que existem evidências estatísticas suficientes para se concluir que há diferenças nos fatores tangíveis e na confiança/segurança quanto à atividade diária, pois os valores de prova obtidos foram inferiores a 5%. Da análise da Figura 7 e Figura 8 verifica-se que os idosos pouco ativos são os que estão menos satisfeitos com os fatores tangíveis e menos satisfeitos com a confiança e segurança da sua instituição.

Os resultados obtidos não corroboram com o estudo de Matias (2010) onde este testou se a satisfação relativamente ao lar variava consoante a perceção da saúde, tal não se verificou pois não existiu uma diferença estatisticamente significativa.

Tabela 18: Valores de prova obtidos nas comparações atendendo à perceção da Saúde e atividade diária.

	Perceção da saúde	Atividade diária
<b>Fatores tangíveis</b>	0.245	0.001**
<b>Fiabilidade</b>	0.070	0.867
<b>Capacidade de resposta</b>	0.083	0.480
<b>Confiança e segurança</b>	0.101	0.039*
<b>Empatia</b>	0.036*	0.217

Nota: \* - Significativo a 5%; \*\* - Significativo a 1%.

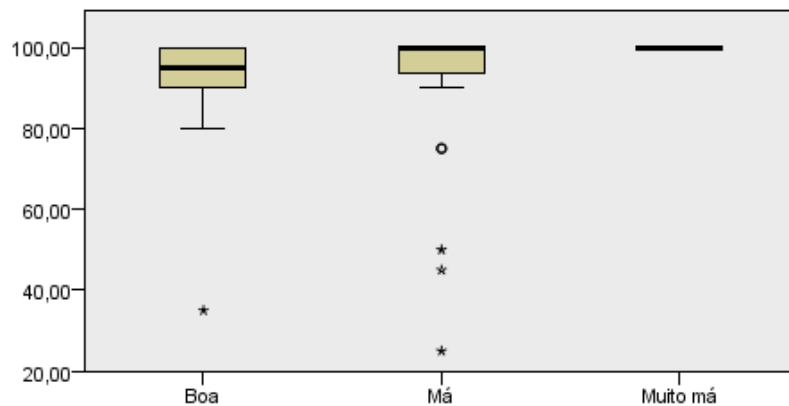


Figura 6: Distribuição da variável empatia por perceção da saúde.

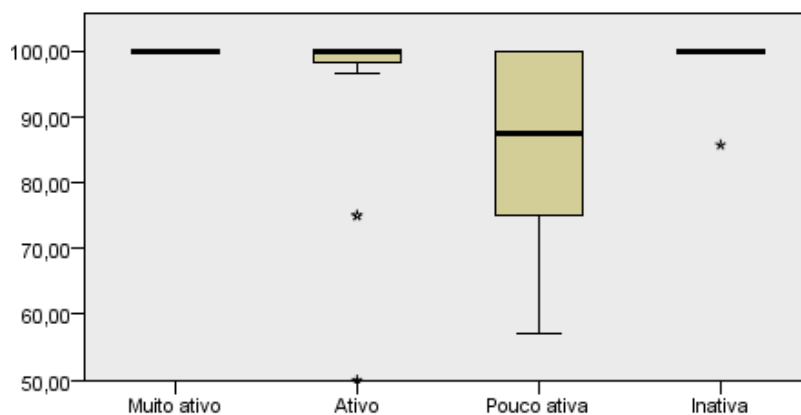


Figura 7: Distribuição da variável fatores tangíveis atendendo à atividade diária.

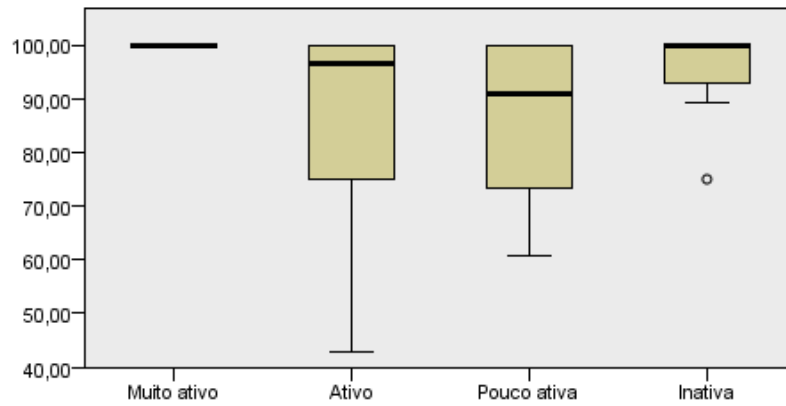


Figura 8: Distribuição da variável confiança e segurança atendendo à atividade diária.

### 5.3 Avaliação da Felicidade dos Idosos Institucionalizados

Para dar resposta ao objetivo 2 (O<sub>2</sub>) produziram-se as tabelas 19 e 20 tendo-se concluído que os idosos institucionalizados no concelho de Santa Marta de Penaguião demonstram níveis de felicidade bastante elevados.

Na Tabela 19 apresentam-se as frequências absolutas das respostas dos idosos inquiridos aos itens da escala da Felicidade, pelas seis possibilidades de resposta que esta escala contempla. Apresenta-se também para cada item a média e respetivo desvio padrão. Como já referido, pontuações mais elevadas traduzem maior felicidade.

Os idosos deste estudo revelaram maior felicidade nos itens 1\*, 4 e 29\*, que evidencia estarem felizes com a sua forma de ser, com o manifestarem sentimentos calorosos perante outras pessoas e felizes com as suas memórias do passado, pois os valores médios obtidos nestes itens foram superiores a 5 (num máximo de 6).

Em sentido oposto, isto é, os idosos revelaram menor felicidade nos itens 14 e 28 com valores médios inferiores a 3 e também no 25 com média inferior a 3.5. Estão menos felizes com o que têm feito face ao que gostariam de fazer e não se sentem saudáveis, e também com a falta de energia. Obtiveram-se ainda valores médios inferiores a 4 em mais oito itens (5, 8, 13, 19, 20, 23, 26 e 27) e que traduzem uma felicidade baixa em situações como: sentir-se cansado, falta de controlo e dificuldade em tomar decisões, falta de comprometimento, falta de diversão e não se sentir atraente.

Nos restantes 15 itens (2, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 24) os valores médios obtidos estão compreendidos entre 4 e 5 e traduzem níveis de felicidade altos. Trata-se de itens relacionados com a forma como os idosos encaram o seu dia-a-dia e estar feliz com isso: dedicação aos outros, a vida é gratificante e boa, otimismo com o futuro, ter prazer com as coisas que faz, achar o mundo um bom sítio, rir muito, satisfação com tudo na vida, ser muito feliz, considerar as coisas encantadoras, facilidade em animar as pessoas, adaptação, estar completamente atenta a tudo a que a rodeia, sentir alegria e exaltação e por último encontrar um significado para a vida.

Tabela 19: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da escala da Felicidade, média e desvio padrão.

Itens	1	2	3	4	5	6	$\bar{x} \pm s$
1. Não me sinto especialmente satisfeito com a minha maneira de ser*	1 (1.6%)	-	5 (8.2%)	10 (16.4%)	19 (31.1%)	26 (42.6%)	5.03±1.10
2. Dedico-me inteiramente aos outros	2 (3.3%)	8 (13.1%)	3 (4.9%)	10 (16.4%)	11 (18.0%)	27 (44.3%)	4.66±1.56
3. Sinto que a vida é sempre muito gratificante	2 (3.3%)	4 (6.6%)	13 (21.3%)	12 (19.7%)	16 (26.2%)	14 (23.0%)	4.28±1.80
4. Tenho sentimentos muitos calorosos em reação a quase toda a gente	-	3 (4.9%)	1 (1.6%)	12 (19.7%)	22 (36.1%)	23 (37.7%)	5.00±1.05
5. Raramente acordo com a sensação de ter “carregado as baterias”*	4 (6.6%)	14 (23.0%)	9 (14.8%)	20 (32.8%)	9 (14.8%)	5 (8.2%)	3.51±1.39
6. Não sou muito otimista em relação ao futuro*	1 (1.6%)	9 (14.8%)	8 (13.1%)	19 (31.1%)	18 (29.5%)	6 (9.8%)	4.02±1.26
7. Facilmente retiro prazer das coisas que faço	1 (1.6%)	3 (4.9%)	14 (23.0%)	27 (44.3%)	8 (13.1%)	8 (13.1%)	4.02±1.12
8. Estou sempre comprometido e envolvido	1 (1.6%)	5 (8.2%)	19 (31.1%)	21 (34.4%)	7 (11.5%)	8 (13.1%)	3.85±1.20
9. A vida é boa	3 (4.9%)	2 (3.3%)	8 (13.1%)	19 (31.1%)	12 (19.7%)	17 (27.9%)	4.41±1.37
10. Não acho que o mundo seja um bom sítio*	4 (6.6%)	3 (4.9%)	12 (19.7%)	13 (21.3%)	18 (29.5%)	11 (18.0%)	4.16±1.42
11. Rio-me muito	4 (6.6%)	8 (13.1%)	5 (8.2%)	10 (16.4%)	15 (24.6%)	19 (31.1%)	4.33±1.62
12. Estou muito satisfeito com tudo na minha vida	1 (1.6%)	4 (6.6%)	13 (21.3%)	20 (32.8%)	17 (27.9%)	6 (9.8%)	4.08±1.14
13. Não me acho atraente*	-	5 (8.2%)	6 (9.8%)	44 (72.1%)	6 (9.8%)	-	3.84±0.71
14. Há uma diferença entre aquilo que gostava de fazer e o que tenho feito*	19 (31.1%)	18 (29.5%)	13 (21.3%)	8 (13.1%)	2 (3.3%)	1 (1.6%)	2.33±1.24
15. Sou muito feliz	3 (4.9%)	3 (4.9%)	11 (18.0%)	14 (23.0%)	20 (32.8%)	10 (16.4%)	4.23±1.33

Tabela 19: Distribuição das respostas dos inquiridos nos itens da escala da Felicidade, média e desvio padrão (cont.).

Itens	1	2	3	4	5	6	$\bar{x} \pm s$
16. Considero as coisas encantadoras	-	3 (4.9%)	12 (19.7%)	22 (36.1%)	18 (29.5%)	6 (9.8%)	4.20±1.03
17. Tenho muita facilidade em animar os outros	2 (3.3%)	2 (3.3%)	9 (14.8%)	15 (24.6%)	20 (32.8%)	13 (21.3%)	4.44±1.26
18. Adapto-me sempre a tudo o que quero	1 (1.6%)	2 (3.3%)	17 (27.9%)	22 (36.1%)	13 (21.3%)	6 (9.8%)	4.02±1.09
19. Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida*	3 (4.9%)	5 (8.2%)	8 (13.1%)	26 (42.6%)	16 (26.2%)	3 (4.9%)	3.92±1.17
20. Sinto-me capaz de enfrentar qualquer desafio	1 (1.6%)	8 (13.1%)	24 (39.3%)	14 (23.0%)	10 (16.4%)	4 (6.6%)	3.59±1.16
21. Estou sempre completamente atento ao que me rodeia	-	4 (6.6%)	5 (8.2%)	14 (23.0%)	23 (37.7%)	15 (24.6%)	4.66±1.14
22. Regularmente sinto alegria e exaltação	3 (4.9%)	7 (11.5%)	7 (11.5%)	20 (32.8%)	18 (29.5%)	6 (9.8%)	4.00±1.32
23. Acho difícil tomar decisões*	1 (1.6%)	10 (16.4%)	7 (11.5%)	28 (45.9%)	11 (18.0%)	4 (6.6%)	3.82±1.16
24. Não encontro um sentido e significado na minha vida*	1 (1.6%)	3 (4.9%)	6 (9.8%)	17 (27.9%)	28 (45.9%)	6 (9.8%)	4.41±1.07
25. Sinto que tenho sempre muita energia	4 (6.6%)	16 (26.2%)	8 (13.1%)	18 (29.5%)	12 (19.7%)	3 (4.9%)	3.44±1.37
26. Tenho sempre uma influência positiva nos acontecimentos	1 (1.6%)	6 (9.8%)	14 (23.0%)	20 (32.8%)	18 (29.5%)	2 (3.3%)	3.89±1.10
27. Não me divirto com as outras pessoas*	5 (8.2%)	9 (14.8%)	10 (16.4%)	4 (6.6%)	26 (42.6%)	7 (11.5%)	3.95±1.55
28. Não me sinto muito saudável*	10 (16.4%)	19 (31.1%)	11 (18.0%)	12 (19.7%)	6 (9.8%)	3 (4.9%)	2.90±1.42
29. Não tenho muitas memórias felizes do passado*	2 (3.3%)	42 (68.9%)	2 (3.3%)	5 (8.2%)	15 (24.6%)	33 (54.1%)	5.07±1.37

Nota: \* itens invertidos; 1 – discordo totalmente; 2 – discordo moderadamente; 3 – discordo ligeiramente; 4 – concordo ligeiramente; 5 – concordo moderadamente; 6 – concordo totalmente;  $\bar{x}$  – média;  $s$  – desvio padrão.

A variável latente “Felicidade” obtida a partir da média dos 29 itens, registou uma variação entre 2 e 6 pontos, sendo o valor médio 4.07 pontos com um desvio padrão de 0.72 pontos. Este valor médio indica que de uma maneira geral os idosos revelam uma felicidade alta. O valor do desvio padrão é pequeno o que traduz concordância nas respostas dadas pelos inquiridos (Tabela 20).

Tabela 20: Variação, mediana, média e desvio padrão da variável latente Felicidade.

	Mínimo	Máximo	Mediana	$\bar{x} \pm s$
<b>Felicidade global</b>	2	6	4.10	4.07±0.72

Nota:  $\bar{x}$  – média;  $s$  –desvio padrão.

### 5.3.1 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto sociodemográfico

Com o objetivo de comparar a felicidade por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade aplicaram-se testes estatísticos paramétricos e não paramétricos para amostras independentes, tendo-se adotado um nível de significância de 5%. Assim, a obtenção de valores de prova inferiores a 5% permite concluir que há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos independentes em confronto. Assim, para comparar a felicidade por sexo recorreu-se ao teste *t-Student* (tendo-se validado o pressuposto da normalidade através do teste de *Shapiro-Wilk*). Nas comparações por idade, localidade, estado civil e escolaridade o teste usado foi o de *Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade, o que inviabilizou a aplicação de uma análise de variância).

Na Tabela 21 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes. Como todos os valores de prova foram superiores a 5%, conclui-se que não há diferenças estatisticamente significativas na felicidade dos idosos por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade. Assim, a felicidade dos idosos deste estudo não é estatisticamente diferente entre homens e mulheres, entre as várias faixas etárias, entre as várias localidades, entre os vários estados civis e entre os vários níveis de escolaridade.

Estes resultados já seriam esperados tendo em conta os dados disponíveis na literatura sobre a temática em estudo (Simões, et al., 2000). Um estudo realizado por Liaghatda, Jafari, Abedi, & Samiee (2008) utilizando a mesma escala, não verificou nenhuma diferença significativa entre os sexos.

Tabela 21: Valores de prova obtidos nas comparações por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade da felicidade.

	Sexo	Idade <sup>ii</sup>	Localidade <sup>ii</sup>	Estado civil <sup>ii</sup>	Escolaridade <sup>ii</sup>
<b>Felicidade</b>	0.434 <sup>i</sup>	0.067	0.122	0.904	0.575

Legenda: i – teste *t-Student*; ii – teste *Kruskal-Wallis*; \* - Significativo a 5%.

### 5.3.2 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto Situacional

Com o objetivo de comparar a felicidade por tempo de internamento, iniciativa do internamento e motivo do internamento recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente, *Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade). O nível de significância adotado foi de 5%.

Na Tabela 22 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes, e como foram todos superiores a 5% conclui-se que não há diferenças estatisticamente significativas nos níveis de felicidade com os cuidados dos idosos deste estudo, em nenhuma das variáveis independentes. Isto é, a felicidade explanada pelos idosos deste estudo não é influenciada pelo tempo de internamento, pela iniciativa e motivo do internamento.

Tabela 22: Valores de prova obtidos nas comparações por tempo de internamento, iniciativa do internamento, motivo do internamento e contacto com a família.

	<b>Tempo de internamento</b>	<b>Iniciativa</b>	<b>Motivo</b>
<b>Felicidade</b>	0.667	0.546	0.208

### 5.3.3 Felicidade relacionada com as variáveis de contexto Clínico

Com o objetivo de comparar a felicidade com a perceção da saúde e atividade diária, recorreu-se ao teste não paramétricos de *Kruskal-Wallis* (não se validou o pressuposto da normalidade). O nível de significância adotado foi de 5%.

Na Tabela 23 apresentam-se os valores de prova obtidos nesses testes. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas na felicidade quanto à atividade diária, pois o valor de prova obtido foi inferior a 5%. Da análise da Figura 9 verifica-se que os idosos pouco ativos são os que apresentam menor felicidade. Quanto à felicidade atendendo à perceção da saúde, o valor de prova obtido foi de 0.513 que permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas entre os idosos.

Estes resultados vêm confirmar um estudo desenvolvido por Tarrahi e Nasirian (2017) onde verificaram que indivíduos que praticam alguma atividade física assumem um nível de felicidade maior do que em indivíduos pouco ativos. Um outro estudo vai ao encontro de tudo o que foi dito até então (Kamthana, et al., 2018)

Tabela 23: Valores de prova obtidos nas comparações atendendo à perceção da Saúde e atividade diária.

	<b>Perceção da saúde</b>	<b>Atividade diária</b>
<b>Felicidade</b>	0.513	0.015*

Nota: \* - Significativo a 5%.

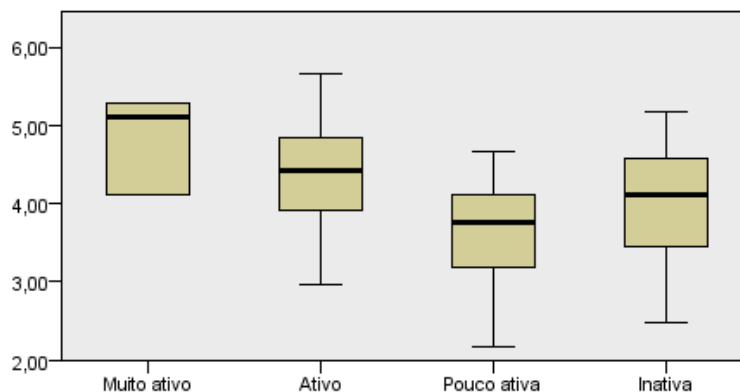


Figura 9: Distribuição da variável felicidade atendendo à atividade diária.

## 5.4 Relação da Satisfação com a Felicidade dos idosos Institucionalizados

Com o objetivo de relacionar a satisfação com os cuidados e a felicidade dos idosos calcularam-se as correlações não paramétricas de *Spearman*, uma vez que não se validou o pressuposto da normalidade de todas as variáveis. Estas correlações são apresentadas na Tabela 24, e constata-se que apenas duas são estatisticamente significativas (apresentam valor de prova inferior a 5%): felicidade/confiança e segurança e felicidade/empatia. Tratam-se de duas correlações positivas e diretas, o que significa que:

- Quanto maior é a felicidade do idoso maior é a satisfação com a confiança e segurança da instituição que lhe presta cuidados.
- Quanto maior é a felicidade do idoso maior é a satisfação com a empatia da instituição onde estão institucionalizados.

Tabela 24: Correlação de *Spearman* entre a variável felicidade e a satisfação com os cuidados.

	Felicidade	
	$\rho$	Valor de prova
Fatores tangíveis	0.215	0.103
Fiabilidade	0.108	0.535
Capacidade de resposta	0.187	0.231
Confiança e segurança	0.514	<0.001**
Empatia	0.320	0.037*

Legenda: \* - significativa a 5%; \*\* - significativa a 1%.

## 5.5 Validação das Hipóteses de Investigação

Em seguida pretende-se dar resposta às Hipóteses de Investigação delineadas anteriormente e que sustentam o objetivo principal do presente trabalho de investigação. Na Tabela 25 apresenta-se um sumário das hipóteses testadas neste estudo e a respetiva conclusão.

A primeira hipótese "**H<sub>1</sub>**: A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico" foi parcialmente validada, pois apenas se verificou que os idosos residentes em vilas estão menos satisfeitos com os cuidados recebidos na sua instituição no que concerne à confiança e segurança (valor de prova=0.029) e também com a empatia (valor de prova=0.023). Quanto às restantes variáveis (sexo, idade, estado civil e escolaridade) não obtiveram valores de prova inferiores a 5%, o que não permitiu a validação das mesmas.

A hipótese 2 "**H<sub>2</sub>**: A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional" não foi validada pois não se detetaram diferenças estatisticamente significativas na satisfação com os cuidados quanto às variáveis de contexto situacional, nomeadamente o tempo de internamento, a iniciativa do internamento e o motivo do internamento.

A hipótese 3 "**H<sub>3</sub>**: A satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico", foi parcialmente validada, pois verificou-se que os idosos que classificam a sua saúde como boa estão menos satisfeitos com a Empatia (valor de prova=0.036) da sua instituição comparativamente aos idosos cuja saúde é muito má. E, também que os idosos pouco ativos são os que estão menos satisfeitos com os fatores tangíveis (valor de prova=0.001) e menos satisfeitos com a confiança e segurança (valor de prova=0.039) da sua instituição.

As hipóteses 4 "**H<sub>4</sub>**: A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico" e 5 "**H<sub>5</sub>**: A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional" não foram validadas pois não se identificaram diferenças estatisticamente significativas na felicidade dos idosos quanto às variáveis sociodemográficas e variáveis de contexto situacional.

A hipótese 6 "**H<sub>6</sub>**: A felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico" foi parcialmente validada, pois verificou-se que os idosos pouco ativos apresentam menores níveis de felicidade.

Quanto à última hipótese "**H<sub>7</sub>**: Existe uma relação positiva direta entre a variável satisfação com os cuidados e a variável felicidade", foi parcialmente validada, pois verificou-se que quanto maior é a felicidade do idoso maior é a satisfação com a confiança e segurança (valor de prova<0.001) da instituição que lhe presta cuidados. E, ainda, que quanto maior é a felicidade do idoso maior é a satisfação com a empatia (valor de prova=0.037) da instituição onde estão institucionalizados.

Tabela 25: Tabela resumo das hipóteses.

<b>Hipótese</b>	<b>Conclusão</b>
<b>H<sub>1</sub>:</b> A Satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico.	Parcialmente validada
<b>H<sub>2</sub>:</b> A Satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional.	Não validada
<b>H<sub>3</sub>:</b> A Satisfação com os cuidados dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico.	Parcialmente validada
<b>H<sub>4</sub>:</b> A Felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Sociodemográfico.	Não validada
<b>H<sub>5</sub>:</b> A Felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Situacional.	Não validada
<b>H<sub>6</sub>:</b> A Felicidade dos idosos Institucionalizados em Lares do Concelho de Santa Marta de Penaguião é diferente segundo as variáveis de Contexto Clínico.	Parcialmente validada
<b>H<sub>7</sub>:</b> Existe relação uma relação positiva direta entre a variável satisfação com os cuidados e a variável felicidade.	Parcialmente validada

## **Conclusões, Limitações e Futuras Linhas de Investigação**

Com este estudo pretendeu-se avaliar a satisfação com os cuidados prestados e a felicidade dos idosos institucionalizados no concelho de Santa Marta de Penaguião num total de 146 indivíduos. Na impossibilidade de integrarem a amostra na totalidade, por apresentarem perturbações mentais, esta foi constituída por 61 idosos, sendo 75.4% do sexo feminino e 24.6% do sexo masculino. Maioritariamente os participantes eram provenientes de aldeia (77%) e viúvos (65.6%) sem nunca terem frequentado a escola (54.1%). Relativamente ao tipo de reforma, os idosos acusaram receber pensões por limite de idade e pensão do cônjuge (31.1%) e pensão do cônjuge e invalidez (31.1%), sendo que a maioria (62.3%) recebe mensalmente um valor entre 251 a 500 e dizem-se satisfeitos com esse valor (57.4%)

A nível situacional, da amostra fazem parte os idosos da Fundação Luís Vicente (34.4%), do Centro Social e Paroquial de Santa Eulália da Cumieira (32.8%), do Centro Social e Paroquial de São Miguel de Lobrigos e da Fundação Dr. Carneiro Mesquita, com igual valor (16,4%). Tendo em conta o tempo

de internamento nas instituições as respostas foram predominantemente repartidas pelos extremos, sendo que os idosos indicaram estar institucionalizados há 12 meses ou menos (27.9%) e, há mais de 60 meses (24.6%). Quanto ao motivo da institucionalização os participantes referiram na sua maioria as questões familiares e/ou pessoais (55.7%), seguindo as questões clínicas (42.6), sendo que apenas 1.6% respondeu “outro”. A grande maioria assume estar satisfeito e muito satisfeito com o convívio social (91,8%).

De mencionar, a nível familiar, que os idosos mantêm contacto com as suas famílias (93.4%), sendo a periodicidade de visitas mais indicadas anualmente (29.5%), diariamente (23%) e quinzenalmente (21.3%).

Quanto à saúde dos idosos institucionalizados, 26.2% mencionou que era boa, sendo a restante percentagem repartida pelas respostas má ou muito má (73.8%). Os idosos, maioritariamente considera-se pouco ativo (27.9%) ou inativo (39.3%) relativamente às atividades diárias.

Tendo em consideração satisfação com os cuidados dos idosos institucionalizados do concelho de Santa Marta de Penaguião, foi possível concluir que a grande maioria está satisfeita com a institucionalização, embora haja domínios onde se encontre maior satisfação, nomeadamente nos fatores tangíveis ( $94.37 \pm 11.62$ ), confiança e segurança ( $91.72 \pm 13.05$ ) e com a empatia ( $91.16 \pm 18.32$ ) da instituição. Os domínios de capacidade de resposta e fiabilidade foram os que obtiveram valores mais baixos, ainda assim positivos.

Quanto à variável latente “fatores tangíveis”, a maioria dos idosos institucionalizados apresentaram-se totalmente satisfeitos pois as percentagens de resposta nesta variável variaram entre 75.4% e 83.6% e obteve-se valores médios iguais e superiores a 4.7, sendo que os itens que apresentaram um maior valor médio foram “Segurança e conforto dos transportes” ( $4.80 \pm 0.45$ ) e “Apresentação e imagem dos colaboradores” ( $4.82 \pm 0.43$ ).

De acordo com o item “fiabilidade” a maioria das respostas registadas foram 4 - muito satisfeito ou 5 – totalmente satisfeito, com percentagens acumuladas a variar entre 47.6% e 95.1%, no item “Informação sobre o regulamento e regras de funcionamento” ( $3.89 \pm 1.31$ ) e no item “Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões” ( $4.64 \pm 0.68$ ), respetivamente.

Quanto á capacidade de resposta, registaram-se seis itens onde os idosos institucionalizados demonstram estar bastante satisfeitos, uma vez que predominam as respostas “totalmente satisfeitos” com frequências relativas a variar entre 45.9% e 75.4%, e, os valores médios entre  $4.15 \pm 0.98$  e  $4.78 \pm 0.46$ . Estes itens estão relacionados com os cuidados diretos aos idosos nomeadamente a higiene, saúde, alimentação e disponibilidade dos colaboradores. Ainda nesta categoria observa-se dois itens onde se verificou uma menor satisfação, “Adequação das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades” ( $3.38 \pm 1.19$ ) e “Diversidade e quantidade das atividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas” ( $3.00 \pm 1.33$ ), ou seja, no geral os idosos estão satisfeitos com a instituição no que

toca à maneira como são tratados, no entanto demonstram menor satisfação em relação às atividades desenvolvidas nas instituições que os acolhe.

No que toca à variável latente “Confiança e Segurança”, maioritariamente e as respostas em cada item foram 5 – totalmente satisfeito com percentagens a variar entre 60.7% e 83.6%, sendo que se obteve em todos os itens valores médios superiores a 4.61.

Quanto à empatia a maioria dos idosos demonstraram estar totalmente satisfeito em todos os itens pois as frequências relativas variam entre 50.8% e 82.0%, sendo que os valores médios são todos superiores a 4.53.

De acordo com a satisfação geral, maioritariamente os idosos do estudo manifestaram-se estar “totalmente satisfeito” (n=42; 68.9%), sendo o valor médio de 4.51 pontos. Quanto à lealdade a maioria dos idosos recomendariam a instituição a um amigo (91.8%), e não mudaria de instituição (93.4%).

No que respeita à relação da satisfação com as variáveis de contexto sociodemográfico os valores obtidos foram todos superiores a 5%, não havendo evidências estatísticas suficientes para se poder concluir que há diferenças na satisfação de acordo com essas variáveis, isto é, os idosos demonstram igual satisfação de acordo com sexo, idade, estado civil e escolaridade. Apenas a variável localidade obteve um valor de prova inferior ao fixado, sendo possível concluir que os idosos provenientes das vilas apresentam menor satisfação com a confiança e segurança e com a empatia da instituição.

Quanto às variáveis de contexto situacional não foi possível obter evidências estatísticas suficientes para afirmar que existem diferenças na satisfação com o tempo de internamento, iniciativa e motivo, pois todos os valores de prova obtidos foram superiores a 5 %.

Tendo em conta as variáveis de contexto clínico verificaram-se evidências estatísticas quanto à empatia relativamente à perceção de saúde e nos fatores tangíveis e na confiança e segurança quanto à atividade diária. Desta forma é possível concluir que os idosos institucionalizados que classificam a sua saúde como boa estão menos satisfeitos com a Empatia da sua instituição e ainda foi possível verificar que os idosos institucionalizados pouco ativos são os que se encontram menos satisfeitos com os fatores tangíveis e com a confiança e segurança da sua instituição.

Em conformidade com os resultados relativamente à avaliação da felicidade dos idosos institucionalizados, pode-se afirmar que em todos os itens os idosos revelaram grande felicidade, no entanto, foi nos itens 14, 25 e 28 que se registaram valores médios inferiores a 3.5 ( $2.33 \pm 1.24$ ;  $3.44 \pm 1.37$ ;  $2.90 \pm 1.42$ ), demonstrando menor felicidade com o que têm feito face ao que gostariam de fazer, com a falta de energia e com o facto de não se sentirem saudáveis.

No que concerne à relação da felicidade com as variáveis de contexto sociodemográfico, obtiveram-se valores de prova superiores a 5%, podendo-se inferir assim, que, não se registaram diferenças estatisticamente significativas na felicidade dos idosos por sexo, idade, localidade, estado civil e escolaridade.

Tendo em conta as variáveis de contexto situacional também não houve diferenças estatisticamente significativas nos níveis de felicidade, tendo-se registado valores de prova superiores a 5%.

De acordo com as variáveis de contexto clínico, obtiveram-se valores de prova inferiores a 5%, ou seja, houve diferenças estatisticamente significativas na felicidade quanto à atividade diária, isto é, verificou-se que os idosos pouco ativos são os que apresentam menor felicidade.

Conclui-se também que embora a literatura aponte que o idoso em contexto institucional se encontra fragilizado e com sentimentos pouco positivos, neste caso os níveis de felicidade do idoso institucionalizado verificaram-se elevados.

Atendendo ainda à relação da satisfação com a felicidade dos idosos institucionalizados, foi possível verificar que a felicidade/confiança e segurança e felicidade/empatia obtiveram valores estatisticamente significativos, ou seja, quanto maior é a felicidade do idoso maior é a satisfação com a confiança e segurança e a empatia da instituição onde estão institucionalizados.

Como em qualquer outro estudo científico, alguns fatores condicionantes se impuseram ao longo desta investigação. Torna-se assim pertinente refletir sobre essas limitações.

A primeira limitação remete-se para a escassez de estudos sobre a temática. A segunda limitação diz respeito ao receio dos idosos inquiridos no momento de darem o seu consentimento para a participação no estudo pois achavam que os dados seriam facultados às respetivas direções de forma individual. De qualquer modo, este constrangimento rapidamente foi superado uma vez que, individualmente, houve oportunidade de elucidar os idosos para o fato do estudo ser de caráter confidencial e de que os dados seriam tratados coletivamente. A terceira e última limitação encontrada diz respeito à amostra onde foi possível aferir uma prevalência de idosos que não reuniram os critérios de inclusão impostos no início da investigação. Isto permitiu-nos verificar um número elevado de idosos acamados e com perturbações mentais em contexto institucional, que os impossibilitou de participar na investigação.

Neste seguimento o presente trabalho pode indubitavelmente ser um contributo para os gestores e empresas do setor da saúde no sentido de fazerem uma prospeção relativamente aos cuidados que são prestados institucionalmente com vista a promoção de um bem-estar subjetivo favorável. Tendo como finalidade a completa satisfação dos idosos é fundamental ir de encontro às suas necessidades, expectativas e conseguir um elevado grau de satisfação com os cuidados que lhes são prestados.

De facto, os cidadãos são hoje em dia cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente à efetividade da prestação de cuidados de saúde. Quando o utente avalia, este faz incidir a sua atenção para inúmeras questões e só quando estas questões são avaliadas é que podemos conhecer a qualidade dos cuidados prestados de forma mais realista e fidedigna.

Face ao exposto é fundamental adequar os serviços oferecidos às necessidades dos utentes, de forma a melhorar a qualidade das instituições. Com vista à satisfação e felicidade do idoso, apresentam-se como possíveis propostas de intervenção:

- Necessidade de um acompanhamento multidisciplinar do idoso;
- Dar continuidade a uma prestação de cuidados de forma eficiente e eficaz e confiável, sendo o objetivo principal dos serviços de saúde a qualidade dos serviços prestados pela instituição;
- Realização de formações com o intuito de melhorar o desempenho dos profissionais envolvidos;
- Desenvolver e adequar as atividades de acordo com as necessidades individuais dos idosos;
- Realização periódica de mecanismos que permitam avaliar os cuidados de saúde prestados, nomeadamente através de indicadores, inquéritos de satisfação dos utentes que permite identificar a qualidade percebida pelos mesmos e também através de auditorias.

## Referências Bibliográficas

- Abrantes, M. A. (2012). *Qualidade e satisfação: Opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Abreu, A. (2010). *Dar Vida aos Anos e Anos à Vida – A Prática de Exercício Físico pela População com mais de 65 anos na Cidade de Lisboa*. Lisboa.
- Alberte, J. P. (2009). *Fatores Biopsicossociais no Envelhecimento e Perceção da Qualidade de Vida do Idoso*. Campinas: Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), pp. 153-164.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Alves, M. C. (2017). *Envelhecimento, Rede Social e Funcionalidade na Vida diária: um estudo nos Centros de Dia e Universidade Sénior de Guimarães*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Alves, A. A. (2003). *A importância da Comunicação no Cuidar do Idos*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Araújo, N. P., Brito Filho, D. C., Santos, F. L., Costa, R. V., Zoccol, T. o., & Novaes, M. C. (Maio/Dezembro de 2008). *Revista Ciência Médica. Aspectos sociodemográficos, de saúde e nível de satisfação de idosos institucionalizados no Distrito Federal*, pp. 123-132.
- Areosa, S. C., Benitez, L. B., & Wichmann, F. A. (2012). Relações familiares e o convívio social entre idosos. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 11(1), pp. 184 - 192.
- Armitage, D. (2007). *Declaração de Independência: Uma História Global*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bessa, J. N., Jomar, R. T., Silva, A. V., Peres, E. M., Wolter, R. C., & Oliveira, D. C. (Outubro de 2017). Efeito do Reiki no bem-estar subjetivo: estudo experimental. *Enfermería Global*(48), pp. 415-421.
- Camejo, M. M. (2013). *Institucionalização: O fim da linha?* Leiria: Instituto Superior de Línguas e Administração.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado (10-2009 ed.)*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, A. R. (2015). *Nível de Satisfação nos Cuidados Prestados em Estruturas Residenciais para Idosos: Estudo comparativo entre instituições do sector lucrativo e do sector solidário*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga.
- Carvalho, M. R. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, pp. 161-184.

- Cerqueira, M. M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa*. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J. S., & Sacadura, M. J. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa.
- Constituição da República Portuguesa. (2005). *VII Revisão Constitucional*. Lisboa: Assembleia da República.
- Cruz, S. B. (2014). *A Dignidade em Lares de Idosos*. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social 'Lar de Idosos' em Portugal. *Interacções* nº17.
- Dias, M. C. (2014). *Relação entre Coping, Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida, numa População de Adolescentes*. Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Diener, E. (1994). Social Indicators Research. *Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities*, 31, pp. 103-157.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, pp. 187–219.
- Diener, E., Scollon, C., & Lucas, R. (2003). Cell Aging and Gerontology. *The evolving concept of subjective wellbeing: the multifaceted nature of happiness*, 15, pp. 187-219.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, pp. 25-41.
- Duarte, L. M. (2014). Processo de Institucionalização do Idoso e as Territorialidades: Espaço como Lugar? *Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento*, 19, pp. 201-217.
- Esperidião, M. A., & Trad, L. A. (Junho de 2006). Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Caderno de Saúde Pública*, 22(6), pp. 1267-1276.
- Farfel, J. M. (2008). *Fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral em indivíduos muito idosos: estudo de correlação clinicopatológica*. São Paulo : Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Fernandes, L. P. (2016). *Bem-Estar subjetivo em idosos institucionalizados*. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos - Um Estudo de Caso*. Departamento de Ciências da Educação e do Património.

- Ferreira, C. S. (2013). *O efeito das percepções da velhice e da institucionalização no envelhecimento ativo: um estudo de caso*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Ferreira, M. A. (2016). *Determinantes do Bem - Estar Subjetivo na Pessoa Idosa*. Viseu: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu.
- Ferreira, P. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários - Enquadramento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 53-62.
- Ferreira, Z. (2011). Perceção do Estado de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada. *Journal of Aging & Innovation*, 1(1), pp. 23-29.
- Ferretti, F., Soccol, B. F., Albrecht, D. C., & Ferraz, L. (2014). Viver a velhice em ambiente institucionalizado. *Estudo interdisciplinar do Envelhecimento*, 19, pp. 23-43.
- Filho, P. P., & Filho, J. P. (Abril de 2002). Revista de Enfermagem. *Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar*, 6.
- Fonseca, A. (Julho-Dezembro de 2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no Envelhecimento. *Contextos Clínicos*.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento* (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fratczak, E. (1993). *Population Aging in Poland - Selected Aspects*. Poland: Institute of Statistics and Demography, Warsaw School of Economics .
- Freire, S. A., Resende, M. C., & Rabelo, D. F. (2012). Enfrentando Mudanças no Envelhecimento: O Modelo de Seleção, Otimização e Compensação. *Perspetivas em Psicologia*, 16(1), pp. 190-211.
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, pp. 329-342.
- Freitas, D. (2015). *A velhice nos lares na perspectiva dos profissionais: um estudo exploratório*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (December de 1998). Psychology and Aging. *Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging.*, 13(4), pp. 531-543.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) e Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS). (2016). Carta Social. *Carta Social de Serviços e Equipamentos: Relatório 2016*, p. 41.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), pp. 203-214.
- Giacomoni, C. H. (2014). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 12(1), pp. 43– 50.

- Gouveia, M. J., Mendes, C., & Viana, M. F. (2006). "Adaptação portuguesa do Oxford Happiness Questionnaire (Resultados preliminares)". Póster apresentado no VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia . Évora: Universidade de Évora.
- Guimarães, C. M. (2013). *Tomando o envelhecimento bem-sucedido como desenvolvimento psicológico: efeito da TOM e da inteligência*. Braga: Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Gundersen, M. G., Heidea, M., & Olssonb, U. H. (Abril de 1996). The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly. *Hotel guest satisfaction among business travelers*, 37, pp. 72-81.
- Hanif, M., Hafeez, S., & Riaz, A. (2010). Factors Affecting Customer Satisfaction. *International Research Journal of Finance and Economics*, pp. 44-52.
- Hayflick, L. (1994). *How and why we age*. New York: Ballantine Books.
- Hespanhol, A. P. (2003). *Motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João*. Porto.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). Personality and Individual Differences. *The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale*.
- INE. (2002). Revista de Estudos Demográficos. *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*, pp. 185-208. Obtido em 5 de Novembro de 2018, de [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_estudo\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest\\_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1)
- INE. (11 de Julho de 2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia .
- INE. (2015). Estatísticas Demográficas 2014.
- INE. (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2017). *Tábuas de Mortalidade*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto da Segurança Social. (2009). *Guia Prático – Respostas Sociais – População Adulta – Pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- International School of Management. (2014). Patient Satisfaction in Healthcare delivery - a Review of Current approaches and methods. *European Scientific Journal*, 10(25), pp. 25-39.
- Kamthana, S., Sharmaa, S., Bansala, R., Panta, B., Saxenab, P., Chansoriac, S., & Shuklaa , A. (2018). HappinessamongsecondyearMBBSstudents anditscorrelatesusingOxford Happiness Questionnaire . *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, pp. 1-3.
- Kotler, P. (1998). *Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas.

- Kotler, P. (2001). *Marketing para o Século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados*. São Paulo: Futura.
- Lei n.º 48/90. (s.d.). *Lei de Bases da Saúde - Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24*.
- Liaghatda, M. J., Jafari, E., Abedi, M. R., & Samiee, F. (2008). Reliability and Validity of the Oxford Happiness Inventory among University Students in Iran. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), pp. 310-313.
- Lima, Â. M., Silva, H. S., & Galhardoni, R. (18 de Julho de 2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras.
- Lima, M. G., Barros, M. A., & Alves, M. P. (Dezembro de 2012). Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. *Cadernoo de Saúde Pública*, pp. 2280-2292.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s). Estado de Arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. *Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo*, 19.
- Lourenço, P. R. (2014). *Institucionalização do Idoso e Identidade*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Marques, A. R. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Matias, C. G. (2010). *Satisfação com a vida e com o Lar: um estudo em cenários institucionais*. Coimbra: Escola Superior de Altos Estudos do Instituto Superior Miguel Torga.
- Mauritti, R. (2004). *Análise Social, Padrões de vida na velhice*, XXXIX(171), pp. 339-363.
- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 9, pp. 17-25.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. (25 de Fevereiro de 1998). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Despacho Normativo 12/98: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/211235/details/maximized>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2017). *Estratégia nacional de política sobre o envelhecimento*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2014). *Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com Idosos*. Porto: Universidade do Porto.
- Moraes, E. N., Moraes, F. L., & Lima, S. d. (10 de Outubro de 2010). *Características biológicas e psicológicas do envelhecimento*.

- Moura, C. (2012). *Processos e Estratégias do envelhecimento: Intervenção para um Envelhecimento Ativo*. Euedito.
- Neri, A. L. (Junho de 2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), pp. 17-34.
- Netto, M. P. (1999). *Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Netto, M. P., & Brito, F. C. (2001). *Urgências em Geriatria*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Neves, H. (2012). *Causas e Consequências da Institucionalização de idosos: Estudo tipo serie de casos*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Nguyen, H. T., Nguyen, H., Nguyen, N. D., & Phan, A. C. (2018). Determinants of Customer Satisfaction and Loyalty in Vietnamese. *Sustainability*, pp. 1-16.
- Nunes, L. N. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, S. F., Queiroz, M. I., & Costa, M. A. (2012). Bem estar subjetivo na terceira idade. *Motricidade*, 8(2), pp. 1038-1047.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Genebra: OMS.
- Paço, C. B. (2016). *Solidão e Isolamento na Velhice*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Paiva, V. B. (1989). A Velhice como fase do desenvolvimento Humano. *Rev. de Psicologia*.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Edições Almedina.
- Pelissari, A. S., Oliveira, A. R., Gonzalez, I. P., Fabrini, M. F., & Silveira, R. C. (2011). Determinantes da Satisfação dos Clientes: estudo de caso de uma loja de departamentos. *Revista de Administração da UNIMEP*, 9(1), pp. 32-48.
- Pereira, M., Soares, V. A., & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 69-80.
- Pereira, V. F. (2013). *A Satisfação e a Qualidade de Serviços e de Vida nas Instituições para Seniores*. Viseu: Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu.
- Peres, M. (2014). *Os idosos Institucionalizados*. Castelo Branco: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de de Castelo Branco.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para as Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS (5ª Edição Revista e Corrigida ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pichler, N. A. (2016). Felicidade no processo de envelhecer. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(2), pp. 371-382.

- Pinhel, M. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Pinto, H. G. (2009). *Satisfação de Idosos Institucionalizados em Lar Lucrativo e Idosos a usufruírem da Prestação Informal de Apoio Domiciliário – Uma abordagem comparativa*. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Pinto, D. (2012). *Respostas Sociais para Idosos em Portugal*. Covilhã: Departamento de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior.
- Pinto, D. V. (2013). *Por que vão os idosos para lares? Determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.
- Pires, M. G. (2012). *Performance Cognitiva em Idosos Institucionalizados*. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- PORDATA. (2018). *PORDATA*. Obtido em 3 de Outubro de 2018, de Indicadores de envelhecimento: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)
- Público. (23 de Fevereiro de 2018). *Portugal está nos cinco países da Europa que pior trata os idosos*. Obtido em 13 de Novembro de 2018, de Público: <https://www.publico.pt/2018/02/23/sociedade/noticia/portugal-esta-nos-cinco-paises-da-europa-que-pior-trata-os-idosos-estudo-1804244#gs.GPU6PDwX>
- Ramos, B. M. (2013). *Satisfação Final dos Utentes Face ao Tempo de Espera*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Ribeiro, A. F. (2007). *Imagens da velhice em profissionais que trabalham*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Ribeiro, A. L. (Março de 2005). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*(16), pp. 53-60.
- Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Millenium*, pp. 3-20.
- Romão, R. (2013). *A importância do Lazer na promoção do Envelhecimento Bem-Sucedido*. Algarve : Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sabala, I. F. (2012). *A satisfação dos Utentes Idosos nos Cuidados Continuados no Algarve*. Algarve: Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.
- Santa Casa da Misericórdia do Pombal. (2016). *Relatório de Avaliação da Satisfação*. Pombal.

- Santos, A. T. (2013). *Análise de projetos pessoais: adaptação para o contexto Brasileiro e a sua relação com o Bem-Estar Subjetivo*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Santos, G. M. (2009). *Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Santos, I. S. (2013). *Envelhecimento Ativo e Características de Personalidade em Idosos Portugueses*. Porto: Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa.
- Schroots, J., & Birren, J. (1980). Adaptability and aging. *A psychological point of view toward human aging and adaptability*, 9, pp. 43-54.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (Maio/Junho de 2010). O estudo científico da felicidade e a promoção da saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), pp. 189-195.
- Segurança Social. (2011 ). *Questionários de avaliação da Satisfação em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. Lisboa: Segurança Social.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental (2º ed.)*. Lisboa: Lidel.
- Serafim, F. M. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. Alverde: Universidade do Algarve.
- Shneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). Estudos de Psicologia. *O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*.
- Silva, C. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Silva, E., Pimentel, H., & Rodrigues, V. (2015). Saúde: do Desafio ao Compromisso. *Satisfação de clientes em estruturas residenciais para idosos*, pp. 313-325.
- Silva, R. F. (2015). *Qualidade de um Serviço e Satisfação dos Clientes: um estudo empírico* . Coimbra: Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.
- Silva, R. R. (2012). *Vivências afetivas na terceira idade num contexto institucional*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjetivo: estado atual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4, pp. 243-279.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), pp. 201-209.
- Sousa, F. F. (2011). *Satisfação de Clientes - O Caso de Uma Empresa Industrial*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

- Tarrahi, M. J., & Nasirian, M. (2017). Happiness and Risk Behaviours in Freshman Students of Khorramabad Universities. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(2), pp. 1-7.
- Tavares, G. P. (2014). *O Envelhecimento Populacional e as Políticas Sociais - Região de Viseu*. Aveiro: Departamento de Ciências Sociais Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.
- Trierweiler, A. C., Pacheco, J. A., Weise, A. D., Bornia, A. C., & Peixe, B. S. (2017). Satisfação dos Clientes utilizando a perspectiva descritiva e o modelo logístico. *Iberoamerican Journal of Industrial Engineering*, 9(17), pp. 190-206.
- Vaz, S. (2009). *A depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Veenhoven, R. (1994). *Is Happiness a Trait?*, 32, pp. 101-160.
- Veloso, A. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Walker, J., & Baker, J. (2000). An exploratory study of a multiple -expectation framework services. *Journal of Services Marketing*, 14(52000), pp. 411-431.
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

## **Anexos**

## Anexo A Consentimento das Instituições para a Recolha de Dados



Ex.ma Sra. Prof. Dra. Adília Fernandes  
IPB-Escola Superior de Saúde de Bragança  
Av. D. Afonso V  
5300-121 Bragança

**Assunto:** Autorização para recolha de dados

**Data:** 2018-12-14

É com muito agrado que recebemos e que autorizamos o pedido de recolha de dados, para a realização do estudo "Gestão dos Cuidados em contexto institucional: satisfação e felicidade em idosos do concelho de Santa Marta de Penaguião", no âmbito do Mestrado em Gestão de Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, do aluno André Manuel da Silva.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

O Presidente da Direção

(Dr. José Edgar Pinto Barbosa)

Dr. CIP Sta. Eulália - Cumiela (<mailto:geral@scocumiela.com>)

Enviado: 19 de dezembro de 2018 14:29

Para: [estud@scocumiela.com](mailto:estud@scocumiela.com); Carina Carvalho Cunha <[carina.carvalho@scocumiela.com](mailto:carina.carvalho@scocumiela.com)>

Cc: Pa. Nelder-Dantas <[helder@scocumiela.com](mailto:helder@scocumiela.com)>

Assunto: Autorização para Recolha de Dados

Srta Sónia Professora Doutora Avelina Fernandes

Em nome do Centro Social e Paroquial de Santa Eulália de Cumiela e dando seguimento à parceria que existe entre a nossa instituição e o IPI, venho, por este meio, manifestar todos o nosso interesse e dar o apoio necessário para que o aluno André Manuel do Silva, do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidade de Saúde, realize um questionário aos utentes residentes na nossa instituição, no âmbito de um estudo integrado no curso supra citado intitulado – “Gestão dos Cuidados em contexto institucional: satisfação e felicidade em idosos do concelho de Santa Marta de Penaguião”.

As figuras para qualquer esclarecimento adicional  
Agradecemos.

Alexandra Antonina Martins  
Coordenadora Geral

CIP Santa Eulália da Cumeia

CIP Trigueira

CIP Vilarinho da Seara

**eic** Instituto de Gestão e Inovação em Cuidados  
Centro Social e Paroquial de Santa Eulália da Cumeia  
Rua Centro Social e Paroquial da Santa Eulália nº 100  
5500-040 Cumeia – Santa Marta de Penaguião  
Tel: 219961115 Fax: 219961117 [geral@scocumiela.com](mailto:geral@scocumiela.com)





"Apoio à Terceira Idade com Qualidade"

Exmos. Srs.  
Instituto Politécnico de Bragança  
Escola Superior de  
Av. D. Afonso V  
5300-121 Bragança

N/Ref <sup>a</sup> . – 001/2019	V/Ref <sup>a</sup>	Lobrigos (S. João Baptista), 25 de Janeiro de 2019
---------------------------------	--------------------	--

Em resposta ao Vosso ofício nº 000494, de 21/11/2018, a solicitar a autorização para que o aluno André Manuel da Silva, do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, vimos pelo presente, permitir ao aluno aplicar os questionários aos nossos utentes.

É também do nosso interesse tomar conhecimento da satisfação e felicidade dos nossos idosos.

Com os melhores cumprimentos,

<sup>P<sup>1</sup></sup> O Presidente do Conselho de Executivo

## **Anexo B Folha de Informação ao Participante**

**Título do estudo:** Gestão dos Cuidados em contexto institucional: satisfação e felicidade em idosos do Concelho de Santa Marta de Penaguião

**Introdução:** Vimos por este meio convidá-la(o) a participar num estudo sobre a satisfação e felicidade em idosos. Antes de decidir se quer ou não participar neste estudo, é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação, assim como o que ela vai abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

**Objetivo do estudo:** insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão e tem como principal objetivo a avaliação da satisfação com os cuidados e a felicidade dos idosos institucionalizados.

**Porque fui escolhida(o) para participar neste estudo?** Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas com mais de 65 anos que estejam neste momento institucionalizadas no concelho de Santa Marta de Penaguião.

**Participação:** Esta investigação não lhe trará nenhuma despesa ou risco e as informações serão recolhidas através da aplicação de um simples inquérito. Estas serão confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente, apenas servirão exclusivamente para colaborar no sucesso deste estudo. A sua resposta ao inquérito é voluntária podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

**Resultados do estudo:** Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação de Mestrado, que estará disponível mais tarde no Instituto Politécnico de Bragança e possivelmente na instituição na qual se encontra. Não será identificada(o) em nenhuma publicação ou relatório.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e o Consentimento Informado.

O Mestrando,

---

## Anexo C Consentimento Informado

O atual trabalho de investigação, intitulado “**Gestão dos Cuidados em contexto institucional: satisfação e felicidade em idosos do Concelho de Santa Marta de Penaguião**” e desenvolvido por André Manuel da Silva, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão e tem como principal objetivo a avaliação da satisfação com os cuidados e a felicidade dos idosos institucionalizados.

Para que o nosso objetivo de estudo possa ser alcançado a sua colaboração é fundamental.

Esta investigação não lhe trará nenhuma despesa ou risco e as informações serão recolhidas através da aplicação de um simples inquérito. Estas serão confidenciais, não serão reveladas a terceiros, nem publicadas individualmente, apenas servirão exclusivamente para colaborar no sucesso deste estudo.

A sua resposta ao inquérito é voluntaria podendo retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro por este meio, que concordei em participar no estudo intitulado: “**Gestão dos Cuidados em contexto institucional: satisfação e felicidade em idosos do Concelho de Santa Marta de Penaguião**” desenvolvido pelo Mestrando André Manuel da Silva, aluno do Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo de Gestão de Unidades de Saúde, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão, sob a orientação da Professora Doutora Ana Galvão e da Professora Doutora Paula Odete Fernandes.

## Anexo D Questionário Sociodemográfico

Responda por favor a todas as questões, não deixando nenhuma em branco, com uma cruz atrás da resposta que corresponde à sua escolha

Identificação da Instituição \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo:

- a) \_\_\_\_\_ Masculino
- b) \_\_\_\_\_ Feminino

3. Localidade:

- a) \_\_\_\_\_ Aldeia
- b) \_\_\_\_\_ Vila
- c) \_\_\_\_\_ Cidade

4. Estado Civil

- a) \_\_\_\_\_ Solteiro (a)
  - b) \_\_\_\_\_ Casado (a)
  - c) \_\_\_\_\_ Divorciado (a)
  - d) \_\_\_\_\_ Separado (a)
  - e) \_\_\_\_\_ Viúvo (a)
  - f) \_\_\_\_\_ Outro (especifique)
- \_\_\_\_\_

5. Grau de escolaridade

- a) \_\_\_\_\_ Não frequentou a escola
- b) \_\_\_\_\_ 1º Ciclo
- c) \_\_\_\_\_ 2º Ciclo
- d) \_\_\_\_\_ 3º Ciclo
- e) \_\_\_\_\_ Secundário
- f) \_\_\_\_\_ Ensino Superior

6. Qual o tipo de Reforma?

- a) \_\_\_\_\_ Limite de Idade
- b) \_\_\_\_\_ Pensão Social
- c) \_\_\_\_\_ Pensão do Conjugue
- d) \_\_\_\_\_ Invalidez

7. Qual o seu rendimento bruto mensal?

- a) \_\_\_\_\_ Até 250 euros
- b) \_\_\_\_\_ De 251 a 500 euros
- c) \_\_\_\_\_ De 501 a 1000 euros mensais
- d) \_\_\_\_\_ 1001 euros ou mais

8. Sente-se satisfeito/a com o valor da reforma?

- a) \_\_\_\_\_ Sim
- b) \_\_\_\_\_ Não

9. Há quanto tempo vive Institucionalizado? \_\_\_\_\_ meses

10. De quem foi a iniciativa da institucionalização?

- a) \_\_\_\_\_ Própria
- b) \_\_\_\_\_ Familiares
- c) \_\_\_\_\_ Técnicos de Ação Social

11. Qual o motivo da Institucionalização?

- a) \_\_\_\_\_ Questões Clínicas (incapacidade física)
  - b) \_\_\_\_\_ Questões Familiares e/ou Pessoais
  - c) \_\_\_\_\_ Outro (especifique)
- \_\_\_\_\_

12. Tem contacto com a sua família?

- a) \_\_\_\_\_ Sim
- b) \_\_\_\_\_ Não

**13. Com que frequência é visitado/a?**

- a) \_\_\_ Diariamente
- b) \_\_\_ Semanalmente
- c) \_\_\_ Quinzenalmente
- d) \_\_\_ Mensalmente
- e) \_\_\_ Anualmente
- f) \_\_\_ Nunca

**14. Como classifica a sua Saúde?**

- a) \_\_\_ Muito Boa
- b) \_\_\_ Boa
- c) \_\_\_ Má
- d) \_\_\_ Muito Má

**15. Como define a sua Atividade Diária?**

- a) \_\_\_ Muito Ativa
- b) \_\_\_ Ativa
- c) \_\_\_ Inativa
- d) \_\_\_ Pouco Ativa

**16. Como define a sua satisfação com o seu Convívio Social?**

- a) \_\_\_ Muito Satisfeito
- b) \_\_\_ Satisfeito
- c) \_\_\_ Insatisfeito
- d) \_\_\_ Muito Insatisfeito

## Anexo E Questionário da Avaliação da Satisfação

Para as **perguntas 1 a 34** considera-se uma escala de 5 pontos, variável entre o “Nada Satisfeito” (1) e o “Totalmente Satisfeito” (5). Para cada uma das referidas perguntas foi ainda considerada a possibilidade de assinalar “Não Sei” (NS) ou “Não se Aplica” (NA).

Para as **perguntas 35 e 36** considera-se como possibilidade de resposta o “Sim” e o “Não”.

A última pergunta (37) será de sugestões e comentários.

Variáveis	Perguntas	1	2	3	4	5	NS	NA
<b>Fatores Tangíveis</b>	1. Estado de conservação dos edifícios							
	2. Limpeza e arrumação das instalações							
	3. Facilidade de acesso, circulação e movimentação nas instalações							
	4. Estado de conservação dos equipamentos							
	5. Conforto e adequação das instalações							
	6. Segurança e conforto dos transportes							
	7. Apresentação e imagem dos colaboradores							
<b>Fiabilidade</b>	8. Participação no planeamento dos serviços que lhe são prestados							
	9. Planeamento, organização e execução dos serviços e actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal							
	10. Informação sobre o Regulamento e regras de funcionamento							
	11. Informação e participação na elaboração do seu plano individual							
	12. Informação de como aceder a outros serviços que a organização disponibiliza							
	13. Confiança na capacidade da organização para ajudar a resolver os seus problemas/questões							
<b>Capacidade de Resposta</b>	14. Modo/Desempenho como os colaboradores prestam os serviços							
	15. Adequação das refeições aos seus gostos e necessidades							
	16. Apoio nos cuidados de higiene e imagem de que precisa							
	17. Apoio nos cuidados de saúde de que precisa							
	18. Apoio na realização das suas actividades pessoais							

	19. Adequação das actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal aos seus interesses e necessidades							
	20. Diversidade e quantidade das actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal disponibilizadas							
	21. Disponibilidade dos colaboradores sempre que precisa do seu apoio							
<b>Confiança e Segurança</b>	22. Sistemas de segurança contra roubo, incêndio e intrusão							
	23. Cumprimento dos seus direitos por parte de todos os colaboradores							
	24. Forma como a organização assegura a confidencialidade dos seus dados pessoais							
	25. Simpatia, educação e atenção dos colaboradores							
	26. Esclarecimento e informação prestada pelos colaboradores sempre que precisa							
	27. Respeito da organização pelas suas decisões e opções							
	28. Forma como os colaboradores cumprem o seu plano individual (higiene pessoal, medicamentos, actividades ocupacionais, etc.)							
<b>Empatia</b>	29. Tratamento e encaminhamento das reclamações dos clientes							
	30. Respeito e consideração da organização pelas sugestões dos clientes							
	31. Nível de informação sobre mudanças/alterações na organização							
	32. Disponibilidade dos colaboradores para ouvirem e apoiarem a resolução dos seus problemas pessoais							
	33. Apoio dos colaboradores na sua dinamização e motivação para realizar e participar em actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal							
<b>Satisfação Geral</b>	34. De uma forma geral, qual é o seu grau de satisfação com a organização?							
		<b>Sim</b>			<b>Não</b>			
<b>Lealdade</b>	35. Se um amigo seu precisasse recomendaria a organização?							
	36. Se pudesse, mudaria de organização?							
	37. Sugestões e comentários							

## Anexo F Questionário da Felicidade de Oxford

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale quanto cada afirmação se aplica a si, em que 1 significa “discordo totalmente” e 6 significa “concordo totalmente”.

Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

Questão		1	2	3	4	5	6
1	Não me sinto especialmente satisfeito(a) com a minha maneira de ser						
2	Dedico-me inteiramente aos outros						
3	Sinto que a vida é sempre muito gratificante						
4	Tenho sentimentos muito calorosos em relação a quase toda a gente						
5	Raramente acordo com a sensação de ter “carregado as baterias”						
6	Não sou muito otimista em relação ao futuro						
7	Facilmente retiro prazer das coisas que faço						
8	Estou sempre comprometido(a) e envolvido(a)						
9	A vida é boa						
10	Não acho que o mundo seja um bom sítio						
11	Rio-me muito						
12	Estou muito satisfeito(a) com tudo na minha vida						
13	Não me acho atraente						
14	Há uma diferença entre aquilo que gostava de fazer e o que tenho feito						
15	Sou muito feliz						
16	Considero as coisas encantadoras						
17	Tenho muita facilidade em animar os outros						
18	Adapto-me sempre a tudo a que quero						
19	Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida						
20	Sinto-me capaz de enfrentar qualquer desafio						
21	Estou sempre completamente atento(a) ao que me rodeia						
22	Regularmente sinto alegria e exaltação						
23	Acho difícil tomar decisões						
24	Não encontro um sentido e significado na minha vida						
25	Sinto que tenho sempre muita energia						
26	Tenho sempre uma influência positiva nos acontecimentos						
27	Não me divirto com as outras pessoas						
28	Não me sinto muito saudável						
29	Não tenho muitas memórias felizes do passado						