

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**NECESSIDADES E SAÚDE MENTAL:
COMPARAÇÃO DAS NECESSIDADES DE IDOSAS QUE
VIVEM NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL,
NUM LAR DE TERCEIRA IDADE E NA COMUNIDADE**

Sílvia Maria Afonso Ribeiro

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia Clínica
Sistémica)**

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**NECESSIDADES E SAÚDE MENTAL:
COMPARAÇÃO DAS NECESSIDADES DE IDOSAS QUE
VIVEM NUMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL,
NUM LAR DE TERCEIRA IDADE E NA COMUNIDADE**

Sílvia Maria Afonso Ribeiro

Tese orientada pelo Professor Doutor Wolfgang Rüdiger Lind

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia
Clínica Sistémica)**

2010

*Conte-me e eu esquecerei.
Mostre-me e eu lembrar-me-ei.
Envolve-me e eu aprenderei.*
Provérbio chinês

Agradecimentos

Agradeço...

...ao meu orientador de estágio e de mestrado, Professor Wolfgang Lind. Segundo um provérbio chinês, o professor deve levar o aluno à porta, mas quem deve abri-la é ele. Obrigado, Professor, por me ter levado até à porta. Ninguém o teria feito melhor.

...à minha mãe. Por ser a melhor mãe do mundo, por ser um exemplo de mulher e por ter estado, ao longo destes 5 anos de curso, sempre atenta às minhas necessidades!

...ao meu pai e aos meus irmãos, por todo o incentivo e por me terem mostrado o que realmente é importante.

...às minhas amigas Cátia, Joana, Mónica e Tânia, por todo o apoio e por terem sido, mais do que todos os meus restantes amigos, as pessoas com quem mais ri neste último ano (como dizia a Joana, “Rir para não chorar!”).

...às Professoras Maria Teresa Ribeiro e Isabel Narciso, pelos esclarecimentos, durante as aulas de Seminário, inerentes ao processo de escrever uma tese, e por nos terem “envolvido” nessa e noutras aprendizagens importantes.

...à Professora Eugénia Duarte Silva, pelas preciosas indicações bibliográficas.

...à instituição de saúde mental e ao lar de terceira idade que nos concederam autorização para recolher a amostra e às suas técnicas, Dr.^a D.M. e Dr.^a P.A., por todo o apoio, disponibilidade e larga simpatia!

...a todas as senhoras idosas que participaram neste estudo, por terem mostrado uma enorme boa vontade em ajudar na realização desta investigação e por me terem concedido alguns dos momentos mais interessantes e hilariantes de sempre!

Aproveito, assim, para dedicar esta dissertação a todos os idosos e idosas do mundo inteiro, particularmente àqueles que precisam de tanto e têm tão pouco...

Índice

Resumo.....	1
Abstract.....	2
Introdução.....	3
1. Enquadramento teórico	
1.1. O envelhecimento no feminino.....	4
1.2. As necessidades da pessoa idosa.....	5
1.2.1. O conceito de Necessidade.....	5
1.2.2. Evidências empíricas anteriores sobre necessidades da pessoa idosa...	7
1.2.3. Investigação sobre necessidades da pessoa idosa e saúde mental.....	10
1.3. As necessidades da pessoa idosa em função do seu meio ecológico.....	15
2. Metodologia	
2.1. Desenho da investigação.....	17
2.1.1. Mapa conceptual.....	17
2.1.2. Questão de investigação e objectivos do estudo.....	18
2.1.3. A abordagem qualitativa na presente investigação.....	18
2.2. A metodologia de <i>focus-group</i>	19
2.2.1. O guião de condução das entrevistas dos <i>focus-groups</i>	21
2.2.2. Preparação e realização das entrevistas dos <i>focus-groups</i>	23
2.3. Análise dos dados	
2.3.1. A pré-análise.....	25
2.3.2. Redução dos dados	
2.3.2.1. Categorização.....	26
2.3.2.2. Codificação dos indicadores e suas frequências.....	28
2.4. Caracterização da amostra.....	28
3. Apresentação dos resultados.....	33
4. Discussão dos resultados.....	38
5. Limitações e críticas ao presente estudo.....	47
6. Sugestões para estudos futuros.....	48
7. Conclusões.....	48
Referências bibliográficas.....	50

Anexos

Anexo I – Quadro com indicadores temáticos e suas frequências

Anexo II – Questionários de dados demográficos

Anexo III – Tabelas para caracterização da amostra

Índice de gráficos e quadros

Gráfico 1 – Estado civil (ISM).....	29
Gráfico 2 – Nível de escolaridade (ISM).....	29
Gráfico 3 – Diagnóstico psiquiátrico.....	30
Gráfico 4 – Estado civil (lar).....	31
Gráfico 5 – Nível de escolaridade (lar).....	31
Gráfico 6 – Motivo de internamento no lar.....	31
Gráfico 7 – Estado civil (comunidade).....	32
Gráfico 8 – Nível de escolaridade (comunidade).....	32
Gráfico 9 – Agregado familiar das idosas da comunidade.....	33
Gráfico 10 – Análise com 3 <i>clusters</i>	35
Gráfico 11 – Análise com 4 <i>clusters</i>	37
Quadro 1 – Análise de 3 <i>clusters</i>	34
Quadro 2 – Análise de 4 <i>clusters</i>	36

Resumo

Necessidades e Saúde Mental: comparação das necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade

Os estudos sobre necessidades de idosos e saúde mental são escassos. Verifica-se que existe, maioritariamente, investigação sobre jovens adultos com patologia mental. Os estudos sobre a população sénior em saúde mental têm sido, desta forma, negligenciados. Assim, o presente estudo visa conhecer e comparar as necessidades de idosas que vivem em três meios ecológicos distintos: numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade. 34 idosas dos referidos meios ecológicos participaram em 6 entrevistas de *focus-group*, as quais foram transcritas e sujeitas a uma análise de conteúdo, cujos dados foram submetidos a uma análise de *clusters*. Constatou-se que existe uma inversão de necessidades destas idosas. As idosas da instituição de saúde mental necessitam de pessoas para acompanharem e/ou cuidarem de idosos em saídas, companhia e cuidados básicos, não sendo estas as necessidades mais relevantes para as idosas do lar de terceira idade e da comunidade. As idosas do lar e da comunidade apresentam mais necessidades relacionadas com aspectos emocionais e pessoais (paz, alegria e respeito), apoio, carinho, saúde e assistência formal, as quais são menos importantes para as idosas da instituição de saúde mental. Apenas as idosas da instituição de saúde mental e do lar de terceira idade apresentam uma relevante necessidade de comunicar/conversar. Com base nestes resultados consideramos que diferentes meios ecológicos podem originar diferentes necessidades e que este estudo poderá oferecer um contributo no âmbito da delineação de estratégias com vista a satisfazer as necessidades referidas por estas idosas.

Palavras-chave: necessidades, idosos, saúde mental, meio ecológico

Abstract

Needs and Mental Health: comparing the needs of elderly women living in a mental health institution, in a retirement home and in the community

Studies about needs of elderly and mental health are scarce. Most research appears to have been done on young adults with mental illness. Studies about senior population and mental health have been therefore neglected. Thus, this study aims to know and compare the needs of elderly women living in three distinct ecological environments: a mental health institution, a retirement home and the community. 34 elderly women from those ecological environments participated in 6 focus-group interviews. Data was subjected to content and cluster analysis. It was found that there is an inversion of needs in these elderly women. Elderly women from the mental health institution need people to take care and accompany them outside, as well as company and basic care. These is in contrast to the most relevant needs founded on elderly women from retirement home and the community, which presented most important needs related to personal and emotional aspects (peace, joy and respect), support, fondness, health and formal assistance. Only elderly women from mental health institution and retirement home presented a relevant need to communicate and talk. Based on these results we consider that different ecological environments can lead to different needs and we can contribute with strategies to meet the needs reported by these elderly women.

Keywords: needs, elderly, mental health, ecological environment

Introdução

Desde há muitos séculos, no interior das famílias chinesas, os seus membros deviam obediência ao homem mais velho da casa. A chegada à velhice era comemorada com grandes festas e rituais, em celebração da maturidade e da sabedoria alcançadas (Achenbaum, 2005). Ainda hoje, na China, os mais idosos são vistos como os mais sábios, aos quais o respeito é irrefutavelmente devido. Infelizmente, na nossa sociedade, os idosos não são encarados desta forma. São muitas vezes vistos como doentes, inúteis, retrógrados e aborrecidos. Tais concepções nem deveriam existir, se pensarmos que as mais recentes projecções demográficas apontam para que, em 2050, os indivíduos com mais de 60 anos representarão mais de 20% da população mundial (CEDRU, 2008).

Em Portugal, em 2050, os idosos constituirão 1/3 da população nacional (CEDRU, 2008). Sabe-se que estes idosos estão sujeitos ao mesmo amplo espectro de perturbações mentais que os adultos mais novos mas que, na terceira idade, se verifica uma maior prevalência dessas perturbações e uma alta morbilidade (Spar & La Rue, 1997). Muitos autores têm-se debruçado sobre o estudo de algumas características em idosos sem patologia mental, nomeadamente o bem-estar subjectivo ou a qualidade de vida. Contudo, as perguntas surgem: e os idosos com patologia mental, que serão cada vez mais no nosso país? Não deveriam eles ser alvo de estudo também? Estarão os serviços de saúde mental preparados para os receber e tratar? Será que sabemos do que precisam?

Perante todas estas questões, consideramos que as necessidades de idosos com patologia mental têm sido largamente negligenciadas. Desconhecer estas necessidades poderá conduzir a uma ausência de intervenções reabilitativas adequadas, a qual leva a défices no funcionamento psicossocial e, conseqüentemente, a situações prematuras de institucionalização (Bartels & Mueser, 2008). Neste momento, enquanto escrevemos estas linhas, sabemos que os serviços de saúde mental portugueses poderão não estar adaptados às necessidades de idosos com patologia mental.

Desta forma, propomo-nos a realizar uma investigação na qual procuraremos conhecer e comparar as necessidades de idosos que vivem em três meios ecológicos distintos: a instituição de saúde mental, o lar de terceira idade e a comunidade. Esperamos que o presente estudo contribua para o despoletar de mais investigações no campo da saúde mental, junto da população sénior.

1. Enquadramento teórico

1.1. O envelhecimento no feminino

Nos países considerados desenvolvidos, a presença das mulheres é inequivocamente superior à dos homens devido à elevada esperança de vida das primeiras (*World Health Organization*, 2003; Lehmann, 2003). Segundo um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (Gonçalves & Carrilho, 2007), o índice de envelhecimento compreende um rácio de 132 mulheres e 90 homens. Tal facto é compreensível se consideramos que, no ano de 2008, as mulheres portuguesas apresentavam uma esperança de vida à nascença de 83 anos, contrastando com os 76 anos de esperança de vida à nascença da população masculina (*World Health Organization*, 2010).

Não se pense, contudo, que o facto da esperança de vida nas mulheres ser superior à dos homens está associada a um envelhecimento saudável, sem a presença de incapacidades. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, 2010), no ano de 2007 a expectativa de vida saudável para as mulheres portuguesas era de 73 anos e para os homens somente 69. Tais dados, ao serem comparados com a esperança de vida à nascença acima descritos, demonstram que embora as mulheres vivam mais anos que os homens, uma porção desses anos é vivida “na sombra da incapacidade e da doença” (*World Health Organization*, 2003, pág. 3). Sousa, Galante e Figueiredo (2003) advogam, assim, que a acentuada incapacidade funcional das mulheres aumenta com o aumento da esperança de vida. As mulheres idosas reportam maior dependência funcional que os homens (Patrick, Johnson, Goins, & Brown, 2004), apresentando maior tendência para relatar a terceiros o desconforto físico que sentem, o qual interpretam como sintoma de incapacidade funcional (Morala - Dimaandal, 2009).

Sabe-se que 75% dos cuidadores informais são mulheres, nomeadamente idosas cuidadoras de cônjuges doentes, as quais apresentam risco de declínio ao nível do funcionamento cognitivo, comparativamente com idosas não-cuidadoras, relatando a presença de sintomatologia depressiva/ansiosa associada a elevados níveis de stress (Smith, 2007; Lehmann, 2003). As mulheres idosas apresentam ainda maior probabilidade de experienciarem situações de perda, nomeadamente do cônjuge (Smith, 2007). A viuvez constitui, assim, um dos principais motivos que conduzem ao aumento da vulnerabilidade para a solidão em mulheres idosas, comparativamente com os homens idosos (Beal, 2006).

Verifica-se também que as mulheres idosas manifestam mais problemas de saúde mental do que os homens. Estima-se que a percentagem de mulheres idosas que padecem de doença de Alzheimer corresponde ao dobro da percentagem de homens (Mulnard et al., 2000, citado por Lehmann, 2003) e que a prevalência de desordens depressivas e/ou ansiosas é superior nas idosas (Regier et al., 1988, citado por Lehmann, 2003). Segundo Smith (2007), múltiplas investigações conduzidas nos últimos anos revelam que as mulheres idosas institucionalizadas reportam mais problemas de saúde e menor satisfação com a vida, comparativamente com mulheres idosas que vivem na sua comunidade. O autor sublinha ainda o facto da proporção de diagnósticos psiquiátricos ser consideravelmente superior em idosos institucionalizados, comparativamente com idosos que vivem na comunidade.

1.2. As necessidades da pessoa idosa

1.2.1. O conceito de necessidade

O conceito de necessidade tem sido alvo de múltiplas abordagens por vários autores. Bradshaw (1972, citado por Bengtsson-Tops & Hansson, 1999) na sua perspectiva de cariz social, refere a existência de quatro tipologias de necessidades que interagem entre si: as necessidades normativas, as necessidades percebidas, as necessidades expressas e as necessidades comparativas. Para o autor, as necessidades normativas referem-se à diferença entre o estado/condição de uma pessoa e uma norma existente, enquanto as necessidades percebidas são as necessidades sentidas pelos indivíduos e que se tornam expressas. As necessidades comparativas são aquelas que podem ser identificadas a partir da comparação entre diferentes grupos ou indivíduos uns com os outros (Bradshaw, 1977, citado por Cohen-Mansfield & Frank, 2008). O modo como se processa a interacção entre estas necessidades não é, contudo, devidamente esclarecido pelo autor.

Stevens e Gabbay (1991, citado por Bengtsson-Tops & Hansson, 1999) considera que uma necessidade constitui uma “capacidade para beneficiar de cuidados de saúde,” distinguindo “necessidade” de “demanda”, a qual o autor compreende como algo que as pessoas pedem ou suplicam e que esperam que lhes seja fornecido. A definição que os autores atribuem a “necessidade” não parece, contudo, clara, suscitando dúvidas de compreensão do conceito. Uma necessidade não deveria, em primeiro lugar, ser vista como uma “capacidade.” Uma necessidade está associada à presença de uma vulnerabilidade, a qual diminui a capacidade para adquirir aquilo de

que se precisa, aparecendo, assim, a referida necessidade, o que remete para uma tautologia do autor. Para além disto, as necessidades do ser humano não se restringem apenas aos cuidados de saúde, abrangendo outros domínios da vida do último.

Brewin (1992, citado por Bengtsson-Tops & Hansson, 1999) vê uma necessidade como uma carência objectiva que pode ser abordada sob três pontos de vista distintos. Segundo o autor, uma necessidade pode ser considerada uma carência de saúde ou bem-estar, uma falta de acesso a atendimento em meio institucional de cuidados de saúde ou uma falta de actividades específicas proporcionadas por profissionais de saúde, tais como tratamento clínico. Brewin et al. (1987, citado por Ekdawi & Conning, 1994, Cap. 2) sugeriram ainda que uma necessidade só deverá ser considerada como tal, caso exista um padrão de cuidados que possam ser prestados na expectativa de melhorar o problema. O presente autor também relaciona, tal como outros autores, o conceito de necessidade ao domínio da saúde.

Embora a perspectiva de alguns autores, no que concerne à definição de necessidades, remeta para uma abordagem no âmbito dos cuidados de saúde, verifica-se que outros autores apresentam visões mais distintas. Maslow (1943, citado por Majercsik, 2005) propõe uma hierarquia de necessidades no âmbito da sua teoria da Motivação. O autor admite que as necessidades básicas do ser humano são fisiológicas (fome, sede, sono, entre outras) e que quando estas estão devidamente satisfeitas emerge um novo conjunto de necessidades, as necessidades de segurança. Quando as necessidades fisiológicas e de segurança estão satisfeitas, surge um novo conjunto de necessidades: as necessidades de afecto e de amor. Se todas as necessidades referidas anteriormente estiverem suplantadas, uma nova categoria de necessidades emerge: a necessidade de auto-estima e de estima pelos outros. Verifica-se que, estando todas as necessidades anteriores suplantadas, o indivíduo sente a necessidade de efectuar actividades nas quais se sente realizado – necessidade de auto-realização ou auto-actualização –, atingindo o topo da hierarquia de necessidades. Assim, as necessidades que o ser humano apresenta são fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de auto-realização.

Na literatura existem algumas teorias sobre necessidades, entre as quais a teoria das Necessidades, dos Objectivos e dos Recursos, de Steverink e Lindenberg (2006). Nesta teoria, as necessidades constituem um conjunto restrito de carências básicas físicas e sociais que deverão ser satisfeitas com a finalidade do indivíduo experienciar bem-estar. Quanto melhor estas necessidades forem satisfeitas, maior será o bem-estar

do indivíduo. Para os autores, as necessidades são distintas de objectivos e recursos. Numa hierarquia, os últimos ocupam a sua base, estando as necessidades no topo dessa hierarquia: objectivos e recursos constituem instrumentos a partir dos quais as necessidades do ser humano podem ser satisfeitas. Steverink e Lindenberg (2006) defendem a existência de duas necessidades físicas básicas: a necessidade de conforto (que remete para o evitamento de estímulos nocivos como a fome e a sede) e a necessidade de estimulação (isto é, evitar a falta de estimulação). Para além destas necessidades, os autores referem ainda a existência de três necessidades sociais básicas: a necessidade de afecto – a qual pode ser satisfeita a partir do estabelecimento de relações com outras pessoas com as quais existe uma ligação emocional –, a necessidade de confirmação do comportamento – satisfeita quando o indivíduo sente que fez a “coisa certa” perante outras pessoas relevantes para si e perante si próprio –, e a necessidade de *status* – suplantada a partir do estabelecimento de relações nas quais o indivíduo sente que é tratado com respeito, sentindo-se independente e autónomo.

1.2.2. Evidências empíricas anteriores sobre necessidades da pessoa idosa

Os estudos sobre necessidades de idosos são escassos. Quando ingressamos numa procura de literatura sobre necessidades de idosos, constatamos que abundam, sobretudo, os estudos e as revisões de literatura sobre doenças neurodegenerativas nos idosos e demências associadas a estas doenças. No entanto, não nos parece legítimo que a investigação incida apenas sobre estas temáticas: devemos, também, compreender o que faz falta à pessoa idosa, de modo a que entidades competentes possam ajudar na satisfação das suas necessidades, assegurando um final de vida com dignidade.

Em Portugal, denota-se o crescente interesse de alguns autores pela população sénior, inclusivamente no âmbito do conhecimento das principais tipologias de necessidades e da disponibilidade dos serviços que permitam colmatar essas necessidades. O Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (CEDRU), em parceria com a Boston Consulting Group (BCG), nos anos 2007-2008, desenvolveram um estudo de avaliação das necessidades de seniores portugueses com mais de 55 anos, que viviam na comunidade. Depois da aplicação de um inquérito, os autores averiguaram que a população sénior regista maiores necessidades ao nível dos cuidados pessoais (apoio em tarefas básicas de higiene, tais como tomar banho ou vestir-se), das tarefas domésticas (limpeza da casa e tratamento da roupa), da habitação (realização de grandes obras de reparação da habitação), da mobilidade (meios de

transporte adaptados às dificuldades locomotoras), da saúde (cuidados médicos básicos, encargos elevados com medicação e cuidados médicos) e lazer (necessidade de mais convívio e maior diversidade de actividades de lazer, traduzido em equipamentos que permitam contrariar o isolamento) (CEDRU, 2008; Fundação Calouste Gulbenkian, 2009).

Também Cohen-Mansfield e Frank (2008) consideram que as necessidades não atendidas de idosos que vivem na comunidade incidem sobre múltiplos domínios. Para os autores, estes idosos apresentam necessidade de tratamentos médicos e medicação (devido à forte incidência de doenças crónicas e outras nesta população), necessidade de mobilidade ou de transportes que assegurem essa mobilidade, necessidades alimentares que visem a nutrição, necessidade de actividade física (para evitar doenças metabólicas e músculo-esqueléticas) e necessidade de manutenção do seu espaço habitacional. Os autores sublinham ainda a existência da necessidade de serviços de saúde mental adequados, pois o isolamento social e as limitações funcionais que por vezes caracterizam a população idosa podem conduzir ao sentimento de solidão e à depressão. Curiosamente, vários estudos revelam que, apesar da elevada prevalência de depressão em idosos, poucos são os que recorrem a profissionais de saúde mental (Waxman, Carner e Klein, 1984, citado por Cohen-Mansfield & Frank, 2008).

No estudo em que procuraram examinar a relação existente entre as necessidades sentidas por idosos e a utilização dos serviços que permitem a satisfação dessas necessidades, Cohen-Mansfield e Frank (2008) verificaram que os participantes com mais necessidades eram os que já utilizavam mais serviços (tais como assistência no pagamento de contas e na gestão de dinheiro ou serviços de mobilidade e transporte). Os autores concluíram ainda que idosos com necessidades tais como saúde física ou companhia, que não tinham frequentemente acesso, respectivamente, a serviços médicos e/ou de enfermagem ou serviços de contacto pessoal, tinham maior tendência para admitir que usariam esses serviços, ao contrário dos participantes que não possuíam essas mesmas necessidades.

Recorrendo a uma metodologia qualitativa (entrevista) e quantitativa (a *Escala de Suporte Social* de Norbeck e colaboradores, 1981, citado por Lewis, 1997), Lewis (1997) procurou estudar, numa amostra de idosos residentes em apartamentos de um complexo residencial numa zona metropolitana de uma cidade americana, o seu suporte social percebido, os serviços e actividades disponíveis na comunidade que estes idosos utilizavam, as suas necessidades e as suas perspectivas relativamente a serviços

adicionais que os participantes consideravam que fariam falta para suplantar essas necessidades. Neste interessante estudo, Lewis (1997) constatou que, caso necessitassem de apoio em situação de doença ou apoio financeiro, estes idosos recorreriam a outros idosos do complexo residencial onde viviam e que conheciam há vários anos, assim como aos filhos, outros parentes ou amigos não-residentes no referido complexo habitacional. Quanto aos serviços adicionais que, na óptica dos participantes, mais lhes fariam falta, os idosos referiram melhorias nos serviços de transportes (e.g. redução do custo dos transportes), mais actividades recreativas (e.g. mais acesso a actividades culturais e mais passeios organizados), alterações estruturais (e.g. apartamentos mais espaçosos), cuidados pessoais (e.g. apoio na realização da higiene), cuidados médicos (e.g. mais médicos e enfermeiros disponíveis), serviços de alimentação (e.g. maior variedade na alimentação), mais contactos entre os gestores do complexo residencial e os idosos, mais segurança e outros serviços não especificados.

Choi e McDougall, (2009) realizaram uma entrevista de levantamento de necessidades e aplicaram a *Escala de Depressão Geriátrica* a uma amostra de idosos constituída por um grupo de seniores que não podiam abandonar a sua residência sem assistência e outro grupo que frequentava Centros de Dia. Os autores verificaram que o primeiro grupo necessitava mais de serviços de assistência pessoal do que o segundo grupo e que este precisava mais de serviços de manutenção da habitação e assistência financeira do que o primeiro grupo. Choi e McDougall, (2009) concluíram também que o número de necessidades não satisfeitas destes idosos se encontra positivamente e significativamente associado a sintomatologia depressiva. No entanto, não conseguimos compreender se são as necessidades não atendidas dos idosos que originam a sintomatologia depressiva ou se existem outras causas que a geram.

Steверink e Lindenberg (2006), de acordo com a sua teoria das Necessidades, dos Objectivos e dos Recursos, defendem que idosos com idades superiores a 65 anos apresentam níveis de satisfação relativamente à necessidade de *status* inferiores ao nível de satisfação face à necessidade de confirmação do comportamento. Contudo, as três necessidades sociais de afecto, confirmação do comportamento e de *status* estão associadas a indicadores de bem-estar, não sendo esta relação afectada pelo aumento dos anos de vida nem por elevados níveis de perda de funcionalidade.

Há ainda que sublinhar o facto de, por vezes, as teorias preconizadas durante vários anos não serem confirmadas pelos dados empíricos. Segundo Majercsik (2005), as necessidades de pacientes geriátricos poderão não integrar a hierarquia proposta por

Maslow nos anos 40, de acordo com a sua conhecida teoria da Motivação. Depois de ter estudado as necessidades de idosos com mais de 60 anos, Majercsik (2005) verificou que as suas necessidades básicas não são fisiológicas, tais como beber, comer ou dormir, mas são sim as necessidades de auto-realização. Para o autor, é compreensível esta inversão na hierarquia das necessidades, visto os idosos, no seu processo de envelhecimento, se depararem com uma diminuição das suas capacidades físicas e intelectuais, o que poderá conduzir a um sentido de auto-realização também diminuto que pretendem recuperar.

1.2.3. Investigação sobre necessidades da pessoa idosa e saúde mental

Perante o nosso estudo, podemos questionar-nos sobre a pertinência de se conhecerem as necessidades de pessoas com doença mental, particularmente da população sénior. Ekdawi e Conning (1994) consideram que identificar e conhecer as necessidades de pessoas com doença mental permite aos profissionais de saúde construir planos de intervenção e tratamento individualizados e adequados a essas mesmas necessidades, o que torna o processo reabilitativo mais eficaz. Os autores lamentam, contudo, que a falta de um modelo teórico de necessidades no âmbito da saúde mental dificulte a avaliação de necessidades junto de pessoas com doença mental, pois “as metodologias escolhidas [neste processo de avaliação] dependem, em parte, da definição de necessidade que tenha sido adoptada” (Ekdawi & Conning, 1994, pág. 23).

O processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental envolve a utilização racional e inteligente de recursos materiais e pessoais, com uma consequente activação de competências humanas e sociais disponíveis no próprio doente, na sua comunidade e/ou na sua própria família (Saraceno, 1997). Como será então garantida essa utilização racional de recursos e activação de competências sem uma avaliação de necessidades junto das pessoas com doença mental? Mais uma vez surge o apelo à avaliação das necessidades junto desta população. Inclusivamente, um dos objectivos do processo de reabilitação psicossocial prende-se com “a criação e manutenção de um sistema a longo prazo de suporte social, que cubra pelo menos as necessidades básicas relacionadas com a habitação, o emprego, a rede social e o lazer” (*World Health Organization*, 1996, pág. 3). Contudo, a pergunta impõe-se: serão unicamente estas as necessidades de pessoas com doença mental? Considerando as evidências empíricas sobre necessidades de jovens adultos e idosos com doença mental que serão expostas, muito provavelmente não.

Para alguns autores, as necessidades de idosos portadores de doença mental têm sido sistematicamente desprezadas pelos serviços de saúde mental. Pratt, Bartels e Mueser (2008) criticam o facto da maioria das potenciais intervenções com vista à reabilitação da pessoa com doença mental – tais como programas psicoeducativos para famílias ou programas de assistência comunitária – terem sido desenvolvidos e validados para populações de jovens adultos com doença mental, sem abranger os idosos também portadores de doença mental. No entanto, os idosos continuam a apresentar necessidades reabilitativas muito importantes. Idosos que padecem de esquizofrenia apresentam fracas competências sociais, assim como um diminuto suporte social, o que está associado a um elevado risco de internamento em lares para idosos (Meeks et al., 1990, citado por Pratt, Bartels e Mueser, 2008). Para além disto, idosos com doença mental apresentam também dificuldades na realização de actividades diárias tais como gerir o seu dinheiro ou utilizar um transporte público, o que debilita esses idosos, resultando numa enorme dependência de cuidados institucionais (Meeks & Murrell, 1997, citado por Pratt, Bartels e Mueser, 2008). Contudo, a maior dificuldade destes idosos – e é neste campo que as necessidades de idosos sem doença mental diferem grandemente das necessidades de idosos com doença mental – reside na comorbilidade. Os idosos com doença mental apresentam mais patologias que os idosos sem doença mental, facto que está associado a mais sintomas psiquiátricos e a um aumento da mortalidade (Goldman, 1999, citado por Pratt, Bartels e Mueser, 2008).

Perante estas dificuldades e problemas dos idosos com patologia mental, Pratt, Bartels e Mueser (2008) consideram que existe a necessidade de se criarem não só centros comunitários de saúde mental com profissionais especializados em cuidados geriátricos mas também programas de treino de competências sociais dirigidos a esses idosos. Os autores propuseram um modelo conceptual de reabilitação psicossocial para idosos com patologia mental, no qual referem que a doença mental afecta as competências psicossociais do idoso, o que compromete, por sua vez, o seu funcionamento psicossocial. Assim, Pratt, Bartels e Mueser, (2008) defendem que o treino de competências sociais permite aos idosos com patologia mental maximizar a sua capacidade para viverem de forma independente na comunidade, sem recorrerem à institucionalização.

Centrando-nos seguidamente nos estudos sobre necessidades de idosos com patologia mental, podemos constatar que em alguns desses estudos foram utilizados instrumentos que permitem avaliar as necessidades da referida população. Hancock,

Reynolds, Woods, Thornicroft e Orrell (2003) procuraram comparar as necessidades apresentadas por idosos com patologia mental (nomeadamente com demência, esquizofrenia, depressão, desordem bipolar, desordens de ansiedade e outros diagnósticos psiquiátricos presentes na classificação da DSM - V) com as necessidades desses mesmos idosos na perspectiva dos seus cuidadores formais e informais. Foi aplicado o questionário CANE (*Camberwell Assessment of Needs in Elderly*, de Reynolds et al, 2000, citado por Hancock et al, 2003) na modalidade de entrevista estruturada aos idosos, aos funcionários das enfermarias de hospitais de dia e de unidades de cuidados continuados e aos membros familiares dos idosos. Este instrumento avalia em 24 dimensões as necessidades sociais, físicas, psicológicas e ambientais de idosos com doença mental (Gonçalves-Pereira et al., 2007). Os autores concluíram que os cuidadores formais e os familiares dos idosos consideram que estes possuem necessidades de companhia, de actividades diárias, de dinheiro e de segurança pessoal em situação de auto-mutilação accidental, apesar do acordo dos idosos relativamente a esta perspectiva ser baixo. Os idosos com demência revelaram menos necessidades que os seus cuidadores, enquanto os idosos com desordens funcionais expuseram um número de necessidades similar ao número apontado pelos seus cuidadores (Hancock et al, 2003). Apesar deste estudo ser muito pertinente, consideramos que os autores se debruçaram particularmente sobre as opiniões dos cuidadores formais e informais e não sobre as perspectivas dos idosos com patologia mental.

Num outro estudo (Hancock, Woods, Challis e Orrell, 2006) em que se analisaram, com recurso ao CANE, as necessidades de idosos portadores de demência a viverem em lares residenciais, verificou-se que estes idosos apresentavam múltiplas necessidades não atendidas, nomeadamente necessidade de actividades diárias estimulantes, necessidade de companhia, necessidade de assistência em virtude de problemas de memória e necessidade de apoio devido a problemas sensoriais visuais ou auditivos. A elevada prevalência de necessidades não atendidas destes idosos coincidia com o aumento de outras problemáticas, nomeadamente a presença de depressão, ansiedade ou dependência física.

Podemos então interrogar-nos: os idosos com patologia mental estão sempre institucionalizados? A resposta é, naturalmente, “não”. Muitos idosos com doença mental crónica vivem na comunidade (Dean, Kolody, Wood & Matt, 1992), o que torna urgente conhecer as necessidades destes idosos e a disponibilidade dos serviços de

saúde mental existentes na comunidade que permitam suplantar essas necessidades. Assim, Rogers e Delewski (2004) analisaram as necessidades mais prementes de idosos com doença mental crónica (desordem bipolar, depressão *major*, esquizofrenia e demência) através da contabilização da frequência do uso que estes idosos faziam de alguns serviços públicos de saúde mental. Os serviços mais utilizados pelos idosos com doença mental neste estudo e, conseqüentemente, aqueles de que mais necessitavam, eram os cuidados diários com higiene, as residências para idosos, os serviços de transportes e os serviços médicos, pois todos estes serviços permitiam a estes idosos adquirirem um sentido de independência e de bem-estar (Rogers & Delewski, 2004).

Cummings e Cassie (2008) analisaram as necessidades de idosos que apresentavam doenças mentais tais como esquizofrenia, desordens esquizo-afectivas, depressão *major* e desordem bipolar, recorrendo ao instrumento CANE. As necessidades destes idosos centram-se na saúde física (particularmente nas deficiências auditivas), nos contactos sociais e no estabelecimento de relações íntimas. Os autores constataram que a presença de depressão, isolamento e défices funcionais estão mais presentes entre os idosos e que tal facto leva a que estes reportem mais necessidades que os jovens adultos com doença mental.

McNulty, Duncan, Semple, Jackson e Pelosi (2003) estudaram as necessidades de idosos com doença psicótica internados em meio hospitalar, num lar para idosos e na comunidade. Os idosos que se encontravam a receber assistência médica em meio hospitalar apresentavam mais necessidades sociais do que os idosos a viverem num lar ou na comunidade, junto das suas famílias. Contudo, os autores não são claros quando se referem às “necessidades sociais” destes idosos, pelo que não se compreende a que necessidades se referem, concretamente.

Por vezes, as necessidades de pessoas com doença mental podem diferir consoante a cidade em que estas vivem. Num interessante estudo levado a cabo por McCrone et al. (2001), os autores compararam as necessidades de doentes com esquizofrenia com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos de idade que viviam nas suas comunidades, em cinco cidades europeias: Amesterdão, Copenhaga, Dinamarca, Londres, Santander e Verona. Utilizando o instrumento CANE, os autores verificaram que os maiores níveis de necessidades não satisfeitas se situavam na cidade de Londres (necessidades no domínio da vida diária, tais como necessidade de uso do telefone, de transportes e de dinheiro) e Amesterdão (necessidades de companhia, relações íntimas, expressão sexual e actividades diárias). Os autores oferecem uma

explicação para o facto dos participantes destas duas cidades terem revelado mais necessidades que os restantes: uma grande percentagem de doentes das capitais holandesa e inglesa pertencem a minorias étnicas, vivendo sozinhos. Pertencer a uma minoria étnica e viver sozinho pode conduzir, segundo McCrone et al (2001), a um maior isolamento e, conseqüentemente, a níveis elevados de necessidades não atendidas.

Bédard, Gibbons e Dubois (2007) também compararam as necessidades de três grupos de pessoas com doença mental pertencentes a três faixas etárias: entre os 18 e os 29 anos, os 30 e os 59 anos e com 60 anos de idade ou mais. Estes participantes residiam num meio rural ou num meio urbano e os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes na amostra eram as perturbações de humor e os quadros demenciais. Dos três grupos, o grupo de idosos com patologia mental apresentava mais necessidades que os restantes, nomeadamente necessidades de manutenção da sua medicação, cuidados de saúde, higiene e actividades de vida diária. Comparando o número de necessidades dos idosos que viviam em meio rural e em meio urbano, Bédard, Gibbons e Dubois (2007) concluíram que os seniores que viviam em meio urbano revelavam mais necessidades. Contudo, os autores não apresentam uma hipótese explicativa para este facto.

As evidências empíricas sobre necessidades de idosos com patologia mental comportam muitas vezes estudos nos quais as amostras não são constituídas apenas por idosos, sendo por isso mistas. Numa investigação sobre necessidades clínicas e sociais de pessoas com esquizofrenia integradas na comunidade, a amostra era constituída por doentes entre os 18 e os 81 anos de idade (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999). A maioria destes pacientes reportaram ter necessidades relacionadas com os sintomas psicóticos, com a realização de actividades durante o dia e com sofrimento psicológico, necessidade de companhia e de saúde física, necessidade de informação sobre o seu estado de saúde e tratamento, necessidade de cuidados com a habitação e necessidade de dinheiro. Os autores constataram diferenças de género ao nível da expressão das necessidades: os homens apresentam mais necessidades ao nível da alimentação, cuidados com a habitação e relações íntimas enquanto as mulheres expressam mais necessidades no âmbito da saúde física. Bengtsson-Tops e Hansson (1999) relacionaram ainda as necessidades destes doentes com a sua qualidade de vida subjectiva, tendo verificado que a última varia em função da severidade de necessidades tais como a necessidade de companhia, necessidades relacionadas com o sofrimento psicológico, necessidade de actividades diárias e necessidade de expressão sexual.

Também Abdul-Hamid, Johnson, Thornicroft, Holloway e Silverman (1999, citado por Berry & Barrowclough, 2009) compararam as necessidades de doentes com esquizofrenia com mais e com menos de 65 anos de idade, recorrendo ao instrumento CANE. Os autores concluíram que os doentes idosos apresentavam significativamente mais necessidades que os doentes com menos de 65 anos de idade, nomeadamente no âmbito da realização das actividades de vida diária, tais como cuidar da sua casa ou utilizar os transportes públicos.

Lind (1997) conduziu um estudo sobre treino de aptidões sociais junto de adultos portugueses com esquizofrenia, com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, em regime de internamento prolongado em instituições de saúde mental. Na avaliação das necessidades mais prementes destes adultos, Lind (1997) verificou que a maioria revelava necessidade de mais apoio sócio-afectivo e mais apoio e informação proveniente dos técnicos sobre o seu estado de saúde. Salientamos o facto de, neste estudo, tal como em outras investigações já citadas, terem sido os próprios doentes a avaliarem e a revelarem as suas necessidades. De facto, “muitos modelos médicos e profissionais presumem que os técnicos sabem melhor do que o doente o que ele necessita; mas a Reabilitação Psicossocial supõe que os doentes de facto têm o direito, a capacidade e a informação para fazerem decisões” (Lind, 1997, pág. 83).

1.3. As necessidades da pessoa idosa em função do seu meio ecológico

Vários autores têm-se dedicado ao estudo da influência do meio ecológico sobre a população idosa. Lawton foi o grande impulsionador de investigações no âmbito da gerontologia ambiental, pois para o autor “*o direito dos idosos a um ambiente decente é um objectivo inalienável, que não requer justificação empírica*” (1983, citado por Weisman, Chaudhury e Moore, 2000, pág.4). Assim, muitos dos estudos que integram esta linha de investigação, embora não apresentem enquanto objectivo de investigação a avaliação das necessidades de idosos, permitem-nos compreender outras especificidades do meio ecológico que influenciam outras áreas da vida dos últimos.

Lawton (2001) considerava que a influência das características ambientais das instituições onde idosos com demência viviam haviam sido negligenciadas ao longo de vários anos. Para o autor, o *design* das instituições deveria permitir atingir quatro objectivos importantes: a diminuição de comportamentos disruptivos, o aumento da interacção social, o aumento da actividade motora e o aumento de sentimentos positivos e diminuição de sentimentos negativos junto dos idosos. Para tal, esse *design* deveria

permitir satisfazer algumas necessidades importantes dos idosos, tais como a necessidade de segurança, de conforto, de autonomia ou de competência funcional.

Para Parmelle e Lawton (1990), os idosos apresentam duas necessidades fundamentais, que podem ser atendidas se o meio ecológico reunir as condições arquitectónicas para tal: a necessidade de segurança e a necessidade de autonomia. A satisfação da necessidade de autonomia pode conduzir a estados emocionais positivos, enquanto a sua não-satisfação origina apatia e reduzida auto-eficácia. Quando a necessidade de segurança é atendida, a pessoa idosa sente contentamento e satisfação perante o meio ecológico onde vive; no entanto, a frustração de necessidade de segurança pode originar ansiedade e depressão (Parmelle e Lawton, 1990).

Como já foi referido anteriormente, os estudos sobre necessidades da pessoa idosa e meio ecológico são escassos. Contudo, algumas características têm sido estudadas nos idosos, considerando a influência do seu meio ecológico, nomeadamente o seu bem-estar. O bem-estar de idosos que vivem na comunidade tem sido alvo de interesse por alguns investigadores. Rioux (2005) dedicou-se ao estudo do bem-estar em mulheres idosas que vivem na comunidade. A autora verificou que estas idosas apresentavam um nível elevado de bem-estar, pois estabeleciam muitos contactos com outras pessoas da comunidade. Rioux (2005) verificou ainda que o bem-estar geral destas idosas não diminuiu com a idade. Também Fernández-Ballesteros (2001) verificou, num estudo realizado com idosos que vivem na comunidade, que factores ambientais tais como a acessibilidade aos espaços ou dimensões do clima social como a coesão, o conflito ou o conforto físico permitem prever a saúde e a satisfação dos idosos na comunidade. O meio ecológico contribui, assim, para o aumento da satisfação com a vida, embora não influencie a qualidade subjectiva da saúde (Fernández-Ballesteros, 2001).

Apesar dos vários estudos existentes sobre a influência do meio ecológico sobre os idosos, existem poucos estudos que se debrucem sobre as suas necessidades e o meio ecológico. Parece-nos que algumas temáticas, tais como o bem-estar subjectivo, prevalecem sobre outras que são muito pertinentes mas que são pouco investigadas. Tratam-se, precisamente, dos estudos sobre necessidades de idosos e o seu meio ecológico. Propomo-nos, então, contribuir para satisfazer esta “necessidade” no campo da investigação.

2. Metodologia

2.1. Desenho da investigação

Nesta investigação, a partir da recolha de informação na literatura científica no âmbito da Psicogeriatría e da experiência pessoal de estágio curricular numa instituição geriátrica de saúde mental, surgiram algumas concepções que guiaram o desenho da presente investigação e as decisões sobre as metodologias de recolha e análise dos dados. As necessidades dos idosos em vários domínios, as dificuldades e os problemas que estes enfrentam diariamente, a importância da sua rede social na satisfação de necessidades ou na resolução de problemas, a influência dos diferentes meios ecológicos em que muitos vivem ou os objectivos subjacentes aos programas de Reabilitação Psicossocial direccionados à população idosa com patologia mental são algumas das concepções que conduziram a este estudo. Utilizámos uma metodologia qualitativa, a qual é pertinente quando nos pretendemos debruçar sobre uma área de estudo inovadora sobre a qual pouco se sabe (Lind, 2008), tendo optado por uma abordagem de entrevista de *focus-group*.

2.1.1. Mapa conceptual

De seguida se apresenta o mapa conceptual na Figura 1, o qual ilustra sucintamente a nossa investigação, revelando as estratégias e as abordagens que serão descritas posteriormente:

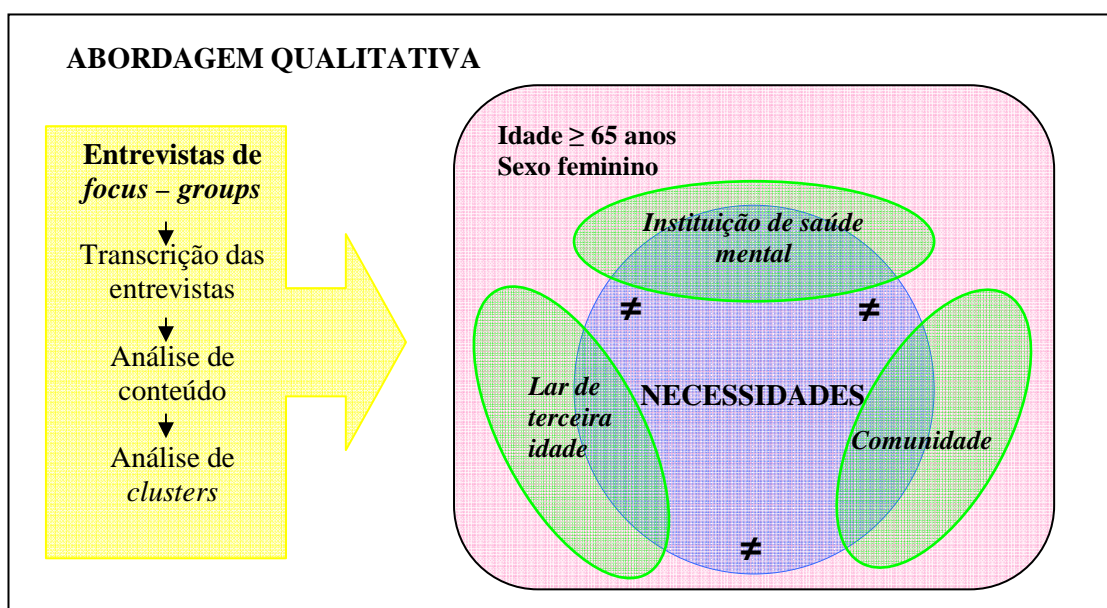


Figura 1 – Mapa conceptual.

2.1.2. Questão de investigação e objectivos do estudo

À medida que o indivíduo envelhece, as suas capacidades de adaptação vão diminuindo. A pessoa idosa torna-se mais sensível ao seu meio ambiente, o qual pode constituir um agente relevante na promoção do seu bem-estar (Lawton, 1983, citado por Sequeira e Silva, 2002). Contudo, esta afirmação permite-nos questionar: para além de promotores do bem-estar, poderão diferentes meios ecológicos originarem diferentes necessidades para a pessoa idosa, particularmente em mulheres idosas? Assim, colocámos a seguinte questão de investigação:

Quais serão as diferenças no âmbito das necessidades de idosas que vivem em meios ecológicos distintos, nomeadamente numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade?

Considerando esta questão, desenhamos uma investigação à qual estão subjacentes os seguintes objectivos:

- comparar as necessidades de idosas em três contextos ou meios ecológicos:
 - a) idosas que vivem numa instituição de saúde mental,
 - b) idosas que vivem num lar de terceira idade e
 - c) idosas que vivem na comunidade;
- conhecer necessidades comuns e necessidades específicas das idosas que vivem nos referidos meios;
- identificar as necessidades mais prementes das idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade.

2.1.3. A abordagem qualitativa na presente investigação

Como os objectivos influenciam determinantemente o *design* da metodologia de investigação, optámos pela realização de um estudo comparativo de índole qualitativa com recurso à entrevista de *focus-group*. Segundo Lind (2008), uma abordagem qualitativa tem a vantagem de permitir uma profunda e sistemática descrição dos fenómenos na perspectiva subjectiva do sujeito, apesar de poder apresentar problemas quanto à sua objectividade, replicabilidade e representatividade, uma vez que recorre a um número reduzido de amostras. Contudo, o autor admite que o método qualitativo é pertinente quando pretendemos fazer um estudo inovador, sobre um tema acerca do qual

pouco se sabe – como é o caso deste estudo, em que se pretendem comparar necessidades de idosas – dando-nos a possibilidade de gerar hipóteses que possam posteriormente vir a ser testadas em estudos de cariz quantitativo.

Assim, recolheu-se uma amostra proveniente de três meios ecológicos distintos – instituição de saúde mental, lar e comunidade. Cada um destes grupos era constituído por dois pequenos grupos de idosas, tendo-se realizado, na totalidade, seis entrevistas de *focus-groups*.

2.2. A metodologia de *focus-group*

Tal como referido anteriormente, pretende-se no presente estudo averiguar algo inovador, nomeadamente as necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade, comparando essas necessidades nos três meios ecológicos referidos. Assim, recorreu-se a uma metodologia qualitativa – a entrevista de *focus-group* – que segundo Krueger (1994, citado por Lind, 2008) é adequada quando pretendemos obter uma melhor compreensão de alguns fenómenos que poderão constituir “terreno novo” no âmbito da investigação. A informação que obtemos a partir das entrevistas de *focus-groups* possui duas características que justificam a pertinência do uso desta metodologia neste estudo (Lind, 2008): permite ao investigador aceder às ideias que emergem da própria população alvo (isto é, às necessidades sentidas pelas idosas) e constitui mais do que a mera soma das opiniões dos participantes, visto resultar de uma sinergia que não é alcançável em entrevistas a indivíduos isolados.

Em que consiste, afinal, a metodologia de *focus-group*? Morgan (1996) define esta metodologia como uma “técnica de investigação que permite recolher dados sobre um tema determinado pelo investigador, através da interacção de um grupo” (pág. 130). Segundo o autor, esta definição comporta três componentes importantes. Primeiro, trata-se de uma metodologia de investigação dedicada à recolha de dados. Segundo, considera que a interacção dos participantes durante a discussão em grupo sobre um tema constitui a fonte de dados da investigação. Por fim, reconhece a importância do papel activo do investigador na criação e fomentação da discussão em grupo para a recolha de dados.

A utilização desta metodologia não nos permite testar hipóteses mas sim compreender fenómenos da população alvo (Lind, 2008). O primeiro passo da metodologia de *focus-group* exige que os objectivos da investigação estejam bem

definidos, o que foi feito aquando da definição do *design* deste estudo. Considerando esses objectivos, foi necessário tomar algumas decisões relativamente aos grupos de idosas que participariam nas entrevistas de *focus-groups*. A composição, número mínimo de participantes e o tamanho dos grupos foram devidamente definidos.

Composição dos grupos

Para Morgan (1998), é fundamental que os participantes no estudo se sintam à vontade para falar dos tópicos em causa, criando-se uma discussão, o mais produtiva possível, sobre os tópicos propostos. Assim, e como se pretendia comparar necessidades de idosas, estabeleceram-se os seguintes critérios gerais de selecção das participantes:

- Ter, no mínimo, 65 anos de idade: a Organização Mundial de Saúde considera que, nos países desenvolvidos, é idoso todo o indivíduo que apresenta, no mínimo, 65 anos de idade;
- Ser do sexo feminino: como o presente estudo é comparativo e a população utente da instituição de saúde mental na qual se pretendia recolher uma parte da amostra é constituída apenas por pessoas idosas do sexo feminino, os restantes grupos de idosas teriam de ser constituídas por participantes que fossem, também, do sexo feminino;
- Apresentar funções cognitivas preservadas.

Desta forma, foi utilizada uma estratégia deliberada no processo de recolha das amostras, pois era imperativo seleccionar as participantes de acordo com os objectivos do estudo.

Número mínimo de grupos

Segundo Morgan (1998), não existe um número determinado de grupos para um estudo de *focus-group*. Assim, utilizámos dois grupos de participantes em cada meio ecológico, pelo que realizámos, na totalidade, seis entrevistas de *focus-groups*.

Tamanho dos grupos

Para Morgan (1998), o tamanho ideal para os *focus-groups* situa-se entre os seis e os dez participantes. Lind (2008) considera que um número de seis ou menos indivíduos poderá interessar caso exista dificuldade em recrutar um maior número de

participantes. Esta dificuldade surgiu no presente estudo com as amostras da instituição de saúde mental e do lar, visto que nestas instituições predominam os quadros demenciais na população utente. O número de participantes com as funções cognitivas preservadas era, assim, limitado, e por isso decidimos que os grupos que seriam entrevistados teriam entre 4 a 6 participantes.

2.2.1. O guião de condução das entrevistas de *focus-group*

A elaboração das perguntas do guião foi uma das etapas deste estudo na qual incidiu a nossa especial atenção, pois teriam de ser adequadas aos objectivos propostos. Pretendíamos ouvir as opiniões e interesses das participantes sem desprezar tópicos ou questões mais concretas a serem averiguadas. Desta forma, considerámos que as perguntas deveriam ser suficientemente exploratórias para permitirem às participantes divergirem nas suas opiniões, limitando, contudo, o âmbito das respostas. Para tal, elaborámos um guião de entrevista semi-estruturada.

Para a elaboração do guião, tivemos em consideração a sequência pela qual as perguntas seriam apresentadas durante a entrevista. Para tal, procurámos seguir as recomendações de Krueger (1998): partir de perguntas mais gerais para perguntas mais específicas (afunilamento), partir de perguntas mais positivas para perguntas mais negativas e partir de perguntas menos directivas para as mais directivas. Também procurámos agrupar as perguntas do guião em blocos ou categorias, seguindo novamente as sugestões de Krueger (1998):

- a) *Abertura* - Perguntas que criam um bom ambiente e encorajam o diálogo entre os participantes.
- b) *Introdução ao tema* - Perguntas mais gerais que permitem introduzir o tema genérico de discussão, dando aos participantes a oportunidade para reflectir sobre as suas experiências que integram esse tema geral.
- c) *Transição* - São perguntas que fazem a ponte para o tema em estudo.
- d) *Perguntas - chave* – São as perguntas que estão ligadas ao tema e aos objectivos do estudo. Para Krueger (1998), este bloco de perguntas pode ser constituído por

duas a cinco questões. Lind (2008) considera um número mais alargado, entre oito a doze perguntas.

- e) *Conclusão* – Tratam-se de reflexões finais ou breves sumários efectuados pelos entrevistados que geralmente não são cotados e que finalizam a entrevista semi-estruturada.

Tendo em atenção estes importantes critérios, elaborámos o guião de entrevista semi-estruturada. Em primeiro lugar, efectuámos um *brainstorming* pessoal sobre necessidades de idosas e consultámos também alguns manuais e artigos pertencentes ao campo da Psicogeriatria. Depois da elaboração de um conjunto variado de perguntas, seleccionámos as que melhor se adequavam aos objectivos da investigação e que integravam as sugestões de Krueger (1998) acima mencionadas sobre a sequência de apresentação das questões.

A primeira versão do guião foi sujeita a um pré-teste, tendo-se realizado uma entrevista a uma idosa¹ de 78 anos para, tal como aconselha Lind (2008), averiguar a pertinência e clareza das questões, assim como a qualidade das respostas obtidas. Verificámos que uma das perguntas levantava problemas de compreensão, pelo que foi alterada. De seguida se apresenta a última versão do guião utilizado neste estudo:

Guião de entrevista semi-estruturada para focus-group com idosas de um lar, de uma instituição de saúde mental e de uma comunidade

Abertura

1. *Digam, por favor, o vosso nome e onde vivem.*

Introdução

2. *Quando ouvem falar em “necessidades de idosas”, em que pensam imediatamente?*

Transição

3. *Imaginem que as senhoras vão fazer um levantamento de necessidades junto de idosas. O que acham que estas pessoas iriam responder?*

¹ Esta idosa não participou no estudo.

Perguntas - chave

Enquanto senhoras idosas:

- 4. Do que necessitam para viverem melhor?*
- 5. Que dificuldades sentem no vosso dia-a-dia? Como fazem para ultrapassá-las?*
- 6. O que as satisfaz na vossa vida?*
- 7. Pensando no vosso percurso de vida, do que precisavam menos no passado que agora? Do que precisam mais agora?*
- 8. Quando têm algum problema ou necessitam de algo, a quem recorrem?*
- 9. O que pode fazer com que se sintam descontentes com a vossa vida?*
- 10. No lugar em que vivem (acrescentar: isto é, na vossa comunidade/ no lar de terceira idade/ na instituição de saúde mental), o que gostariam que fosse diferente, de forma a terem uma melhor qualidade de vida?*

Conclusão

- 11. Durante esta entrevista, as senhoras falaram sobre as vossas necessidades. De todas as coisas que disseram que precisam, qual é aquela que vos faz mais falta? Por favor, expliquem.*
- 12. Querem acrescentar mais alguma coisa que ainda não tenha sido dita?*

2.2.2. Preparação e realização das entrevistas dos *focus-groups*

Antes da realização das entrevistas dos *focus-groups*, foi necessário ter em consideração alguns cuidados relativamente ao recrutamento das participantes e à preparação de recursos materiais. Foram contactados alguns lares de idosos na área da grande Lisboa. Um desses lares concedeu-nos autorização para solicitar a ajuda das suas utentes para este estudo. Também a instituição de saúde mental, após a nossa abordagem, nos concedeu essa autorização. Pedimos a ajuda de técnicas superiores que trabalham nestas instituições (uma psicóloga e uma assistente social, respectivamente) para contactarmos idosas que preenchessem os critérios gerais de inclusão na amostra referidos no ponto 2.2. As técnicas apresentaram-nos essas idosas e foi-lhes solicitada a sua participação no estudo. Quanto às idosas que vivem na comunidade, estas foram recrutadas segundo o método bola de neve, pois algumas idosas inicialmente contactadas conheciam outras senhoras, o que facilitou o recrutamento de participantes.

No contacto presencial estabelecido com as participantes para solicitar a sua participação no estudo, foram-lhes explicados a pertinência e os objectivos do estudo, a

confidencialidade subjacente aos registos e o procedimento inerente às entrevistas com os grupos. Foi também dito às senhoras que iriam receber, após as entrevistas, um pequeno presente, como forma de as incentivar e motivar para a participação no estudo. Esclareceram-se eventuais dúvidas que as participantes poderiam eventualmente ter e foram agendadas as datas e os horários das entrevistas, de acordo com a disponibilidade das idosas.

As entrevistas dos *focus-groups* com as idosas do lar e da instituição de saúde mental decorreram nas instalações dos mesmos, enquanto as entrevistas com as idosas da comunidade tiveram lugar num salão paroquial pertencente à localidade, onde as participantes vivem, na periferia de Lisboa, e na casa particular da mestrandia (um local neutro, tal como recomenda Lind, 2008). Todas as entrevistas foram antecedidas por uma introdução, que tal como admite Krueger (1998) permite criar uma atmosfera acolhedora, saudando os participantes, recordando a pertinência da sua presença naquela discussão e oferecendo directrizes sobre o decorrer da entrevista:

Boa tarde e sejam todas bem-vindas!

Queria mais uma vez agradecer a vossa disponibilidade e boa vontade em participar nesta conversa. Como já tinha explicado às senhoras, o objectivo desta nossa conversa é o de conhecer as necessidades mais importantes que as senhoras têm. Convidei as senhoras a participarem neste estudo porque as vossas experiências e pontos de vistas são para mim muito valiosas. Quero que saibam que não existem respostas certas ou erradas. O que se pretende é que partilhem durante esta conversa diferentes ideias e opiniões. Sintam-se à vontade para dizerem o que pensam, mesmo que durante esta conversa oiçam opiniões e ideias diferentes das vossas. Gostaria que todas as senhoras participassem o máximo possível, para que se consiga obter o máximo de informação.

Antes de começarmos, existem algumas coisas que podemos fazer para que esta conversa corra pelo melhor. Em primeiro lugar, e se ninguém se importar, vamos tratar-nos pelo primeiro nome. Vou recordar-lhes o meu: Sílvia. Depois, gostaria de pedir às senhoras que tentem falar uma de cada vez, devido às anotações que vou fazer e porque a nossa conversa estará a ser gravada. Caso tenham convosco o telemóvel, peço-vos que o desliguem, se for possível. Como já expliquei às senhoras, tudo o que for dito durante esta conversa será apenas usado para o estudo e as vossas identidades

e dados são confidenciais. A nossa conversa irá demorar entre 1 hora e 1 hora e meia. Caso sintam necessidade, podemos fazer uma pequena pausa. Têm alguma dúvida?

As seis entrevistas, realizadas entre Janeiro e Fevereiro de 2010, duraram entre uma hora e trinta minutos (a mais curta) e uma hora e cinquenta minutos (a mais longa), tendo sido áudio-gravadas com gravador digital. Após cada entrevista de *focus-group*, foi pedido às participantes que preenchessem um questionário de dados demográficos (Anexo II), sendo-lhes depois entregue um pequeno presente (um *bibelot* ou velas perfumadas). À medida que as entrevistas foram sendo realizadas transcrevemo-las integralmente, de modo a obtermos registos escritos susceptíveis de serem alvo de uma análise de conteúdo.

2.3. Análise dos dados

2.3.1. A pré-análise

Smith (citado por Lind, 2008) considera a análise de conteúdo um método frequentemente utilizado na análise de dados qualitativos, incluindo dados provenientes de uma metodologia *focus-group*. Neste estudo, seguimos o processo de análise de conteúdo sugerido por Bardin (2009), o qual envolve três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferências e sua interpretação.

Segundo Bardin (2009), na pré-análise deparámo-nos com três tarefas. Primeiramente foi necessário definir os objectivos do estudo, o que fizemos no ponto 2.1.2. Depois, procedemos à recolha dos dados, como também já explicámos no ponto 2.2. Finalmente, procedemos à constituição do *corpus* que seria analisado posteriormente, utilizando os registos transcritos das entrevistas e procurando respeitar as regras para constituição do *corpus* definidas por Bardin (2009), nomeadamente: 1) regra da exaustividade (todo o *corpus* foi sujeito a análise), 2) regra da representatividade (a amostra é representativa de um universo inicial), 3) regra da homogeneidade (os documentos sujeitos a análise são homogéneos), 4) regra da pertinência (as informações do *corpus* correspondem aos objectivos que suscitam a análise).

2.3.2. Redução dos dados

2.3.2.1. Categorização

Após a pré-análise, seguiu-se a fase de exploração do material, isto é, a redução dos dados brutos. Este processo implica uma “condensação de um vasto leque de informação de dados brutos, que permite uma análise e interpretação posteriores” (Lind, 2008, pág. 196). A redução dos dados realizou-se através da codificação, uma “transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que ocorre por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (Bardin, 2009, pág. 129).

No recorte do texto em elementos completos, optámos por uma análise temática. Escolhemos como unidade de registo – “segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2009, pág.130) – o *tema*, isto é, “uma afirmação acerca de um assunto (...) uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de afirmações singulares” (Berelson, citado por Bardin, 2009, pág.130). Assim, o tema ou ideia é um recorte que nos permite descobrir unidades de sentido que compõem a comunicação. A sua presença ou frequência podem significar algo em relação aos objectivos do estudo (Lind, 2008). Desta forma, os temas, enquanto unidades de registo e de contagem, foram enumerados com numeração algébrica, originando assim indicadores. Estes indicadores foram reunidos em categorias.

As categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos” (Bardin, 2009, pág. 145). No nosso estudo, e porque as nossas unidades de registo são temas, optámos por um critério de categorização semântico, constituindo assim categorias temáticas.

A formação destas categorias poderia envolver dois processos inversos:

- a) “é fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos à medida que vão sendo encontrados” (Bardin, 2009, pág. 147), isto é, as categorias são definidas *a priori* pelo investigador, num procedimento *top - down*.

- b) “o sistema de categorias não é fornecido, antes resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos” (Bardin, 2009, pág. 147), isto é, as categorias poderão surgir dos próprios dados, numa abordagem *bottom - up*.

No nosso estudo, definimos as categorias *a priori*, as quais estavam ligadas ao guião de condução de entrevista que tinha sido elaborado para os *focus-groups* e aos objectivos de investigação. Assim, propusemos as seguintes categorias:

NES – Necessidades (ligada às perguntas 3, 4, 7 e 11 do guião)

DIF – Dificuldades (pergunta 5 do guião)

COP – Estratégias de *coping* (pergunta 5 do guião)

GRA – Gratificações (pergunta 6 do guião)

PS – Pessoas ou serviços aos quais recorrem (pergunta 8 do guião)

INS – Insatisfações (pergunta 9 do guião)

SUG – Sugestões para promoção da qualidade de vida (pergunta 10 do guião)

SPI – Significações sobre a pessoa idosa (pergunta 2 do guião)

A formação de categorias é, deveras, um processo subjectivo. Poderíamos ter concebido outras categorias, contudo, na técnica de análise de dados que utilizámos no nosso estudo – a análise de conteúdo –, uma certa subjectividade está-lhe inerente. Para minimizar essa subjectividade, procurámos seguir respeitosamente as regras de formação de categorias sugeridas por Bardin (2009), nomeadamente: a) *a exclusão mútua* (as categorias devem ser construídas de modo a que cada elemento não seja susceptível de ser classificável em duas ou mais categorias), b) *a homogeneidade* (a regra anterior depende desta, isto é, numa mesma categoria apenas se pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise; diferentes níveis de análise são separados em outras análises sucessivas), c) *a pertinência* (a categoria é pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, aos objectivos de investigação e ao quadro teórico definido), d) *a objectividade e fidelidade* (as diferentes partes do mesmo material, ao ser-lhes aplicada a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises), e) *a produtividade* (um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis em inferências, em hipóteses novas e em dados exactos).

2.3.2.2. Codificação dos indicadores e suas frequências

Os temas ou indicadores foram enumerados nas respectivas categorias, sequencialmente e à medida que iam surgindo durante a leitura dos registos escritos. Simultaneamente, era registada a frequência dos indicadores para cada *focus-group* (instituição de saúde mental, lar de terceira idade e comunidade). Sempre que aparecia um novo tema, este recebia uma numeração nova e passava a constituir, assim, um novo indicador no interior de uma categoria. Caso aparecesse um tema já classificado apenas era indicada a sua frequência no indicador respectivo.

Tal como a formação de categorias, também o processo de codificação do material é de certa forma subjectivo. No nosso estudo, efectuámos esta tarefa com recurso a um juiz. Apesar da cotação convergente entre juízes diminuir a subjectividade inerente ao processo de análise de conteúdo, tal processo não se verificou no nosso estudo, o que constitui uma limitação que assumimos.

Os resultados desta fase de análise são apresentados no Anexo I, com as categorias, os indicadores no interior de cada categoria e as frequências totais dos indicadores para a amostra de idosas da instituição de saúde mental, do lar de terceira idade e da comunidade.

2.4. Caracterização da amostra

34 idosas participaram nesta investigação. Os dois grupos de participantes da instituição de saúde mental eram constituídos por 7 e 5 idosas (na totalidade, 12), enquanto os dois grupos focais do lar eram constituídos, cada um, por 5 idosas (10, no total). Os dois grupos de idosas da comunidade que participaram no estudo eram constituídos por 7 e 5 idosas (12 no total, sendo que numa das duas entrevistas de *focus-group*, uma das participantes não pôde estar presente devido a um imprevisto, tendo o grupo ficado reduzido a 5 pessoas).

Iremos de seguida mencionar algumas características da amostra. No Anexo III podemos encontrar os resultados da caracterização da amostra.

Idosas da instituição de saúde mental (ISM)

A idade destas participantes, todas portuguesas, situou-se entre os 67 e os 90 anos, apresentando uma média de 83 anos (DP= 6,87).

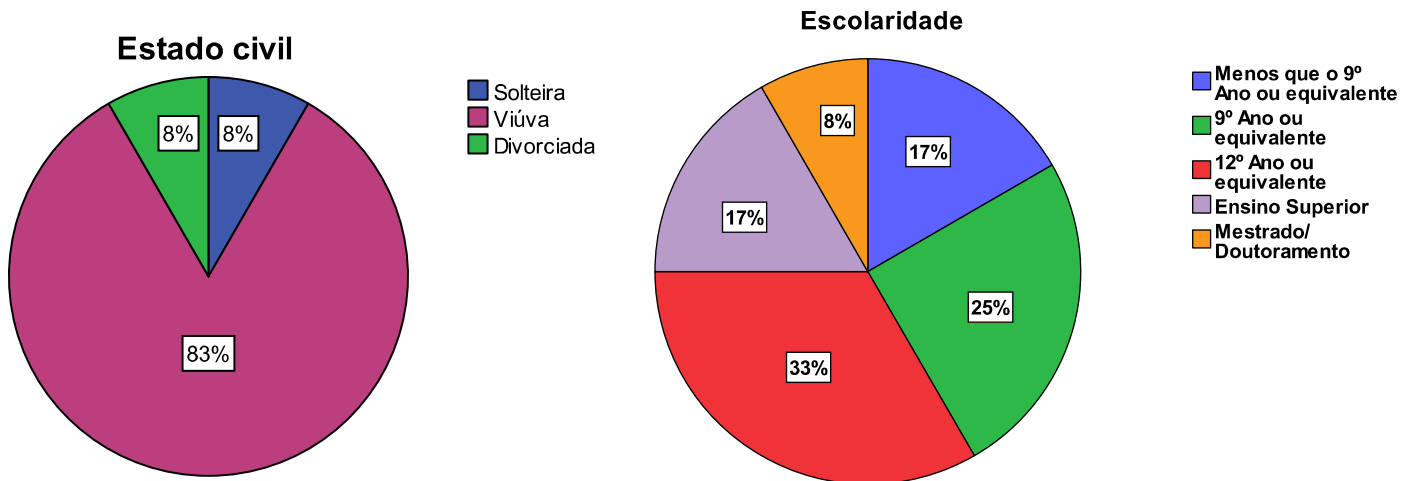


Gráfico 1 – Estado civil (ISM).

Gráfico 2 – Nível de escolaridade (ISM).

Pelo Gráfico 1 constatamos que, das 12 idosas que participaram, dez (83%) eram viúvas, uma (8%) era solteira e uma (8%) era divorciada. Quanto ao nível de escolaridade, pelo Gráfico 2 compreendemos que este grupo de participantes era muito heterogéneo. A maioria das idosas apresentava um nível de escolaridade equivalente ao 12º Ano (33%), contudo 25% concluiu o 9º Ano de escolaridade ou equivalente e 17% são menos escolarizadas, pois apenas efectuaram o 9º Ano de escolaridade ou menos. 25% destas idosas concluíram o ensino superior (ensino superior ou mestrado/doutoramento).

Relativamente ao número de filhos, 2 idosas (17%) não tinham filhos, 3 idosas (25%) tinham um filho, 4 idosas (33%) tinham dois filhos, duas participantes (17%) tinham 3 filhos e apenas uma idosa (8%) tinha 1 filho. Destas 12 participantes, sabe-se também que, no âmbito da sua religiosidade, todas revelaram ter fé católica, sendo 75% praticantes e 25% não praticantes.

Quanto ao tempo de internamento na instituição geriátrica de saúde mental, este varia entre os 7 meses e os 19 anos. A média de tempo de internamento destas idosas situava-se nos 3,5 anos (DP= 5 anos). Tal como podemos observar no Gráfico 3, predominavam neste grupo de participantes as perturbações do espectro neurótico (67%). Uma idosa (8%) apresentava transtorno afectivo bipolar e outra idosa (8%) possuía perturbação psicótica. Numa participante (8%) o diagnóstico era indiferenciado e outra utente (8%) da instituição apresentava perturbação de personalidade.

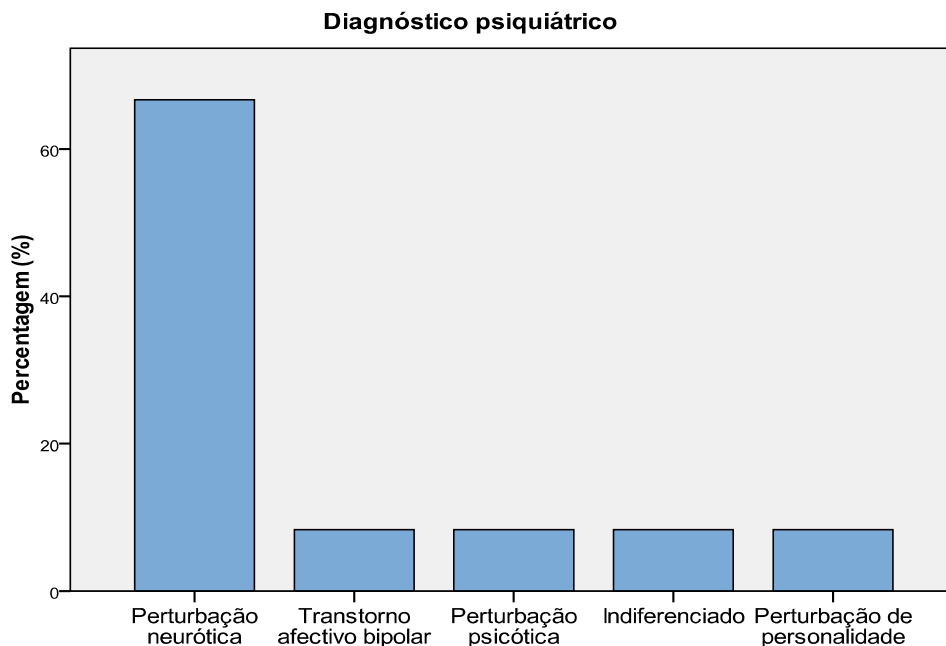


Gráfico 3 – Diagnóstico psiquiátrico.

Estas idosas apresentavam, para além destes diagnósticos psiquiátricos, outras patologias, sendo as mais predominantes as doenças/ problemas ósseos e nas articulações (83.3%).

Sabe-se também que todas as participantes que tinham filhos recebiam visitas dos mesmos na instituição (ver Anexo III). Metade destas idosas recebiam estas visitas semanalmente ou mais que uma vez por mês. Os netos, os amigos e outros parentes também as visitavam. Apenas uma utente da instituição recebia anualmente a visita do seu irmão. Quanto às actividades ou ocupações que estas participantes realizavam, a maioria (83,4%) ocupava os seus tempos livres com actividades religiosas (e.g. rezar o Terço e/ou ir à missa) e com actividades de costura como croché e/ou tricô (58.3%), as quais realizavam diariamente ou mais que uma vez por semana. Sublinha-se o facto destas idosas apresentarem muitas actividades ou ocupações.

Relativamente às saídas da instituição, a maioria das participantes (91,6%) saía em passeio semanalmente ou mensalmente. As consultas médicas ou tratamentos médicos (50%) e as visitas a familiares (41,7%) eram também motivos das saídas das idosas da instituição.

Idosas do lar de terceira idade

A idade destas participantes, todas portuguesas, situou-se entre os 69 e os 87 anos, apresentando uma média de 79 anos (DP= 4,85).

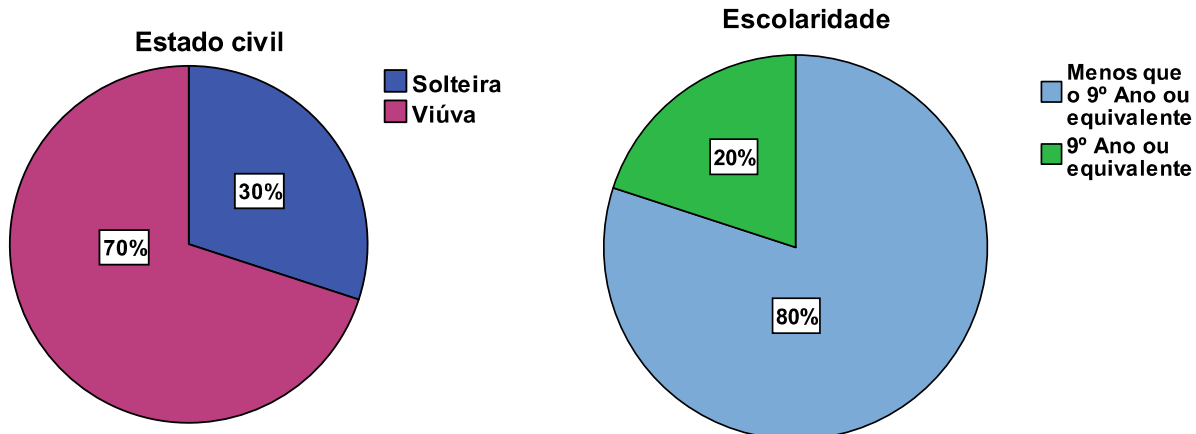


Gráfico 4 – Estado civil (lar).

Gráfico 5 – Nível de escolaridade (lar).

Como podemos observar pela análise do Gráfico 4, das 10 idosas que participaram no estudo, 7 (70%) eram viúvas e 3 (30%) eram solteiras. Estas participantes eram pouco escolarizadas, pois a maioria apresentava, como se pode observar no Gráfico 5, menos que o 9º ano de escolaridade ou equivalente.

Quanto ao número de filhos, 3 idosas (30%) não tinham filhos, 3 idosas (30%) tinham 1 filho e a maioria (4 idosas, 40%) tinha 2 filhos. Destas 10 participantes, todas apresentavam fé católica, sendo 90% católicas praticantes e apenas 10% católicas não praticantes.

O tempo de internamento destas idosas no lar situava-se entre 1 ano e 27 anos, sendo a média de tempo de internamento de 7,8 anos (DP= 7,0). Os motivos de internamento no lar eram, observando o Gráfico 6, a solidão, a intenção de não sobrecarregar os filhos e outros motivos como situação de doença e derrocada da habitação.

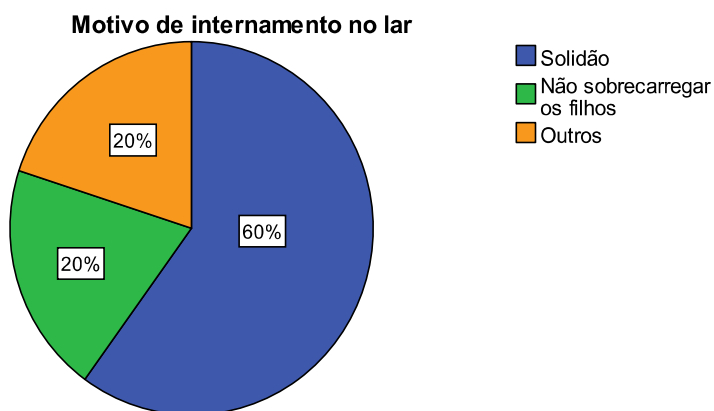


Gráfico 6 – Motivo de internamento no lar.

As patologias apresentadas por estas idosas são múltiplas (ver Anexo III), sendo as doenças cardiovasculares (30%) e as doenças ósseas (20%) as mais frequentes neste grupo. Quanto às visitas que recebiam no lar, das 7 idosas que tinham filhos duas nunca recebiam visitas destes no lar. As restantes eram visitadas com uma frequência semanal, mensal ou anual pelos filhos, netos, irmãos, amigos e outros parentes. No âmbito das suas actividades/ocupações, a maioria ocupava-se com actividades religiosas (90%) e actividades recreativas, tais como jogos, leituras e debates (90%) diária ou semanalmente. A ginástica (70%) e os passeios (70%) também eram actividades que a maioria destas idosas realizava. A maioria destas participantes (70%) saía do lar em passeio diariamente ou mais que uma vez por semana.

Idosas da comunidade

A idade destas participantes, de nacionalidade portuguesa, situou-se entre os 65 e os 77 anos, apresentando uma média de 70 anos (DP= 3,23). A maioria destas idosas era casada (8 idosas, 67%) e apresentava uma escolaridade que se situava num nível básico, visto terem concluído o 9º Ano de escolaridade ou equivalente (7 idosas, 58%) (Gráficos 7 e 8).

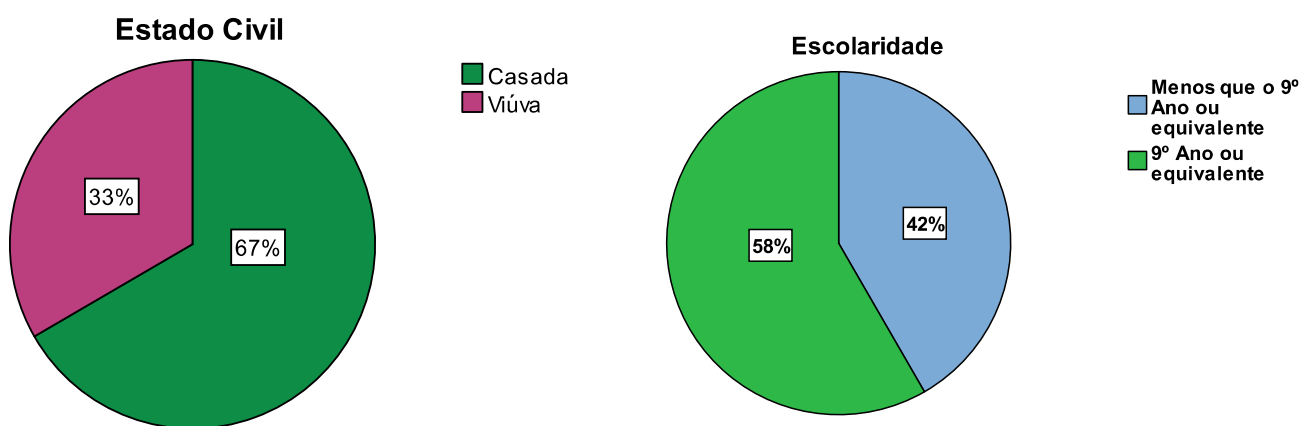


Gráfico 7 – Estado civil (comunidade).

Gráfico 8 – Nível de escolaridade (comunidade).

Todas as idosas deste grupo viviam numa zona suburbana da cidade de Lisboa e todas tinham filhos: 6 (50%) tinham 2 filhos, 5 (42%) tinham 1 filho e uma idosa (8%) tinha 4 filhos. A maioria (75%) apresentava fé católica e era praticante, duas idosas (17%) eram católicas não praticantes e uma idosa (8%) era praticante de outra religião (Testemunha de Jeová).

Relativamente ao agregado familiar, sabe-se que a maioria (58%) vivia apenas com o cônjuge e que 17% vivia sozinha (Gráfico 9).

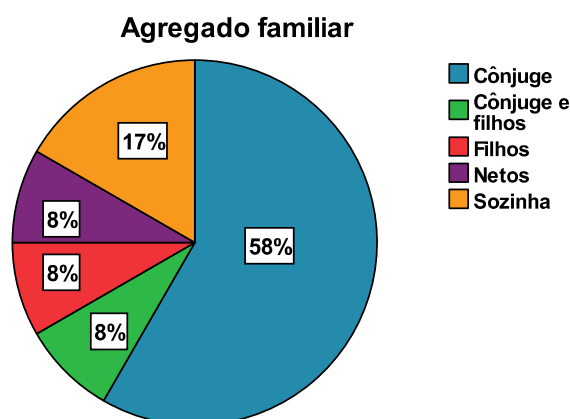


Gráfico 9 – Agregado familiar das idosas da comunidade.

Das 12 participantes deste grupo, a maioria (67%) era reformada. Tal como nos outros dois grupos de idosas, este grupo também revelava, maioritariamente, patologias ósseas e articulares (50%).

Quanto aos contactos com terceiros, todas estas idosas contactavam com o cônjuge, filhos e vizinhos diariamente ou mais do que uma vez por semana. A maioria (91,7%) ocupava-se diariamente ou mais que uma vez por semana com as suas tarefas domésticas e saíam de casa, na sua maioria (83,3%), para realizarem compras.

3. Apresentação dos resultados

Os dados resultantes da fase de categorização foram submetidos, posteriormente, a uma análise de *clusters* ou análise classificatória de tipo *K-means*. Este procedimento constitui uma técnica exploratória para detectar grupos homogêneos nos dados, podendo os grupos serem constituídos por variáveis ou casos (Pestana & Gageiro, 2000). No presente estudo, os indicadores de temas e as suas frequências, referidas pelas idosas durante as entrevistas, são essas variáveis. Pretendemos, assim, efectuar uma divisão destas variáveis em classes, as quais sejam “o mais distantes possíveis umas das outras e ao mesmo tempo, o mais homogêneas possíveis, no seu interior” (Lind, 2008, pág. 218). Procurámos, no nosso estudo, verificar quais os agrupamentos de indicadores temáticos que se distinguiam mais dos restantes e que eram, por isso, mais significativos para a população-alvo (Lind, 2008). Concretamente, pretendemos verificar quais as necessidades mais importantes para as idosas da instituição de saúde mental, do lar de

idosos e da comunidade e a forma como essas necessidades se revelavam em cada um destes grupos.

Antes de procedermos ao cálculo das análises de *clusters* com recurso a suporte de *software* (SPSS), efectuámos uma estandardização prévia das frequências, para que estas constituíssem variáveis com média 0 e desvio-padrão 1 (notas *Z*). Realizámos a análise utilizando todas as categorias anteriormente descritas. No Anexo I podemos consultar os valores brutos de todas as frequências dos indicadores temáticos para os seis *focus-groups* (três *settings*).

Primeiramente, as notas *Z* das frequências foram submetidas a uma análise classificatória de 3 classes. A ANOVA revelou que os resultados obtidos com 3 classes (3 *clusters*) eram muito significativos ($p < .0001$) para os três grupos de idosas:

Instituição de saúde mental: $F(2,72) = 66,47, p < .0001$

Lar: $F(2,72) = 52,37, p < .0001$

Comunidade: $F(2,72) = 61,99, p < .0001$

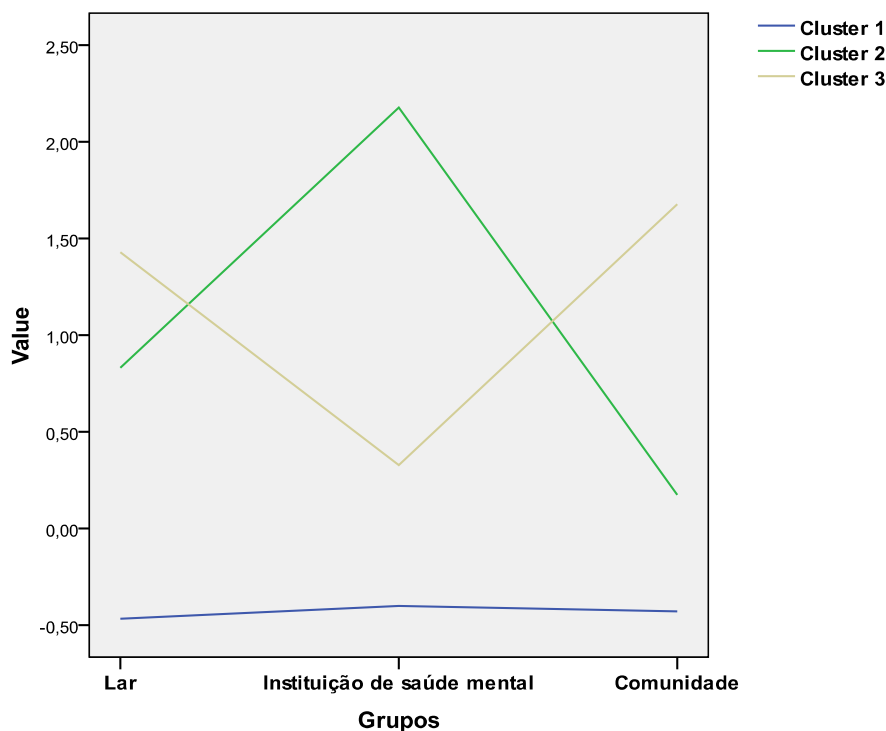
As 3 classes obtidas distribuíram-se da seguinte forma:

Quadro 1. Análise de 3 *clusters*

	1ª classe	2ª classe	3ª classe
Instituição de Saúde Mental	Restantes itens	NES2 Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas NES7 Cuidados básicos NES8 Comunicar/Conversar NES9 Companhia COP4 Actividades PS3 Família e amigos PS5 Funcionários da instituição INS4 Emoções e pensamentos negativos	NES3 Aspectos emocionais e pessoais NES4 Apoio NES5 Carinho NES12 Saúde
Lar			NES13 Assistência formal DIF2 Dificuldades financeiras DIF3 Dificuldades mentais e funcionais COP7 Religião COP8 Ajudar terceiros
Comunidade			GRA2 Família GRA4 Meio físico INS3 Problemas de saúde SPI2 Solidão

No seguinte gráfico podemos observar as distâncias entre as 3 classes em relação aos três grupos de idosas:

Gráfico 10. Análise com 3 *clusters*



Numa primeira análise do Gráfico 10, podemos verificar que existe uma inversão ao nível das necessidades das idosas do lar e da comunidade relativamente às idosas da instituição de saúde mental. Verificamos que as necessidades agregadas no *cluster 3* são muito importantes para as idosas do lar e da comunidade (*Aspectos emocionais e pessoais, Apoio, Carinho, Saúde, e Assistência Formal*), mas não constituem o que as utentes da instituição de saúde mental mais precisam. O inverso também se verifica: as necessidades agregadas no *cluster 2* (*Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas, Cuidados básicos, Comunicar/Conversar e Companhia*), apesar de serem muito importantes para o grupo de idosas com patologia mental, são pouco importantes para as idosas do lar e da comunidade.

De seguida, realizámos uma análise classificatória com 4 *clusters* para observarmos, numa análise mais discriminativa, o modo de agregação dos indicadores temáticos, de forma a podermos comparar os resultados da análise classificatória com 3 classes com os resultados da análise classificatória com 4 classes. Verificámos que

numa análise de 4 *clusters*, os resultados obtidos mostravam também diferenças significativas ($p < .0001$) no âmbito das necessidades para os três grupos de idosas:

Instituição de saúde mental: $F(3,71) = 47,30, p < .0001$

Lar: $F(3,71) = 47,14, p < .0001$

Comunidade: $F(3,71) = 54,44, p < .0001$

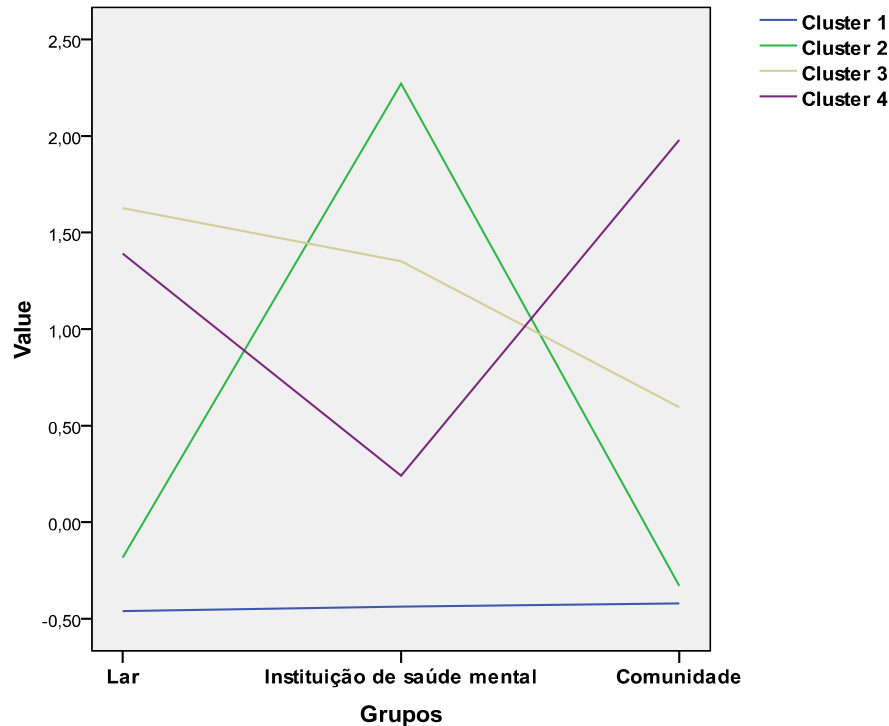
As 4 classes obtidas distribuíram-se desta forma:

Quadro 2. Análise de 4 *clusters*

	1ª classe	2ª classe	3ª classe	4ª classe
Instituição de Saúde Mental	Restantes itens	NES2 Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas NES7 Cuidados básicos NES9 Companhia PS5 Funcionários da instituição SUG6 Espaço	NES8 Comunicar/Conversar DIF3 Dificuldades mentais e funcionais COP4 Actividades COP7 Religião GRA4 Meio físico PS3 Família e amigos INS4 Emoções e pensamentos negativos	NES3 Aspectos emocionais e pessoais NES4 Apoio NES5 Carinho NES12 Saúde NES13 Assistência formal DIF2 Dificuldades financeiras COP8 Ajudar terceiros GRA2 Família INS3 Problemas de saúde SPI2 Solidão
Lar				
Comunidade				

Comparando as duas análises realizadas, podemos constatar alguns factos interessantes. Primeiramente, verificamos que a 1ª classe da análise classificatória com 3 classes é quase idêntica à 1ª classe da análise classificatória com 4 classes (não são totalmente idênticas pois um tema da 1ª classe na primeira análise surgiu na 2ª classe na segunda análise – o tema *Espaço*). Verifica-se também que a 3ª classe desta última análise resulta do desdobramento da 2ª e 3ª classes da análise com 3 *clusters*. Concretamente, a 3ª classe da análise com 4 *clusters* agrega um conjunto de temas que foram “subtraídos” das 2ª e 3ª classes da análise com 3 *clusters* para originarem essa mesma 3ª classe da análise com 4 *clusters*. A representação gráfica seguinte permite-nos observar as distâncias entre as 4 classes em relação aos três grupos de idosas:

Gráfico 11. Análise com 4 *clusters*



Nesta análise classificatória com 4 classes, verificamos que os itens reunidos no *cluster* 1 têm uma presença semelhante para todos os grupos. Verificamos também que a inversão de necessidades que havíamos constatado na análise com 3 *clusters* se mantém: o *cluster* 2 reúne as necessidades mais importantes para as idosas da instituição de saúde mental (*Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas, Cuidados básicos e Companhia*), as quais são menos importantes para as idosas do lar e da comunidade; o *cluster* 4 reúne as necessidades mais importantes para as idosas do lar e da comunidade (*Aspectos emocionais e pessoais, Apoio, Carinho, Saúde e Assistência Formal*), que são pouco importantes para as idosas da instituição de saúde mental. Contudo, esta segunda análise classificatória, sendo mais discriminativa, é mais informativa do que a análise que realizámos inicialmente. Surge no *cluster* 3 uma necessidade que é mais importante para as idosas do lar e da instituição de saúde mental do que para as idosas da comunidade: *Comunicar/Conversar*. Como esta análise classificatória com 4 classes nos parece mais informativa relativamente às necessidades dos três grupos de idosas, optámos por, na secção seguinte, nos debruçarmos sobre os resultados desta análise, abandonando assim uma possível discussão sobre os resultados obtidos com a análise de 3 *clusters*. Como estamos perante um estudo qualitativo, não

nos será permitido fazer inferências, contudo procuraremos oferecer hipóteses explicativas para os resultados que obtivemos com a análise de 4 *clusters*.

4. Discussão dos resultados

Atendendo à análise classificatória com 4 classes que realizámos, e como já foi referido anteriormente, observa-se uma inversão das necessidades relativamente aos três grupos de idosas. O *cluster 2* reúne as necessidades mais importantes das idosas com patologia mental que vivem numa instituição de saúde mental, necessidades essas que não são do mesmo modo importantes para as idosas do lar e da comunidade. Do mesmo modo, as necessidades importantes para as idosas do lar e da comunidade constantes no *cluster 4* não o são para as idosas da instituição de saúde mental. Analisando seguidamente as necessidades das idosas com patologia mental, verificou-se que uma dessas necessidades eram *Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas*. Aqui dois relatos a título de exemplo:

“ (...) Eu tinha...uma pessoa...que já trabalhava na minha casa há uns tempos para cá, e que...parece que eram três vezes por semana que íamos sair! Ela...ela...mais ou menos...sabia mais ou menos para onde é que eu gostava de ir e eu fazia algumas compras. Mas agora...já não tenho essa pessoa e sinto muita falta de alguém para eu sair. (fica com um semblante triste) (...)”

“ (...) Mestranda – Durante esta entrevista as senhoras falaram sobre as vossas necessidades...de todas as coisas que disseram que precisam, qual é aquela que vos faz assim mais, mais falta?

I.V. – É o acompanhamento! Quando a gente precisa de ir ao hospital! (...)”

Esta necessidade poderá ter surgido devido ao facto de não existir, na instituição, um serviço de acompanhamento de idosos em saídas ou deslocações ao exterior. Devido à falta deste serviço, estas idosas solicitam recorrentemente a algumas funcionárias da instituição (ou, inclusivamente, voluntárias) que as acompanhem nas suas saídas, de acordo com a sua disponibilidade. Por esta razão é que, se observarmos o Quadro 2, verificamos que no *cluster 2* consta o tema *PS5 Funcionários da Instituição*. Estes funcionários são as pessoas a quem estas idosas mais recorrem quando necessitam, pois os seus familiares não estão sempre presentes para as acompanhar em saídas ao exterior.

Estas idosas consideram também que são indispensáveis os *Cuidados Básicos*. Esta é uma necessidade que, para estas idosas, está satisfeita, mas que fazem questão de referir o quanto é para elas importante:

“ (...) *Ora as necessidades dos idosos...tocam em diversos aspectos, aspectos de carácter pessoal, como a higiene, e aí está o problema da incontinência urinária...a higiene, a necessidade de alguém que dê banho, eventualmente há muitas pessoas que não conseguem ter...tomar banho sozinhas. Passa também por...necessidade de alimentação, a alimentação tem de ser cuidada. (...)* ”

“ (...) *I.V. – Aqui tenho tudo. (...) Tem assistência médica, tem assistência para...cuidados...higiénicos. Comer a hora e tempo e comida boa. (...)*”

“ (...) *Temos o privilégio de ter uma roupa muito bem lavada e cuidada, com certos pontos que a gente às vezes já não tem...não pode dar. (inspira) Consola ver o cheirinho da roupa em cima da cama, lavada. (...)* ”

Para além destas necessidades, as idosas da instituição de saúde mental precisam também de *Companhia*:

“ (...) *Eu acho que os idosos...estavam bem...tirando as crianças, estavam em primeiro lugar na fila...das necessidades. Enfim, terem amigos, terem companhia. (...)*”

“ (...) *Para falar, para...é uma companhia que me faz mais falta! (...)* ”

“ (...) *(com um semblante muito triste) Eu estou muito sozinha... (...)*”

Tal como se verifica na literatura, alguns estudos revelam que idosos com doença mental apresentam necessidade de companhia (Bengtsson-Tops & Hansson, 1999; McCrone et al, 2001), o que vai ao encontro com as necessidades destas idosas. Consideramos que esta necessidade poderá estar associada a um sentimento de solidão. Holmes (citado por Coimbra, 2008) admite que sofrer de solidão é ter um sentimento, não desejado, de perda de companhia. A institucionalização pode conduzir muitas vezes a esta perda de companhia (devido ao rompimento dos laços sócio-afectivos que eram mantidos no período de pré-institucionalização), aumentando a vulnerabilidade da pessoa idosa para a solidão (Coimbra, 2008). Desta forma, pensamos que a necessidade de companhia que estas idosas revelam pode ser explicada pelo facto de se encontrarem institucionalizadas.

Estas necessidades não são, contudo, importantes para as idosas que vivem na comunidade ou no lar de terceira idade. Relativamente às idosas que vivem na comunidade, estas não apresentam necessidade de companhia. Sabe-se que para um envelhecimento saudável contribuem de um modo particular as relações sociais, sendo a capacidade de interagir fora da esfera familiar fundamental no decurso do processo de envelhecimento (CEDRU, 2008). As idosas que vivem na comunidade parecem ter mais acesso aos seus contactos sociais, nomeadamente família (cônjuge, filhos), amigos e/ou vizinhos, do que as idosas que vivem na instituição de saúde mental, pelo que para as primeiras essa necessidade de companhia não é tão relevante. Como são idosas funcionalmente independentes, os cuidados básicos (tais como higiene, roupa limpa ou alimentação) são uma necessidade pouco importante para as idosas da comunidade, por possivelmente constituir algo que as próprias providenciam. A necessidade de pessoas para acompanharem idosos em saídas ao exterior não consta do rol de necessidades mais relevantes das idosas que vivem na comunidade, pois hipotetizamos que estas idosas saem sozinhas ou solicitam às pessoas com quem contactam frequentemente que as acompanhem nessas saídas, nomeadamente o cônjuge.

Para as idosas do lar de terceira idade, as necessidades de companhia, pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas e de cuidados básicos também não são importantes. Uma possível explicação para tal pode estar no facto destas idosas participarem em várias actividades proporcionadas pelo Centro Paroquial da localidade onde o lar se situa, juntamente com outras idosas da comunidade dessa mesma localidade. A necessidade de companhia é, por isso, pouco importante, visto ser satisfeita durante a realização dessas actividades. A necessidade de pessoas para as cuidar e/ou acompanhar em saídas ao exterior também é pouco importante, pois quando estas idosas precisam sair, os funcionários do lar acompanham-nas ou as próprias vão sozinhas ou com outras utentes do lar:

“ (...) Olhe, quando eu estou doente...quando eu vou para o hospital, normalmente é sempre a Dona M., a funcionária da noite, que me vai levar ao hospital. (...)”

“ (...) Vou muitas vezes dar uma voltinha na rua. Às vezes agarro numa destas senhoras que coitadinhas não podem andar sozinhas mas precisam de se distrair um bocadinho (...)”

A necessidade de cuidados básicos também parece ser pouco importante para estas idosas. Hipotetizamos, assim, que esta necessidade esteja satisfeita para a maioria das participantes, pois foi pouco referida.

Centremo-nos, agora, nas necessidades das idosas pertencentes ao lar e à comunidade. Também nestes dois grupos os resultados são muito interessantes. Verificamos que as necessidades que se encontram agrupadas no *cluster* 4 são importantes para as idosas do lar e da comunidade, sendo, de entre os dois grupos, mais importantes para as idosas da comunidade (ver Gráfico 11). Estes dois grupos de idosas revelaram que algumas das suas necessidades mais importantes são *Aspectos emocionais e pessoais* e *Carinho*:

Focus-group com idosas da comunidade

“ (...) *Saúde, paz e amor é o que a gente precisa! (...)*”

“ (...) *Mestranda – E mais? Que mais é que as senhoras precisam?*

M.A. – Mais amor, carinho, mais audição.

I. – Mais carinho! (...)”

Focus-group com idosas do lar

“ (...) *Só preciso de amizade, paz e amor, mais nada! De resto não tenho nada a exigir. (...)* ”

“ (...) *A minha [reforma] não é grande mas chega! Só preciso de um bocadinho de compreensão e carinho. É o que eu mais preciso. (...)* ”

Há que referir que as idosas do lar e da comunidade constituem grupos com algumas semelhanças. A maioria destas idosas é funcionalmente independente, saem frequentemente para efectuar compras e passear e, inclusivamente, fazem voluntariado. As actividades recreativas nas quais as idosas do lar participam decorrem no Centro Paroquial pertencente à localidade onde o lar se situa. Estas idosas do lar, tal como as idosas da comunidade e ao contrário das idosas da instituição de saúde mental, contactam muito com o meio exterior. Contudo, existem diferenças que podem conduzir a diferentes hipóteses explicativas para as necessidades de aspectos emocionais e pessoais e as necessidades de carinho nestes dois grupos.

Sabe-se que a família constitui um elemento central no processo de envelhecimento de homens e mulheres. A estrutura familiar é insubstituível, pela

necessidade que todos os indivíduos têm em manter ao longo da vida laços de intimidade, relações de afecto, cumplicidade e conhecimento mútuos (CEDRU, 2008). Tal como foi explicado anteriormente, a institucionalização conduz muitas vezes ao rompimento dos laços sócio-afectivos que eram mantidos com familiares, amigos e vizinhos antes do idoso ser institucionalizado. O rompimento destes laços e a necessidade da pessoa idosa em manter ao longo da vida as suas relações de afecto e de cumplicidade podem conduzir às necessidades relacionadas com aspectos emocionais e pessoais e às necessidades de carinho nas idosas do lar.

Nos estudos realizados com idosos portugueses que viviam na comunidade (CEDRU, 2008) as suas necessidades mais importantes eram as necessidades de cuidados pessoais, cuidados médicos, meios de transporte ou limpeza da casa e não as necessidades de aspectos emocionais e pessoais e carinho evidenciadas no nosso estudo. Podemos então considerar que estas necessidades traduzem uma necessidade social de afecto (Steverink & Lindenberg, 2006) que pode ser satisfeita através do estabelecimento de relações emocionais com outros com quem o indivíduo mantenha uma ligação emocional. Como estas idosas consideram que a sua maior gratificação é a *Família*, hipotetizamos que o estabelecimento das referidas relações emocionais com os familiares não seja suficiente e que exista, assim, um défice na necessidade social de afecto.

Verificámos também que as idosas da comunidade e do lar apresentam necessidades de *Apoio, Saúde e Assistência formal*:

Focus-group com idosas da comunidade

“ (...) *Ai, nós agora precisamos de mais apoio. (...)*”

“ (...) *Precisava de muito mais saúde do que aquela que tenho. (ri-se) (...)*”

“ (...) *Se tem um percalço...ou um azar qualquer de...pronto, qualquer acidente, como teve a...Dona M.A. claro que fica muito mais dependente. Mas o que é que...o que é que podia mudar isso? Era se nós tivéssemos...um serviço ou uma instituição, sei lá, como já tivemos, um Centro de Dia. (...)*”

Focus-group com idosas do lar

“ (...) *eu peço-lhe a elas [às filhas] que nunca me abandonem e que em dêem sempre o máximo que puderem de...apoio moral, de carinho, de amor, de compreensão, que é o que eu preciso... (...)*”

“ (...) *Eu necessitava de ter saúde para poder ir à rua, para andar...eu não saio daqui.*
(...)”

Pensamos que estas três necessidades se agregaram no mesmo *cluster* pois estão relacionadas. O aumento da idade conduz a mudanças progressivas na estrutura biológica e psicológica dos indivíduos (CEDRU, 2008) que podem conduzir à perda de saúde e autonomia. A perspectiva de se tornarem dependentes parece justificar o facto das idosas da comunidade terem referido múltiplas vezes durante as entrevistas a necessidade e importância que os Centros de Dia e os cuidados domiciliários tinham para si próprias e para outros idosos na comunidade. As mulheres idosas, apesar de viverem mais anos que os homens, vivem mais mas com pouca saúde (Kalache, Barreto & Keller, 2005), pelo que as participantes do lar e da comunidade expressaram a necessidade de terem mais saúde. Inclusivamente, no *cluster* 4 da análise classificatória que efectuámos, sobressaiu o tema *Problemas de saúde*, que constitui a insatisfação mais relevante para estas idosas. Consequentemente, a falta de saúde origina necessidade de apoio. Este apoio é maioritariamente informal e provem de familiares, amigos e vizinhos.

Uma vez que o nosso estudo se debruçou também sobre temáticas relacionadas com necessidades de idosas, nomeadamente as suas dificuldades, estratégias de *coping*, gratificações e significações sobre pessoas idosas, podemos admitir que os temas *Dificuldades financeiras*, *Ajudar terceiros*, *Família* e *Solidão* são muito importantes para as idosas do lar e da comunidade, pois integram o *cluster* 4. Assim, admitimos que estas idosas apresentam dificuldades financeiras (as idosas da comunidade apresentam um nível sócio - económico médio baixo, tal como as idosas do lar, que devem realizar o pagamento mensal da instituição particular onde habitam).

Focus-group com idosas da comunidade

“ (...) *Que esta reforma não dá para nada!* (...) ”

Focus-group com idosas do lar

“ (...) *Mestranda – Então e que dificuldades é que sentem no vosso dia-a-dia?*

M.L. – Pouco dinheiro! (todas as senhoras se riem à gargalhada) (...) ”

“ (...) *Porque isto é uma obsessão...isto é uma obsessão...que o meu dinheiro me falte para ao menos pagar o lar.* (...) ”

A ajuda a terceiros é uma das estratégias de *coping* mais importantes para estas idosas, pois algumas fazem voluntariado. A família é também muito importante para estas idosas, pois são a sua mais relevante gratificação:

Focus-group com idosas da comunidade

“ (...) *Isso [os netos] é a maior felicidade! Eu...falar dos meus netos (ri-se) ...porque nós, os nossos filhos são nossos filhos e criámo-los com muito amor e...mas eu acho que...os netos fazem-nos ultrapassar tudo! (...)* ”

Focus-group com idosas do lar

“ (...) *A mim satisfaz-me...ver...que o meu filho está bem, com os meus netos. A minha satisfação é ver que o meu filho que...pronto, que está bem com a vida, os meus netos e a minha nora. (...)* ”

Curiosamente, a *Solidão* foi a significação sobre a pessoa idosa que mais sobressaiu na análise de *clusters* . Cremos que se relacione com o facto de existirem muitos estereótipos sobre a pessoa idosa que vive sozinha, pois o estado civil é a medida vulgarmente utilizada para medir a solidão em idosos, o que conduz à concepção errada de que as pessoas solteiras, viúvas ou divorciadas sofrem mais de solidão do que as casadas (Weiss, 1982, citado por Coimbra, 2008). As idosas deste estudo poderão apresentar estas concepções sobre a pessoa idosa.

Uma das grandes questões que podemos levantar neste momento é: porque será que as idosas da instituição de saúde mental não apresentam as mesmas necessidades que as idosas da comunidade e do lar? Consideramos uma hipótese explicativa: que as necessidades presentes no *cluster* 4 estejam, na perspectiva das idosas com patologia mental, satisfeitas, e que por isso sejam menos relevantes para si do que as necessidades de *Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas, Cuidados básicos e Companhia* , que as próprias expressaram.

Na análise classificatória com 4 classes, emergiu uma necessidade que não estava presente na análise com 3 *clusters* e que consideramos interessante referi-la. Trata-se do tema *Comunicar/Conversar* . Este tema parece ser importante para os três grupos de idosas, sendo particularmente importante para as idosas que se encontram institucionalizadas no lar de idosos, também para idosos na instituição de saúde mental e não tão importante para idosos na comunidade. A questão que se coloca é: porquê? Avançamos com uma hipótese explicativa. Como sabemos, os quadros demenciais são

predominantes na população utente do lar e da instituição de saúde mental (inclusivamente, muitas idosas são institucionalizadas por padecerem de demência porque os seus cuidadores informais não conseguem fornecer-lhes a assistência necessária). Tal quadro patológico pode envolver défice cognitivo, distúrbios na linguagem, *delirium*, entre outros sintomas. A comunicação junto de um idoso com demência pode ser difícil, facto que cria a necessidade de comunicar ou conversar nas idosas do lar e da instituição de saúde mental, visto tal lhes ser limitado: “ (...) *Uma boa conversa com uma pessoa lúcida! Que a maior parte são pessoas que não estão capazes. (...)* ”

Para além desta necessidade, verificamos que estas idosas apresentam também *Dificuldades funcionais e mentais* importantes, as quais são, tal como já explicámos anteriormente, prevalentes em mulheres idosas. Atentando nas idosas com patologia mental, hipotetizamos que as referidas dificuldades resultem de uma comorbilidade de patologias orgânicas e mentais, as quais são prevalentes na população sénior com doença mental (Pratt, Bartels & Mueser, 2008).

Gostaríamos de sublinhar também as estratégias de *coping* mais importantes para os três grupos, nomeadamente a realização de *Actividades*. Estas actividades são mais relevantes para as idosas institucionalizadas do que para as idosas da comunidade, visto que o lar e a instituição de saúde mental proporcionam e estimulam a realização das mesmas, no âmbito da Terapia Ocupacional ou de programas de ocupação dos tempos livres. A *Religião* constitui também um tema muito referido pelos três grupos de idosas enquanto estratégia de *coping*, pois constitui um importante moderador em situações de *stress* para mulheres idosas, fornecendo conforto quando estão ansiosas ou deprimidas (Noor, 2008). Inclusivamente, as práticas religiosas e a espiritualidade atenuam os efeitos depressivos dos problemas físicos e psicossociais em idosos (Choi & McDougall, 2009). Talvez por esta razão, a religião seja tão relevante para as idosas que vivem na instituição de saúde mental, uma vez que a maioria apresenta um quadro de perturbação neurótica. Contudo, o facto da instituição de saúde mental, onde estas idosas vivem, pertencer a uma congregação religiosa e fomentar as práticas religiosas, também pode constituir uma outra razão que explique a relevância da religião para estas idosas. No entanto, não devemos esquecer que a religião constitui, mais para as idosas do lar de terceira idade do que para as idosas da instituição de saúde mental, uma importante estratégia de *coping*, o que pode ser explicado pela ligação entre o lar e a paróquia da localidade, onde o lar se situa.

Verificámos também que a *Família e Amigos* e as *Emoções e Pensamentos Negativos* são temas muito relevantes para as idosas dos três grupos. Constatamos que para as idosas com patologia mental, a *Família e Amigos* e os *Funcionários da instituição* constituem pessoas a quem recorrem caso necessitem, mas não do mesmo modo: os funcionários da instituição são as pessoas com quem podem contar numa primeira instância, seguidos da família e amigos, como podemos verificar pela análise do Gráfico 11. Tal facto é compreensível se pensarmos que estas idosas necessitam de pessoas para as acompanharem em saídas: a família não pode estar sempre presente e, por isso, são os funcionários da instituição que primeiramente as auxiliam em caso de necessidade.

Emoções e Pensamentos Negativos é um tema que abarca verbalizações sobre emoções ou pensamentos ligados à tristeza e sobre medos, nomeadamente do futuro, de perder a autonomia funcional ou de não poder pagar a mensalidade do lar, tendo que o abandonar e ficar sem habitação e sem cuidados de saúde. Trata-se de um tema também muito relevante, particularmente para os dois grupos do lar e da instituição de saúde mental, tendo as idosas do lar referido mais este tema do que as idosas da instituição de saúde mental. Pensamos que a grande referência das idosas do lar ao tema *Emoções e Pensamentos Negativos* esteja relacionada com o tema *Problemas de Saúde*, pois ambos são muito relevantes para as idosas do lar. Os problemas de saúde que apresentam e que são para as próprias tão relevantes podem estar relacionados com as emoções e pensamentos negativos que estas idosas consideram ter: “...Tenho muito medo do futuro...”; “...A questão da saúde é o que me faz mais...é não me poder mexer, faz-me muita confusão porque posso ir ao meu quarto, faço a minha cama e tudo e amanhã não poder fazer...terem que me lavar, terem que me vestir, terem que...isso faz-me muita...muita confusão. É disso que eu...que eu tenho mais medo...”

Depois de termos analisado as necessidades dos três grupos de idosas, podemos pensar em possíveis estratégias de satisfação dessas necessidades. Alguns autores sugerem que o treino de competências sociais junto de idosos com patologia mental permite a aquisição das mesmas e a diminuição do número de necessidades relacionadas com a falta dessas competências (Pratt, Bartels e Mueser, 2008). Não consideramos, no entanto, que junto das idosas com patologia mental que participaram no nosso estudo, esse treino de competências se revelasse eficaz na satisfação das suas necessidades. O treino de competências sociais que Pratt, Bartels e Mueser (2008) referem tem como alvo idosos com patologia mental que vivem integrados na comunidade. Esse treino visa

evitar a institucionalização desses idosos. A situação das idosas com patologia mental que participaram no nosso estudo é distinta: tratam-se de senhoras que já estão institucionalizadas. Assim, o treino de competências proposto por estes autores não parece fazer muito sentido ou, pelo menos, teria de ser adaptado. Estas idosas precisam de cuidados básicos, companhia, pessoas para as acompanhar em saídas e conversar/comunicar. Essencialmente, apercebemo-nos de que necessitam grandemente de estar com outras pessoas e comunicar com elas. A intervenção a realizar junto destas idosas deverá visar a estimulação do contacto social.

Quanto às idosas do lar e da comunidade, a promoção de um envelhecimento saudável e activo e da prevenção da doença parecem ser duas intervenções que conduziriam à diminuição das suas necessidades relacionadas com a falta de apoio, a falta de saúde e falta de assistência formal. Estas idosas necessitam, também, de carinho. A satisfação desta necessidade poderá passar pelo aumento de relações emocionais com pessoas com quem estas senhoras tenham relações emocionais com quem tenham uma ligação emocional, tais como os filhos, os netos ou os cônjuges.

5. Limitações e críticas ao presente estudo

Tal como em todas as investigações, também o presente estudo apresenta algumas limitações e críticas que gostaríamos de apontar, nomeadamente:

- A dificuldade acentuada em recrutar participantes de lares de terceira idade. Esta dificuldade esteve presente de duas formas: dois lares aceitaram contribuir para o estudo, mas o número de utentes sem disfunção cognitiva que poderiam participar era muito restrito (2 a 3 idosas), pois predominavam os quadros demenciais na população utente, não se tendo realizado qualquer entrevista nestes dois lares; deparámo-nos ainda com a negação da autorização para contactar idosas em vários lares (onze lares foram contactados mas apenas um mostrou interesse em contribuir para o estudo, tendo-o feito);
- A primeira entrevista realizada com o grupo de idosas da instituição de saúde mental teve de ser repartida em dois momentos devido a uma gestão deficiente do tempo pela moderadora. Na segunda parte da entrevista (a qual ocorreu uma semana depois da primeira), uma das idosas estava doente e não pôde comparecer, tendo o grupo ficado reduzido a 6 pessoas, perdendo-se, assim, uma participante.

- As entrevistas de *focus-group* não foram filmadas nem foi utilizado um assistente na moderação das discussões com os grupos. Apesar de ser uma crítica ao estudo, a qual estamos prontos a admitir, não consideramos que tenha influenciado os resultados do mesmo.
- A codificação das entrevistas, durante a análise de conteúdo, foi realizada por um único juiz. A cotação convergente entre juízes poderia ter aumentado o grau de objectividade inerente ao processo de análise do material.

6. Sugestões para estudos futuros

A nossa curiosidade e espírito científicos foram aguçados com a realização deste estudo. Pensamos que outras investigações com amostras de idosos com patologia mental (pouco estudadas) poderiam ser realizados e revelar-se-iam muito pertinentes:

- O presente estudo poderia ser replicado, utilizando uma amostra exclusivamente masculina, para se conhecerem e compararem as necessidades de homens idosos nos três meios ecológicos distintos;
- Também consideramos que seria muito interessante e útil avaliar e comparar as necessidades de idosos que apresentem patologias específicas (por exemplo, comparar as necessidades de idosos com esquizofrenia com as necessidades de idosos com depressão), uma vez que, na perspectiva de alguns autores, diferentes patologias mentais estão associadas a diferentes necessidades;
- As populações inerentes à instituição de saúde mental e ao lar de terceira idade representam comunidades. Pensamos que seria muito interessante estudar o nível de sentido de comunidade de idosos inseridos nestes meios ecológicos;

7. Conclusões

Com base nos resultados da análise classificatória com 4 *clusters*, verificámos que ocorre uma inversão de necessidades nos grupos de idosos. Para as idosas da instituição de saúde mental, *Pessoas para acompanharem e/ou cuidarem de idosos em saídas*, *Companhia* e *Cuidados Básicos* são os temas e as necessidades mais importantes, não sendo estas as necessidades mais relevantes para as idosas do lar de terceira idade e da comunidade. Estes dois grupos apresentam outras necessidades, nomeadamente necessidades de *Aspectos emocionais e pessoais* (*paz, alegria, respeito*), de *Apoio*, de *Carinho*, de *Saúde* e de *Assistência formal*, as quais não são importantes

para as idosas da instituição de saúde mental. Verificámos, na análise de *cluster* com 4 classes, o tema/necessidade de *Comunicar/Conversar* é mais relevante para os dois grupos de idosas institucionalizadas do que para as idosas que vivem na comunidade. Concluímos, assim, que diferentes meios ecológicos podem originar diferentes necessidades.

O presente estudo, pela abordagem qualitativa que lhe está inerente, não nos permite efectuar uma generalização dos resultados. Contudo, pensamos que esta investigação poderá estimular o interesse pela compreensão das necessidades de idosos de muitas instituições (de saúde mental ou não) que os acolhem, com vista a melhorar a assistência que fornecem aos seniores. Sobretudo, gostaríamos de, com o presente estudo, alertar para o facto das instituições de saúde mental não deverem estar adequadas apenas às populações de jovens adultos e às suas necessidades. Pensamos que estas instituições também devem estar preparadas para receberem idosos e responder ao que estes precisam (Bédard, Gibbons & Dubois, 2007).

Referências bibliográficas

- Achenbaum, W.A. (2005). Ageing and changing: International historical perspectives on ageing. In Malcolm L. Johnson (Eds), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 21-29). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bartels, S.J. & Mueser, K.T. (2008). Psychosocial rehabilitation for older adults with serious mental illness: Introduction to special series. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11, 1-6.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795-813.
- Bédard, M., Gibbons, C. & Dubois, S. (2007). The needs of rural and urban young, middle-aged and older adults with a serious mental illness. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(3), 167-175.
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- Berry, K. & Barrowclough, C. (2009). The needs of older adults with schizophrenia: Implications for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 29, 68-76.
- CEDRU: Centro de Estudos e Desenvolvimento Regional e Urbano (2008). *Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal - Relatório Final*. Lisboa: Fundação Aga Khan.
- Choi, N.G. & McDougall, G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 567-583.

- Cohen-Mansfield, J. & Frank, J. (2008). Relationship between perceived needs and assessed needs for services in community-dwelling older persons. *The Gerontologist*, 48(4), 505-516.
- Coimbra, J. (2008). *O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas : A influência da autonomia funcional e do meio ecológico*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Cummings, S.M. & Cassie, K.M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health and Social Work*, 33(2), 133-143.
- Dean, A., Kolody, B., Wood, P. & Matt, G.E. (1992). The influence of living alone on depression in elderly persons. *Journal of Aging and Health*, 4(1), 3-18.
- Ekdawi, M. Y. & Conning, A. M. (1994). *Psychiatric rehabilitation: A practical guide*. London: Chapman & Hall.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Environmental conditions, health and satisfaction among the elderly: Some empirical results. *Psicothema*, 13(1), 40-49.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2009). *O Tempo da Vida: Fórum Gulbenkian de Saúde Sobre o Envelhecimento 2008/2009*. Cascais: Príncipeia.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M.J. (2007). *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Revista de Estudos Demográficos – INE. Lisboa, 40: 21 – 37.
- Gonçalves-Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., Mateos, R. & Orrell, M. (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): Desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), 7-18.

- Hancock, G.A., Reynolds, T., Woods, B., Thornicroft, G. & Orrell, M. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 803-811.
- Hancock, G.A., Woods, B., Challis, D. & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 43-49.
- Kalache, A., Barreto, S.M. & Keller, I. (2005). Global ageing: The demographic revolution in all cultures and societies. In M. L. Johnson (Eds), *The Cambridge handbook of age and ageing* (pp. 30-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Krueger, R. A. (1998). Developing questions for *focus groups* - Focus Group Kit (Vol.3). In D. L. Morgan, & R. A. Krueger, *The Focus Group Kit*. California: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Lawton, M.P. (2001). The physical environment of the person with Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 5(1), 56-64.
- Lehmann, S.W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269-279.
- Lewis, J. S. (1997). Housing and social support needs of elderly persons: A needs assessment in an independent living facility. *Evaluation and Program Planning*. 20(3), 269-277.
- Lind, W. (1997). *Aptidões sociais em saúde mental para fomentar a desinstitucionalização de doentes de evolução prolongada*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

- Lind, W. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Majercsik, E. (2005). Hierarchy of needs of geriatric patients. *Gerontology*, 51, 170-173.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A., Knudsen, H.C., Vázquez-Barquero, J.L., Tansella, M. & Becker, T. (2001). A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the Epsilon Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 370-379.
- McNulty, S.V., Duncan, L., Semple, M., Jackson, G.A. & Pelosi, A.J. (2003). Care needs of elderly people with schizophrenia: Assessment of an epidemiologically defined cohort in Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 182, 241-247.
- Morala-Dimaandal, D.T. (2009). Differences of functional status among elderly women in urban and rural settings: Self-report and performance-based measures. *Advances in Physiotherapy*, 11(1), 13-21.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152.
- Morgan, D. L. (1998). Planning focus groups - The Focus Group Kit (Vol. 2). In D. L. Morgan, & R. A. Krueger, *The Focus Group Kit*. California: Thousand Oaks, Sage Publications.
- Noor, N.M. (2008). Work and women's well-being: Religion and age as moderators. *Journal of religion and health*, 47, 476-490.
- Parmelee, P.A. & M.P. Lawton (1990). The design of special environments for the aged. In J.E. Birren e K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (464-487). San Diego: Academic Press.

- Patrick, J. H., Johnson, J. C., Goins, R. T., & Brown, D. K. (2004). The effects of depressed affect on functional disability among rural older adults. *Quality of Life Research, 13*, 959-967.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2000). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pratt, S.I., Bartels, S.J. & Mueser, K.T. (2008). Helping older people experience success: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 11*, 41-60.
- Rioux, L. (2005). The well-being of aging people living in their own homes. *Journal of Environmental Psychology, 25*, 231-243.
- Rogers, A. & Delewski, C. (2004). Elders with serious and persistent mental illness (SPMI): Assessing needs, resources, and service utilization. *Journal of Gerontological Social Work, 43*(1), 19-36.
- Saraceno, B. (1997). Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 20*(4), 10-15.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica, 3*, 505-516.
- Smith, H.M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services, 4*(4), 277-286.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem – estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública, 37*(3), 364-371.
- Spar, J.E. e La Rue, A. (1997). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Steverink, N. & Lindenberg, S. (2006). Which social needs are important for subjective well-being? : What happens to them with aging?. *Psychology and Aging*, 21(2), 281-290.
- Weisman, G.D., Chaudhury, H. & Moore, K.D. (2000). Theory and practice of place: Toward an integrative model. In R.L. Rubinstein, M. Moss & M.H. Kleban (Eds), *The many dimensions of aging* (pp. 3-21). New York: Springer Publishing Company.
- World Health Organization (1996). *Psychosocial Rehabilitation: A consensus statement*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). *Gender, health and ageing*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *World Health Statistics 2010*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Anexos

Anexo I – Quadro com indicadores temáticos e suas frequências

Temas		Frequências		
		Totais Grupos Lar	Totais Grupos ISM	Totais Grupos Comunidade
NES – Necessidades				
NES1	Muitas necessidades	2	1	7
NES2	Pessoas para cuidarem e/ou acompanharem idosos em saídas	7	55	3
NES3	Aspectos emocionais e pessoais (paz, alegria, respeito)	58	22	42
NES4	Apoio	42	20	60
NES5	Carinho	23	8	24
NES6	Necessidades não - especificadas	14	17	10
NES7	Cuidados básicos (higiene, roupa lavada, alimentação)	17	36	21
NES8	Comunicar/conversar	27	27	25
NES9	Companhia	17	41	15
NES10	Necessidades financeiras	17	10	9
NES11	Aspectos habitacionais (limpeza da casa, conforto)	5	9	13
NES12	Saúde	40	15	48
NES13	Assistência formal (cuidados médicos, Centro de Dia/Assistência domiciliária)	2	14	40
NES14	Repouso	2	1	0
NES15	Condições ergonômicas adequadas (elevador)	0	2	0
NES16	Sair	0	8	0
DIF – Dificuldades				
DIF1	Comunicação	1	0	5
DIF2	Dificuldades financeiras	39	13	38
DIF3	Dificuldades funcionais e mentais	39	33	37
DIF4	Ajudar terceiros	6	3	5
DIF5	Dificuldades não - especificadas	4	5	10
DIF6	Institucionalização	0	2	0
COP – Estratégias de coping				
COP1	Aguentar os problemas/Força de vontade	17	9	18
COP2	Suporte (bengala, telefone)	1	10	3
COP3	Estratégias para realizar tarefas (e.g. levantar-se mais cedo)	4	1	3
COP4	Actividades (croché/tricô, ver TV, andar a pé, debates)	50	62	19
COP5	Conversar	3	1	24
COP6	Sair	12	7	5
COP7	Religião (rezar, ter fé)	37	13	13
COP8	Ajudar terceiros	35	8	30

COP9	Boa relação com terceiros	17	2	4
COP10	Características pessoais (ser alegre/optimista)	1	2	0
GRA – Gratificações				
GRA1	Não existirem problemas/dificuldades	16	10	10
GRA2	Família	25	7	43
GRA3	Contemplação (dias de sol)	0	0	9
GRA4	Meio físico	31	8	15
GRA5	Boas condições físicas e mentais	6	2	0
GRA6	Deus	2	0	0
GRA7	Pessoas da instituição (utentes e funcionários)	19	8	0
PS – Pessoas ou serviços aos quais recorrem				
PS1	Vizinhos	0	0	29
PS2	Instituições sociais	0	2	4
PS3	Família e amigos	21	23	20
PS4	Recorre a si própria	15	5	6
PS5	Funcionários da instituição	8	34	0
INS – Insatisfações				
INS1	Problemas familiares	12	0	27
INS2	Relação conflituosa com terceiros	3	1	3
INS3	Problemas de saúde	45	21	36
INS4	Emoções e pensamentos negativos (medos, tristeza)	52	26	15
INS5	Comportamentos de terceiros	9	21	12
INS6	Morte (a própria ou de terceiros)	12	9	9
INS7	Meio físico (poluição, dias sem Sol, querer estar na sua casa)	0	8	7
INS8	Problemas na sociedade (injustiça, corrupção, violência)	10	1	19
INS9	Não poder contar com terceiros	9	9	6
INS10	Não ter tempo para nada	2	0	1
INS11	Más condições dos serviços de saúde	1	0	2
INS12	Comportamentos e valores das gerações mais jovens	8	0	14
INS13	Viver	0	17	0
SUG – Sugestões para promoção da qualidade de vida				
SUG1	Medicamentos sem custos	0	0	2
SUG2	Melhoria das condições do meio (segurança, menos poluição)	0	0	11
SUG3	Convívio	0	0	10
SUG4	Serviços públicos (supermercado, piscina)	1	0	4
SUG5	Preenchimento de tempos livres	0	13	0
SUG6	Espaço	0	30	0
SUG7	Assistência reforçada	0	15	0
SUG8	Alterações de horários da instituição	0	3	0

SPI – Significações sobre a pessoa idosa				
SPI1	Velhice	6	4	1
SPI2	Solidão	23	4	36
SPI3	Doença	0	0	2
SPI4	Filhos ocupados	10	7	17
SPI5	Sensibilidade	3	0	10
SPI6	Maus-tratos e/ou negligência	24	0	2
SPI7	Filhos presentes/interessados	0	1	3
SPI8	Internamento em lares	3	0	4
SPI9	Dependência de terceiros	21	10	6
SPI10	Inutilidade	4	3	0

Anexo II – Questionários de dados demográficos

**1. Questionário de Dados Demográficos
(Instituição de Saúde Mental)**

Data de preenchimento: ____/____/____

É muito importante que responda a todas as questões. Deixar questões em branco inutiliza o questionário e impossibilita que as respostas sejam utilizadas na investigação.

Se não tiver a certeza acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Parte I – Dados sócio – demográficos

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino

3. Estado Civil:

Solteira União de Facto Casada Separada Divorciada Viúva

4. Nacionalidade:

Portuguesa Outra Qual? _____

5. Nível de escolaridade:

Menos que o 9º Ano ou equivalente 9º Ano ou equivalente Ensino Superior

12º Ano ou equivalente Mestrado/Doutoramento

6. Número de filhos: _____

7. Religiosidade

Católica Sem religião Outra Qual? _____

É praticante? Sim Não

Parte II – Dados relativos ao Internamento em Instituição de Saúde Mental

1. **Tempo de internamento:** _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

2. **Diagnóstico psiquiátrico:** _____

3. **Tem outros problemas de saúde?**

Sim Quais? _____ Não

Parte III – Vivência na instituição

1. **Visitas recebidas (colocar uma cruz):**

Quem a visita?	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca
• Cônjuge					
• Filho/s					
• Neto/s					
• Irmão/s					
• Amigos					
• Outros parentes					

2. **Saídas da instituição (colocar uma cruz):**

Motivo	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca
• Visitar os familiares (cônjuge, filhos, netos, etc.)					
• Consultas/exames médicos					
• Compras					
• Passeio					
• Outros _____ _____					

2. Questionário de Dados Demográficos (Lar de Terceira Idade)

Data de preenchimento: ____/____/____

É muito importante que responda a todas as questões. Deixar questões em branco inutiliza o questionário e impossibilita que as respostas sejam utilizadas na investigação.

Se não tiver a certeza acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Parte I – Dados sócio – demográficos

1. Idade: _____

2. Sexo: Feminino

3. Estado Civil:

Solteira União de Facto Casada Separada Divorciada Viúva

4. Nacionalidade:

Portuguesa Outra Qual? _____

5. Nível de escolaridade:

Menos que o 9º Ano ou equivalente 9º Ano ou equivalente Ensino Superior
12º Ano ou equivalente Mestrado/Doutoramento

6. Número de filhos: _____

7. Religiosidade

Católica Sem religião Outra Qual? _____

É praticante? Sim Não

Parte II – Dados relativos ao Internamento em Lar de Terceira Idade

1. Tempo de internamento no Lar: _____ meses/anos (riscar o que não interessa)

2. Motivo de internamento: _____

3. Tem algum problema de saúde?

Sim Qual/Quais? _____

Não

Parte III – Vivência no Lar

1. Visitas que recebe (colocar uma cruz):

Quem a visita?	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca
• Cônjuge					
• Filho/s					
• Neto/s					
• Irmão/s					
• Amigos					
• Outros parentes					

2. Saídas do Lar (colocar uma cruz):

Motivo	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca

3. Actividades/ocupações que costuma realizar/ter (colocar uma cruz):

Actividades/ocupações	Com que frequência as realiza/tem?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca

3. Questionário de Dados Demográficos (Comunidade)

Data de preenchimento: ____/____/____

É muito importante que responda a todas as questões. Deixar questões em branco inutiliza o questionário e impossibilita que as respostas sejam utilizadas na investigação.

Se não tiver a certeza acerca de um valor ou resposta, por favor, responda com dados aproximados.

Parte I – Dados sócio – demográficos

8. Idade: _____

9. Sexo: Feminino

10. Estado Civil:

Solteira União de Facto Casada Separada Divorciada Viúva

11. Nacionalidade:

Portuguesa Outra Qual? _____

12. Localidade de residência:

Urbano Suburbano Rural

13. Nível de escolaridade:

Menos que o 9º Ano ou equivalente 9º Ano ou equivalente Ensino Superior
12º Ano ou equivalente Mestrado/Doutoramento

14. Número de filhos: _____

15. Religiosidade

Católica Sem religião Outra Qual? _____

É praticante? Sim Não

Parte II – Dados familiares e sócio – económicos

1. Agregado familiar: neste momento vive com quem?

Sozinha Com o cônjuge Com o cônjuge e filhos Com os filhos
Com os netos Outra situação _____

2. Situação económico – profissional:

No activo Qual a profissão? _____ Reformada
Requerente do RSI Outra situação _____

3. Tem algum problema de saúde ou deficiência que lhe provoque incapacidade?

Sim Qual/Quais? _____ Não

Parte III – Vivência na Comunidade

1. Contactos com terceiros (colocar uma cruz):

Com quem contacta?	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca
• Cônjuge					
• Filho/s					
• Neto/s					
• Vizinhos					
• Amigos					
• Outros parentes					
• Outras pessoas. Quem? _____ _____					

2. Actividades/ocupações que costuma realizar/ter (colocar uma cruz):

Actividades/ocupações	Com que frequência as realiza/tem?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca

3. Saídas de sua casa (colocar uma cruz):

Motivo	Com que frequência?				
	Diariamente ou mais que uma vez por semana	Semanalmente ou mais que uma vez por mês	Mensalmente ou mais que uma vez por ano	Anualmente ou menos	Nunca

Anexo III – Tabelas para caracterização da amostra

Tabela 1. Frequência das visitas recebidas, actividades e saídas das idosas da instituição de saúde mental

		Diária/ ou mais que uma vez por semana		Semanal/ ou mais que uma vez por mês		Mensal/ ou mais que uma vez por ano		Anual/ ou menos		Nunca		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Visitas recebidas na instituição	Filho/s	1	8.3	6	50	2	17	1	8.3	-	-	10	83.3
	Neto/s	-	-	1	8.3	2	17	1	8.3	-	-	4	33.3
	Irmão/s	-	-	-	-	-	-	1	8.3	-	-	1	8.3
	Amigos	-	-	1	8.3	6	50	1	8.3	-	-	8	67
	Outros parentes	-	-	2	17	3	25	-	-	-	-	5	42
Actividades /Ocupações	Tricô e/ou croché	7	58.3	-	-	-	-	-	-	-	-	7	58.3
	Activ. recreativas (jogos, pintura, grupo coral, festas)	1	8.3	5	42	3	25	-	-	-	-	1	8.3
	Ginástica	3	25	2	17	-	-	-	-	-	-	5	42
	Activ. religiosas	8	67	2	17	-	-	-	-	-	-	10	83.4
	Activ. de leitura e escrita	1	8.3	1	8.3	1	8.3	-	-	-	-	3	25
	Ver televisão	2	17	-	-	-	-	-	-	-	-	2	17
	Compras	1	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8.3
	Ouvir música	1	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8.3
	Activ. com grupos psicopedagógicos	-	-	4	33.3	-	-	-	-	-	-	4	33.3
	Estimulação cognitiva	-	-	2	17	-	-	-	-	-	-	2	17
Saídas	Visitar familiares	-	-	2	17	3	25	-	-	-	-	5	42
	Consultas/ tratamentos médicos	-	-	-	-	5	42	1	8.3	-	-	6	50
	Compras	2	17	2	17	-	-	-	-	-	-	4	33.3

Tabela 3. Frequência dos contactos com terceiros, actividades e saídas das idosas da comunidade

		Diária/ ou mais que uma vez por semana		Semanal/ ou mais que uma vez por mês		Mensal/ ou mais que uma vez por ano		Anual/ ou menos		Nunca		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Contactos com terceiros	Cônjuge	7	58.3	-	-	-	-	-	-	-	-	7	58.3
	Filho/s	9	75	2	16.7	1	8.3	-	-	-	-	12	100
	Neto/s	7	58.3	1	8.3	2	16.7	-	-	-	-	10	83.3
	Vizinhos	9	75	2	16.7	1	8.3	-	-	-	-	12	100
	Amigos	1	8.3	2	16.7	-	-	-	-	-	-	3	25
	Outros parentes	3	25	2	16.7	-	-	3	25	-	-	8	66.7
Actividades /Ocupações	Tarefas domésticas	11	91.7	-	-	-	-	-	-	-	-	11	91.7
	Compras	8	66.6	-	-	-	-	-	-	-	-	8	66.6
	Activ. Religiosas	6	50	-	-	-	-	-	-	-	-	6	50
	Activ. recreativas (pintar, bordar, aprender inglês)	3	25	-	-	-	-	-	-	-	-	3	25
	Activ. agrícolas	2	16.7	1	8.3	-	-	-	-	-	-	3	25
	Voluntariado	-	-	1	8.3	-	-	-	-	-	-	1	8.3
	Tomar conta dos netos	1	8.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8.3
Caminhar	1	8.3	1	8.3	-	-	-	-	-	-	2	16.6	
Saídas	Compras	8	66.6	2	16.7	-	-	-	-	-	-	10	83.3
	Passear	3	25	2	16.7	1	8.3	-	-	-	-	6	50
	Consultas/ tratamentos médicos	-	-	3	25	2	16.7	-	-	-	-	5	41.7
	Activ. religiosas	4	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	4	33.3
	Viajar	-	-	-	-	-	-	3	25	-	-	3	25
	Outras (ir ao café,	5	41.7	-	-	-	-	-	-	-	-	5	41.7

	cabeleireiro , ginástica)						
--	------------------------------	--	--	--	--	--	--

Tabela 4. Patologias das idosas participantes no estudo

Patologias	Instituição de saúde mental		Lar		Comunidade		Total	
	N=12	%	N=10	%	N=12	%	N=34	%
Doenças cardiovasculares	-	-	3	30	3	25	6	17
Doença cancerígena	-	-	1	10	1	8.3	2	6
Doenças ósseas e articulares (osteoporose, artroses, reumatismo)	10	83.3	2	20	6	50	18	53
Diabetes	1	8.3	1	10	2		4	12
Doença renal	-	-	1	10	1	8.3	2	6
Doença gástrica	-	-	1	10	-	-	1	3
Doença mental (depressão)	-	-	1	10	-	-	1	3
Neuropatia	-	-	1	10	-	-	1	3
Hipertensão	2	17	-	-	1	8.3	3	9
Doença no sistema reprodutor	-	-	-	-	1	8.3	1	3
Hipertiroidismo	-	-	-	-	1	8.3	1	3
Doença ocular (cataratas)	-	-	-	-	-	-	-	-
Sem problemas de saúde	2	17	1	10	2	16.6	5	15

Tabela 5. Diagnóstico psiquiátrico das idosas da instituição de saúde mental

	<i>N</i>	%
Perturbação neurótica	8	67.0
Transtorno afectivo bipolar	1	8.0
Perturbação psicótica	1	8.0
Indiferenciado	1	8.0
Perturbação de personalidade	1	8.0