

**Entre a Autonomia e a Perda de Si:
A Transformação da Identidade da Pessoa Idosa
nas Estruturas Residenciais através da Atenção
Centrada na Pessoa**
(Versão final após defesa)

Mariana Mendes Torrão

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
(2.º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Sandra Lima Coelho

Dezembro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Mendes Torrão, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M13290 do curso de Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 15/ 12 / 2025

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Folha em branco

Dedicatória

*“Eras da minha alma, da minha casa
Eu era tua costela
Dormia na tua sala, na tua asa
Quente como a chama de uma vela
E agora não te tenho, só te lembro
E gosto de te cantar
Guarda um cantinho da tua nuvem
Para um dia eu lá morar”
– (Carolina Deslandes, Nuvem.)*

Aos meus avós.

Folha em branco

Agradecimentos

A realização e a concretização de uma etapa tão marcante como esta, desde já, motivo de grande orgulho pessoal. Foram meses, dias, horas e minutos a pensar neste projeto que tanto me enriqueceu, mas que também me desafiou. Sei plenamente que esta dissertação é fruto do meu esforço e mérito, contudo, não poderia deixar de expressar os devidos agradecimentos a quem, de forma indireta ou direta, me acompanhou neste percurso.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha querida orientadora Prof. Doutora Sandra Lima Coelho que sempre se prontificou a ajudar-me e a elucidar-me. É um orgulho ter-me cruzado consigo, trabalhado e aprendido tanto ao longo deste caminho. É uma inspiração enquanto socióloga e mulher, por tudo aquilo que me ensinou e todas experiências que partilhou comigo, pelo incentivo, mas também por toda a exigência rigorosa que me permitiu realizar uma dissertação da qual eu me pudesse verdadeiramente orgulhar.

Em segundo lugar, aos meus pais, agradeço com tamanha gratidão por todo o amor, apoio e ânimo incondicional. Foram o meu porto seguro ao longo de todo este percurso, nas dúvidas, no cansaço, nas pequenas conquistas do meu dia a dia. A vossa presença constante, mesmo nos momentos de maior silêncio, foi sempre um lembrete de força, de perseverança e de sentido. À minha mãe, em particular, devo uma palavra ainda mais sentida. Obrigada por seres o meu exemplo de dedicação, resiliência e generosidade. A tua força silenciosa, os gestos de cuidado e o teu apoio constante foram essenciais para que eu nunca desistisse, mesmo nos dias mais difíceis. Esta conquista é tanto minha como tua, és o meu maior orgulho. *“Mãe, és o meu sol, adoro o teu colo quentinho e os teus beijinhos doces.”*

Aos meus queridos avós, que já partiram, mas que nunca saem da minha cabeça e do meu coração, serei sempre a menina dos avós. Trago comigo os valores que me transmitiram, o carinho que sempre me deram e a força tranquila com que enfrentaram a vida. Em muitos momentos, encontrei neles a inspiração para continuar. Esta etapa é também uma homenagem à sua memória, à sua presença que permanece viva em mim, mesmo na ausência. Aos meus tios, que para mim foram como irmãos, obrigada.

Ao meu namorado, agradeço por seres o meu companheiro de todas as horas. Obrigada por acreditares em mim mesmo quando eu duvidava, por ouvires as minhas inquietações, por saberes quando era tempo de silêncio e quando era preciso arrancar-me um sorriso. Foste colo, estrutura e casa ao longo deste percurso.

Quero ainda expressar o meu mais sincero agradecimento ao Lar de Terceira Idade do Tortosendo pela abertura e disponibilidade em acolher este estudo. À equipa

técnica, pela disponibilidade, pela atenção e pelo carinho com que sempre me acompanharam, permitindo que cada etapa da investigação fosse vivida com tranquilidade e confiança.

Aos idosos, a minha maior gratidão: obrigada por me terem acolhido com tanta generosidade, por partilharem as vossas histórias, memórias e afetos. Obrigada por me terem tratado como se fosse vossa neta. Levo comigo não apenas dados para uma investigação, mas sobretudo lições de vida, gestos de ternura e momentos que guardarei com enorme estima.

Por fim, a todos os meus amigos que se cruzaram na minha vida, aos de sempre, aos que chegaram recentemente, aos que ficaram e até aos que seguiram outros caminhos, o meu maior obrigado. Cada conversa, cada partilha e cada gargalhada fizeram parte deste percurso. Levo comigo tudo o que aprendemos juntos e a certeza de que nenhuma caminhada é solitária quando se tem pessoas verdadeiras por perto.

Folha em branco

Resumo

Nesta dissertação, analisa-se a institucionalização enquanto meio de promoção para a perda de autonomia e identidade da pessoa idosa, assim como de que forma o modelo de Atenção Centrada na Pessoa (ACP) pode mitigar esse risco em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). As perguntas que orientaram o estudo foram: (i) de que modo a vida em instituição condiciona a autonomia e os marcadores identitários dos residentes? (ii) como é que a aplicação do modelo ACP preserva essas dimensões? A metodologia adotada incidiu no estudo de caso de uma ERPI de média dimensão localizada na Região Centro de Portugal. Recorreu-se ao método qualitativo, que incluiu a realização de oito entrevistas biográficas que deram origem a oito retratos sociológicos de residentes na ERPI, bem como oito entrevistas semiestruturadas a profissionais (auxiliares, animação sociocultural e direção). Realizou-se, ainda, observação direta das rotinas dos idosos institucionalizados.

Os resultados indicam que a organização do quotidiano por rotinas padronizadas, a gestão do tempo e as lógicas de segurança reduzem oportunidades de escolha e fragilizam elementos identitários destes idosos. Identificaram-se, porém, práticas que preservam a identidade e a autonomia, como a personalização do espaço, a atenção a preferências e a participação em decisões quotidianas. Este estudo pretende contribuir para o debate sociológico acerca do envelhecimento e políticas sociais, assim como oferece indicações aplicadas para a gestão de ERPI e a formação das equipas técnicas.

Palavras-chave

Autonomia; Atenção Centrada na Pessoa (ACP); Envelhecimento; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI); Identidade; Institucionalização.

Folha em branco

Abstract

This dissertation analyzes institutionalization as a means of promoting the loss of autonomy and identity in older adults, as well as how the Person-Centered Care (PCC) model can mitigate this risk in Residential Care Facilities for Older Adults (RCFAs). The questions that guided the study were: (i) how does life in an institution condition the autonomy and identity markers of residents? (ii) how does the application of the PCC model preserve these dimensions? The methodology adopted focused on a case study of a medium-sized RCFAs located in the Central Region of Portugal. A qualitative method was used, which included eight biographical interviews that gave rise to eight sociological portraits of residents in the RCFAs, as well as eight semi-structured interviews with professionals (assistants, sociocultural animators, and management). Direct observation of the routines of institutionalized elderly people was also carried out.

The results indicate that the organization of daily life through standardized routines, time management, and security measures reduce opportunities for choice and weaken the identity of these elderly people. However, practices that preserve identity and autonomy were identified, such as the personalization of space, attention to preferences, and participation in daily decisions. This study aims to contribute to the sociological debate on aging and social policies, as well as offering practical guidance for the management of RCFAs and the training of technical teams.

Keywords

Aging; Autonomy; Identity; Institutionalization; Person-Centered Care (PCC); Residential Care Facilities for Older Adults (RCFAs).

Folha em branco

Índice

Resumo	x
Abstract	xii
Lista de Figuras	xix
Lista de Tabelas	xxi
Lista de Siglas e Acrónimos	xxiii
Introdução	1
Parte I: Revisão de Literatura	5
Capítulo 1: Definição de Envelhecimento	5
1.1 Envelhecimento Demográfico em Portugal: Dimensões e Implicações	5
1.2 Envelhecimento Individual	5
1.2.1 A Dualidade do Conceito Velhice	6
1.3 Envelhecimento Coletivo: Dimensões Sociais e Demográficas	7
1.4 Desigualdades Territoriais no Envelhecimento em Portugal	9
1.5 Envelhecimento Saudável e Ativo: Um Modelo para a Qualidade de Vida na Velhice	9
Capítulo 2: Teorias Sociológicas sobre o Envelhecimento	11
2.1 Enquadramento Geral	11
2.1.1 Macro e Microsociologia	12
2.2 Teorias Macrossociológicas sobre o Envelhecimento	12
2.2.1 Teoria da Modernização	13
2.2.2 Perspetiva da Economia Política do Envelhecimento	14
2.3 Teorias Microsociológicas sobre o Envelhecimento	15
2.3.1 Teoria da Desvinculação	16
2.3.2 Teoria da Subcultura	16
Capítulo 3: Família, Cuidadores e Estado: Dinâmicas de Apoio no Envelhecimento	18
3.1 A Família no Contexto do Envelhecimento	18
3.1.1 A importância do cuidador informal	20

3.2 O Papel das Instituições e da Sociedade	21
3.2.1 O Papel do Estado e das Políticas Sociais	21
3.2.1.1 O Estado Providência em Portugal	22
3.2.2 Políticas Sociais no Envelhecimento	23
3.2.2.1 Medidas de Proteção Financeira para Idosos	24
3.2.2.2 Medidas de Proteção Social para Idosos	24
Capítulo 4: Envelhecimento Institucionalizado: Desafios e Modelos de Cuidado	26
4.1 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	26
4.1.1 Definição e Características das ERPI	27
4.1.2 O Processo de Institucionalização	28
4.2 Idadismo e Violência no contexto das ERPI	30
4.2.1 Identidade no contexto das ERPI	33
4.2.2 Autonomia no Contexto das ERPI	34
4.2.3 O Impacto do Idadismo na Identidade e Autonomia do Idoso	36
4.3 Atenção Centrada na Pessoa Idosa	37
Parte II: Investigação empírica	39
Capítulo 5: Metodologia	39
5.1 Questões, objetivos de investigação e seleção dos participantes	39
5.2 Modelo de Análise	43
5.2.1 Explicação do modelo de análise	43
5.3 Opções metodológicas	45
5.3.1 Técnicas de recolha de dados	46
5.3.2 Entrevistas semiestruturadas	48
5.3.3 Retratos sociológicos	51
5.4 Questões éticas	53
5.5 Descrição do contexto da pesquisa	54
5.5.1 Descrição do Centro de Convívio e Apoio à 3^o Idade	56
5.5.2 Caracterização dos/as entrevistados/as	57
5.5.3 Caracterização dos/as idosos entrevistados/as	60

Capítulo 6: Análise e discussão dos dados	62
6.1 Categorias de Análise	62
6.2 A Institucionalização pelo Olhar dos Profissionais	63
6.2.1 A velhice pelos olhos da equipa técnica	63
6.2.2 Perspetivas da institucionalização	64
6.2.3 Rotinas e controlo institucional	66
6.2.4 Autonomia dos residentes	67
6.2.5 Identidade e personalização do cuidado	69
6.2.6 Aplicação do Modelo ACP	70
6.2.7 Relação emocional e afetiva com os residentes	72
6.2.8 Análise dos resultados das entrevistas realizadas à equipa técnica	74
6.3 A Vida na ERPI pelas Vozes dos Idosos	75
6.3.1 Retratos Sociológicos: Vidas Contadas na Primeira Pessoa	76
6.3.1.1 Perfil institucional-instrumental, idosos que aceitam a sua vida no lar:	77
6.3.1.1.1 A rotina como refúgio, a pintura como traço de si – O Retrato Sociológico de Maria Loureiro	77
6.3.1.1.2 Entre a vaidade e o silêncio – O Retrato Sociológico de Irene Correia	83
6.3.1.1.3 Rui Morgado – A Luta pela Autonomia Como Expressão de Identidade	90
6.3.1.1.4 António Silva– Do Casal da Serra ao lar, a aceitação tranquila em envelhecer	97
6.3.1.1.5 Emília Alves – Entre a resistência à institucionalização e o apego aos afetos familiares	104
6.3.1.2 Perfil institucional-reconciliado, idosos que integram a vida no lar com serenidade e adaptação:	108
6.3.1.2.1 Helena Soares – Entre o quotidiano do lar e a serenidade da aceitação	108
6.3.1.2.2 Trabalho, família e aceitação: o Retrato Sociológico de Joaquim Fonseca	114

6.3.1.3 Perfil institucional-resistente-valorativo, idosos que preservam a sua identidade e questionam a vida no lar:	119
6.3.1.3.1 Rosa Almeida– Entre a resistência à institucionalização e o apego aos afetos familiares	119
6.4 Análise transversal dos retratos sociológicos	125
• Perfis-tipo e características gerais	125
• Trajetórias de vida e percursos profissionais	127
• Rotinas institucionais e práticas quotidianas	128
• Família, vínculos afetivos e redes de apoio	129
• Autonomia e identidade em contexto institucional	131
• Adaptação, resistência e negociação com a instituição	132
• O papel das atividades e da personalização do espaço	134
• Retratos Sociológicos dos residentes: aproximações e distâncias 135	
Conclusão	136
Bibliografia	143
.....	152
Apêndice I: Grelha de Observação	152
.....	153
Apêndice II: Guião de entrevista Diretora Técnica	154
Apêndice III: Guião de entrevista Animador Cultural	156
Apêndice IV: Guião Entrevista Auxiliares	158
Apêndice V: Guião de entrevista Idosos Institucionalizados	160
Apêndice VI: Consentimento Informado	165
Anexos	166
Anexo I: Estatuto do Cuidador informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro)	166
Anexo II: Estatuto da Pessoa Idosa	166

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 – Modelo de Análise

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1- Variáveis de caracterização demográfica e profissional dos entrevistados

Tabela 2- Formação académica e conhecimento sobre ACP e envelhecimento dos entrevistados

Tabela 3 – Dados de Identificação e Percurso Pessoal

Tabela 4 – Escolaridade, Profissão e Situação Institucional

Folha em branco

Lista de Siglas e Acrónimos

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CCATI	Centro de Convívio e Apoio à 3. ^a Idade
CSI	Complemento Solidário para Idosos
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
EUROSTAT	Serviço de Estatísticas da União Europeia
GNR	Guarda Nacional Republicana
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
LAT	Liga dos Amigos do Tortosendo
MCCP	Método Clínico Centrado na Pessoa
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCP	Partido Comunista Português
PIB	Produto Interno Bruto
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário

Folha em branco

Introdução

Nas últimas décadas, Portugal tem-se afirmado como um dos países mais envelhecidos da Europa, registando uma das mais elevadas percentagens de pessoas com 65 ou mais anos face à restante população (INE, 2024). Em 2024, a população residente foi estimada em 10,7 milhões, com um índice de envelhecimento de 188,1 idosos por casa 100 jovens (INE, 2024). Estes dados revelam um acentuado envelhecimento demográfico, que não tem sido acompanhado por respostas sociais e políticas públicas adequadas, agravando a vulnerabilidade de determinados grupos de idosos.

O envelhecimento demográfico resulta de dois fatores: por um lado, o aumento da esperança média de vida, e por outro, a mitigação persistente da natalidade (Fernandes, 1997). As implicações deste fenómeno vão muito além da esfera demográfica, refletindo-se na organização das redes de solidariedade, no papel das famílias e na crescente procura por respostas institucionais de longa duração (Carvalho, 2009; Pimentel, 2012).

Acresce, ainda, que o envelhecimento, em Portugal, é marcado por fortes desigualdades socioeconómicas e territoriais, que tornam ainda mais vulneráveis determinados grupos de idosos, em especial aqueles que vivem em contextos de baixa densidade populacional e com redes familiares fragmentadas (Padeiro, 2022; WHO, 2020a, 2020b, 2024). Estas disparidades tornam pertinente interrogar de que forma é que os diferentes contextos sociais e territoriais moldam a experiência de institucionalização e influenciam os processos de preservação ou fragilização da autonomia e identidade dado que envelhecer num contexto de baixa densidade populacional, não é um processo similar a envelhecer no litoral do país.

Neste contexto, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) assumem um papel central na rede de respostas sociais. Esta crescente dependência estrutural, revela a fragilidade das políticas de apoio comunitário e também domiciliário, que poderiam afirmar-se como alternativas menos interligadas à institucionalização.

A institucionalização, porém, é um processo ambíguo: oferece proteção, segurança e cuidados básicos, e por outro lado, pode resultar em perda de autonomia, na padronização das rotinas e na fragilização da identidade dos residentes. Esta ambivalência indica uma clara limitação das atuais políticas sociais que, ao privilegiarem a resposta institucional, nem sempre garantem condições para preservar a individualidade e a participação ativa dos idosos tanto na vida institucional como na sociedade que os rodeia. Desta forma, necessitamos de questionar até que ponto é que as ERPI, e a forma como se encontram atualmente estruturadas, respondem às

necessidades do envelhecimento digno, mas também inclusivo, ou se acabam por ser um meio que reproduzem mecanismos de exclusão e vulnerabilidade para a população idosa.

A literatura sociológica tem mostrado que as instituições, ao estruturarem o quotidiano através de regras coletivas e padronizadas, não condicionam apenas a gestão do tempo e das atividades, mas também a forma como os indivíduos se percebem a si próprios e às suas relações sociais (Goffman, 1974; Dubar, 2005). Neste sentido, importa compreender em que medida a institucionalização contribui para processos de despersonalização e de perda identitária, e quais as possíveis estratégias para amenizar esses efeitos.

Uma dessas estratégias é o Modelo de Atenção Centrada na Pessoa (ACP), inspirado em Kitwood (1997), que conta com princípios fundamentais, tais como: valorizar a biografia individual, personalização do cuidado e a escuta ativa. Embora a sua aplicação formal em Portugal ainda seja limitada, diversas práticas quotidianas aproximam-se dos seus pressupostos, mostrando-se capazes de preservar a autonomia e a identidade dos idosos.

Analisar o papel da ACP em contexto institucional constitui, assim, uma oportunidade para pensar em novos modelos de cuidado, repensar os atuais modelos, ajustando-os às necessidades dos idosos e promover um envelhecimento digno e saudável. Surge, assim, a necessidade de inquirir até que ponto as práticas mais voltadas do modelo ACP conseguem ou não, mitigar os riscos de despersonalização no contexto institucional.

É neste enquadramento que se desenvolveu esta dissertação, no âmbito do mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, que tem como tema “*A Transformação da Identidade da Pessoa Idosa nas Estruturas Residenciais através da Atenção Centrada na Pessoa*”. Trata-se de um estudo de caso realizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) do setor solidário, que procura analisar em profundidade as perceções e experiências dos residentes e dos profissionais.

Tendo tudo isto em conta e, numa fase inicial, decorrente da reflexão em torno do objeto de estudo e de leituras preliminares, surgiram alguns dos questionamentos centrais da investigação, nomeadamente: Como é que a institucionalização influencia a perceção que os idosos têm da sua autonomia e identidade? Até que ponto as rotinas padronizadas e as regras institucionais condicionam as escolhas diárias e a forma como cada residente interpreta a sua vida no lar? Quais são os riscos de perda de autonomia e de despersonalização sentidos pelos residentes? De que modo é que as trajetórias de vida, os vínculos familiares e as redes de apoio contribuem para preservar a identidade em contexto institucional? Que estratégias de resistência ou adaptação os idosos desenvolvem para manter hábitos, memórias e momentos de decisão? E, por fim, de que

forma a aplicação, ainda que de forma parcial, do Modelo de Atenção Centrada na Pessoa (ACP) pode mitigar os efeitos da institucionalização e reforçar a dignidade, o sentimento de pertença e o sentido de continuidade biográfica dos residentes? Em suma: de que modo a institucionalização pode contribuir para a perda de autonomia e identidade dos idosos e como a ACP pode constituir uma resposta eficaz para preservar esses elementos centrais da vida num contexto residencial?

De tal modo, as questões centrais traçadas para esta investigação são: “Como é que a institucionalização pode contribuir para a perda de autonomia e identidade dos idosos? De que forma é que a abordagem ACP pode ajudar a mitigar este problema? E em que medida a implementação do Modelo de Atenção Centrada na Pessoa em lares de idosos contribui para a preservação da autonomia e identidade dos residentes?”

Tendo em consideração estas mesmas questões, delinearão-se os seguintes objetivos: como principal objetivo, analisar de que modo a institucionalização influencia a autonomia e identidade dos idosos e avaliar a contribuição da ACP para a sua preservação. Como objetivos específicos, pretende-se: (i) compreender as representações sociais dos idosos institucionalizados relativamente à autonomia e identidade; (ii) analisar de que forma o quotidiano institucional condiciona ou promove essas dimensões; (iii) identificar estratégias individuais de resistência e preservação identitária; e (iv) explorar práticas profissionais que se aproximem dos princípios da ACP.

Do ponto de vista metodológico, adotou-se um método qualitativo, através da realização de entrevistas semiestruturadas a idosos que se encontravam institucionalizados, a partir das quais se procedeu à construção de retratos sociológicos, que permitem captar a singularidade dos percursos e das experiências dos utentes. Paralelamente, foram recolhidas representações dos profissionais, possibilitando compreender de forma mais ampla as práticas de cuidado e a sua relação com a autonomia e identidade dos residentes.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas grandes partes. A primeira diz respeito ao enquadramento teórico, que se desdobra em três capítulos: no primeiro, analisa-se o envelhecimento demográfico e a institucionalização enquanto resposta social, no segundo, abordam-se as dimensões de identidade, autonomia e exclusão associadas ao envelhecimento, e no terceiro, discute-se o Modelo de Atenção Centrada na Pessoa e os contributos mais recentes no campo do cuidado institucional.

A segunda parte corresponde à investigação empírica: no primeiro capítulo apresenta-se o desenho metodológico, a caracterização dos participantes e os procedimentos de análise, no segundo, procede-se à análise das entrevistas e à construção dos retratos sociológicos, articulando-os com as perspetivas dos

Entre a Autonomia e a Perda de Si

profissionais. Por fim, apresentam-se as considerações finais, onde se sintetizam os principais resultados, articulando com o quadro teórico e destacando os principais contributos, limitações e sugestões para investigações futuras.

Parte I: Revisão de Literatura

Capítulo 1: Definição de Envelhecimento

1.1 Envelhecimento Demográfico em Portugal: Dimensões e Implicações

Portugal é um dos países mais envelhecidos da Europa. Segundo dados da EUROSTAT (2024), Portugal e Itália registam as maiores percentagens de pessoas com 65 ou mais anos na população total, correspondendo, respetivamente, a 24,1% e 24,3%. De acordo com os dados da EUROSTAT (2024), entre 2023 e 2024, a percentagem de idosos incrementou em 26 países da União Europeia, tendo diminuído apenas em Malta.

Perante este cenário, torna-se essencial analisar as consequências do envelhecimento demográfico em Portugal, destacando a necessidade de políticas públicas eficazes e estratégias que promovam um envelhecimento ativo e bem-sucedido, assente na autonomia, participação social e qualidade de vida da pessoa idosa. Um envelhecimento bem-sucedido não implica apenas a sua longevidade, mas também a manutenção da saúde, independência e da integração social dos idosos na sociedade.

Compreender o impacto deste fenómeno é crucial para antecipar e mitigar os seus efeitos, uma vez que o envelhecimento não afeta apenas a população idosa, mas transforma a sociedade como um todo. Nesse sentido, é essencial implementar medidas adaptadas que articulem o apoio às famílias, a sustentabilidade do sistema de segurança social e a adaptação das estruturas residenciais, garantindo respostas adequadas às necessidades da população idosa. Ademais, torna-se imperativo fortalecer políticas sociais e programas de inclusão que certifiquem o bem-estar e a dignidade dos idosos, promovendo desta forma um modelo de envelhecimento mais equitativo e sustentável.

1.2 Envelhecimento Individual

Ao abordar a questão inicial do envelhecimento, podemos ter em conta duas segmentações que são fáceis de identificar: o envelhecimento individual e o envelhecimento coletivo. Por sua vez, o envelhecimento individual acaba por se subdividir em dois aspetos: envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico, tal como o próprio nome indica diz respeito à idade.

Envelhecer trata-se de um processo contínuo, universal e inevitável, segundo Rosa (2012, p.20): “*Envelhecemos desde que somos concebidos, faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano, ao qual ninguém escapa*”, sendo que os efeitos do envelhecimento não ocorrem de forma uniforme, variando consoante os percursos de vida, estilos de vida, género e contextos sociais.

É desta forma que o conceito de envelhecimento biopsicológico é relevante. O conceito de envelhecimento biopsicológico evidencia que envelhecer não se resume à idade cronológica, mas ao modo como cada indivíduo vivencia este mesmo processo. Como refere Rosa (2012, p.20): “*(...) ninguém sabe ao certo quando localizar o início das marcas mais significativas desse envelhecimento: aos 50 anos, aos 60 anos, aos 70 anos, aos 75 anos? Depende de pessoa para pessoa (da sua vivência passada, hábitos, estilos de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que se vive).*” Esta perspetiva sublinha que o envelhecimento é plural e variável, marcado por fatores biológicos, sociais e culturais, questionando a definição normativa dos 65 anos como marco universal da velhice e revelando implicações para a forma como se estruturam as respostas sociais e institucionais.

De modo complementar, Lima e Viegas (1988) sublinham o carácter complexo do envelhecimento, ao enfatizarem que este se encontra intrinsecamente ligado ao percurso de vida e à noção de pessoa, que diverge de sociedade para sociedade. Em articulação com a perspetiva de Rosa (2012), que destaca que envelhecer não pode ser reduzido a um processo biológico ou cronológico, mas deve ser entendido como uma realidade plural, caracterizada por fatores sociais, culturais e políticos. Esta questão abre caminho para refletir sobre como os diferentes contextos onde envelhecemos influenciam a preservação da autonomia e identidade, dimensões que ganham destaque na institucionalização.

1.2.1 A Dualidade do Conceito Velhice

Quando falamos em envelhecimento individual, um conceito que se encontra fortemente relacionado é o da velhice. A velhice é compreendida como uma construção social que muda de acordo com as diferentes épocas e sociedades, portanto, é a sociedade que define as possibilidades e interesses dos indivíduos idosos, enraizada com o estado sociocultural de um determinado período histórico e sociedade (Dias 2005).

Ademais, Lima e Viegas já em 1988, apontavam esta característica da velhice, caracterizando-a como um processo universal do ciclo de vida biológico inerente ao ser humano. A coexistência destas duas perspetivas mostra que a velhice é, simultaneamente, um destino biológico e uma realidade socialmente construída, dando

espaço para refletir sobre os diferentes significados que lhe são atribuídos em contextos institucionais.

Enquanto Dias (2005), destaca a associação socialmente construída da velhice a um período de perda de valor, Rosa (2012) introduz uma visão mais ambivalente, na qual a longevidade é vista como algo positivo, mas não dissocia as características do declínio físico. Já Medeiros (2012) enfatiza um paradoxo contemporâneo, ao mesmo tempo em que se enaltece o aumento da esperança de vida, nega-se aos idosos o seu valor social.

Ao confrontar estas perspectivas, compreendemos que a velhice não pode nem deve ser entendida de forma homogênea, uma vez que se trata de uma fase que é enaltecida e estigmatizada, na qual o peso de uma ou da outra dimensão depende exclusivamente de fatores socioculturais e institucionais. Desta forma, a dualidade do conceito velhice não é apenas conceitual, mas traduz-se em práticas concretas, tal como a forma como os idosos e as famílias definem o papel do idoso, ora como sujeitos de experiência e sabedoria, ora como pessoas dependentes.

A fragilidade da velhice traduz-se em experiências de isolamento e solidão, muitas vezes resultantes de rutura de laços familiares e sociais. Giddens (2010, p.167) menciona que a perda de familiares, amigos e emprego, traduz-se em impactos físicos e emocionais significativos, associando-se à velhice uma etapa complexa que vai para além da deterioração biológica.

Em síntese, a velhice não pode ser entendida apenas como uma etapa de declínio, nem unicamente como uma fase de reconhecimento e enaltecimento. O que emerge é uma dupla realidade, em que fatores biológicos e sociais se entrelaçam, produzindo representações díspares. Esta complexidade ajuda a explicar por que motivo, em contexto institucional, a velhice pode ser vivida tanto como perda de protagonismo como oportunidade de reconstrução identitária.

1.3 Envelhecimento Coletivo: Dimensões Societais e Demográficas

Ao abordar a questão do envelhecimento, destacamos o conceito de envelhecimento coletivo que se encontra dividido em duas ideias importantes de se analisar: envelhecimento societal e envelhecimento demográfico. O envelhecimento societal refere-se ao fenómeno de envelhecimento de uma população inteira e às consequências sociais, económicas e culturais que advêm desse processo para a sociedade como um todo.

No plano societal, o envelhecimento tem sido muitas vezes interpretado através de narrativas de ameaça. Como menciona Rosa (2012, p.24): *“A marca visível do envelhecimento societal é a de uma sociedade deprimida, que se sente “ameaçada” com a sua própria evolução etária e com as mudanças que em si acontecem. É o caso, por exemplo, do frequente entendimento do envelhecimento demográfico como uma catástrofe que se abateu sobre as sociedades modernas, comprometendo o futuro das populações envolvidas”*. Esta perspetiva mostra que o envelhecimento não se reduz a um dado demográfico, constituindo também uma construção cultural marcada por representações negativas, que demonstram as dificuldades da sociedade em aceitar o envelhecer como parte natural do desenvolvimento.

Ora, se o envelhecimento societal diz respeito às consequências sociais, económicas e culturais, o envelhecimento demográfico, por sua vez, refere-se à idade média crescente de uma população. Para desenvolver o conceito de envelhecimento demográfico, Rosa (2012, p.23) explica: *“(…) existem idades, consensualmente aceites, a partir das quais, (...) todos os indivíduos são classificados indistintamente em categorias fixas: (...) jovem, ativa e idosa.”* Esta categorização mostra que, mais do que um dado estatístico, o envelhecimento demográfico resulta também de convenções sociais que determinam o que é considerado idoso, influenciando a forma como se representa e organiza esta etapa da vida.

Fernandes (1997) distingue duas formas de envelhecimento demográfico: o envelhecimento na base, resultante da redução da proporção dos jovens devido à baixa natalidade e o envelhecimento no topo, associado ao incremento da proporção de idosos devido ao aumento da esperança média de vida. Em Portugal, estes fenómenos são bastante visíveis: a média de filhos por mulher é de apenas 1,44, valor muito inferior ao do nível de reposição populacional (2,1) (INE,2024). Por sua vez, o índice de envelhecimento atingiu 188,1 idosos por cada 100 jovens em 2023 (INE, 2024), a esperança média de vida também aumentou, passando de 73 anos em 1980, para 81,2 em 2023 (PORDATA, 2023), e os indivíduos com 65 ou mais anos representam, atualmente, 24% da população portuguesa (EUROSTAT, 2024), consolidando Portugal como um dos países mais envelhecido da Europa.

A articulação entre a visão de Rosa e Fernandes mostra que as narrativas de “catástrofe” não surgem isoladas, tendo como base dinâmicas demográficas reais. No entanto, interpretar o envelhecimento apenas como uma ameaça pode levar ao risco de reforçar estereótipos negativos, quando também pode ser entendido como uma oportunidade de reorganização social e valorização da experiência e sabedoria dos mais velhos.

1.4 Desigualdades Territoriais no Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento da população portuguesa não se manifesta de forma homogénea em todo o território, refletindo-se assim em desigualdades estruturais ligadas à emigração e à migração interna. Desde meados do século XX, a litoralização da população contribuiu para o despovoamento dos territórios de baixa densidade, expondo particularmente estas regiões ao envelhecimento demográfico (Bandeira et al., 2014; Padeiro, 2022).

Os dados recentes confirmam esta tendência, em 2023, os municípios de baixa densidade registaram os índices de envelhecimento mais elevados do país, muito acima da média nacional (INE, 2024; PORDATA, 2023). Como sublinha Padeiro, (2022, p.231-232) um dado território: *“(...) pode sofrer um processo de envelhecimento (aumento da proporção de pessoas idosas na população total) mesmo sem aumento do número absoluto de pessoas idosas, devido à emigração de faixas etárias mais jovens. Outro pode não envelhecer apesar do número absoluto de idosos aumentar, se receber importantes contingentes de jovens ativos. Esta distinção é importante uma vez que a gestão dos territórios e dos orçamentos depende mais dos efetivos populacionais do que das proporções respetivas.”*

As disparidades territoriais em relação ao envelhecimento, não se trata apenas de uma questão puramente demográfica, mas também social. Nos territórios de baixa densidade, a escassez de jovens e o predomínio de idosos impõem desafios adicionais à preservação da autonomia e identidade, destacando ainda mais o papel das instituições residenciais no apoio à terceira idade.

1.5 Envelhecimento Saudável e Ativo: Um Modelo para a Qualidade de Vida na Velhice

Após analisarmos os diferentes conceitos de envelhecimento, compreendemos que se trata de um processo dinâmico e multidimensional, que envolve tantos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e até demográficos. Para além das suas diversas facetas e desafios que acarretam para as sociedades, importa ainda considerar um conceito que enfatiza o potencial da longevidade e a maximização das capacidades individuais ao longo da vida: o envelhecimento saudável e ativo, frequentemente apresentado como resposta às visões da velhice centradas no declínio.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020a), envelhecimento saudável corresponde ao: *“processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade*

funcional que permite o bem-estar na velhice”. A capacidade funcional diz respeito às aptidões que permitem aos indivíduos ser e fazer aquilo que consideram importante na sua vida, abrangendo desde a satisfação de necessidades básicas até à mobilidade, às relações sociais e participação ativa na comunidade. (WHO, 2020a)

A OMS (WHO, 2020a) destaca que esta capacidade funcional resulta da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo, que inclui as competências físicas e cognitivas, como a locomoção, memória e o raciocínio e os ambientes em que os indivíduos estão inseridos. Estes ambientes vão além das condições físicas, como a habitação ou a acessibilidade urbana, abrangendo igualmente as relações interpessoais, atitudes sociais, políticas públicas, serviços de saúde e também apoio social. Viver em contextos que preservem tanto a capacidade intrínseca como a funcional, é essencial para promover a autonomia, dignidade e qualidade de vida na velhice.

Neste sentido, o envelhecimento saudável é fortemente associado à noção de envelhecimento ativo, entendido pela OMS como a valorização da participação contínua dos idosos na vida social, económica, cultural e cívica, para além do domínio da saúde. Trata-se de uma perspetiva que confronta a visão restrita da velhice como uma etapa de declínio, reconhecendo desta forma o contributo dos mais velhos e promovendo a integração dos mesmos na comunidade (WHO, 2020a).

Para além de todos estes contributos, destaca-se ainda a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, proposta em 2020 pela OMS. Esta iniciativa está assente em quatro prioridades que estão intrinsecamente interligadas: *“Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; Garantir que as comunidades promovam as capacidades dos idosos; Prestar cuidados centrados na pessoa e serviços de saúde primários; Proporcionar o acesso a cuidados de longa duração aos idosos que necessitem.”* (WHO, 2020b).

Apesar do avanço destas diretrizes internacionais, a sua concretização no contexto português continua marcada por constrangimentos estruturais e por uma tendência em responsabilizar o indivíduo. Torna-se, assim, essencial compreender o envelhecimento saudável como uma dimensão holística, não se trata apenas da ausência de doença, mas também do resultado da interação entre histórias de vida, políticas públicas e condições nas estruturas residenciais.

Nas estruturas residenciais este aspeto assume uma especial relevância, uma vez que a qualidade de vida dos utentes depende do cuidado clínico, mas também da preservação da identidade, autonomia e participação ativa no quotidiano institucional.

Capítulo 2: Teorias Sociológicas sobre o Envelhecimento

2.1 Enquadramento Geral

Para uma compreensão aprofundada daquilo que é o envelhecimento e quais as suas características, é relevante considerar as diversas teorias sociológicas que exploram os papéis sociais e culturais que se encontram associados à pessoa idosa.

O envelhecimento é compreendido como uma construção social, fortemente vinculado às condições culturais e históricas onde se insere. Como sublinham Lima e Viegas (1988, p. 150): “*o envelhecimento surge-nos ligado à própria noção de pessoa, variável de sociedade para sociedade*”. Esta teoria comprova que a velhice não é uma realidade homogénea e universal, assumindo significados distintos consoante os papéis sociais que são atribuídos e as representações culturais que moldam esta fase de vida em diferentes contextos.

Assim, é essencial explorar a relação do envelhecimento com fatores socioculturais, reconhecendo que os papéis atribuídos à velhice e as suas representações culturais que a acompanham variam historicamente e moldam de forma desigual as condições em que se envelhece.

Leitão (2010) distingue a população em dois grandes grupos: idosos reformados, mas que ainda estão ativos, com capacidade física e mental e os idosos mais debilitados, com uma autonomia funcional reduzida e dependentes de apoios externos. Esta tipologia, ainda que seja útil para analisar as diferenças de estatuto, tende a simplificar a heterogeneidade que caracteriza a velhice, reduzindo-a à autonomia e à dependência. Em dissonância, Lima e Viegas (1988) destacam que o envelhecimento é um fenómeno cultural e social, profundamente marcado por fatores institucionais e históricos. De igual modo, a OMS (WHO, 2020a) salienta que as representações sociais e os papéis que são atribuídos aos idosos variam ao longo do tempo e entre contextos.

Para compreender a complexidade do envelhecimento na contemporaneidade, as teorias sociológicas são particularmente relevantes, uma vez que permitem refletir criticamente sobre os papéis sociais, o estatuto e a identidade da pessoa idosa.

Entre as principais contribuições sociológicas para o estudo do envelhecimento destacam-se três teorias clássicas: a teoria da desvinculação, a teoria da subcultura e a teoria da modernização (Fernández-Ballesteros, 2004). Estas teorias procuram compreender o modo como as estruturas sociais e as interações moldam o papel e a identidade da pessoa idosa. Esta análise pode ser feita em diferentes níveis, micro e

macro, permitindo observar tanto as dinâmicas individuais e relacionais como os processos estruturais que enquadram o envelhecimento.

2.1.1 Macro e Microsociologia

A sociologia, enquanto disciplina, segmenta-se entre microsociologia e macrosociologia. Esta divisão permite-nos compreender as múltiplas dimensões da realidade social. Neste plano, o sociólogo francês Georges Gurvitch (1969) propôs uma abordagem analítica para estudar a sociedade, tendo em conta diferentes níveis de observação e tipos de estrutura social, abordando três categorias: o plano macrosociológico das sociedades globais, o plano dos agrupamentos parciais e o plano microsociológico dos diferentes modos de ligação social.

Os três planos de observação propostos por Georges Gurvitch (1969) conjugam-se mutuamente para fornecer uma análise completa da sociedade. As sociedades globais, enquanto estruturas totais e autossuficientes, são compostas por agrupamentos parciais, como a família, que desempenham papéis específicos na dinâmica social. Estes agrupamentos, por sua vez, são garantidos pelos modos de ligação social entre os indivíduos, que formam a base mais abstrata das interações humanas. Gurvitch (1969) destaca que estas ligações interpessoais não só estruturam os agrupamentos, como também refletem e influenciam as sociedades globais em que estão inseridos.

No âmbito desta investigação, a tipologia de Gurvitch é particularmente útil para observar como o envelhecimento pode ser simultaneamente analisado a nível societal (envelhecimento demográfico), ao nível dos grupos (família, instituições) e das relações interpessoais (vínculos entre idosos e cuidadores nas ERPI). Esta articulação evidencia que o processo de envelhecer é simultaneamente social, coletivo e individual.

2.2 Teorias Macrosociológicas sobre o Envelhecimento

As teorias macrosociológicas analisam o envelhecimento a partir de uma perspetiva mais ampla, investigando as mudanças estruturais e institucionais que impactam o estatuto social da pessoa idosa. Dias (2005, p. 255), ressalta que as teorias de nível macro despertaram o interesse dos sociólogos, demógrafos e até mesmo dos antropólogos, uma vez que o principal foco de análise são as implicações do envelhecimento na implementação de políticas sociais, oferta de cuidados de saúde e nas pressões financeiras para o Estado de Bem-Estar Social.

Para além destes aspetos, estas teorias aprofundam os efeitos das transformações sociais mais amplas, como a modernização, a globalização e as mudanças no mercado de trabalho, sobre o estatuto social da pessoa idosa. Além disso, exploram as relações de

poder intergeracionais, analisando como as políticas públicas, os sistemas de proteção social e os interesses de diferentes grupos etários influenciam a experiência do envelhecimento em sociedades contemporâneas (Dias, 2005).

Embora as teorias macrosociológicas sejam fundamentais para analisar o envelhecimento como fenômeno coletivo e estrutural, importa reconhecer que, isoladas, correm o risco de invisibilizar a diversidade de trajetórias individuais e de reduzir o envelhecimento a um problema de custos sociais. É precisamente nesta tensão entre o macro e o micro que se encontra uma das chaves para compreender os desafios contemporâneos do envelhecer, possibilitando a compreensão do modo como as estruturas institucionais e as políticas se refletem no cotidiano dos idosos, influenciando diretamente a preservação ou a fragilização da sua autonomia e identidade.

2.2.1 Teoria da Modernização

A Teoria da Modernização, originalmente exposta por Cowgill e Holmes (1972), aborda o impacto das mudanças estruturais nas sociedades modernas, como a industrialização, urbanização e os avanços tecnológicos, relacionando-o com o papel social dos idosos. Para os autores, o grau de modernização de uma sociedade influencia diretamente a experiência do envelhecimento, sendo que *“a modernização tende a diminuir o estatuto relativo dos idosos e a comprometer a sua segurança dentro do sistema social.”* (Cowgill e Holmes, 1972, p. 13).

Em sociedades pré-modernas, os idosos desempenhavam papéis centrais, sendo considerados indivíduos cheios de conhecimento e líderes das suas comunidades devido à sua experiência de vida e sabedoria (Rosa, 2012). No entanto, com o avanço da modernização, esses papéis tornam-se menos valorizados, uma vez que *“(...) podemos esperar que o estatuto dos idosos seja mais elevado nas sociedades onde conseguem continuar a desempenhar funções úteis e valorizadas... Na sociedade moderna, a perda de uma função estratégica como essa é acompanhada por uma diminuição do prestígio e do estatuto.”* (Cowgill e Holmes, 1972, p. 10).

Giddens (2010) reforça também esta ideia, afirmando que numa sociedade em constante mudança, o saber acumulado dos mais velhos deixou de ser considerado valioso, passando a ser visto como desatualizado. A modernização é associada a uma crescente marginalização dos idosos, à erosão dos laços intergeracionais e ao enfraquecimento do apoio familiar, conduzindo a uma significativa perda de prestígio social e ao aumento da vulnerabilidade.

Importa destacar que já em 1972, Cowgill e Holmes identificavam a perda de estatuto social dos idosos como consequência da modernização, destacando fenômenos

como a urbanização, a alfabetização e a reorganização das famílias. Mais de cinquenta anos depois, em 2025, esta leitura mantém a sua atualidade, a rápida transformação tecnológica e digital, tende a acentuar ainda mais a sensação de desatualização e exclusão dos mais velhos, reforçando a pertinência desta análise. Ao mesmo tempo, evidencia-se que o desafio não é apenas histórico, mas estrutural e contínuo, colocando em causa a forma como as sociedades modernas reconhecem, ou não, o papel social da pessoa idosa.

2.2.2 Perspetiva da Economia Política do Envelhecimento

A teoria da economia política do envelhecimento, desenvolvida por Streib e Binstock (1990), analisa como os sistemas sociais, económicos e políticos, moldam as condições de vida da pessoa idosa. Ao contrário das abordagens que enfatizam o envelhecimento como um processo individual, esta perspetiva destaca o papel das estruturas sociais na produção e proliferação das desigualdades, sustentando que os idosos não experienciam o envelhecimento da mesma forma pois são afetados por diversos fatores como classe social, género, etnia e acesso a recursos económicos e sociais. (Streib e Binstock, 1990).

A socióloga Carroll L. Estes (1979) elucida-nos que as condições políticas e económicas determinam a maneira como os problemas sociais, incluindo os desafios associados ao envelhecimento, são concebidos e abordados. Quando a economia atravessa uma fase de incremento, há mais recursos para lidar com as questões de cariz social, enquanto em períodos de crise económica, estes mesmos programas tornam-se restritos, economicamente reduzidos e, frequentemente, inadequados para atender às necessidades da população.

O envelhecimento é visto como um problema, a velhice é refletida no senso comum, nos discursos políticos e nas próprias políticas públicas “*um conjunto de necessidades fragmentadas, passíveis de serem convertidas em mercadorias ou serviços direcionados ao consumo pelos idosos.*” (Estes, 1979, p. 16)

Este raciocínio é particularmente visível no contexto da institucionalização, onde lares e estruturas residenciais tendem a ser regulados por lógicas de mercado. O acesso a cuidados, habitação ou lazer depende muitas vezes da capacidade financeira do idoso ou da sua família, o que acentua desigualdades sociais e territoriais. Em vez de serem vistos como espaços de vida, muitas estruturas residenciais reproduzem a lógica da mercantilização da velhice identificada por Estes.

Para além da mercantilização da velhice, Estes (1979) argumenta que o modelo de políticas fragmentado não reforça apenas a segregação dos idosos, mas contribui também para a sua estigmatização social. Em vez de enfrentar as desigualdades estruturais que afetam a posição social e económica dos idosos: “(...) *as políticas*

nacionais tendem a focar-se predominantemente na integração e socialização dos idosos” (p. 16), legitimando a ideia de que a velhice é uma condição que deve ser separada e exige um tratamento específico.

A institucionalização, reforça esta lógica, ao criar espaços segregados para os idosos, separados do convívio intergeracional. Assim, a velhice é tratada como “problema social específico”, o que legitima políticas e instituições próprias, mas que, na prática, alimentam a marginalização simbólica e social da pessoa idosa.

Ao criar políticas e programas voltados exclusivamente para a faixa etária mais envelhecida, a sociedade consolida a ideia de que a velhice é uma questão à parte, que exige soluções próprias, em vez de ser compreendida como uma fase natural do ciclo de vida, que deveria ser abordada dentro de políticas sociais universais. Este modelo institucionaliza e reforça a marginalização dos idosos, pois sustenta uma indústria de serviços sociais e assistenciais que precisam de reafirmar constantemente o estatuto dos idosos como um grupo separado e vulnerável para justificar a sua existência e expansão.

Para além disso, a socióloga (1979, p. 17) menciona que: *“A existência de políticas direcionadas apenas para grupos etários específicos contribui para a construção de uma sociedade segregada por idades, fomentando divisões e conflitos geracionais na disputa por recursos escassos.”* Esta perspetiva revela que, ao invés de promover a solidariedade, tais políticas intensificam a competição intergeracional e legitimam uma lógica distributiva que fragmenta a sociedade e perpetua desigualdades.

Esta competitividade gera dicotomias perigosas, colocando os jovens contra os idosos e os pobres contra a classe média, o que priva qualquer possibilidade de progresso social: *“Tais políticas não promovem o progresso da sociedade nem a causa da justiça social; pelo contrário, perpetuam a aceitação do status quo e a ideia de que a escassez, a desigualdade e os conflitos entre grupos são inevitáveis.”* (Estes, 1979, p. 17). Esta reflexão mostra que, ao invés de favorecer a inclusão, a fragmentação das políticas reforça a exclusão dos idosos e agrava as clivagens entre os grupos etários.

2.3 Teorias Microsociológicas sobre o Envelhecimento

De acordo com Dias (2005, p. 256), *“As teorias de nível micro centram-se, por seu turno, na análise dos valores, preferências e atitudes dos idosos e no modo como eles se adaptaram as transições importantes ao longo do ciclo de vida. O interesse desloca-se, então, para o estudo das (auto) escolhas dos idosos e para o seu nível de bem-estar e satisfação.”*

Estas teorias permitem compreender como é que os idosos interpretam e respondem às transições próprias da terceira idade, desde as mudanças familiares,

sociais, até à institucionalização, salientando as estratégias individuais mobilizadas para preservar a identidade e o bem-estar em contextos de perda e transformação (Dias, 2005).

No âmbito das teorias microssociológicas, destacam-se abordagens como a Teoria da Desvinculação, que analisa o afastamento social progressivo dos idosos, e a Teoria da Subcultura, que explica a formação de grupos sociais entre os idosos marginalizados.

2.3.1 Teoria da Desvinculação

A teoria da desvinculação, sugerida por Elaine Cumming e William Henry nos anos 1960, propõe que o envelhecimento é caracterizado por um afastamento inevitável e progressivo entre a pessoa idosa e a sociedade onde esta está inserida. O afastamento pode ser desencadeado pelo próprio idoso, que vê a sua interação social mitigada e concentra-se mais em questões pessoais, como também pode ser estimulado pela sociedade, que ao redistribuir os papéis sociais, transfere as responsabilidades para as gerações mais jovens (Cumming e Henry, 1962).

Segundo os autores, este processo resulta numa nova forma de equilíbrio social, onde as interações tornam-se menos frequentes e cada vez mais seletivas, marcadas pelas transformações nos papéis sociais e por uma maior reflexão do indivíduo, reforçado em sociedades industrializadas por mecanismos como a reforma ou a institucionalização. Embora frequentemente vista de forma negativa, a desvinculação foi interpretada como funcional no ciclo de vida, dado que: “(...) prepara o indivíduo para a morte, assegurando desta forma a substituição geracional.” (Dias, 2005, p. 254)

Pioneira no campo da gerontologia, a Teoria da Desvinculação revela uma visão excessivamente determinista do envelhecimento, associando-o de forma linear ao afastamento social. Esta teoria acaba por não ter em conta a diversidade de trajetórias e a capacidade de muitos idosos se manterem socialmente ativos, mesmo em contextos de maior vulnerabilidade. No entanto, a sua relevância mantém-se no estudo da institucionalização, onde o afastamento das redes familiares e comunitárias pode, de facto, reproduzir alguns dos mecanismos de desvinculação descritos por Cumming e Henry em 1962.

2.3.2 Teoria da Subcultura

A teoria da subcultura, apresentada pelo sociólogo Arnold M. Rose (1965), reflete sobre o modo como os idosos desenvolvem uma identidade coletiva distinta dentro da sociedade, levando à formação de uma subcultura própria.

Na sociedade contemporânea, determinados fatores têm contribuído para o desenvolvimento de uma subcultura entre as pessoas idosas. Um dos principais indicadores da segregação dos idosos é a diminuição da participação dos mesmos no mercado de trabalho, uma vez que o ambiente profissional proporciona interações intergeracionais, a reforma apresenta uma quebra na dinâmica, contribuindo para um afastamento social progressivo (Rose, 1965).

O aumento das estruturas residenciais e de espaços de convivência exclusivos para a terceira idade, apesar de oferecerem suporte e acolhimento, também contribuem para o afastamento dos idosos do restante da sociedade, reforçando a sua separação do convívio intergeracional (Rose, 1965).

Consoante Rose (1965, p. 8):” *Assim como as razões para a formação da subcultura do envelhecimento têm tanto aspectos positivos quanto negativos, o seu conteúdo também apresenta essa dualidade*”. As dimensões positivas tendem a incluir a atividade realizada pela pessoa idosa, contudo, são tarefas realizadas em conjunto, apreciadas pelo indivíduo e incentivadas pela sociedade. Por outro lado, os aspectos negativos constituem as atividades que os idosos se sentem obrigados a realizar, com receio de serem excluídos da sociedade.

Em certos contextos, a subcultura criada pelos idosos pode mesmo assumir características de contracultura: “*Embora nem sempre seja possível categorizar um determinado comportamento ou forma de pensamento dos idosos como positivo ou negativo, é importante reconhecer que, até certo ponto, a subcultura do envelhecimento assume características de contracultura, ou seja, posiciona-se em oposição à cultura dominante.*” (Rose, 1965, p. 9)

Apesar da formação de subculturas entre os idosos, a família mantém um papel central no envelhecimento, fornecendo apoio emocional e social, influenciando a forma como se vivencia a inclusão ou exclusão dos idosos na sociedade.

No contexto das estruturas residenciais para pessoas idosas, a Teoria da Subcultura encontra especial pertinência. A convivência diária entre pares pode promover sentimentos como pertença, solidariedade e reconhecimento mútuo, funcionando como um recurso simbólico importante para enfrentar a exclusão social. Contudo, ao mesmo tempo, reforça a separação face ao restante tecido social, perpetuando a ideia de que a velhice deve ser vivida em espaços próprios e segregados.

As ERPI, ainda que ofereçam suporte e segurança, acabam muitas vezes por institucionalizar esta lógica de subcultura, transformando-a numa realidade estruturada do envelhecimento coletivo, onde a inclusão interna se constrói à custa de uma distância reforçada em relação à sociedade mais ampla.

Capítulo 3: Família, Cuidadores e Estado: Dinâmicas de Apoio no Envelhecimento

3.1 A Família no Contexto do Envelhecimento

As sociedades contemporâneas são fortemente caracterizadas pela individualização, onde se considera que os indivíduos têm uma maior capacidade de escolha, tanto a nível profissional como a nível familiar e também pessoal. A individualização não é um conceito recente, aliás, já na época da Renascença e Idade Média o estilo de vida individualizado já era uma realidade. Contudo, o conceito de individualização a que nos referimos na presente redação é o de “*individualização tripla*”, proposta por Ulrich Beck em 1986.

Ulrich Beck (1986, p. 190) define a “*individualização tripla*” como um modelo universal composto por três dimensões: “*(...) desprendimento em relação a formações e vínculos sociais estabelecidos historicamente*” (dimensão da libertação); a “*perda de seguranças tradicionais, com relação a formas sabidas de atuação, crenças e normas de direcionamento*” (dimensão do desencantamento); e paradoxalmente, uma “*nova forma de enquadramento social*” (dimensão do controle da reintegração).

Além de serem caracterizadas pela individualização, as sociedades contemporâneas estão fortemente ligadas a valores capitalistas, nos quais o consumo é supervalorizado, a novidade é desejável e a produtividade do indivíduo jovem é considerada como imprescindível para a sociedade. Em contrapartida, o que é considerado velho, muitas vezes tende a ser caracterizado como ultrapassado e conseqüentemente sem algum valor, reforçando assim a marginalização simbólica dos idosos (Medeiros, 2012).

A individualização descrita por Beck (1986) reflete-se nas dinâmicas familiares contemporâneas. À medida que os indivíduos se tornam mais independentes dos vínculos tradicionais, emergem novas formas de organização familiar, marcadas pela diversidade e pela fragmentação do suporte intergeracional. Esta transformação tem impacto direto na provisão de cuidados aos idosos, muitas vezes transferindo essa responsabilidade para o Estado ou para as instituições residenciais.

As sociedades contemporâneas apresentam transformações profundas nas estruturas familiares, caracterizadas pela diversidade de modelos, como famílias monoparentais, famílias reconstituídas e pela redução da dimensão dos agregados. Uma das transformações mais relevantes é o aumento dos agregados unipessoais, sobretudo entre pessoas idosas, revelando uma crescente vulnerabilidade social. Em 2024, a

Guarda Nacional Republicana sinalizou 42.873 idosos a viver sozinhos, isolados ou em situação de vulnerabilidade. (GNR, 2024).

Estes dados demonstram que a individualização descrita por Beck (1986), na qual os vínculos tradicionais perdem a sua força, transferindo os cuidados para o Estado e para as ERPI's. Ao mesmo tempo, Medeiros (2012) identifica uma sociedade marcada pelos valores capitalistas, onde a juventude e a produtividade são valorizadas em detrimento da velhice, frequentemente associada ao isolamento e falta de relevância social.

À medida que as estruturas familiares se diversificam, também os papéis atribuídos a cada membro se transforma. Contudo, apesar dessas mudanças, a função de cuidador continua fortemente associado à família, sobretudo em relação às crianças, deficiência e velhice. Como sublinha Carvalho (2009, p. 78): *“a família, independentemente da sua tipologia, ainda é o suporte por excelência da realização afetiva e efetiva do indivíduo, prestando um suporte denominado informal”*, mesmo que o Estado surja como uma entidade complementar através de hospitais, lares ou ERPI's.

Nesta linha de pensamento, Medeiros (2012, p. 445) acrescenta que *“a família é uma construção social influenciada pela cultura e pelo contexto histórico, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade”*, destacando que o cuidado não se limita a laços biológicos, mas integra também dimensões de afetividade e solidariedade, que se podem manifestar fora da consanguinidade.

Luísa Pimentel (2012), argumenta que os contextos socioculturais atuais colocam obstáculos significativos à prestação de cuidados no seio familiar. O aumento do número de idosos, especialmente em idades avançadas, traduz-se em maiores taxas de morbilidade e dependência prolongada, necessitando cuidados contínuos e especializados. Contudo paralelamente a esta necessidade de cuidados, existe uma diminuição de cuidadores e potenciais cuidadores, resultante da diminuição das taxas de natalidade e da quantidade de familiares que possam fornecer estes cuidados.

A redução do número de membros nas famílias e o aumento dos agregados familiares nucleares, compostos geralmente por casais, casais com filhos ou mesmo por apenas um indivíduo, têm levado estas famílias a organizarem-se de uma forma fortemente caracterizada pela privacidade e autonomia, criando assim uma distância da restante família, como avós, tios e primos. Nestes núcleos, prevalecem valores mais individualistas, focados no sucesso pessoal, progresso académico e profissional.

Como observa Pimentel (2012, p. 68): *“novas dinâmicas familiares (rutura e reconstituição conjugal) que comprometem a perenidade dos laços intra e intergeracionais e a continuidade das entreajudas; apropriação e disseminação de*

valores individualistas, que enaltecem o sucesso pessoal, a luta pela progressão académica e profissional, a liberdade individual e a emancipação face à família.” Esta transformação fragiliza os laços intergeracionais, reduzindo a capacidade de cuidado informal, contribuindo para uma maior dependência de apoios institucionais.

Hodiernamente, existe um reconhecimento generalizado da importância dos laços familiares para o bem-estar e estabilidade emocional dos indivíduos, reforçando a vontade e o direito das pessoas idosas a permanecerem integradas nos seus contextos de vida e nas suas redes relacionais. Por outro lado, assiste-se a uma crescente transferência da responsabilidade pelos cuidados para as famílias, justificada pela insustentabilidade dos sistemas públicos de proteção social e pela insuficiência de respostas adequadas face ao aumento da população idosa.

Esta dupla lógica, em que se valorizam os laços familiares e outra que impõe sobre a família um dever quase exclusivo de cuidado, reflete um paradoxo das políticas sociais contemporâneas: ao mesmo tempo que se promove o envelhecimento ativo e a autonomia dos idosos, as famílias são pressionadas a assumir um papel central nos cuidados, muitas vezes sem os apoios necessários. Este cenário reforça a necessidade de repensar políticas de apoio ao cuidador informal e estratégias que conciliem a vida profissional e familiar com a prestação de cuidados aos mais velhos. (Pimentel e Albuquerque, 2010).

3.1.1 A importância do cuidador informal

Os cuidadores informais desempenham um papel crucial no apoio aos idosos, especialmente em contextos onde os recursos institucionais são limitados ou inacessíveis. Estes cuidadores, geralmente familiares próximos, dedicam-se à prestação de cuidados sem uma relação formal de trabalho ou remuneração direta, frequentemente acumulando esta responsabilidade com outras tarefas pessoais, domésticas e profissionais. Esta centralidade revela não só a importância social do cuidado informal, mas também a vulnerabilidade que dele decorre, uma vez que recai sobre indivíduos frequentemente sobrecarregados e sem apoios adequados.

De acordo com o governo português e com a aprovação da lei n.º 100/2019, de 6 de setembro de 2019, o Estatuto do Cuidador Informal em Portugal foi legislado e estabelece assim os direitos e deveres dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas, bem como as medidas de apoio correspondentes (consultar anexo I). Este estatuto distingue os cuidadores principais: geralmente familiares próximos que prestam cuidados permanentes e não remunerados, vivendo em comunhão de habitação com a pessoa cuidada, e os cuidadores não principais, que prestam apoio de forma regular, mas

não contínua, podendo ou não auferir remuneração (Assembleia da República, 2019; Segurança Social, 2024).

Embora represente um avanço importante no reconhecimento das famílias como agentes centrais de cuidado, a implementação prática deste estatuto tem revelado limitações significativas, devido à insuficiência de apoios concretos e à excessiva transferência de responsabilidades para o núcleo familiar, o que acentua desigualdades de género e contribui para a sobrecarga dos cuidadores. Em Portugal, o cuidado informal é fortemente feminizado: estima-se que mais de 84% dos cuidadores informais sejam mulheres, refletindo a persistência da divisão de género no trabalho de cuidado (Segurança Social, 2024).

3.2 O Papel das Instituições e da Sociedade

Após analisarmos o impacto da família no processo de envelhecimento e o papel dos cuidadores informais, particularmente a predominância das mulheres na prestação de cuidados, torna-se essencial compreender como as instituições e a sociedade como um todo contribuem ou não para a proteção, apoio e integração da pessoa idosa no meio social.

Se, por um lado, a família continua a desempenhar um papel central no suporte aos idosos, por outro, as transformações sociais e demográficas das últimas décadas, como o aumento da esperança média de vida, a diminuição da natalidade e a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, têm desafiado os modelos tradicionais de cuidado. Nesse contexto, as políticas públicas e as instituições de apoio ao envelhecimento surgem como elementos estruturantes na resposta às necessidades da população idosa. Embora seja a família culturalmente associada ao papel de cuidador, é o Estado e as instituições externas ao seio familiar que cobrem, cada vez mais, os cuidados à terceira idade (Barenys, 1992).

3.2.1 O Papel do Estado e das Políticas Sociais

O envelhecimento demográfico em Portugal constitui um dos maiores desafios contemporâneos às políticas públicas, exigindo do Estado um papel ativo na criação de mecanismos de proteção e de apoio à população idosa. Se, por um lado, a família continua a ser culturalmente reconhecida como o principal espaço de cuidado, por outro, as transformações sociais, económicas e demográficas tornaram insuficiente a sua capacidade de resposta. Neste contexto, cabe ao Estado assegurar políticas sociais que garantam não apenas a sobrevivência material, mas também a dignidade, a autonomia e a inclusão da pessoa idosa. O papel do Estado, através do sistema de proteção social e de

políticas dirigidas especificamente ao envelhecimento, assume-se, assim, como estruturante na resposta coletiva a este fenómeno.

3.2.1.1 O Estado Providência em Portugal

O Estado Providência em Portugal tem a sua origem e consolidação ao longo do século XX, sendo influenciado por eventos nacionais e internacionais. Segundo Estanque (2017), o Estado-providência emergiu tardiamente em Portugal, nunca conseguindo alcançar a solidez necessária para se equiparar ao modelo vigente nos países do norte da Europa. Combinado com uma industrialização tardia e uma fragilidade económica, que por sua vez era pequena e pouco desenvolvida, o Estado-Providência viu-se também sob um regime opressivo e resistente à modernização. Estas condições levaram assim a desafios adicionais para os projetos que o país procurou implementar após o 25 de Abril de 1974 (Estanque, 2017).

Mozzicafreddo (1992) defende que o Estado Providência em Portugal é caracterizado por três dimensões básicas: políticas sociais e compensatórias, mecanismos de regulação económica e formas de concertação social. Tal como refere o autor, trata-se de “*institucionalizar a concertação entre parceiros sociais e económicos em torno dos grandes objetivos, como o crescimento económico e a diminuição das desigualdades sociais*” (Mozzicafreddo, 1992, p. 60).

Embora inicialmente se acreditasse que o Estado-Providência se tenha estruturado conforme o modelo “universalista”, face às medidas implementadas, aquilo que se verificou foi uma evolução para um modelo instrumental e seletivo. Como assinala Mozzicafreddo (1992), o processo baseou-se sobretudo na criação de políticas sociais, de regulação da económica e no desenvolvimento de políticas de concertação social, concebidas principalmente para responder às necessidades imediatas da população.

Entre as necessidades da população, destaca-se a proteção social da população idosa, um dos principais desafios das políticas públicas, dada a crescente longevidade e o envelhecimento demográfico do país. Com a transição para a democracia, a Constituição da República Portuguesa de 1976 consagrou o direito à segurança social, à saúde e à assistência na velhice, colocando o Estado como principal agente responsável pela implementação de políticas sociais e pela organização do sistema de bem-estar social (Assembleia da República, 1976).

O envelhecimento demográfico coloca desafios políticos, sociais e económicos, sobretudo no que diz respeito à sustentabilidade do Estado-Providência. Como referem Mendes e Paralta (2013, p. 197), uma das consequências é: “*a revisão das condições de atribuição e dos montantes dos benefícios sociais*”, em particular das pensões de velhice.

Esta tendência revela assim a tensão entre a necessidade de garantir sustentabilidade financeira e a expectativa social de proteção, colocando em causa a confiança no sistema.

Nos últimos anos, as políticas têm promovido o aumento da idade efetiva de reforma, incentivando a permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. Como referem Mendes e Paralta (2013), estes esforços legislativos procuram também assegurar um nível de vida digno para a pessoa idosa, permitindo assim manter um papel ativo na sociedade.

Para além dos incentivos à permanência da pessoa idosa no emprego e na vida pública, estas reformas tiveram como principal objetivo: *“controlar a despesa pública com pensões, fixando-a numa percentagem do PIB compatível com o Pacto da Estabilidade e Crescimento”* e, ao mesmo tempo, *“compatibilizar os sistemas de pensões com os requisitos de flexibilidade, segurança e mobilidade dos mercados de trabalho”* (Mendes e Paralta, 2013, p. 203).

Ainda que o Estado-Providência português tenha consagrado o direito à proteção social e estruturado um conjunto de políticas dirigidas à velhice, a sua evolução revela limites significativos. A seletividade das medidas, as restrições orçamentais e a pressão demográfica colocam em evidência um modelo que continua a transferir parte substancial da responsabilidade para as famílias e instituições. Esta realidade torna evidente o paradoxo do Estado-Providência em Portugal: ao mesmo tempo que reconhece direitos universais, depende de soluções seletivas e fragmentadas que não conseguem assegurar plenamente a autonomia e a dignidade da população idosa.

3.2.2 Políticas Sociais no Envelhecimento

A proteção social da faixa etária mais idosa em Portugal tem evoluído ao longo das últimas décadas, com medidas que visam mitigar a vulnerabilidade económica e social desta população. Com a consolidação do Estado-Providência e de sistemas cujo objetivo é dar assistência à sociedade, é neste sentido que abordamos o sistema de Segurança Social, que se transformou significativamente ao longo dos anos. As políticas sociais, para além de responderem às necessidades dos diferentes grupos sociais, são ainda um dos principais elementos de integração social (Carvalho e Almeida, 2014).

Como nos elucida Fernando Mendes (2011, p. 10), na pós-segunda metade do século XX, consolidou-se a ideia de que a ação social do Estado deveria proteger cada cidadão *“do berço à sepultura”*, ainda que com variações na cobertura e eficácia entre países.

O Estado, através da segurança social, resultou de uma longa transformação das políticas públicas de forma a atenuar as lacunas existentes quer por parte da família, da sociedade e do mercado na proteção contra os riscos. Contudo, esta relação entre

segurança e indivíduo é recíproca, ou seja, os cidadãos ativos contribuem financeiramente para o sistema e, em contrapartida, adquirem o direito a prestações e serviços ao longo da vida profissional e na reforma (Mendes, 2011).

A Segurança Social consolidou-se como uma das maiores conquistas do 25 de Abril de 1974, representando assim um avanço civilizacional de crescente importância. Num contexto social em constantes transformações demográficas, sociais e económicas, assume um papel essencial na garantia do bem-estar e da coesão social (Carvalho e Almeida, 2014). Para a população idosa, em particular a mais vulnerável, a Segurança Social oferece apoios fundamentais que asseguram um nível de vida digno. Mais recentemente, o Governo aprovou o Estatuto da Pessoa Idosa (2024), que visa reforçar os direitos fundamentais para este grupo etário, assegurando autonomia, dignidade e participação social (consultar Anexo II).

3.2.2.1 Medidas de Proteção Financeira para Idosos

O sistema de Segurança Social estrutura-se à volta de apoios contributivos e não contributivos, desempenhando assim um papel central na resposta às necessidades desta faixa etária, promovendo a inclusão e um envelhecimento digno. Estes apoios asseguram prestações sociais destinadas a proteger contra riscos como a dependência, invalidez, reforma e morte (Carvalho e Almeida, 2014).

Um dos principais mecanismos de apoio é constituído pelas prestações financeiras e pensões, que consistem num rendimento durante a velhice. Para quem não reúne uma carreira contributiva suficiente, existe a pensão social de velhice que garante um apoio mínimo destinado a suprir necessidades básicas (Segurança Social, 2022).

Adicionalmente, para os idosos com baixos rendimentos, criou-se o Complemento Solidário para Idosos (CSI), com o principal objetivo de impedir que estes idosos se encontrem em situações de pobreza. Este apoio inclui ainda benefícios adicionais de saúde, que procuram mitigar as despesas médicas e reforçar a proteção social (Segurança Social, 2022).

Para situações de dependência e invalidez, a Segurança Social dispõe de medidas específicas de suporte financeiro, como a pensão de invalidez e a pensão social de invalidez. Existe ainda uma proteção especial dirigida a doenças incapacitantes graves, como Alzheimer, esclerose múltipla ou Parkinson (Carvalho e Almeida, 2014, p. 7).

3.2.2.2 Medidas de Proteção Social para Idosos

Os apoios sociais fornecidos pela Segurança Social podem ser facultados como a nível de equipamento ou no próprio domicílio. Entre estes apoios podemos destacar: Serviço

de Apoio Domiciliário, Centros de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Acolhimento Familiar e Estruturas Residenciais. O Serviço de Apoio Domiciliário permite aos idosos dependentes físicos ou psíquicos, que residem na sua própria casa e não conseguem, portanto, satisfazer as suas necessidades básicas, e necessitam assim de uma assistência na higiene pessoal, alimentação e nas tarefas domésticas. (Carta Social, s/d).

Para aqueles que carecem de interações sociais, os Centros de Convívio oferecem atividades recreativas e culturais, segundo a Segurança Social, estes centros de convívio contribuem para a prevenção do isolamento e solidão por parte da pessoa idosa, contando como objetivos: *“Incentivar a participação e inclusão dos idosos na vida social local; Fomentar as relações interpessoais e entre as gerações; Contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.”* (Instituto da Segurança Social, 2021, p. 10).

Enquanto os centros de convívio procuram garantir apoio emocional e redes de apoio entre os idosos, os Centros de Dia prestam apoio, de forma diária, a pessoas com 65 anos ou mais anos que têm residência própria, mas necessitam de ajuda para realizar diversas atividades diárias. Os Centros de Dia têm como principal objetivo garantir a prestação de cuidados e serviços que correspondam às necessidades e expectativas dos seus utentes, proporcionando um ambiente seguro e adaptado à população idosa. Além de certificarem o bem-estar diário dos idosos, estas estruturas desempenham um papel fundamental na prevenção da dependência e na promoção da autonomia, incentivando um estilo de vida ativo e saudável (Instituto da Segurança Social, 2017).

Além disso, os Centros de Dia estimulam as relações interpessoais e intergeracionais, gerando oportunidades para o convívio social e para a manutenção de laços comunitários. Ao incentivar a permanência da pessoa idosa na sua própria residência, estas respostas sociais contribuem para retardar ou até evitar a necessidade de institucionalização, promovendo um envelhecimento mais autónomo e digno (Instituto da Segurança Social, 2017).

Paralelamente, são implementadas estratégias que visam o desenvolvimento da autoestima, da funcionalidade e da independência pessoal e social dos utilizadores, permitindo-lhes manter um papel ativo na sociedade e reforçando a sua qualidade de vida. Dessa forma, os Centros de Dia não só oferecem apoio prático e emocional, como também desempenham um papel essencial na inclusão social da população idosa (Instituto da Segurança Social, 2021).

Para além dos centros de dia, existem também os Centros de Noite, destinados a idosos autónomos que devido a sentimentos de solidão, insegurança e isolamento precisam de acompanhamento noturno, geralmente, estes utentes residem durante o dia nas suas próprias habitações (Instituto da Segurança Social, 2017).

Em alternativa às instituições de cuidado convencional, existe ainda as famílias de acolhimento para pessoas idosas. Este modelo consiste em integrar um idoso que necessite de ajuda para realizar atividades do dia-a-dia e precise de um certo apoio noturno, numa família que tem como objetivo acolher e cuidar como se o indivíduo fosse parte da sua família. Este modelo de cuidados é considerado uma alternativa mais humanizada para enfrentar o desafio do envelhecimento demográfico (Instituto da Segurança Social, 2017).

Por fim, nas respostas sociais destaca-se um apoio que é logo associado à terceira idade: Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). As Estruturas Residenciais consistem numa resposta social que engloba o alojamento coletivo de vários idosos, quer de forma permanente ou temporária (Segurança Social, 2022).

Apesar da diversidade de respostas sociais, a predominância numérica das ERPI demonstra que a institucionalização continua a ser a via mais utilizada em Portugal, frequentemente não por escolha, mas por ausência de alternativas familiares ou comunitárias eficazes. Esta realidade evidencia a necessidade de reforçar modelos de apoio domiciliário e comunitário, capazes de prolongar a autonomia dos idosos, de modo a adiar a institucionalização.

Capítulo 4: Envelhecimento Institucionalizado: Desafios e Modelos de Cuidado

4.1 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) representam uma das respostas sociais mais significativas no apoio ao envelhecimento em Portugal, assumindo-se simultaneamente como espaço de acolhimento, cuidado e convivência. Para compreender o impacto destas instituições, torna-se essencial explorar não apenas a sua definição e características, mas também o processo de institucionalização que lhes está associado. Neste contexto, a análise das ERPI exige ainda atenção a fenómenos transversais como o idadismo e as diferentes formas de violência, bem como às consequências que estas dinâmicas podem ter na preservação da identidade e da autonomia dos residentes. Finalmente, a reflexão sobre a Atenção Centrada na Pessoa Idosa surge como proposta fundamental para repensar práticas institucionais e promover um envelhecimento mais digno, participativo e inclusivo.

4.1.1 Definição e Características das ERPI

Antes de entrarmos na discussão do que são as ERPI e quais as suas características, bem como os seus desafios, é relevante distinguir dois termos que são erradamente confundidos: as Estruturas Residenciais e os Lares de Terceira Idade. Ainda que sejam comumente parecidas e muitas vezes associadas como sinónimos, especialmente no discurso comum, é necessário entender que estas estruturas não são exatamente a mesma coisa, havendo diferenças importantes ao nível da regulamentação, dos serviços prestados e também no enquadramento legal.

Os lares residenciais subdividem-se em duas categorias: não lucrativos e lucrativos. Os lares que não têm qualquer tipo de lucro, trata-se de estruturas associadas a instituições privadas voltadas para a solidariedade social, tais como: “*Misericórdias, associações mutualistas, fundações ou instituições semi-públicas*” (Barreto, 2017, p. 298). Os lares lucrativos são, na sua maioria, clandestinos embora estes sejam conhecidos pelas autoridades, mas raramente são encerrados.

A relutância em encerrar estes estabelecimentos deve-se, em grande parte, à falta de alternativas para o realojamento dos idosos institucionalizados e à necessidade de evitar conflitos com as famílias afetadas. Mesmo aqueles que possuem licenças, frequentemente excedem a lotação permitida, funcionando assim em condições irregulares. Assim, muitas destas instituições encontram-se à margem da legalidade, mas a fiscalização estatal tende a ser permissiva, intervindo apenas em situações extremas (Barreto, 2017).

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são equipamentos sociais destinados ao alojamento coletivo de indivíduos com 65 ou mais anos, em regime temporário ou permanente. Estas estruturas prestam apoio social, cuidados de enfermagem, com uma assistência diária, com o objetivo de promover o bem-estar e proporcionar assim, uma qualidade de vida à pessoa idosa (Instituto da Segurança Social, 2017). ERPI é um conceito técnico e legal definido pela Segurança Social e regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, trata-se de equipamentos sociais licenciados, com serviços obrigatórios definidos por lei, como: alojamento coletivo permanente ou temporário; Apoio social; Cuidados de enfermagem; Atividades de convívio e lazer (Diário da República, 2007).

Para além dos serviços obrigatórios, estas instituições contam como objetivos garantir cuidados contínuos e adaptados às necessidades biopsicossociais, promover um envelhecimento ativo com autonomia e participação, preservar as relações intrafamiliares e favorecer a integração social dos residentes (Instituto da Segurança Social, 2017). Estas instituições funcionam associadas geralmente em articulação com o

Estado, beneficiando assim de apoios financeiros e comparticipação financeira pela Segurança Social, que se traduz num alívio do custo para os residentes, possibilitando um acesso equitativo a estes serviços (Guia Sénior, 2024).

Ora, por outro lado, os chamados Lares de Terceira Idade, trata-se de um conceito mais amplo e menos padronizado, incluindo tanto os lares privados não regulamentados pelo Estado, como as instituições que mais se assemelham às ERPI, contudo, não são obrigadas a cumprir exigências legais que são impostas às estruturas licenciadas. Na maioria das vezes, os lares são uma estrutura do setor privado, não são participados diretamente pelo Estado, logo, os custos da institucionalização são pagos pelo indivíduo que necessita deste apoio ou a sua família. Naquilo que se traduz nos serviços oferecidos, estes lares podem ou não oferecer cuidados médicos especializados, dependendo assim do modelo de gestão e financiamento da instituição (Guia Sénior, 2024).

4.1.2 O Processo de Institucionalização

Existem inúmeras razões que levam à institucionalização da pessoa idosa, frequentemente este processo resulta de uma conjugação de múltiplos fatores, em vez de ser motivado por uma única causa. A institucionalização é frequentemente a única opção que a família encontra face a uma situação onde não é possível a pessoa idosa obter um suporte familiar forte, apoio psicológico e também financeiro (Carvalho e Dias, 2011). Entre os fatores mais apontados destaca-se a ausência de uma rede familiar que possa prestar apoio, e que é incapaz de promover um ambiente pautado pela autonomia e bem-estar do idoso (Lima, 1988).

A fragilidade e a dependência decorrente, os problemas físicos e cognitivos severos, o aparecimento de doenças que impliquem dependências graves, tais como a senilidade, que requerem atenção e cuidados especializados são outros motivos que justificam a institucionalização do idoso, considerando-se ser assim um mecanismo de manutenção da integridade física do idoso. (Crispim, Albuquerque & Guerra, 2022; Barenys 1992; Graeff 2007).

Independente dos motivos que levam à institucionalização do indivíduo, os primeiros tempos na instituição são caracterizados pela sua adaptação, durante o qual as incertezas e o estigma da nova condição coexistem com a experiência de aprendizagem de novos padrões culturais. (Graeff, 2007). A transição para uma residência que, para muitos idosos, se traduz na sua última residência, implicando assim, mudanças na rotina e nos costumes, poderá levar uma pessoa idosa a um estado de choque (Barenys, 1992).

Graeff (2007, p.12) menciona que o idoso ao entrar na instituição partilha de uma: “*cultura asilar*” que implica, “(...) *compreender e incorporar esse conjunto complexo e*

hierarquizado de maneiras de pensar e agir, que são dados no próprio ritmo das relações estabelecidas em cada espaço social habitado.”

Neste sentido, Erving Goffman (1974,p.11) descreve as instituições totais como: *“um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam a uma vida fechada e formalmente administrada”*. No caso das ERPI, esta teoria aplica-se à padronização das rotinas diárias, ao controlo do tempo e das interações e à perda de papéis sociais previamente desempenhados.

As ERPI partilham assim diversas características das instituições totais, conforme definido por Erving Goffman. O sociólogo aborda que nas instituições totais, um grande número de indivíduos vive sob um regime altamente padronizado e formalmente administrado, com regras que determinam o quotidiano dos residentes. Como o próprio autor refere: *“Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspeto central das instituições totais pode ser descrito como a rutura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida.”* (Goffman, 1974, p. 17).

Ao comparar o conceito de instituições totais às ERPI, verifica-se que os residentes vivem, concretizam atividades e recebem cuidados dentro do mesmo espaço, sob a supervisão da mesma administração. A rotina diária é organizada de forma rígida, com horários estabelecidos para a alimentação, higiene e lazer, refletindo numa lógica de controlo institucionalizado. Goffman descreve esta estrutura como sendo um sistema hierárquico e normativo, no qual as atividades diárias são realizadas em conjunto com outros residentes, seguindo um plano imposto "de cima", por meio de regras formais e procedimentos administrativos (Goffman, 1974).

Medeiros (2012), identifica três características centrais das instituições: a segregação da pessoa idosa que implica um isolamento físico e também uma política segregadora, onde o tratamento é igualitário para todos os residentes, trata-se assim de uma política congregadora e um grau acentuado de controlo, como havíamos mencionado previamente que leva a uma limitação da autonomia.

O processo de institucionalização implica inevitavelmente a rutura de laços sociais e afetivos, fomentando a necessidade de criar vínculos emocionais. Quando essa rutura dos laços sociais não ocorrem de forma abrupta e irreversível, estabelecer novos vínculos é mais fácil e menos doloroso (Pereira, 2012). Também Goffman aponta este aspeto, considerando que caso a entrada para a instituição seja feita de forma voluntária, o idoso em questão já vai mais afastado do seu seio doméstico. (Goffman, 1974).

Para além destes aspetos, Pereira (2012, p.149) sublinha que a institucionalização implica um processo de reconstrução identitária: “(...) *perderam-se muitas identidades de papel tidas até então e ganharam-se outras. Será lícito esperar que até a componente mais estável da personalidade dos indivíduos careça de adaptação e de articulação com as novas identidades de papel. São expectáveis e compreensíveis, receios, resistências, amarguras.*” Ainda que alguns dos papéis possam ser restabelecidos, existem perdas que não podem ser recuperadas, o que poderá levar a um processo doloroso (Goffman, 1974).

A institucionalização dos idosos conduz, na maioria dos casos, à renúncia dos papéis familiares tradicionais, particularmente os de pais e avós, que, embora já tivessem perdido relevância ao longo do tempo, acabam por ser definitivamente enfraquecidos. Além disso, este processo pode implicar um afastamento significativo dos laços com a família de origem, nomeadamente irmãos, sobrinhos e outros parentes mais distantes. No entanto, em situações de adaptação bem-sucedida, a convivência diária com outros residentes e cuidadores pode contribuir para a formação de novos laços afetivos, transformando a comunidade institucional numa espécie de “família de adoção”, onde se estabelecem relações de proximidade e apoio emocional (Pereira, 2012).

Desta forma, consideramos que o idoso se encontra bem institucionalizado se este reunir uma série de critérios: se for bem acolhido na instituição, se conseguir estabelecer contacto com pessoas próximas, sejam amigos ou familiares, de forma a não se isolarem e nutrirem sentimentos como a solidão. As ligações afetivas próximas são de extrema importância para uma institucionalização saudável (Carvalho e Dias, 2011).

Neste sentido, ao mencionar a qualidade de vida do idoso institucionalizado, é necessário entender que esta não pode ser analisada apenas sob a perspetiva do alojamento e dos cuidados prestados. Trata-se assim, de um conceito multidimensional, que implica a valorização do percurso de vida do idoso, respeitando a sua identidade biográfica, os seus hábitos e costumes quotidianos e também a sua cultura, pois estas características dizem tanto sobre o seu passado e condicionam a forma como os idosos vivenciam o envelhecimento. Além disso, uma institucionalização bem-sucedida deve garantir o conforto, segurança e dignidade, promovendo um ambiente onde as transformações do envelhecimento sejam acompanhadas por estratégias que preservem a autonomia e bem-estar dos indivíduos (Pereira, 2012).

4.2 Idadismo e Violência no contexto das ERPI

O idadismo (*ageism* em inglês) foi introduzido em 1969 pelo psicólogo Robert Butler. Marques (2011, p.18) corresponde: “(...) *às atitudes e práticas negativas generalizadas*

em relação aos indivíduos baseadas somente numa característica, a sua idade.” É neste sentido que o gerontólogo Butler (1975), aprofundou esta definição, equiparando o idadismo a outros tipos de discriminação, tal como o racismo e o sexismo. Este processo promove uma distinção simbólica entre gerações, levando os mais jovens a afastarem-se dos mais velhos e contribuindo para o isolamento social da pessoa idosa.

O idadismo pode ser categorizado em três dimensões: afetiva (preconceito), cognitiva (estereótipos) e comportamental (discriminação) (Patient et al. 2024). A nível cognitivo, traduz-se em estereótipos que associam a velhice a senilidade, rigidez de pensamento, valores ultrapassados e competências desajustadas (Butler, 1975). Na dimensão afetiva, manifesta-se como preconceito, expresso em sentimentos negativos em relação ao idoso, mas que também podem assumir formas paternalistas ou piedosas (Marques, 2011).

É neste sentido que Patient et. al (2024, p. 8) abordam que o idadismo pode também assumir formas aparentemente positivas: “(...) *Por exemplo, o estereótipo « tontinho », mas querido» engloba crenças negativas e positivas que sugerem que as pessoas mais velhas não são tão competentes, mas que são simpáticas e amistosas.*”

Por fim, a dimensão comportamental diz respeito à discriminação da pessoa idosa, que muitas das vezes se traduz no abuso e violência contra a terceira idade. De acordo com Santos et al. (2013), a violência contra idosos pode assumir diversas formas, incluindo violência financeira, física, psicológica ou verbal, negligência, violência sexual e abandono.

Esta violência contra as pessoas idosas pode também ocorrer dentro das instituições residenciais. Muitas das vezes esta violência ocorre quando os colaboradores das instituições assumem uma postura de autoridade, impondo regras e decisões sem considerar a autonomia do idoso. Esta relação baseada na submissão e obediência forçada aumenta a vulnerabilidade dos residentes, favorecendo situações de abuso e perpetuando práticas de violência institucional (Alves et al., 2023).

Como potencial fator desta violência aponta-se a falta de formação profissional por parte dos colaboradores que não garante o funcionamento adequado dos serviços. Além disso, a falta de profissionais nesta área complica um acompanhamento individualizado da pessoa idosa, limitando assim a interação do idoso aos serviços básicos e padronizados, como a higiene pessoal e também a alimentação. (Marques, 2011).

Os maus-tratos às pessoas idosas nas estruturas residenciais podem manifestar-se de diversas formas, muitas vezes de forma subtil, mas com um impacto significativo na dignidade, autonomia e bem-estar da pessoa idosa. Incluem desde negligência e violência física até práticas institucionais que limitam a individualidade e os direitos dos residentes. Entre estas destacam-se atividades inadequadas, más condições de higiene, negligência no cuidado clínico e segurança, medicação incorreta, falha na segurança da

pessoa idosa, falta de comunicação, ignorar a identidade pessoal do idoso e as suas necessidades. (Lev, Dolberg e Lang, 2022).

De acordo com Lev, Dolberg e Lang (2022, p.27), existem dificuldades em dar respostas às necessidades dos idosos sobretudo em três domínios: *“Não atender às necessidades básicas dos moradores; Falha na abordagem personalizada das necessidades dos residentes; Falha no atendimento às necessidades sociais dos residentes.”* Entre os problemas mais comuns, destacam-se a alimentação inadequada ou o desrespeito por dietas específicas, bem como falhas na higiene, tal como a troca insuficiente de fraldas. (Alves et.al. 2023; Lev, Dolberg e Lang, 2022).

Para além da falta de cuidados a nível higiene, um aspeto crítico é a violação da privacidade, que ocorre sobretudo durante os horários do banho, quando os idosos podem ser expostos diante de outros residentes. Como salientam Lev, Dolberg e Lang (2022, p.29): *“A violação da privacidade pode ser inerente à experiência dos residentes em lares de idosos, devido à sua elevada dependência dos profissionais para a satisfação das necessidades básicas, como o vestuário, o banho e a higiene. Esta situação pode estar associada a sentimentos de vergonha e repulsa.”*

Relativamente ao confinamento, práticas como manter os idosos fechados nos quartos, impedir a entrada e saída da estrutura social ou até restringi-los fisicamente à cama ou cadeira sem justificação adequada, refletem graves formas de violação da autonomia (Alves et.al, 2023). O acesso ao exterior das residenciais que se encontra limitado aos residentes dos lares de terceira idade contribui para níveis mais elevados de solidão e preconceito de idade entre as pessoas idosas (ShpAkou et.al, 2021). Para além desta restrição, a falta de materiais confortáveis torna-se um problema grave: *“com mesas inadequadas, dificultando o conforto dos residentes em cadeiras de rodas e até mesmo causando feridas”* (Lev, Dolberg e Lang, 2022, p.27).

A nível da restrição sensorial, é frequente a imobilização prolongada de idosos com dificuldades de mobilidade, a ausência de atividades de estimulação, socialização e a falta de abertura da instituição à comunidade, agravando assim o isolamento social. Esta falta de socialização muitas vezes é perpetuada pelos próprios trabalhadores, existindo uma dificuldade em atender às necessidades dos residentes de forma individualizada, assim, as tarefas de cuidado são vistas como apenas tarefas do trabalho e não têm em conta os residentes, levando assim a uma maior desumanização e até a objetificação do idoso. (Lev, Dolberg e Lang, 2022).

Por fim, ao nível da integridade física e da comunicação, registam-se os comportamentos abusivos tais como empurrar, bater, arrastar ou tratar os idosos com brusquidão. A infantilização na comunicação, a utilização de linguagem inadequada, a discussão sobre os residentes na presença de outros colaboradores e a manipulação de

informações para gerar conflitos dentro da instituição são igualmente formas de violência institucional que afetam a identidade e a autoestima dos idosos. (Alves et.al. 2023).

4.2.1 Identidade no contexto das ERPI

A identidade de um indivíduo é moldada ao longo da vida, resultando da combinação das suas características pessoais, experiências e influências socioculturais, desde o seu nascimento até à sua morte. Para Baumeister (1997), a construção da identidade tem como início, nas experiências psicológicas que são consideradas fundamentais e universais, tais como a percepção daquele que é o próprio corpo e a consciência de pertencer a um certo grupo social. No entanto, a forma como a identidade é definida e interpretada pode variar, sendo moldada por diferentes contextos culturais e históricos, cada um com a sua própria conceção sobre o que significa ser um indivíduo.

Enquanto envelhecemos e a nossa identidade é aprimorada, questões como a preservação do nosso próprio valor social acabam por se destacar. Caradec (2016), defende que a identidade, na terceira idade é confrontada com duas grandes tensões. A primeira diz respeito ao “ser” e ao “ter sido” interligada à compreensão do período de vida à qual as pessoas idosas recorrem para sustentar o seu sentimento de valor pessoal, a sua autoestima e poder assim, estabelecer uma relação positiva consigo mesma. Por sua vez, a outra tensão revela-se na forma como, na terceira idade, os sujeitos se posicionam face à identidade que se associa à velhice. Assim, sempre que possível, os indivíduos que envelhecem procuram distanciarem-se dessa identidade socialmente estigmatizada e desvalorizada (Caradec, 2016).

Parece relevante abordar também o conceito de autoconsciência que se trata de um processo essencial na construção da identidade, enfatizando que o modo como um indivíduo se percebe a si mesmo, influencia diretamente a sua identidade ao longo da vida.

Como expõem Csikszentmihalyi e Rochberg-halton (1981, p. 3): *“Quando nos questionamos “Quem sou eu?”, recorreremos a fragmentos de informação ou sinais que representam o “eu”, os quais se tornam objeto de interpretação. No entanto, é impossível aceder simultaneamente a todas as emoções, memórias e pensamentos que compõem a identidade de uma pessoa. Em vez disso, utilizamos representações que condensam a ampla gama de experiências que moldam a identidade, permitindo-nos inferir o que constitui a autoconsciência.”*

Inclusivamente, os autores destacam que a autoconsciência é um processo dinâmico e contínuo, logo o “eu” nunca pode ser completamente conhecido, muito menos ser definitivo. Assim, a autoconsciência não deve ser considerada como algo fixo e imutável,

mas sim como um processo em permanente evolução, disposto a mudanças, correções e novos significados (Csikszentmihalyi e Rochberg-halton, 1981)

A nossa identidade e aquilo que nos define como “nós” próprios para além de ser caracterizado por aspetos psicológicos e físicos, existem outras componentes de tamanha importância que à primeira vista nos passem despercebidos. O conjunto de bens individuais, tais como os cosméticos que usamos bem como as nossas roupas têm uma enorme importância na relação com o eu (Goffman, 1974).

Conforme nos elucidava Goffman: *“A pessoa geralmente espera ter certo controle na maneira de apresentar-se diante dos outros. Para isso precisa de cosméticos e roupas, instrumentos para usá-los, ou consertá-los, bem como de um local seguro para guardar esses objetos e instrumentos, em resumo, o indivíduo precisa de um “estojo de identidade” para o controlo de aparência pessoal.”* (Goffman, 1974, p.28). Este “estojo de identidade” consiste numa das formas mais básicas de expressarmos a nossa identidade, o que acontece, muitas das vezes nas ERPI, é a padronização e utilização de vestuário para os residentes, o que leva a uma privação dos próprios pertences da pessoa idosa e a uma negação do seu “estojo de identidade”.

Outro aspeto bastante recorrente nas ERPI é a participação dos residentes em atividades que são propostas muitas vezes pelos animadores socioculturais, para Goffman (1974), esta consiste noutra forma de mortificação do eu, trata-se precisamente da participação do indivíduo em atividades que são incompatíveis com a sua conceção do eu, aceitando assim um papel com a qual ele não se identifica.

4.2.2 Autonomia no Contexto das ERPI

Os tipos de cuidados e até mesmo interações sociais que são proporcionados pelo cuidador são influenciados quer pelas necessidades subsequentes das condições físicas, psicológicas e sociais do idoso quer pelos conhecimentos, competências e perceções que o cuidador possui sobre o envelhecimento. (Fernández-Ballesteros, et. al, 2019).

Nas sociedades contemporâneas, segundo Fernández-Ballesteros et al., são apontados dois tipos de cuidados: o paternalismo e autonomia centrado na pessoa. O termo paternalismo surge nos finais do século XIX, como parte de uma crítica fundamentada no valor inerente da liberdade e da autonomia pessoal. É fortemente associado a atitudes de proteção extrema e segundo os autores: *“...são comumente entendido como uma violação da liberdade pessoal e da autonomia de uma pessoa (ou classe de pessoas) com uma intenção beneficente ou protetora.”* (Fernández-Ballesteros et. al, 2019a, p.1.)

Este modelo de cuidado, ao subestimar a capacidade do idoso, mitiga a autonomia da pessoa idosa, o que se traduz numa forte ameaça à qualidade de vida da pessoa idosa

(Rocha et. al, 2024). O comportamento paternalista face às pessoas idosas, pode desencadear também a estereotipização do papel do indivíduo idoso e criar barreiras em certos domínios da vida quotidiana do idoso, fomentando assim uma relação de dependência (Fernández-Ballesteros et. al, 2019b).

A autonomia é um princípio fundamental no cuidado à pessoa idosa, sendo amplamente reconhecida tanto na literatura ética e legal quanto nas práticas institucionais de cuidados de longa duração. O conceito de autonomia remete à capacidade do indivíduo para tomar decisões e agir de acordo com as suas próprias vontades e valores, sem interferências externas desnecessárias.

No contexto do envelhecimento, a autonomia assume uma dimensão complexa, pois está intrinsecamente ligada à capacidade funcional do idoso, às oportunidades que lhe são concedidas no ambiente em que reside e às concepções socioculturais que moldam a percepção da velhice. Nas ERPI, a autonomia está estritamente relacionada com a tomada de decisões e execução de todas as atividades da vida diária, desde a alimentação, descanso e sono, atividades exteriores e sociais dos idosos, até à sua higiene (Moilanen, Suhonen e Kangasniemi, 2025).

Nas ERPI, é comum apontar diversas restrições que comprometem a autonomia e até mesmo aquilo que se entende por direitos da pessoa idosa, tal como defende, em prática, o Estatuto da Pessoa Idosa. Entre estas práticas, destaca-se a limitação da circulação, onde os idosos apenas podem sair se forem acompanhados, mesmo na ausência de qualquer impedimento de saúde. Além disso, verifica-se frequentemente que tanto a família como a instituição controlam financeiramente os indivíduos.

Outras violações da autonomia, incluem o uso coletivo de vestuário, a falta de privacidade nos dormitórios, o cuidado impessoal e num tom infantil, bem como a padronização das rotinas, que desconsidera as preferências e necessidades individuais dos residentes. Adicionalmente, um aspeto que é visto como um tabu é a sexualidade da pessoa idosa, que é impossível de se exercer nestas estruturas. A restrição à sua própria sexualidade reflete-se numa negação da individualidade e da identidade dos idosos. A ausência de atividades estimulantes e oportunidades de participação também contribui para um ambiente institucional onde a autonomia é sistematicamente reduzida, reforçando um modelo que, em vez de promover um envelhecimento ativo e digno, perpetua práticas que limitam a autodeterminação e o bem-estar dos residentes (Monteiro e Nogueira, 2023).

A autonomia é um pilar essencial da cidadania da pessoa idosa, tendo em conta não só a satisfação das suas necessidades básicas, mas também a promoção da sua independência, liberdade e dignidade. Esta autonomia traduz-se na capacidade de tomar decisões sem interferências externas, garantindo o direito de pensar, escolher e agir em

conformidade com as suas crenças e valores. Dado o seu carácter estruturante na vida dos idosos, a autonomia não pode ser analisada de forma isolada, devendo ser compreendida no contexto histórico e social em que está inserida (Monteiro e Nogueira, 2023).

4.2.3 O Impacto do Idadismo na Identidade e Autonomia do Idoso

Uma característica única do idadismo, em comparação com a estereotipagem negativa de outros grupos baseados em características visíveis, como a etnia ou o género, é que as pessoas só são consideradas “idosas” quando atingem um determinado limiar definido pela sociedade, como fazer 65 anos ou chegar à reforma. Consequentemente, não tiveram as mesmas oportunidades que outros grupos para desenvolver mecanismos de adaptação a estes estereótipos negativos aos quais se encontram subitamente expostos.

Gutterman (2022, p.4) destaca que: *“Esta adaptação torna-se ainda mais difícil porque, ao chegarem à velhice, muitas pessoas carregam consigo estereótipos que assimilaram desde a juventude. O choque de perceber que essas percepções, geralmente negativas, agora se aplicam a si mesmas pode levar a um processo de interiorização, tornando o envelhecimento ainda mais desafiante e doloroso.”*

Complementarmente, Higgs e Gilleard (2020), propõem que o idadismo não pode ser compreendido apenas como uma ideologia generalizada, mas também como parte de um imaginário social mais amplo, em que a velhice é socialmente construída como uma fase fortemente conectada à vulnerabilidade, perda de autonomia e deterioração física.

Esta construção social negativa da velhice conduz ao fenómeno do *othering*, percepção da velhice como algo distante e estranho, incrementando a marginalização social da população idosa. Esta representação social, em que os idosos são compreendidos como menos atraentes, dependentes e frágeis, reforça estigmas e preconceitos, o que leva a um isolamento emocional e social, especialmente evidente no contexto das instituições residenciais (Higgs e Gilleard, 2020).

Ao viver nas estruturas residenciais existe a forte tendência de as pessoas idosas apresentarem níveis reduzidos de participação, autonomia na tomada de decisões, autoconceito e autoestima. Estes fatores, quando desvalorizados ou negligenciados, podem resultar em consequências adversas, como apatia e passividade, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida dos residentes (Crispim, 2021).

Torna-se, assim, imperativo adotar uma abordagem de cuidados que enfatize a importância do cuidado centrado na pessoa numa ERPI, onde cada idoso é considerado único, merecedor de respeito e que deve assim, ter a oportunidade de poder expressar as suas capacidades, pontos fortes e também as suas preferências.

4.3 Atenção Centrada na Pessoa Idosa

Ao longo de vários anos, os modelos tradicionais de cuidado oferecidos pelas ERPI foram fortemente influenciados por uma perspectiva universal, pontuada pelo modelo biomédico e paternalista. Neste tipo de cuidado tradicional, predomina a ideia de que os profissionais de saúde, por deterem conhecimento teórico e clínico, sabem o que é melhor para os idosos, assumindo, assim, uma posição de autoridade nas decisões sobre os seus cuidados. Esta abordagem hierárquica e institucionalizada traduz-se em rotinas padronizadas e rígidas, onde as necessidades individuais são frequentemente desconsideradas (Love e Kelly, 2011).

O modelo biomédico centra-se exclusivamente na doença, e continua a ser predominante na prática clínica, embora se tenha revelado insuficiente, por excluir aspetos essenciais do processo de adoecimento. Neste enquadramento, a doença é compreendida de forma padronizada, frequentemente afastada da experiência vivida e subjetiva da própria pessoa doente. Esta forma de modelo suscitou diversas críticas, dando origem ao desenvolvimento de um modelo biopsicossocial, que integra as dimensões subjetivas, psicológicas e sociais da doença, passando a considerar a pessoa de forma mais integral. Neste contexto, uma das abordagens atualmente defendidas para alcançar essa compreensão mais abrangente é o método clínico centrado na pessoa (MCCP), entendido como uma proposta inovadora no campo da prática clínica (Wanderley et al., 2020).

A transição do modelo biomédico para abordagens mais humanizadas, como o modelo biopsicossocial e o método clínico centrado na pessoa (MCCP), abriu caminho para o contributo incontornável de Tom Kitwood, que aprofundou este paradigma no domínio do envelhecimento e da senilidade. Contudo, o termo cuidado centrado na pessoa tem origem no trabalho do psicólogo americano Carl Rogers, que se debruçou sobre a experiência individual como fundamento e referência tanto para aspetos da vida como para o efeito terapêutico (Fazio et al., 2018).

Rogers considerava que cada indivíduo é um ser único, multidimensional e em constante desenvolvimento, logo, considerar dimensões relacionais, psicossociais, e até mesmo espirituais é tão importante como ter em conta as dimensões físicas na promoção do bem-estar. Carl argumentava ainda que o cuidado centrado na pessoa deveria incrementar o desenvolvimento do potencial humano, e que o profissional de saúde deveria criar três condições fundamentais para potenciar esse processo: aceitação incondicional, empatia e autenticidade. (Barbosa et. al, 2020)

Neste modelo, a intervenção assume um carácter não diretivo, competindo ao profissional criar um ambiente favorável que respeite e incentive a tendência de

autorrealização da pessoa, ou seja, a sua inclinação natural para crescer, evoluir e procurar o seu próprio bem-estar. Esta abordagem mantém-se relevante ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo na velhice, sendo fundamental proporcionar, mesmo em fases avançadas, oportunidades de aprendizagem contínua, desafios pessoais e relações interpessoais significativas (Barbosa et. al, 2020).

Kitwood, ao debruçar-se sobre o estudo da demência e focando-se nos laços sociais e nas relações que um indivíduo estabelece, acabou por reconhecer que os seres humanos são profundamente influenciados pela psicologia social que os envolve: “*A maneira como as coisas são feitas precisam estar em conformidade com o que é feito.*” (Love e Kelly, 2011, p.126). Contudo, esta valorização da dimensão relacional confronta-se com a rigidez estrutural das instituições residenciais, frequentemente organizadas segundo rotinas padronizadas e lógicas de eficiência. Como lembra Goffman (1974), as instituições totais tendem a limitar a individualidade e a autonomia, o que evidencia a tensão entre o ideal da ACP e as práticas quotidianas nas ERPI.

Ou seja, as autoras dão como exemplo a administração de medicação em indivíduos que se encontram institucionalizados em ERPI. Num cuidado orientado pelas rotinas gerais da equipa (o que se faz), a medicação é fornecida em horários padronizados, já num modelo pautado pela ACP, a medicação só é dada tendo em conta a preferência da pessoa idosa (como se faz). Tal como exemplificam: “*Deste modo, se uma residente de um lar tem por hábito acordar espontaneamente às 8h30, ela não deve ser acordada às 7h00 apenas para receber a medicação, pois esta prática representa uma lógica institucional. Pelo contrário, respeitar o ritmo e administrar a medicação quando está naturalmente desperta constitui uma prática verdadeiramente centrada na pessoa.*” (Love e Kelly, 2011, p. 126).

No entanto, este simples exemplo demonstra o dilema entre princípios e a prática: respeitar os ritmos individuais implica recursos humanos e organizacionais que muitas vezes não existem nas ERPI, o que levanta dúvidas sobre a efetiva viabilidade da ACP em contextos institucionais rigidamente estruturados.

A atenção centrada na pessoa baseia-se na prestação de cuidados e apoios personalizados, onde os indivíduos detêm poder de decisão, podendo fazer as suas próprias escolhas, mesmo que essas escolhas não sejam clinicamente recomendadas. Inclusivamente, este modelo envolve serviços e apoios baseados em valores que fomentam relações significativas e que honram o direito das pessoas à privacidade, ao respeito, à autodeterminação e à sua individualidade. As autoras destacam ainda a importância da utilização de vários termos, mostrando que, enquanto a comunidade médica tende a adotar expressões como “centrado no doente”, os próprios preferem ser reconhecidos simplesmente como “pessoas” (Love e Kelly, 2011). Todavia, esta

valorização simbólica contrasta com a prática institucional, onde a padronização frequente reduz o espaço de decisão efetiva dos residentes. Assim, a própria linguagem torna-se reveladora da tensão entre a concepção humanista da ACP e as limitações estruturais persistentes das ERPI.

Assim, o modelo centrado na pessoa é considerado por Love e Kelly como um “*modelo de referência*”. A atenção centrada na pessoa para além de promover o bem-estar global dos residentes e a preservação da dignidade humana, implica igualmente a necessidade de existir uma profunda transformação na estrutura organizacional, de forma a assegurar que as práticas e os resultados reflitam verdadeiramente os princípios deste modelo de cuidado. (Love e Kelly, 2011, p.125)

A ACP, no contexto dos serviços residenciais, é amplamente reconhecida como uma estratégia valiosa, por procurar adotar modelos de cuidados mais humanizados e adaptados às necessidades dos idosos que vivem em ERPI. Este modelo tem-se proliferado em vários países, tanto em instituições de carácter público como privados, como resposta ao modelo vigente tradicional, caracterizado como paternalista e profundamente vincado pelo modelo biomédico que era prejudicial ao bem-estar da pessoa idosa. As instituições associadas a este modelo tradicionalistas contam muitas vezes como características de instituições totais, como previamente discutido com o contributo de Goffman, e por serem, muitas vezes comparadas a hospitais. (Martínez, 2016).

Esta distância entre a proposta humanizada da ACP e as práticas ainda enraizadas em lógicas institucionais hospitalares, ajudar a compreender os riscos de perda de identidade e de autonomia no contexto da institucionalização.

Parte II: Investigação empírica

Capítulo 5: Metodologia

5.1 Questões, objetivos de investigação e seleção dos participantes

A definição clara das questões e dos objetivos de investigação é um passo essencial para orientar o percurso metodológico de qualquer trabalho desta dimensão. Nesta investigação, este enquadramento assume especial relevância por se tratar de um estudo qualitativo, desenvolvido sob a forma de estudo de caso centrado na análise de experiências subjetivas e representações individuais no contexto de ERPI.

Deste modo, antes de explicar as opções metodológicas e os procedimentos de recolha de dados, importa explicitar as perguntas que guiaram este estudo, os objetivos que se pretendeu alcançar e os critérios que fundamentaram a seleção dos participantes.

Relembramos as questões e os objetivos deste estudo, propostos previamente. Colocámos as seguintes questões de investigação:

- Como é que a institucionalização pode contribuir para a perda de autonomia e de identidade dos idosos?
- De que forma é que a abordagem ACP (Atenção Centrada na Pessoa) pode ajudar a mitigar este problema?
- De que modo é que a implementação do Modelo de Atenção Centrada na Pessoa em lares de idosos contribui para a preservação da autonomia e identidade dos residentes?

Em suma: Quais as representações sociais dos idosos institucionalizados relativamente à sua autonomia e identidade? E de que forma é que a vivência numa estrutura residencial, com ou sem práticas de Atenção Centrada na Pessoa, influencia essas representações no seu quotidiano?

Para tentar dar resposta a estas questões, e tendo como linha orientadora a investigação empírica, surge como principal objetivo analisar as perceções dos idosos institucionalizados relativamente à sua autonomia e identidade, bem como os impactos que a vivência em contexto residencial tem nas suas rotinas quotidianas e na forma como reconstroem a sua identidade. Desta forma, os objetivos específicos correspondem a:

- Analisar o modelo de Atenção Centrada na Pessoa (ACP): Verificar como a implementação do modelo ACP pode ajudar, ou não, a preservar a identidade e a autonomia dos idosos, mesmo em situações de dependência.
- Analisar a transformação da identidade da pessoa idosa após a institucionalização: Compreender como a mudança para um lar afeta a perceção de identidade da pessoa idosa, explorando o impacto da perda de autonomia e das novas rotinas impostas.
- Explorar as práticas de implementação do modelo ACP nos lares de idosos: Identificar práticas concretas, barreiras e facilitadores, bem como o impacto nas rotinas e no bem-estar dos residentes.
- Comparar a perceção dos idosos sobre a sua autonomia antes e depois da institucionalização, num lar sem o modelo ACP.
- Aferir se a implementação do modelo ACP contribui para a manutenção da identidade da pessoa idosa.
- Perceber se a ausência de práticas de ACP resulta numa perda mais célere da autonomia individual.

- Explorar a experiência da institucionalização através de retratos sociológicos: Aprofundar a vivência singular de cada idoso e perceber como as suas trajetórias e disposições individuais influenciam a forma como percebem e enfrentam a institucionalização.

Com base nas questões de investigação e nos objetivos delineados para o presente estudo, tendo em conta a opção metodológica qualitativa adotada, definiu-se que os participantes seriam homens e mulheres com 65 ou mais anos, atualmente institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Para garantir a pertinência e profundidade da análise, optou-se por incluir apenas oito indivíduos que se encontrem institucionalizados há pelo menos um ano, de forma a assegurar um tempo mínimo de adaptação à vivência em contexto residencial e permitir uma reflexão mais consolidada sobre as transformações na sua autonomia e identidade. Desta forma, como critérios de inclusão definimos que os participantes tinham que:

- Ter 65 ou mais anos;
- Usufruir do serviço de ERPI no Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, na vila do Tortosendo;
- Estar institucionalizado há pelo menos um ano;
- Apresentar um estado cognitivo e capacidade de memória válida para a participação na investigação. Esta avaliação é feita pela assistente social e pela diretora da instituição uma vez que conhecem e têm acesso às fichas técnicas dos utentes;
- Revelar disponibilidade e abertura para partilhar a sua experiência de vida, demonstrando interesse em falar sobre si e contribuir voluntariamente.

De forma a assegurar a fiabilidade dos dados recolhidos e respeitar os princípios éticos da investigação com populações mais velhas, foram também definidos critérios de exclusão, nomeadamente:

- Idosos com menos de 65 anos;
- Indivíduos que apresentem deterioração a níveis cognitivos ou mnésicos significativos, que impossibilitem a compreensão das perguntas e a articulação coerente das respostas, tal como identificado pela assistente social ou pela diretora técnica da instituição;
- Pessoas que não demonstrem disponibilidade ou interesse em participar, ou que se sintam desconfortáveis em partilhar aspetos da sua vida pessoal;
- Idosos que retirem o consentimento ou manifestem vontade de parar, em qualquer fase do estudo.

Para além da construção de retratos sociológicos dos residentes, que diz respeito a uma metodologia qualitativa detalhada, proposta por Bernard Lahire (2004,2005), procurou-se compreender as experiências individuais em profundidade, articulando a história de vida, disposições e contextos sociais.

Optou-se por realizar entrevistas com os profissionais que integram a equipa técnica da ERPI. Esta decisão decorre da necessidade de compreender não apenas a experiência subjetiva da institucionalização por parte dos idosos, mas também as práticas e perceções dos profissionais que, quotidianamente, interagem com os residentes e favorecem, ou condicionam, os princípios da atenção centrada na pessoa. Neste sentido, considerou-se que a inclusão da perspectiva da equipa técnica, enquanto agente institucional e relacional, permite enriquecer a análise das dinâmicas que contribuem para a preservação ou perda da identidade e autonomia dos idosos no contexto residencial.

Desta forma, a seleção dos entrevistados assumiu uma lógica intencional e estratégica, procurando incluir diferentes funções no interior da ERPI. A presença de uma diretora técnica, dois animadores socioculturais e auxiliares de ação direta permitiu captar múltiplas perspetivas sobre o quotidiano institucional. Privilegiaram-se, em particular, os profissionais que mantêm uma relação mais próxima e continuada com os residentes, como é o caso dos auxiliares, cuja atuação quotidiana tem um impacto direto na promoção (ou limitação) da autonomia e identidade dos idosos.

5.2 Modelo de Análise

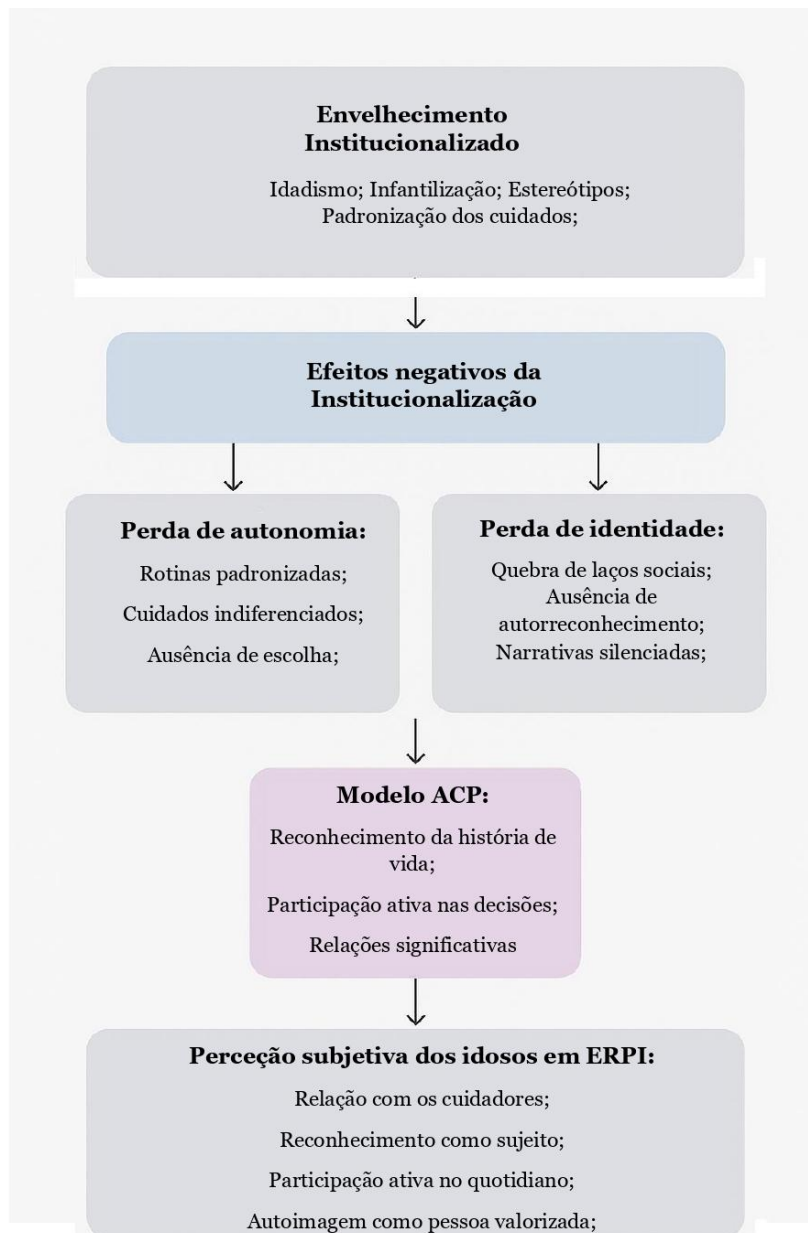


Figura 1. Fonte: Elaboração própria

5.2.1 Explicação do modelo de análise

O modelo de análise tem como função ligar a teoria à prática, esquematizando assim os conceitos que são abordados na parte teórica e que orientam a recolha de dados e posteriormente à análise dos dados obtidos. Desta forma, o modelo de análise da presente pesquisa prevê analisar três dimensões que estão interligadas: o envelhecimento institucionalizado, os efeitos da institucionalização na autonomia e identidade da pessoa idosa, e o papel mediador do modelo ACP. Estas dimensões estão

representadas graficamente na **Figura 1 – Modelo de Análise**, que sintetiza os eixos orientadores da análise empírica.

Tal como debatido previamente, o crescente **envelhecimento da população**, potenciado por fatores como o aumento da esperança média de vida e a fraca taxa de natalidade, têm levado a um incremento de idosos institucionalizados nas ERPI. Este aumento de idosos nas ERPI, deve-se às profundas transformações nas estruturas familiares, uma vez que há um enfraquecimento das redes de suporte, o aumento das famílias constituídas por apenas a família nuclear. Além das ruturas dos laços familiares, o aumento de doenças que necessitam de um cuidado mais personalizado, combinado a condições financeiras precárias, levam ao aumento da **institucionalização**.

Em contextos institucionais, o **envelhecimento** é frequentemente marcado por fenómenos de desfiliação, desvinculação social, práticas de infantilização e até condicionado por uma visão estereotipada da velhice, associada ao idadismo. A existência de rotinas padronizadas e rígidas, interligadas à despersonalização dos cuidados, contribui para um comprometimento da identidade e da autonomia da pessoa idosa. Tendo em conta os contributos de Goffman (1974), considera-se que a ERPI pode adquirir características de uma instituição total, onde a autonomia dos residentes é frequentemente substituída por regras padronizadas e por um sistema hierarquizado de controlo institucional.

Desta forma, a institucionalização acaba por colocar, ou não, os idosos numa posição vulnerável, onde as relações sociais e a individualização do cuidado é desfavorecida em prol da eficiência organizacional. De forma a mitigar estes efeitos, propõe-se a introdução de um modelo de cuidado centrado na pessoa, que funciona como elemento de mediação, com capacidade para atenuar os impactos negativos da institucionalização. Este modelo baseia-se na valorização da história de vida do indivíduo, na promoção de relações significativas, na participação ativa do residente nas decisões relativas ao seu quotidiano e na adaptação da ERPI às suas necessidades e preferências individuais.

Desta forma, a perceção que a pessoa tem de si mesma, enquanto sujeito autónomo, com identidade própria e a sua capacidade de escolha, acaba por ser influenciada, quer pelas práticas institucionais, quer pela presença ou ausência de uma abordagem focada na pessoa. A ausência desta abordagem pode intensificar sentimentos como inutilidade, perda de controlo e da autonomia e identidade.

Todas estas dimensões (o envelhecimento institucionalizado, os efeitos da institucionalização na identidade e autonomia, e o papel mediador do modelo ACP) são influenciadas pelos contextos sociais, culturais, históricos e geográficos em que os idosos

se inserem, bem como pelas estruturas sociais e pelos determinantes sociais tais como o gênero, a classe social, as habilitações literárias e os trajetos profissionais e familiares.

As biografias individuais de cada pessoa, são moldadas por experiências ao longo do ciclo de vida, desempenhando desta forma, um papel central na forma como a institucionalização é vivenciada e de que forma é que a autonomia é interpretada e identidade é preservada. Assim, desde os fatores macro até aos aspetos mais micro, todos eles contribuem para a construção da experiência individual de envelhecer numa estrutura residencial, bem como a forma como cada pessoa se posiciona face aos cuidados que recebe e à possibilidade de participar ativamente no seu quotidiano.

5.3 Opções metodológicas

Como se depreende da leitura dos objetivos, pretende-se analisar o ponto de vista dos idosos institucionalizados, sobre a forma como experienciam a sua autonomia e de que forma a sua identidade é ou não, preservada no contexto residencial. Com o objetivo de dar criar um espaço pautado pela partilha e valorizar as suas perspetivas, enquanto indivíduos que atribuem significados próprios à sua vivência quotidiana numa ERPI, a metodologia mais adequada para esta investigação é de cariz qualitativo.

A opção pela metodologia qualitativa implicou a exclusão de outras possibilidades metodológicas. A investigação quantitativa, ainda que possa ser útil para medir padrões gerais e comparar variáveis, seria insuficiente para captar a dimensão e riqueza das narrativas individuais e a complexidade das dinâmicas institucionais em estudo. Do mesmo modo, uma abordagem mista poderia ter alargado o leque de informação, mas poderia dispersar o foco da análise, quando o objetivo central desta dissertação é compreender em profundidade as representações subjetivas e as trajetórias de vida dos idosos em contexto de ERPI.

A metodologia qualitativa afirmou-se como uma abordagem essencial nas pesquisas em áreas das Ciências Sociais e Humanas, possibilitando assim, uma compreensão aprofundada e contextualizada dos fenómenos estudados. Esta abordagem destaca-se pela sua capacidade de explorar a complexidades das interações humanas, valorizando a subjetividade dos indivíduos. Por sua vez, esta metodologia tem origem e evolução estritamente ligados à necessidade de compreender os contextos socioculturais, históricos e subjetivos que moldam as práticas e as interações sociais, capturando nuances que são desconsideradas pela metodologia quantitativa, centrada em dados numéricos e estatísticos. (Silva e Faustino, 2024).

Flick (2007), considera que encontrar uma definição de investigação qualitativa, comumente aceite pelos investigadores, tornou-se algo difícil: “A *investigação*

qualitativa deixou de ser simplesmente definida como "não quantitativa", desenvolvendo uma identidade própria (ou talvez múltiplas identidades)." (Flick, 2007, p. IX). Ainda que existam múltiplas identidades desta metodologia, é possível identificar características comuns neste tipo de abordagem. Esta metodologia procura aproximar-se do mundo lá fora, fora de ambientes artificiais ou controlados como é o caso dos laboratórios, com o objetivo de compreender, descrever e também interpretar fenómenos sociais, partindo das perspetivas dos próprios atores sociais. (Idem, 2007).

Além disso, Silva e Faustino (2024), mencionam que os métodos qualitativos ao privilegiarem a análise de contextos específicos e de experiências individuais, tornam visíveis nuances e complexidades essenciais para uma melhor compreensão dos fenómenos estudados.

Nesse sentido, a investigação qualitativa privilegia o contacto direto com os contextos e experiências vividas, recorrendo, entre outros procedimentos, à análise das experiências de indivíduos ou grupos, as experiências podem estar relacionadas a: *“a trajetos de vida biográficos ou a práticas quotidianas ou profissionais; podem ser exploradas por meio da análise do saber do dia a dia, de relatos e de histórias de vida;”* (Flick, 2007, p.9) Adicionalmente, esta abordagem permite também analisar interações e comunicações em curso, com base na observação e registo das dinâmicas relacionais e comunicativas. (Idem, 2007.)

Um dos aspetos mais significativos da presente abordagem, diz respeito, à capacidade de dar voz aos participantes da investigação. Ao focar nas perspetivas, trajetos e experiências de vida dos indivíduos, esta metodologia permite aprofundar o estudo das realidades sociais e culturais, sendo relevante em estudos com população vulneráveis ou marginalizadas. Para além disso, outro aspeto relevante apontado por Silva e Faustino (2024), diz respeito ao papel central na avaliação e melhoria de programas e políticas sociais. Ao recolher dados detalhados sobre as perceções e vivências dos participantes, os investigadores conseguem apontar fragilidades e potencialidades das intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de políticas sociais mais eficazes e de respostas mais adaptadas às necessidades concretas das populações a serem estudadas.

5.3.1 Técnicas de recolha de dados

As técnicas de recolha de dados em metodologias qualitativas constituem um conjunto de procedimentos que visam aceder à experiência vivida, aos significados atribuídos e às práticas quotidianas dos participantes, em certos contextos sociais. A escolha deste método não se reduz à dimensão instrumental ou técnica, mas encontra-se intimamente ligada à natureza do objeto de estudo e ao propósito interpretativo da

investigação. Segundo Flick (2007), estas técnicas não são apenas formas de recolher dados, mas traduzem-se em espaços de construção, onde existe uma partilha de conhecimento entre investigador e os participantes, permitindo compreender os fenómenos sociais “a partir do interior” e em contextos naturais.

Tendo em conta os objetivos da investigação, optou-se por combinar dois métodos de recolha de dados: os retratos sociológicos e as entrevistas semiestruturadas. Os retratos sociológicos, inspirados na perspetiva de Bernard Lahire (2004), permitem reconstruir trajetórias de vida dos residentes, dando ênfase às disposições individuais, às práticas incorporadas e às estratégias subjetivas de adaptação à vida numa instituição. Esta abordagem privilegia uma discussão aprofundada e contextualizada, permitindo captar os sentidos atribuídos à institucionalização, bem como as experiências de perda ou preservação da identidade e da autonomia.

De forma a complementar e enriquecer o meu estudo, adicionar as entrevistas semiestruturadas dirigidas à equipa técnica da ERPI, incluindo direção, animadores culturais e principais auxiliares, possibilitaram o acesso a diferentes perspetivas institucionais sobre o cuidado, a organização das rotinas e a aplicação (ou não) dos princípios da ACP. A articulação entre estas duas técnicas, visa cruzar a perspetiva dos residentes com a dos profissionais, aprofundando a análise sobre os mecanismos institucionais que potenciam ou limitam a individualização do cuidado. Assim, esta combinação metodológica reforça a consistência e a densidade interpretativa da investigação, respeitando a complexidade do fenómeno em estudo.

Além da combinação de dois métodos qualitativos bastante enriquecedores, tal como é o caso dos retratos sociológicos e das entrevistas semiestruturadas, procedeu-se ainda à realização de uma observação direta, cuja relevância se destaca neste contexto. Esta observação foi orientada por uma grelha analítica previamente construída e permitiu, assim, registar de forma sistematizada, aspetos relacionados com as atividades desenvolvidas, as interações entre os residentes e os profissionais, as dinâmicas do quotidiano institucional e perceber de que forma é que as práticas ocorridas se alinham ou não, com o modelo de atenção centrada na pessoa.

De acordo com Ketele e Roegiers (1999), a observação é entendida como um processo que, mesmo quando aparenta ser livre, está orientado por um objetivo, ainda que seja apenas o de familiarização com o fenómeno em análise. Quanto mais definido estiver esse propósito, mais clara se torna a seleção do objeto observado e mais direcionada se torna a atenção do observador.

Embora esta técnica tenha sido utilizada de forma complementar, acabou por proporcionar uma compreensão mais profunda do contexto institucional, compreendendo as dinâmicas institucionais, e contribuindo simultaneamente para o

cruzamento de dados e para o reforço da robustez metodológica da investigação. A grelha permitiu registar, de forma estruturada, o tipo de participação dos residentes (autónoma, assistida ou imposta), se existe (ou não) espaço para a escolha pessoal, bem como o impacto observado sobre a autonomia e identidade do idoso. A versão da grelha de observação devidamente preenchida, encontra-se disponível no apêndice I.

5.3.2 Entrevistas semiestruturadas

Conforme referem Ketele e Roegiers (1999, p.22): *“a entrevista é um método de recolha de informações que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas selecionadas cuidadosamente, a fim de obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspetiva dos objetivos da recolha de informações.”*

Neste contexto, as entrevistas semiestruturadas integram-se como uma tipologia específica deste método. Trata-se de uma técnica amplamente utilizada nas investigações qualitativas, uma vez que é particularmente adequada quando se pretende explorar as perceções, práticas e significados atribuídos pelos participantes aos fenómenos sociais. Caracterizam-se por terem um guião que serve para orientar a entrevista, composto por temas e questões abertas, que permite ao entrevistador conduzir a conversa de forma flexível, respeitando o ritmo e a linguagem do entrevistado (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Segundo Flick (2004), este modelo de entrevista oferece um equilíbrio entre a estrutura de uma entrevista e também da espontaneidade, permitindo ao investigador focar-se nos objetivos da investigação, sem comprometer a liberdade de expressão do entrevistado. A entrevista semiestruturada é particularmente útil quando se procura compreender perspetivas subjetivas e experiências individuais, sendo especialmente eficaz na recolha de relatos profundos e contextualizados sobre temas complexos, como é o caso da institucionalização da pessoa idosa os seus impactos na autonomia e identidade.

No presente estudo, esta técnica foi utilizada com o objetivo de recolher testemunhos da equipa técnica da ERPI sobre o funcionamento institucional, as práticas de cuidado e a operacionalização (ou ausência) dos princípios da atenção centrada na pessoa. Desta forma, para a realização destas entrevistas foram realizados três guiões distintos, ajustados às responsabilidades e às funções específicas dos profissionais entrevistados – diretora técnica, animadores culturais e auxiliares de ação direta- com o objetivo de captar diferentes perceções sobre o funcionamento da ERPI e a aplicação ou não dos princípios da atenção centrada na pessoa.

O guião de entrevista da diretora técnica da ERPI (apêndice II), está estruturado em cinco grupo temáticos com várias questões, organizados de forma a captar, de forma abrangente, as perceções profissionais sobre o funcionamento institucional e a presença ou ausência dos princípios da ACP na prática quotidiana. O primeiro grupo diz respeito à recolha de dados sociodemográficos, com o intuito de contextualizar a trajetória da entrevistada, o seu tempo de exercício na função e sua familiaridade com o modelo ACP.

Por sua vez, o segundo grupo centra-se na instituição, abordando assim o enquadramento geral da mesma, podendo explorar o perfil dos residentes, quais os critérios de admissão, o tipo de relação com a família e com a comunidade e as possíveis alterações naquilo que se traduz a filosofia de cuidados.

A terceira componente do guião incide nas rotinas e na organização da instituição, de forma a compreender como é que as decisões são tomadas no dia a dia e em que medida é que os residentes participam nas mesmas, e se existe espaço para a personalização do ambiente e das práticas.

O quarto grupo, recai sobre as práticas de cuidado e a relação entre os cuidadores e residentes, retratando aspetos sobre a equipa, tais como a formação da mesma, os vínculos afetivos, o respeito pela individualidade dos residentes e a existência, ou não, de estratégias institucionais que promovam a empatia e a dignidade. Por fim, o quinto grupo de questões procura perceber o grau de familiaridade com o conceito de ACP, se existem orientações institucionais nesse sentido, quais os principais obstáculos identificados pela diretora e as possibilidades de flexibilização das normas em prol da autonomia e identidade das pessoas idosas.

O guião de entrevista dos animadores culturais (apêndice III) está dividido em oito grupos temáticos, concebidos para compreender o papel da animação sociocultural na promoção da autonomia, identidade e bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. O primeiro grupo reúne os dados sociodemográficos e profissionais da pessoa entrevistada, procurando contextualizar a sua experiência e eventual contacto prévio com o modelo ACP.

O segundo grupo, centra-se nas funções desempenhadas no quotidiano institucional, abordando as atividades promovidas, a articulação com outras equipas e a margem de liberdade para adaptar as atividades às preferências dos residentes. O terceiro grupo explora a forma como a identidade pessoal dos residentes é expressa e integrada nas atividades culturais.

A quarta componente incide sobre a autonomia e o protagonismo dos residentes no contexto das atividades, identificando barreiras e exemplos de participação ativa. O quinto grupo foca-se na relação com os residentes, nomeadamente no desenvolvimento de vínculos afetivos, na gestão de diversos perfis e na resposta a situações de fragilidade

emocional ou conflito. O sexto grupo é dedicado ao planeamento e avaliação das atividades, com destaque para os mecanismos de recolha de feedback e impacto percebido.

O sétimo grupo centra-se no modelo ACP, questionando o reconhecimento institucional da individualidade dos idosos, os limites do quotidiano institucional e possíveis sugestões para a criação de um ambiente mais humanizado e centrado na pessoa. Por fim, o oitavo grupo aborda os limites, dificuldades e sugestões identificados no exercício da função, com enfoque nas condições materiais e nos recursos disponíveis.

Finalmente, o guião de entrevista das auxiliares de ação direta (apêndice IV) encontra-se estruturado em sete grupos temáticos, com o objetivo de captar a perceção dos profissionais que mantêm um contacto mais direto e diário com os residentes.

O primeiro grupo recolhe dados sociodemográficos, percurso formativo e experiência profissional, incluindo a eventual formação em envelhecimento e no modelo ACP. O segundo grupo incide nas atividades diárias e na relação com os residentes, procurando compreender as rotinas, os momentos mais exigentes e o papel da afetividade no cuidado. O terceiro grupo aborda a identidade e a expressão pessoal dos residentes, com foco nas formas de comunicação, na valorização de objetos pessoais e na preservação de hábitos significativos.

O quarto grupo trata da autonomia e da identidade, questionando a possibilidade de escolha, a adequação dos cuidados às preferências individuais e a flexibilidade das rotinas. A quinta componente explora a sensibilidade das auxiliares ao modelo ACP, incluindo exemplos de respeito pelas vontades dos idosos, gestão de desejos inesperados e estratégias de valorização pessoal. O sexto grupo reúne questões sobre as principais dificuldades no trabalho, a gestão do envolvimento emocional e os efeitos do exercício profissional na perceção do envelhecimento e na relação com os residentes.

Por fim, o sétimo grupo, que conclui a entrevista, propõe uma reflexão pessoal sobre o que foi aprendido ao longo da experiência profissional com pessoas idosas, e de que forma é que esse contacto influenciou a perceção do envelhecimento e quais as aprendizagens que os auxiliares levam consigo dessa relação, promovendo um encerramento significativo e humanizado da conversa.

Quanto à formulação das perguntas que compõem os guiões de entrevista, estas foram construídas de forma a serem claras, compreensíveis e adequadas tanto aos objetivos do estudo como à linguagem e ao nível de compreensão dos entrevistados. Tendo em conta os diferentes perfis profissionais envolvidos, procedeu-se à adaptação específica dos guiões, respeitando assim as funções, responsabilidades e até mesmo o grau de envolvimento de cada grupo com o quotidiano institucional.

Neste sentido, as questões relacionadas com o modelo de ACP foram ajustadas à linguagem, ao campo de atuação e à experiência prática de cada entrevistado, de forma a captar com maior fidelidade as representações, dificuldades e potencialidades percebidas na sua aplicação.

Ainda que exista um guião de entrevista, as ordens das questões não são relevantes, uma vez que o objetivo é deixar o entrevistado falar abertamente, da forma que quiser e pela ordem que mais lhe convém (Quivy e Campenhoudt, 1998).

5.3.3 Retratos sociológicos

Os retratos sociológicos consistem numa metodologia qualitativa que procura traçar descrições detalhadas da vida social, focando-se nas experiências dos indivíduos ou grupos em certos contextos específicos. Esta abordagem preocupa-se em retratar a realidade social de forma vasta e variada, capturando o modo como as diferentes pessoas vivenciam o mundo a seu redor.

Nesse sentido, não se trata apenas de recolher dados objetivos, mas sim de investigar como as pessoas interpretam e atribuem significado às suas próprias experiências. Conforme Lahire (2005, p.26): *“De facto, a coerência (relativa) dos hábitos (dos esquemas ou disposições) que cada indivíduo pode ter interiorizado dependerá da coerência dos princípios de socialização aos quais ele foi submetido. Quanto mais um indivíduo tiver sido colocado, simultaneamente ou sucessivamente, no seio de uma pluralidade de contextos sociais não homogêneos, e por vezes mesmo contraditórios, mas essa experiência terá sido vivida de maneira precoce, e mais estaremos a lidar com um indivíduo com um património de disposições e hábitos e de capacidades não homogêneo, não unificado, variando segundo o contexto social no qual tenha sido levado a evoluir.”*

Desta forma, podemos comprovar que os indivíduos transitam entre diferentes comunidades e contextos, refletindo-se assim numa pluralidade de pertenças sociais e simbólicas, que contribui para a formação de um "património de disposições" que cada indivíduo possui, influenciando a sua identidade e o seu comportamento.

As experiências e os próprios significados encontram-se profundamente ligados às disposições dos indivíduos, que Lahire (2005), define como sendo estruturas duráveis de perceção, avaliação e ação, moldadas pelas suas experiências em diversos contextos sociais. As disposições são consideradas estruturas duráveis de perceção, avaliação e ação, internalizadas pelo indivíduo no decorrer das suas experiências de vida nos vários contextos sociais.

Estas mesmas disposições direcionam os comportamentos e as práticas dos indivíduos em certas situações, ajustadas pela interação entre a sua biografia pessoal e

as estruturas sociais onde se encontram inseridos. Lahire enfatiza: “(...) *De fato, basta construir a lista das disposições características de cada pesquisado para se dar conta de que cada indivíduo é o produto de uma mistura bastante sutil de disposições variadas e que, às vezes, não tem nada a ver umas com as outras ou, mais exatamente, que não mantem nenhum vínculo de necessidade lógica entre si*”. (Lahire, 2004, p.323) Desta forma podemos concluir que as disposições não são estáticas ou universais, mas sim múltiplas e variadas, tal como Bernard cita: “*Acima de tudo, o que salta aos olhos é a configuração relativamente heterogênea que cada patrimônio individual de disposições constitui.*” (Lahire, 2004, p.323).

Refletimos assim que a pluralidade de pertencas e experiências vividas pelos indivíduos e os comportamentos dos mesmos, não são resultado de uma única disposição, mas sim da mobilização seletiva de diferentes disposições em função dos contextos e estímulos sociais, refletindo assim a complexidade das experiências sociais e a pluralidade interna dos indivíduos.

Segundo Bernard Lahire (2004), o método dos retratos sociológicos assenta na realização de um conjunto de entrevistas repetidas com os mesmos participantes, abordando diferentes parâmetros das suas práticas quotidianas. O autor propõe a realização de seis entrevistas com cada um dos sujeitos, explorando temas como a escola, o trabalho, a família, a sociabilidade, o lazer, as práticas culturais e o corpo, incluindo questões relacionadas com saúde, alimentação, desporto e até mesmo estética.

Tal como previamente mencionado, esta metodologia permite uma vasta exploração da vida das pessoas, fornecendo uma profunda compreensão das perceções de autonomia, identidade, rotina e possibilitando também analisar as mudanças significativas que ocorrem na sua vida, principalmente antes e depois da institucionalização, um marco determinante na vida da pessoa idosa.

Assim, tendo em conta as características dos entrevistados (pessoas idosas), procedeu-se à realização de um guião de entrevista (apêndice V), que se encontra estruturado em três blocos temáticos, devidamente organizados para conseguir captar vivências passadas, perspetivas atuais e a sua experiência na instituição.

Com o principal objetivo de compreender de que forma a institucionalização impacta a autonomia e a identidade pessoal, identificar fatores que podem contribuir para a preservação ou não no contexto residencial torna-se imprescindível para garantir resultados significativos e aprofundados, que permitam não só caracterizar a realidade vivida pelos residentes, mas também oferecer contributos para práticas institucionais mais humanizadas e centradas na pessoa.

O primeiro bloco (Bloco A), denominado *Vida antes da institucionalização (raízes e rotinas)*, está subdividido em três grupos temáticos. O primeiro grupo (A1) aborda a

caracterização demográfica e as vivências familiares, permitindo conhecer a trajetória pessoal do idoso desde a infância até à fase anterior à sua institucionalização. O segundo grupo (A2) centra-se nas dinâmicas familiares, explorando a qualidade das relações afetivas e o processo de decisão que conduziu à institucionalização. O terceiro grupo (A3) foca-se nas rotinas enraizadas e nos valores de referência do entrevistado, procurando identificar práticas diárias, tradições, símbolos significativos e princípios que moldaram a sua vida.

O segundo bloco (Bloco B), intitulado *Experiência institucional*, divide-se também em três grupos temáticos. O primeiro (B1) investiga o processo de institucionalização, incluindo percepções sobre a tomada de decisão, o acolhimento, a adaptação inicial e a preparação formal oferecida pela instituição. O segundo grupo (B2) debruça-se sobre as relações sociais desenvolvidas no lar, quer com outros residentes, quer com a equipa de cuidadores, permitindo avaliar a percepção de apoio, respeito e integração social. O terceiro grupo (B3) foca-se na autonomia e identidade, recolhendo dados sobre a percepção de controlo pessoal, privacidade, manutenção da individualidade e participação nas decisões relacionadas com a sua saúde e o quotidiano, incluindo questões que permitem compreender a percepção que os idosos têm de si próprios e à experiência subjetiva de envelhecer num contexto institucional.

O terceiro bloco (Bloco C), designado *Vivências e perspetivas atuais*, está igualmente estruturado em três grupos. O primeiro (C1) aborda a perspetiva pessoal do idoso sobre o presente, explorando a sua satisfação com o dia a dia, com as fontes de bem-estar e o sentido de vida. O segundo grupo (C2) trata da integração social e vínculos afetivos, questionando a qualidade das relações internas e externas, a valorização da trajetória pessoal e os mecanismos para lidar com momentos de solidão ou de fragilidade emocional. Por fim, o terceiro grupo (C3) explora as expectativas para o futuro, a vontade de participação ativa na vida institucional e os ensinamentos adquiridos ao longo da vida, incluindo uma abertura para sugestões e reflexões finais.

5.4 Questões éticas

De forma a desenvolver uma relação de confiança com os entrevistados, para que a sua cooperação seja benéfica, é imprescindível que, logo, desde o início, o investigador informe os participantes sobre aqueles que são os objetivos da entrevista, qual a sua estrutura e qual o objetivo final da mesma. Para além destes aspetos, o pesquisador tem como principal função garantir a confidencialidade dos dados obtidos e assegurar que o entrevistado não tem qualquer problema que a conversa seja gravada, uma vez que a

gravação das entrevistas é fulcral, tendo em conta Quivy e Campenhoudt (1998, p76): “*é indispensável gravar a entrevista*”.

Considerando o papel central da investigação científica no avanço do conhecimento e na melhoria das condições de vida da sociedade, torna-se indispensável que esta seja realizada de forma ética, respeitando os direitos e a dignidade dos seus participantes. Assim, o consentimento informado, compreendido como sendo livre, esclarecido e voluntário, assume-se como um princípio fundamental da ética na investigação. (Comissão de Ética da UTAD, 2023).

Existem várias modalidades de consentimento informado, sendo que por escrito é a forma mais comum e recomendada. Desta forma, elaborou-se um documento de consentimento informado (apêndice VI), detalhando todas as informações claras do presente estudo. Este consentimento foi redigido de forma clara, com linguagem acessível e com todos os elementos essenciais para os entrevistados. Os participantes foram todos convidados a ler o consentimento, contudo, devido a problemas de visão e até mesmo por não saberem ler, procedi à leitura do mesmo.

Considerando que muitos idosos não se sentiam à vontade para assinar, devido à baixa escolaridade, optou-se pela forma oral do consentimento informado, sendo este gravado. Após explicar e apresentar-me, os entrevistados puderam tomar uma decisão fundamentada e de livre vontade.

Ao longo da entrevista, a relação entre o entrevistado e o investigador deverá tornar-se uma relação de confiança, fomentando uma certa familiaridade. Contudo, é necessário manter uma barreira e não criar intimidade com o entrevistado, não querendo limitar a espontaneidade do mesmo, devendo assim, promover o à-vontade de forma que o entrevistado tenha um papel central na entrevista, partilhando informações fundamentais para o nosso estudo (Lalanda, 1998).

Com o objetivo de proteger os entrevistados e garantir o seu anonimato, foram atribuídos nomes fictícios.

5.5 Descrição do contexto da pesquisa

A presente investigação foi realizada no Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), localizada na Vila do Tortosendo, no concelho da Covilhã. De acordo com os dados dos Censos 2021, residiam no Tortosendo 1.256 pessoas com 65 ou mais anos, número que representa um aumento face aos 1.150 registados em 2011. Estes dados refletem uma tendência de envelhecimento progressivo, característica de várias regiões de baixa densidade. ¹

¹ Informação retirada de INE – Instituto Nacional de Estatística, <https://tabulador.ine.pt>

Aproveitando a lã proveniente da Serra da Estrela, o Tortosendo há muito que se tinha tornado um centro de tecelagem, com várias fábricas que empregavam muitos jovens Tortosendeses e até de outras freguesias. A industrialização intensificou-se com a passagem de manuais para elétricos, nascendo assim uma próspera indústria que tendia a incrementar (Cardoso, 2010).

Segundo Cardoso (2010), o crescimento da indústria têxtil no Tortosendo deu origem a uma elite local economicamente privilegiada, cuja riqueza se destacava face aos padrões típicos da vila. Contudo, este cenário de aparente prosperidade revelou-se insustentável nas décadas seguintes. Após o 25 de Abril de 1974, a tensão social até então contida, tornou-se visível, com greves e movimentos reivindicativos que marcaram o setor. A maioria das grandes unidades industriais acabou por encerrar, e as tentativas posteriores de reativar a produção fracassaram, ditando o declínio económico e o fim de uma era que marcara profundamente o tecido económico e social do Tortosendo. (Cardoso, 2010).

O processo de industrialização, de prosperidade e posterior declínio económico contribuiu para a atual configuração demográfica da vila, marcada por uma elevada proporção de população idosa. Muitos dos residentes institucionalizados viveram intensamente estas transformações, tendo desempenhado papéis centrais na indústria local. Assim, o Tortosendo constitui um contexto particularmente significativo para analisar de que forma o percurso de vida, a memória social e a forma como envelhecimento é vivenciado, se cruzam na construção da identidade e na experiência de institucionalização dos idosos.

O Centro de Convívio e Apoio à 3.^a Idade (CCATI), como já anteriormente referido, é uma IPSS, fundada a 12 de abril de 1977. A sua criação resultou da iniciativa de um grupo de habitantes do Tortosendo que, no período pós 25 de Abril de 1974, reconheceu a necessidade de criar um espaço dedicado à população idosa. Foi assim que nasceu o Centro de Apoio à 3.^a Idade do Tortosendo, instituição que continua a desempenhar um papel relevante no apoio à comunidade envelhecida local. (CCATI, s/d).

O CCATI oferece vários serviços, destacando-se: Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Em regime de ERPI encontram-se 54 idosos e fornecem serviços de alimentação; cuidados de higiene e também de imagem, preservando a identidade da pessoa idosa; cuidados de saúde: assistência médica, enfermagem, administração de medicamentos e também contam com apoio de um fisioterapeuta e de uma psicóloga. Para além de todos estes serviços, também oferecem ainda acompanhamento psicossocial e promovem atividades para ocupar o tempo livre.

Já a nível de SAD, a equipa fornece apoio a idosos que se encontram a residir nas suas próprias habitações e necessitam de auxílio nas rotinas diárias. Este auxílio é selecionado pelos idosos, tendo em conta as suas necessidades, tendo a possibilidade de eleger os seguintes serviços: Alimentação; higiene habitacional e tratamento de roupa; convívio, higiene pessoal, aquisição de géneros e apoio médico ou enfermagem.

Em regime de Centro de Dia, o CCATI acolhe 22 idosos que, continuam a residir nas suas casas e beneficiam de apoio diário nas suas atividades básicas e sociais. Esta resposta social inclui fornecimento de refeições, cuidados de higiene, atividades de estimulação cognitiva e motora, bem como momentos de convívio e lazer, promovendo o bem-estar, a autonomia e a socialização dos utentes. O Centro de Dia constitui, assim, uma alternativa à institucionalização, permitindo à pessoa idosa permanecer no seu contexto familiar e comunitário, sem abrir mão do acompanhamento técnico e do apoio regular de uma equipa multidisciplinar.²

5.5.1 Descrição do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade

A estrutura residencial conta com 54 idosos em regime de ERPI, distribuídos em quartos individuais, quartos duplos (18), triplos (2) e camaratas (2). Os pisos são divididos por género, existindo assim um piso só para os homens, outro só para as mulheres e um piso misto, onde ficam, maioritariamente os casais que estão institucionalizados em casal. Apesar de o piso ser misto, os quartos não são partilhados entre casal, com o objetivo de preservar a saúde de ambos os utentes e para que a relação de prestador de cuidados e pessoa cuidada não continue a existir no lar. Cada quarto tem um armário pessoal para cada idoso, com a sua própria chave e todos os quartos têm televisão. A decoração dos quartos diz respeito aos utentes, muitos têm santinhos, fotografias de familiares e panos decorativos.³

Existe uma sala de convívio espaçosa, onde os residentes passam maior parte do seu tempo. Esta sala tem um projetor para que possam ver filmes, músicas no Youtube, conta também com uma televisão e computadores adaptados para os idosos, onde podem fazer palavras cruzadas, ler e até mesmo praticar escrita no *Word*. Na sala de convivência é onde realizam exercício físico, esta contem uma porta para as traseiras onde existe um espaço amplo para poderem fazer caminhadas.

A instituição conta ainda com um gabinete de enfermagem, um escritório para a Diretora técnica, um escritório para a psicóloga, um gabinete para o presidente da direção e para a principal escriturária. Existe também uma lavandaria, uma cantina

² Informação obtida na ficha de inscrição disponível no website: <https://ccati.webnode.com.pt/formularios/>

³ Informação cedida pela direção técnica do CCATI.

espaçosa, e de forma a facilitar a mobilidade e transporte de idosos existe elevador. A decoração do espaço conta com uma grande maioria de mobília de estilo antigo e nas paredes constam símbolos religiosos como terços e imagens de nossa senhora de Fátima, para além deste tipo de decoração, existem vários quadros expostos de utentes que têm como passatempo pintar.

Além de terem todo este espaço à disposição do utente, a instituição tem uma sala de *snoezelen*. *Snoezelen* trata-se de um ambiente multissensorial concebido para estimular os cinco sentidos, especialmente dirigido a pessoas com patologias neurológicas. É um espaço envolvente, marcado pelos jogos de luz, som, cor, textura e até sabor, onde os objetos são visualmente apelativos e podem ser tocados, explorados e manipulados, promovendo a curiosidade, o envolvimento e o interesse dos utentes. (Via Sénior, s/d).

Em Portugal, este tipo de terapia tem vindo a ser amplamente utilizada como uma abordagem não invasiva e segura no tratamento de diversas patologias, como o autismo, a depressão, a demência, as alterações comportamentais e a hiperatividade. Nas estruturas residenciais para pessoas idosas, as Salas *Snoezelen* foram concebidas para proporcionar estímulos sensoriais constantes, ajustáveis às necessidades individuais dos utentes. Os estímulos disponibilizados nestes espaços, podem ser combinados para criar experiências sensoriais adaptadas às preferências e ao estado emocional de cada pessoa. (Via Sénior, s/d).

Por exemplo, o colchão de água pode vibrar em sintonia com a música escolhida, enquanto aromas específicos são utilizados para recordar certas memórias ou induzir sensações de bem-estar. Estimular os sentidos num ambiente seguro e controlado contribui significativamente para a melhoria da autoestima, da regulação emocional e da qualidade de vida dos residentes. (Via Sénior, s/d). Não tendo conhecimento de que este lar detinha uma sala destas, foi importante acompanhar os idosos até à mesma. A sala é personalizada conforme cada utente e a música elegida é da preferência do mesmo.

5.5.2 Caracterização dos/as entrevistados/as

O grupo de entrevistados pode ser dividido em dois grandes grupos: os oito utentes, aos quais realizei entrevistas com o propósito de realizar retratos sociológicos, e a equipa técnica, procedendo à entrevista de 8 trabalhadores. O grupo de entrevistados incluiu a diretora técnica da instituição, dois animadores culturais e cinco auxiliares de ação direta. Esta diversidade permitiu recolher perspetivas complementares sobre a organização interna da ERPI, as práticas de cuidado, a relação com os residentes e o grau de implementação (formal ou informal) dos princípios da ACP.

Este grupo de entrevistados é composto por sete mulheres e apenas um homem, com idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos, sendo que a média de idades é de 39,75. Tal como pudemos observar, o cuidado à pessoa idosa, tanto no seio familiar como no contexto do trabalho, permanece profundamente associado ao género feminino. A concentração de mulheres nas funções observadas, sobretudo entre os auxiliares de ação direta, evidencia a relação histórica entre os papéis de género e as práticas de cuidado, reforçando a teoria de que mesmo em contextos profissionais, a arte do cuidar continua a ser culturalmente associado às mulheres.

Quanto ao estado civil, os perfis são diversificados, incluindo pessoas casadas, solteiras e divorciadas. No que diz respeito à formação académica, observa-se uma predominância de habilitações ao nível desde o 9º ano, ao ensino secundário, cursos técnicos tais como geriatria, sobretudo no caso dos auxiliares, contudo uma auxiliar destaca-se com uma licenciatura em cardiopneumologia, por sua vez, os animadores possuem ambos mestrado, um em ciências do desporto e o outro em comunicação e relações-públicas. Já a diretora técnica possui uma licenciatura em serviço social.

O tempo de exercício no cargo atual varia entre 6 meses e 24 anos, enquanto a experiência acumulada em ERPI oscila entre 4 e 24 anos. Esta informação é particularmente importante, uma vez que nos permite compreender a perceção sobre a evolução das práticas institucionais e se existiu, ou não, uma mudança nos cuidados em ERPI.

Relativamente à formação sobre o método ACP, apenas quatro profissionais referem ter recebido formação sobre o modelo, enquanto alguns afirmam conhecer os seus princípios através da prática e da experiência acumulada. De forma complementar, no caso dos auxiliares, foi questionado se obtiveram formação sobre o envelhecimento, tendo-se verificado que todos fizeram uma formação específica sobre o envelhecimento, onde abordaram também a questão de doenças mentais. Abaixo apresento uma tabela com os dados sociodemográficos detalhados de cada profissional entrevistado.

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e profissionais, enquanto a Tabela 2 sistematiza a informação relativa à formação académica e ao contacto com o modelo ACP e a formações sobre o envelhecimento.

Entre a Autonomia e a Perda de Si

Nome (fictício)	Género	Idade	Estado civil	Cargo	Tempo no cargo	Experiência em ERPI
Teresa	F	40	Casada	Diretora Técnica	7 anos	17 anos
Luísa	F	36	Solteira	Animadora Cultural	6 anos	12 anos
Ricardo	M	37	Divorciado	Animador Cultural	2,5 anos	12 anos
Sofia	F	37	Casada	Auxiliar de ação direta	8 anos	8 anos
Carla	F	28	Casada	Auxiliar de ação direta	6 meses	6 meses
Paula	F	55	Casada	Auxiliar de ação direta	4 anos	4 anos
Inês	F	46	Casada	Auxiliar de ação direta	24 anos	24 anos
Marta	F	39	Solteira	Auxiliar de ação direta	6 anos	13 anos

Tabela 1- Variáveis de caracterização demográfica e profissional dos entrevistados – Legenda: F= Feminino, M= Masculino; N/A, não aplicável. Fonte: elaboração própria.

Nome (fictício)	Formação Académica	Área de formação	Formação sobre ACP	A instituição segue alguma metodologia baseada no modelo ACP?	Formação sobre envelhecimento
Teresa	Licenciatura	Serviço Social	Não	Não de forma formal	N/A
Luísa	Mestrado	Comunicação e relações-públicas	Não	Informalmente sim	N/A
Ricardo	Mestrado	Ciências do Desporto	Sim	Não	N/A
Sofia	Licenciatura	Cardiopneumologia	Não	Sim	Sim
Carla	Ensino Secundário	N/A	Não	De forma informal	Sim
Paula	3º ciclo do ensino básico	N/A	Sim	Não	Sim
Inês	Secundário	Geriatría	Sim	Sim	Sim
Marta	Ensino Secundário	N/A	Sim	Sim	Sim

Tabela 2- Formação académica e conhecimento sobre ACP e envelhecimento dos entrevistados – Legenda: N/A, não aplicável. Fonte: elaboração própria.

5.5.3 Caracterização dos/as idosos entrevistados/as

Após a realização de entrevistas ao corpo técnico, passei então às entrevistas aos idosos institucionalizados na ERPI. Este grupo de entrevistados é composto por oito pessoas, sendo que 5 eram mulheres e 3 eram homens. Os residentes entrevistados apresentam idades compreendidas entre os 67 e os 93 anos, sendo que a média de idade é de 84 anos. O estado civil dos participantes é diversificado, incluindo pessoas viúvas (5), casadas (1), solteiras (1) e divorciadas (1). Quanto à filiação, a maioria destes idosos tem filhos, geralmente entre um e dois, evidenciando-se que estes laços desempenham um papel relevante no processo de adaptação institucional e na saúde mental. Apenas uma participante não tem filhos, mas mantém outras relações significativas com familiares próximos.

As habilitações escolares dos entrevistados refletem um cenário de baixa escolarização e dos contextos socioeconómicos em que cresceram, comum entre as gerações mais velhas: quatro participantes concluíram a 4.^a classe, dois frequentaram até à 3.^a classe, apenas um senhor concluiu o 6.^o ano de escolaridade, somente uma senhora é que não teve a possibilidade de ir para a escola. Todos os entrevistados estão reformados.

Em termos profissionais, antes da entrada na instituição, os participantes exerceram ocupações associadas a contextos socioeconómicos modestos, como operário de lanifícios, governanta, jardineiro, metedeira de fios (duas mulheres), costureira, passadeira e até vendedor de produtos químicos. Mais de metade dos entrevistados são naturais do Tortosendo (5), havendo duas entrevistadas, Maria e Rosa, que são provenientes de Alvoco da Serra e uma outra, Emília, que nasceu no Dominguiso.

No que diz respeito ao tempo de institucionalização, este varia entre um ano e 11 anos, sendo que Maria é a entrevistada que está há mais tempo no CCATI, uma vez que já se encontra em ERPI há 11 anos. As mulheres são aquelas que vivem há mais tempo no lar: a média é de quase 6 anos, enquanto a média do tempo de institucionalização nos homens é de aproximadamente 4 anos.

Entre a Autonomia e a Perda de Si

Nome (fictício)	Idade	Género	Estado Civil	Naturalidade	Tem filhos? (Quantos)	Religião ou fé tem importância?
Irene	92	F	Viúva	Tortosendo	2	Sim
Helena	82	F	Casada	Tortosendo	1	Não
Maria	88	F	Solteira	Alvoco da Serra	0	Sim
Emília	81	F	Viúva	Dominguiso	1	Sim
Rosa	93	F	Viúva	Alvoco da Serra	2	Sim
Rui	67	M	Divorciado	Tortosendo	2	Sim
António	89	M	Viúvo	Tortosendo	2	Sim
Joaquim	83	M	Viúvo	Tortosendo	2	Sim

Tabela 3 – Dados de Identificação e Percorso Pessoal - Legenda: F= Feminino, M= Masculino, Fonte: elaboração própria.

Nome (fictício)	Escolaridade	Profissão anterior	Com quem vivia antes?	Tempo de institucionalização	Grau de autonomia (ajuda ou independente)
Irene	4º classe	Costureira	Sozinha	1 ano	Ajuda
Helena	4º classe	Passadeira	Com marido	1 ano	Independente
Maria	4º classe	Governanta	Com madrinha	11 anos	Independente
Emília	4º classe	Metedeira de fios	Com marido	6 anos	Independente
Rosa	N/A	Metedeira de fios	Sozinha	10 anos	Ajuda
Rui	6º classe	Vendedor de produtos químicos	Com a mãe	1 ano	Ajuda
António	3º classe	Operário de lanifícios	Sozinho	1 ano	Independente
Joaquim	3º classe	Jardineiro	Sozinho	9 anos	Independente

Tabela 4 – Escolaridade, Profissão e Situação Institucional – Legenda: N/A, não aplicável. Fonte: elaboração própria.

Capítulo 6: Análise e discussão dos dados

6.1 Categorias de Análise

A análise dos dados empíricos foi organizada em torno de um conjunto de categorias definidas a partir da articulação entre a revisão de literatura e os objetivos desta investigação. Estas categorias permitem sistematizar os discursos dos trabalhadores e dos residentes, proporcionando uma leitura e análise consistente dos fenómenos associados à institucionalização, à preservação da identidade e da autonomia, bem como ao papel do modelo ACP na atenuação dos riscos associados à institucionalização.

Esta análise foi dividida em dois grandes blocos, correspondentes às diferentes perspetivas em estudo: o olhar dos profissionais e a voz dos residentes. Esta divisão permitiu captar, não só, as representações institucionais e profissionais sobre o envelhecimento e a vida em contexto institucional, mas também a experiência dos próprios idosos, tendo em conta os objetivos da investigação.

No primeiro bloco, centrado no olhar dos profissionais, procurou-se captar as representações dos trabalhadores sobre o envelhecimento e sobre a vida dentro da ERPI. A categoria “A velhice pelos olhos da equipa técnica” incide nas representações e nas imagens associadas ao envelhecimento. As “Perspetivas da institucionalização” abordam a forma como o lar é perspetivado, seja como um refúgio, obrigação ou uma decisão em último recurso. Na categoria “Rotinas e controlo institucional” analisa-se forma como as rotinas são organizadas, qual a sua rigidez ou flexibilidade e qual o seu impacto na vida diária dos utentes. Já na “Autonomia dos residentes” analisou-se o modo como os profissionais fomentam, ou não, a capacidade de escolha e independência dos idosos. Na categoria “Identidade e personalização do cuidado”, analisou-se a prática que valoriza a história de vida do idoso, os gostos pessoais e a sua individualidade. A categoria sobre “Aplicação do modelo ACP” incide no grau de conhecimento e aplicação, ou não, da prática da atenção centrada na pessoa. Por fim, a construção da categoria “Relação emocional e afetiva com os residentes” teve como objetivo compreender os vínculos pessoais, afetos e limites emocionais que emergem no cuidado. Este bloco termina com uma “Análise global” das entrevistas, onde se sistematizam as principais ideias e tendências observadas.

No segundo bloco, dedicado à voz dos residentes, as categorias incidem na experiência subjetiva da institucionalização. A categoria “Trajetórias de vida e percursos profissionais” valoriza a biografia e a memória individual como elementos estruturantes da identidade. “Rotinas institucionais e práticas quotidianas” centra-se na forma como

os idosos vivenciam os ritmos e as regras da instituição. Em “Família, vínculos afetivos e redes de apoio”, analisa-se a importância das relações familiares e das redes de proximidade para a continuidade da pertença social. A categoria “Autonomia e identidade em contexto institucional” explora as representações dos residentes sobre a manutenção ou perda da sua autonomia e também da sua identidade. “Adaptação, resistência e negociação com a instituição” procura analisar as estratégias que os próprios idosos definem para lidar com a realidade institucional. Em “O papel das atividades e da personalização do espaço” diz respeito à relevância das atividades que os utentes realizam dentro da ERPI e a personalização do ambiente e de que forma isso preserva o bem-estar. Por fim, “Retratos sociológicos dos residentes: aproximações e distâncias” é a última categoria onde se procura articular as narrativas individuais, identificando convergências e diferenças nos percursos de vida, expectativas e as diversas formas de adaptação.

6.2 A Institucionalização pelo Olhar dos Profissionais

Para compreender a institucionalização da pessoa idosa em estruturas residenciais, não se deve prescindir da análise das representações e práticas dos profissionais que, diariamente, cuidam de pessoas idosas em contexto institucional.

Os profissionais que trabalham nas estruturas residenciais, cuidadores, técnicos superiores, auxiliares e os seus dirigentes, fornecem perspetivas privilegiadas para perceber como é que a institucionalização é vivida e operacionalizada na prática, quais os fatores que contribuem para a preservação (ou não) da autonomia e da identidade dos residentes. Tal como analisado por Goffman (1974), nas instituições totais, são precisamente as rotinas, as regras e as interações diárias que moldam e condicionam a experiência individual, podendo reforçar dinâmicas de conformismo, vigilância ou até mesmo resistência. Além disso, importa compreender como os profissionais interpretam e traduzem (ou não) os princípios da Atenção Centrada na Pessoa no seu quotidiano profissional.

6.2.1 A velhice pelos olhos da equipa técnica

Todos os profissionais entrevistados expressaram perspetivas próprias sobre a velhice, revelando diferentes imagens da pessoa idosa, do seu valor e da sua condição em contexto institucional. Estas perspetivas não são neutras, são resultado de experiências acumuladas no contacto direto com os residentes, muitas das vezes, moldadas pela exigência emocional, física e moral na exigência que caracteriza o trabalho de cuidar.

Tal como nos comprova o estudo de Genaro et al. (2025), os cuidadores constroem as suas perceções acerca da velhice a partir de uma experiência influenciada

pela sobrecarga física, isolamento social, privação do sono e ansiedade. Estes fatores são condicionantes na forma como os cuidadores percebem a autonomia, a fragilidade e a dignidade da pessoa idosa.

Estas condições, favorecem uma visão dualista da velhice: ora associada à sabedoria e afeto, ora entendida como uma carga ou uma limitação. Esta contradição manifesta-se no discurso dos profissionais entrevistados. Por um lado, muitos reconhecem o valor dos idosos enquanto sujeitos do saber e afetividade: “(...) *São um poço de sabedoria, para mim. (...) Ainda hoje aprendo muita coisa com eles...*” (Inês, 46 anos, 12^o ano, auxiliar). Algo que também se reflete noutros discursos, é a vontade dos residentes em manter um papel ativo e relacional: “(...) *Eles adoram mostrar que ainda são úteis. (...) “Eles são os avós que eu nunca tive.”*” (Luísa, 36 anos, mestrado em Comunicação e relações-públicas, animadora cultural).

Por outro lado, surgem também representações marcadas pela exaustão e pela percepção da velhice como desafio ou obstáculo: “(...) *Tornam-se egocêntricos, querem tudo ao mesmo tempo. É difícil lidar com diferentes feitios.*” (Marta, 39 anos, 12^o ano, auxiliar).

Esta dualidade expressa não só as tensões do cuidar, mas também revela como é que as representações da velhice podem, em determinados contextos, reforçar estereótipos ou limitar o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito ativo. Esta dualidade nos discursos dos profissionais confirma o paradoxo destacado por Medeiros (2012), ao mesmo tempo que se celebra a longevidade, tende-se a negar o valor social aos idosos. Ademais, Gilleard e Higgs (2010), sublinham que as conceções sociais da velhice distinguem entre uma visão ativa e valorizada e outra, marcada pela dependência e pelo declínio, uma tensão que se torna particularmente visível no quotidiano institucional.

6.2.2 Perspetivas da institucionalização

A forma como os profissionais percebem a estrutura residencial influencia diretamente o modo como interagem com os residentes e compreendem o seu papel enquanto prestadores de cuidado. Tal como sublinhado por Goffman (1974), a instituição total tende a impor uma organização do tempo, do espaço e das interações que transformam profundamente a experiência individual. No entanto, a forma como a institucionalização é encarada pelos profissionais revela-se diversa e, por vezes, contraditória: os profissionais entrevistados expressam diversas visões sobre as ERPI, são vistas como um refúgio e uma casa prestadora de suporte e cuidado ou associadas à solidão, rutura familiar ou até mesmo ao abandono.

A institucionalização é apontada como uma necessidade, uma vez que poderá promover o bem-estar da pessoa idosa, desde que as instituições promovam espaços

onde a autonomia, interação social e prática de atividades benéficas, sejam estimuladas nas residências (Ferreira et al. 2025). Alguns profissionais reconhecem que a entrada na instituição é muitas vezes vista como uma oportunidade de recuperação das mobilidades e de suporte: *“Quando mais cedo as pessoas entrarem, conseguem aproveitar melhor aquilo que a instituição tem para lhes dar.”* (Ricardo, 37 anos, mestrado em desporto, animador cultural).

Esta leitura de Ricardo, coexiste com a visão pragmática de Teresa, que entende que a institucionalização é uma etapa previsível do ciclo de vida familiar e como resposta à limitação dos cuidados domiciliários: *“Pondero ser institucionalizada... os meus pais também têm noção que um dia não vamos conseguir cuidar deles.”* (Teresa, 40 anos, licenciada em serviço social, diretora).

Por outro lado, alguns profissionais reconhecem que os idosos quando dão entrada na instituição, é muitas das vezes motivada pela ausência de apoio familiar, ou por existir uma sobrecarga doméstica. De facto, como referem Carvalho e Dias (2011), a institucionalização tende a surgir como a única alternativa viável quando os idosos se encontram desprovidos de suporte familiar, afetivo ou económico. Esta limitação das redes de apoio é agravada pelas transformações nas estruturas familiares contemporâneas, que se traduzem numa escassez de cuidadores disponíveis (Pimentel, 2012; Pimentel e Albuquerque, 2010), reforçando o sentimento de incapacidade das famílias em manter os cuidados no domicílio (Carvalho, 2009): *“Vêm por causa da solidão, não têm ninguém que os cuide.”* (Paula, 55 anos, 9.º ano, auxiliar). Esta constatação é partilhada por outros profissionais, que associam a institucionalização à inevitabilidade decorrente das limitações familiares na prestação de cuidados: *“Por mais que a gente ame os nossos familiares, chega uma altura que a gente não consegue mesmo cuidar.”* (Carla, 28 anos, 12.º ano, auxiliar).

Para além desta variedade de discursos em relação aos lares de terceira idade, há quem ainda questione o modelo institucional e defenda formas mais familiares: *“Ter residências familiares, o lar não é onde eles cresceram, viveram...”* (Marta, 39 anos, 12.º ano, auxiliar).

Estas perspetivas contraditórias confirmam que a institucionalização, vista como espaço de proteção, como um espaço onde poderá ocorrer uma rutura, reflete as transformações descritas pela teoria da modernização proposta por Cowgill e Holmes (1972). Segundo os autores, a modernização tende a reduzir o estatuto social dos idosos, enfraquecendo o seu papel nas famílias e na comunidade. Assim, as ERPI surgem como uma resposta social à fragilidade das redes tradicionais de suporte, ao mesmo tempo que simbolizam a marginalização da velhice nas sociedades modernas.

As representações dos profissionais, moldam não só a forma como estes se posicionam no cuidado, mas também influenciam diretamente o grau de autonomia e a valorização da singularidade de cada residente.

6.2.3 Rotinas e controlo institucional

A imposição de rotinas rígidas nas ERPI é amplamente reconhecida pelos profissionais entrevistados, que descrevem as práticas quotidianas marcadas por horários padronizados para acordar, tomar banho ou comerem as refeições. Tal como defende Goffman (1974), nas instituições totais a organização do tempo, do espaço e das interações tende a seguir uma lógica fechada e hierarquizada, que limita a expressão individual e reforça a conformidade. Esta uniformização dos cuidados pode comprometer a perceção de autonomia dos residentes e afetar a sua identidade pessoal (Goffman, 1974; Pereira, 2012).

Vários testemunhos referem que os residentes perdem progressivamente a capacidade de decidir sobre simples aspetos da vida no dia a dia, como a escolha da roupa:

“É pena que muitos deles deixam depois de ter essa rotina, de escolher a roupa, e depois o padrão institucionalizado acaba por ser usado. (...) Chega-se ali, vai-se tirar (a roupa) e não se pergunta, que eu acho que é esse o mal.” (Inês, 46 anos, 12^o ano, auxiliar.)

Em relação à autonomia e às restrições de certas atividades, é por vezes justificada por razões de segurança, ainda que vá contra a vontade expressa da pessoa idosa: *“Já aconteceu um utente querer tomar banho àquela hora e sozinho e a gente não deixa, é por segurança deles.”* (Carla, 28 anos, 12.^o ano, auxiliar.) Outros profissionais da ERPI, mencionam que os residentes se veem obrigados a adaptar-se a horários impostos pela lógica institucional, contrariando o seu próprio ritmo: *“Eles sentem que poderiam ficar mais um bocadinho na cama, tomar o pequeno-almoço mais tarde (...) tiveram que se adaptar e devia ser o contrário.”* (Luísa, 36 anos, animadora cultural, mestrado em comunicação e relações-públicas.)

Esta crítica é reforçada por outros trabalhadores, que comparam a rigidez das rotinas institucionais a um modelo escolar: *“É um bocadinho como na escola: entras a esta hora, saís àquela, tens intervalo... Acho que a questão dos horários podia ser mais flexível.”* (Ricardo, 37 anos, animador cultural, mestrado em desporto.)

Este tipo de organização do quotidiano remete para o que Kitwood (1988, Love e Kelly, 2011) criticava no modelo tradicional de cuidado: uma abordagem completamente centrada na tarefa e na rotina, e não na pessoa, onde a eficiência se sobrepõe à relação

pessoal, contribuindo para a despersonalização do idoso. Mesmo quando há tentativas de personalização, estas decorrem dentro de um quadro organizacional rígido: *“Temos de seguir uma rotina, mas ela é pensada também nas necessidades de cada utente.”* (Teresa, 40 anos, diretora, licenciada em serviço social). De forma semelhante, outros trabalhadores procuram conciliar as rotinas institucionais com alguma flexibilidade no quotidiano, reconhecendo a importância de ajustar as práticas às necessidades concretas dos residentes: *“Temos de seguir as rotinas, mas tentamos não ser muito rígidas.”* (Paula, 55 anos, 9.º ano, auxiliar)

Contudo, a escassez de recursos humanos surge como uma limitação estrutural à implementação de práticas verdadeiramente centradas na pessoa: *“Temos de gerir o tempo, são 54 idosos para 3 ou 4 funcionários. No final do dia eles descompensam, estão mais cansados.”* (Marta, 39 anos, 12.º ano, auxiliar).

Este desafio é discutido por Moilanen, Suhonen e Kangasniemi (2025), que reconhecem que a autonomia dos residentes está limitada não apenas pelas ações dos profissionais, mas também pelas condições institucionais em que o cuidado é prestado. Como afirmam Monteiro e Nogueira (2023), assegurar a autonomia implica rever criticamente as rotinas e reorganizar os recursos, de forma a garantir que a pessoa idosa seja tratada como sujeito ativo e não apenas como alguém que necessita de ser cuidado. Mesmo quando justificadas pela segurança ou organização interna, as rotinas institucionais acabam por moldar comportamentos e silenciar preferências individuais, colocando em segundo plano a liberdade e a expressão pessoal dos residentes.

6.2.4 Autonomia dos residentes

Como analisado no ponto anterior, a autonomia das pessoas idosas que residem em lares é reconhecida como um princípio fundamental na abordagem centrada na pessoa, sendo considerada essencial para preservar a dignidade, o bem-estar emocional e o sentimento de continuidade da sua própria identidade (Kitwood, 1988, Love e Kelly, 2011; Hedman et al., 2017; Van Loon et al., 2024).

No entanto, a autonomia nas ERPI é frequentemente condicionada por dinâmicas institucionais marcadas pela rigidez das rotinas, pela lógica da eficiência e pela escassez de recursos humanos. Como referem os testemunhos dos profissionais, os residentes veem-se, muitas vezes, impedidos de tomar decisões sobre simples aspetos do seu quotidiano, como o vestuário, a alimentação, o horário do banho ou a participação nas decisões. Em atividades como a alimentação ou a higiene pessoal, os profissionais reconhecem que nem sempre é possível respeitar a vontade individual dos utentes, mesmo quando esta é expressa de forma clara.

Ainda assim, alguns membros da equipa técnica revelam esforços para integrar os residentes na organização da vida institucional, procurando escutá-los e valorizar as suas preferências:

“Há quem goste de tomar, por exemplo, o banho sozinho, e a nossa função é vigiar ou ajudar só onde não conseguem. (...) Não é por ter tido um AVC (...) porque não dar a escova de dentes à mão que consegue?” (Inês, 46 anos, 12.º ano, auxiliar).

Esta tensão entre a norma institucional e a escuta da pessoa idosa foi aprofundada por Van Loon et al. (2024), os autores defendem que a autonomia não se resume à capacidade funcional ou cognitiva, mas implica a possibilidade de participar nas decisões que afetam diretamente o dia-a-dia. A criação de espaços de diálogo e colaboração pode levar a alterações nas práticas diárias, como adaptar rotinas, responder atempadamente a pedidos e clarificar responsabilidades, contribuem significativamente para a vivência da autonomia pelos residentes.

Valorizar a autonomia como um direito a decidir e a ser ouvido é particularmente relevante quando se trata de práticas quotidianas muitas das vezes padronizadas. Alguns profissionais reconhecem que, apesar das limitações organizacionais, procuram promover a escuta e adaptar rotinas às preferências individuais:

“Gosto de seguir as preferências individuais dos residentes, mas sem sair das rotinas. Por exemplo se ao lanche me pedirem um pão com queijo em vez de manteiga, pois não gostam de pão com manteiga, eu não vou dar o pão com manteiga, facilito e dou o pão com queijo, contudo se me pedem um bolo eu não posso dar o bolo...” (Sofia, 37 anos, licenciada em cardiopneumologia, auxiliar).

Contudo, esta situação apontada por Sofia acaba por ilustrar o risco de uma autonomia meramente formal, delimitada por regras que já estão pré-definidas e que, embora permitam pequenas escolhas, não reconhecem verdadeiramente a vontade do residente. Esta ideia é reforçada pela auxiliar Marta, que alerta para práticas que limitam a liberdade dos idosos: *“Movimentar-se livremente para um sítio que eles queiram, já vi ser impedido.”* (Marta, 39 anos, 12.º ano, auxiliar). Ainda que alguns discursos revelem um esforço consciente de valorização da autonomia, o seu grau de concretização varia significativamente consoante os profissionais e os contextos. Ricardo, por exemplo, expressa uma perspetiva mais ampla: *“Sim, têm autonomia. Podem dar sugestões, sair, não participar, fazer a sua própria atividade.”* (Ricardo, 37 anos, animador cultural, mestrado em desporto).

Complementarmente, Hedman et al. (2017) salientam que o cuidado promotor da autonomia exige mais do que intenção, requer uma escuta ativa, sensível e continuada, capaz de captar as vontades dos residentes, mesmo quando expressas de forma não verbal. As autoras alertam para o peso das normas implícitas e da rotina institucionalizada, que, muitas vezes, limitam a participação real e o exercício da vontade dos idosos.

A análise dos testemunhos evidencia que a autonomia dos residentes é vivida de forma desigual e frequentemente limitada por rotinas e normas institucionais. Ainda que existam práticas voltadas para a vontade individual, estas continuam condicionadas por fatores estruturais como a escassez de tempo, os recursos disponíveis e a cultura organizacional ainda dominante. Promover a autonomia, nestes contextos, exige mais do que vontade pessoal dos auxiliares, requer transformações institucionais que tornem a escuta ativa e a escolha possíveis no quotidiano.

6.2.5 Identidade e personalização do cuidado

A preservação da identidade dos residentes está intimamente ligada ao respeito pela sua autonomia e à possibilidade de manterem uma relação continua com a sua história de vida. Se a autonomia permite exercer escolhas, a personalização do cuidado deve assegurar que essas mesmas escolhas se fundamentam em quem a pessoa é, nos seus gostos, rotinas, afetos e referências. Assim, cuidar não é apenas responder a necessidades funcionais, mas reconhecer e valorizar a história de vida que cada idoso carrega consigo.

No contexto institucional, que é fortemente marcado por rotinas rígidas e procedimentos padronizados, preservar a identidade torna-se uma tarefa complexa. Tal como apontava Goffman (1974), a entrada numa instituição que se caracteriza como total, tende a suprimir expressões pessoais e traços distintivos, impondo, desta forma, uma nova forma de estar que muitas das vezes não vão ao encontro das referências pessoais.

A utilização de um certo tipo de objetos, gestos próprios e hábitos de uma pessoa é apontada como um estojo identitário (Goffman, 1974) que permite a continuidade do “eu” tanto no tempo como no espaço. A perda deste estojo ou a impossibilidade de aceder a certas características, compromete a identidade e a coerência biográfica e até mesmo sentimento de pertença.

Certos cuidadores demonstram uma sensibilidade particular para estes aspetos e procuram integrar, no cuidado, elementos que reforçam a identidade dos residentes: “*A roupa tem a ver com a nossa identidade e depois vêm para as instituições e muitas das vezes já são vestidos nada a ver com a identidade da pessoa.*” (Inês, 46 anos, 12.º ano,

auxiliar). Esta atenção ao detalhe prolonga-se em gestos quotidianos que valorizam as preferências individuais: *“Uns gostam de ser tratados pelo nome, outros pelo diminutivo. (...) Sabemos as preferências deles, como gostam do café, o tipo de bolacha...”* (Paula, 55 anos, 9.º ano, auxiliar).

Estas práticas simples, mas significativas, revelam um cuidado atento à subjetividade, que vai além da funcionalidade. Permitir que a pessoa mantenha as suas rotinas e preferências é uma forma de resistir à homogeneização do espaço institucional e de reconhecer a continuidade da sua identidade. Esta visão é desenvolvida por Rötzeimer-Keuper e Wunderlich (2024), que analisam os processos identitários de pessoas idosas em contexto institucional, propondo o conceito de *elderscape* para descrever esse espaço simbólico e relacional onde o “eu” é constantemente renegociado.

As autoras sublinham que a identidade não é apenas herdada, mas construída em interação com os outros e que os cuidadores têm um papel central como mediadores da identidade. Alguns profissionais demonstram consciência da dimensão simbólica do cuidado e reconhecem que estar atento às preferências vai além de executar bem uma tarefa: *“Sim, os objetos são sempre valorizados... arrumações pessoais nas salas onde têm as coisinhas deles. (...) Saber a história de vida faz com que nos tornemos mais próximos.”* (Sofia, 37 anos, licenciatura em cardiopneumologia, auxiliar).

Esta valorização da individualidade também se faz notar na organização das atividades, concebidas de modo a respeitar os gostos e interesses pessoais dos residentes: *“As atividades individuais são pensadas para quem não se identifica com as coletivas. (...) Têm espaço próprio para fazerem o que gostam... jogos, sopa de letras, cartas.”* (Ricardo, 37 anos, mestrado em desporto, animador cultural).

No entanto, como referem Rötzeimer-Keuper e Wunderlich (2024), estas práticas de personalização nem sempre são consistentes. Quando o cuidado é orientado exclusivamente pela lógica da eficácia e da rotina, tende a desvalorizar a singularidade da pessoa, reforçando a fragmentação identitária e a passividade. Tal fragilidade confirma a tensão destacada por Caradec (2016) entre o “ser” e o “ter sido”, quando a instituição não promove a continuidade biográfica, o idoso arrisca-se a ser reduzido à identidade socialmente estigmatizada da velhice. A personalização do cuidado só se concretiza plenamente quando for apoiada por estruturas institucionais que permitam uma atenção individualizada, flexível e orientada pela singularidade de cada residente.

6.2.6 Aplicação do Modelo ACP

A abordagem centrada na pessoa tem vindo a afirmar-se como um paradigma inovador dos cuidados em estruturas residenciais para idosos, com o objetivo de alterar uma lógica institucionalizada, centrada na rotina, por uma lógica relacional, centrada na

pessoa e na sua história de vida. Como analisado na contextualização teórica, este modelo valoriza a continuidade biográfica e o reconhecimento da pessoa idosa como sujeito ativo, com os seus próprios desejos, preferências e capacidade ou não, de participar no seu próprio cuidado, em oposição à despersonalização frequentemente associada aos modelos tradicionais (Kitwood, 1988, Love e Kelly, 2011).

A recente literatura destaca que a aplicação deste modelo exige muito mais do que alterações pontuais nas práticas, prevê uma mudança organizacional, ética e cultural, onde se promova ambientes de cuidado onde a narrativa pessoal, a autodeterminação e o vínculo afetivo sejam dimensões centrais. No entanto, como referem Forsgren et al. (2025), essa transformação enfrenta dificuldades quando o modelo é apropriado de forma fragmentária, ou quando os contextos institucionais não oferecem as condições favoráveis à sua concretização.

É neste ponto de tensão entre o ideal e a realidade que se situa um dos principais problemas na aplicação deste modelo, onde a limitação estrutural se reflete num obstáculo. Gurung e Chaudhury (2025), apontam que os contextos institucionais de longa duração tendem a privilegiar rotinas e eficiência, dificultando a operacionalização dos princípios do modelo ACP, sobretudo quando as equipas não são apoiadas por estratégias organizacionais ou até mesmo formação contínua: *“Atenção centrada na pessoa é um modelo um bocado irreal numa instituição com 77 utentes.”* (Teresa, 40 anos, licenciada em serviço social, diretora).

Esta constatação confirma a leitura de Love e Kelly (2011), para quem a ACP, embora desenvolvida como um modelo de referência, encontra limitações estruturais e nos recursos insuficientes das ERPI. Contudo, emergem práticas que vão de encontro com os princípios da ACP. Alguns profissionais assumem uma postura flexível e relacional, onde procuram respeitar o tempo do idoso, a vontade e o ritmo dos utentes: *“Eu é que tenho que me adaptar ao tempo deles, não são eles a mim.”* (Luísa, 36 anos, mestrado em comunicação e relações-públicas, animadora cultural).

Esta transformação da lógica institucional, em que o residente deixa de ser visto apenas como recetor de cuidados para passar a ser sujeito ativo na relação, constitui um princípio central do modelo ACP. A escuta ativa dos idosos e das suas vontades e preferências, é uma mudança concreta de paradigma, onde apesar de ser um contexto marcado pela rotina e pela exigência profissional existe sempre espaço para respeitar a palavra dos residentes:

“É assim eu sei que nem todas as funcionárias pensam igual, mas eu quando posso eu faço, gosto de fazer as vontades porque acho que eles já estão numa idade avançada e a roupa também é importante e que eles se sintam à vontade.”

E eu acho que há vontades que as vezes nem custam a fazer, um simples miminho, as senhoras também acontece muito “hoje apetece-me vestir isto, ou aquilo (...) eu acho que se se apetece também tem direito não é tão? É o que eu acho.” (Paula, 55 anos, auxiliar, 9.º ano)

Ainda que este tipo de gestos seja caracterizado por ser algo simples, acaba por ser um elemento-chave da ACP: a valorização das escolhas diárias, o respeito pelos hábitos adquiridos e a manutenção da dignidade através do reconhecimento da subjetividade do idoso (Edberg e Backman, 2025).

A implementação da ACP não depende exclusivamente de normas escritas ou protocolos formais, esta pode manifestar-se de forma prática e intuitiva através de atitudes que reconhecem a singularidade do outro. É precisamente esta ideia que se evidencia no testemunho de Ricardo, animador cultural, ao afirmar: *“Não seguimos nenhum protocolo ACP, mas temos atenção ao cuidado individualizado. (...) Respeitar limites e preferências é fundamental para manter a motivação.”* (Ricardo, 37 anos, mestrado em desporto, animador cultural).

Outros testemunhos recolhidos destacam a importância do contacto físico, da disponibilidade para ouvir e da presença afetiva, aspetos que vão ao encontro ao cuidado centrado na pessoa: *“Tento sempre conversar, ouvir, dar carinho, estar com eles.”* (Sofia, 37 anos, licenciatura em cardiopneumologia, auxiliar). Esta atenção manifesta-se nas práticas quotidianas, quando o cuidador procura equilibrar apoio e autonomia, respeitando o ritmo e as capacidades de cada residente: *“Eu não vou pegar no idoso e levá-lo, deixo que vá sozinho, mas comigo.”* (Marta, 39 anos, 12.º ano, auxiliar.)

Estas práticas, que respeitam a autonomia e promovem o vínculo entre cuidador e utentes, ilustram uma ética do cuidado que vai além do trabalho e que reconhece os laços sociais como um aspeto essencial para a construção de relações significativas e para a promoção da dignidade no contexto do envelhecimento institucional. É através da manutenção dos laços sociais, baseado na empatia, escuta e na valorização da história de vida que o cuidado se torna verdadeiramente centrado na pessoa e capaz de contrariar a fragmentação identitária comum nos contextos institucionais (Gurung e Chaudhury, 2025; Forsgren et al., 2025).

6.2.7 Relação emocional e afetiva com os residentes

A criação de um vínculo relacional entre cuidadores e residentes constitui uma dimensão essencial do que significa cuidar em contexto institucional. A literatura recente tem vindo a destacar que a qualidade da relação afeta não só o bem-estar dos residentes, mas também a estabilidade emocional, a cooperação nas rotinas e vontade de expressar

a sua identidade pessoal (Hu et al., 2024; Liu et al., 2025). A relação com os residentes contribui significativamente para o sentido que os profissionais atribuem ao seu trabalho, sendo uma componente central da sua identidade profissional (Wong et al. 2025): *“Eles são os avós que eu nunca tive.”* (Luísa, 36 anos, animadora cultural, mestrado em comunicação e relações-públicas). Esta dimensão é também evidenciada noutros discursos, que mencionam a capacidade dos utentes em estabelecer laços de proximidade com os profissionais: *“Eles são muito acolhedores, criam vínculos com quem chega.”* (Teresa, 40 anos, licenciada em serviço social, diretora).

Ainda que seja frequentemente descrita como gratificante, esta relação afetiva também se revela exigente, sobretudo em contextos marcados por limitações de tempo, sobrecarga e elevado número de utentes. A empatia, entendida como capacidade de escuta e compreensão, é fundamental na criação de uma relação de confiança entre o profissional e o residente (Hu et al. 2024): *“Houve um utente que me pediu para ir a minha casa e eu levei, e isso para ele teve um grande impacto. Chamava-me de irmã.”* (Inês, 46 anos, 12.º ano, auxiliar).

Esta proximidade relacional é igualmente reconhecida por outros profissionais, que descrevem o quotidiano institucional como um espaço de partilha e convivência contínua entre cuidadores e residentes: *“É uma relação de família... trocamos ideias, às vezes discutimos, depois passa. (...) Fico comovido quando estão tristes, tento dar-lhes atenção, puxá-los para cima.”* (Ricardo, 37 anos, mestrado em desporto, animador cultural).

Contudo, mais do que a proximidade em si, importa o tipo de emoções que o cuidador é capaz de reconhecer e expressar (Liu et al. 2025). Os cuidadores que demonstram afeto, procuram ouvir o idoso e conseguem conter a sua emoção tendem a contribuir para a estabilidade psicológica dos utentes. Este tipo de atitudes reforça a continuidade relacional e valoriza o tempo dedicado ao cuidado. Estas práticas só são viáveis quando as estruturas residenciais que valorizem os laços sociais e disponibilizem tempo para cuidar (Chapman et al. 2024): *“Costumo dar beijinhos todos os dias de manhã. (...) Gosto de dar muita conversa, espaço para desabafarem.”* (Sofia, 37 anos, licenciatura em cardiopneumologia, auxiliar).

Esta valorização do toque e da expressão afetiva é testemunhada por outros trabalhadores, que associam o toque físico ao reconhecimento e à humanização da relação com o idoso: *“É importante, importantíssimo. Aliás, às vezes nós pedimos para dar um abraço. (...) Tem de ter um beijinho, um abraço.”* (Carla, 28 anos, 12.º ano, auxiliar).

Gestos como estes exemplificam aquilo que Rogers (Fazio et al., 2018) identificaram como pilares do cuidado centrado na pessoa, a empatia: ao privilegiarem

a escuta, o toque afetivo e a disponibilidade, os cuidadores demonstram que a relação de cuidado é também uma relação de reconhecimento e valorização do outro enquanto sujeito. No contexto das ERPI, reconhecer e sustentar este vínculo exige não apenas intenção individual, mas também condições institucionais que favoreçam tempo, estabilidade e suporte emocional para quem cuida. (Edvardsson et al., 2023; Umubyeyi et al., 2024; Forsgren et al., 2025).

6.2.8 Análise dos resultados das entrevistas realizadas à equipa técnica

A análise das entrevistas à equipa técnica evidencia que, no conjunto dos vários discursos, a velhice é, simultaneamente, reconhecida como um tempo de sabedoria e de experiência acumulada, e como uma fase marcada por limitações funcionais e declínio cognitivo. Vários profissionais salientam a riqueza das histórias de vida e a aprendizagem mútua que decorre da relação com os residentes, “*são um poço de sabedoria*” ou “*elas passam uma lição para a gente*”, o que revela um reconhecimento do valor simbólico e relacional da pessoa idosa. No entanto, coexistem perspectivas mais centradas na perda de capacidades e na conseqüente necessidade de adaptação das atividades e do apoio prestado.

A institucionalização surge, para a maioria, como um recurso legítimo e muitas vezes inevitável, quer para colmatar a solidão e a ausência de cuidadores informais, quer para assegurar cuidados contínuos. Os lares são descritos como espaços de acolhimento e refúgio, ora como contextos de rutura com a vida anterior, implicando renúncias e ajustamentos. Apesar da perceção generalizada de que a instituição oferece segurança e cuidados adequados, alguns profissionais reconhecem a carga emocional associada à entrada no lar e o “vazio” que esta pode representar, valorizando a criação de laços afetivos como estratégia de compensação.

As rotinas institucionais são entendidas como necessárias à organização do trabalho e à gestão de um número elevado de residentes, mas também como um fator potencialmente restritivo da autonomia individual. Discursos que defendem maior flexibilidade coexistem com outros que sublinham a importância de seguir horários predefinidos, ainda que com espaço para ajustamentos pontuais. A autonomia é, de forma geral, reconhecida como um objetivo central, expresso na promoção da independência nas atividades diárias e na valorização da capacidade de decisão dos residentes; porém, é também condicionada por questões de segurança, recursos humanos e pela própria estrutura institucional.

No domínio da identidade e personalização do cuidado, os profissionais revelam sensibilidade para a importância dos gostos, preferências e histórias de vida dos

residentes, procurando integrar objetos pessoais, chamar cada um pelo nome preferido e ajustar atividades e refeições a necessidades individuais. A aplicação do modelo ACP é, contudo, percebida de forma desigual: enquanto alguns afirmam adotar práticas alinhadas com o ACP, outros consideram difícil a sua implementação plena face às limitações de tempo, recursos e número de utentes. Ainda assim, há um consenso quanto à relevância de respeitar preferências e estabelecer relações de proximidade.

A dimensão afetiva surge como elemento transversal aos discursos: abraços, conversas e gestos de carinho são práticas comuns, que reforçam vínculos e funcionam como suporte emocional. A relação é frequentemente descrita em termos familiares “*são os avós que eu nunca tive*”, demonstrando que, para além da função técnica, o cuidado é vivido como um espaço de reciprocidade e proximidade.

Em suma, a visão dos profissionais combina uma perceção positiva da velhice com o reconhecimento dos seus desafios, conciliando a valorização da autonomia e da identidade com as exigências organizacionais. Esta dualidade revela, tal como citam Van Loon et al. (2024), que a autonomia não se esgota na dimensão funcional, mas implica participação nas decisões quotidianas, algo que é frequentemente limitado pelas rotinas rígidas. Do mesmo modo, a identidade que é entendida como um processo em constante renegociação (Rötzmeier-Keuper e Wunderlich, 2024), tanto é reforçada por práticas de personalização como fragilizada pela lógica institucional. A aplicação do modelo ACP, surge marcada por tensões estruturais, confirmando que sem as condições organizacionais consistentes, tende a concretizar-se de forma parcial e fragmentada (Forsgren et al., 2025).

No ponto seguinte, apresentam-se os retratos sociológicos dos residentes, que permitirão compreender as suas trajetórias, experiências e perspetivas, oferecendo um contraponto às representações da equipa técnica.

6.3 A Vida na ERPI pelas Vozes dos Idosos

Depois de analisar a perceção dos profissionais, este ponto centra-se na experiência dos próprios residentes, procurando compreender como vivem, sentem e interpretam o seu quotidiano nas estruturas residenciais. Através de entrevistas em profundidade e da construção de retratos sociológicos, procurou-se captar a singularidade de cada percurso, bem como os significados atribuídos ao processo de institucionalização, à vivência das rotinas, às relações interpessoais e à perceção de autonomia e identidade.

Esta abordagem permitiu recentrar a investigação na perspetiva dos idosos, valorizando os seus discursos enquanto fontes privilegiadas de conhecimento sobre a

vida em contexto institucional. A análise respeita os princípios do modelo ACP, promovendo uma leitura atenta às narrativas individuais, sem desconsiderar os constrangimentos estruturais que marcam a realidade das ERPI.

6.3.1 Retratos Sociológicos: Vidas Contadas na Primeira Pessoa

Os retratos sociológicos apresentados nesta secção resultam da análise qualitativa de entrevistas realizadas a pessoas idosas residentes em ERPI. O objetivo é compreender, através das suas trajetórias de vida, percepções e experiências vivenciadas após a entrada na estrutura residencial. Analisando de que modo a institucionalização afeta a sua autonomia e identidade, e até que ponto os princípios da Atenção Centrada na Pessoa são reconhecidos ou sentidos, ou não, no quotidiano institucional. Cada retrato procura evidenciar, na voz dos próprios idosos, a complexidade das suas vivências, valorizando a subjetividade e as múltiplas formas de dar sentido ao envelhecimento em contexto de lar.

A análise detalhada dos discursos dos residentes permitiu delinear três perfis-tipo, orientados pelas disposições que expressam face à institucionalização e pela forma como experienciam a autonomia, o cuidado e a preservação da identidade no contexto das ERPI. Para cada entrevista foram consideradas dimensões como: trajetórias de vida, rotinas institucionais, vínculos familiares e afetivos, representações de autonomia e identidade e a relação com os princípios da ACP. A análise transversal destes fatores permitiu identificar padrões recorrentes e diferentes, a partir dos quais se definiram três perfis-tipo.

O *perfil institucional-instrumental* agrupa idosos que aceitam a vida no lar como uma solução funcional, sem grandes exigências ou questionamentos, e que tendem a integrar-se nas rotinas estabelecidas.

O *perfil institucional-reconciliado* reúne indivíduos que, embora reconhecendo os constrangimentos da vida institucional, procuram manter elementos de autonomia e preservar traços da sua identidade pessoal, revelando capacidade de se adaptarem.

Por fim, o *perfil institucional-resistente-valorativo* integra idosos que manifestam de forma mais explícita a necessidade de reconhecimento, de liberdade e de continuidade identitária, exprimindo uma atitude crítica perante a padronização da vida institucional.

Estes perfis não são categorias fixas, trata-se apenas de orientações interpretativas que ajudam a compreender a diversidade das vivências do envelhecimento em contexto residencial.

6.3.1.1 Perfil institucional-instrumental, idosos que aceitam a sua vida no lar:

6.3.1.1.1 A rotina como refúgio, a pintura como traço de si – O Retrato Sociológico de Maria Loureiro

Maria Loureiro tem 88 anos, é solteira, e nasceu em Alvoco da Serra, uma aldeia serrana do concelho de Seia. Cresceu no seio de uma família numerosa e modesta, sendo uma das mais novas entre seis irmãs. Filha de agricultores, habituou-se desde cedo ao rigor da vida rural, ajudando os pais nas tarefas do campo e no cuidado com os animais. Ainda em criança, aprendeu a semear batatas, plantar cebolas e cebolo, alimentar o gado e organizar a lida da casa. Essa partilha de responsabilidades moldou um sentido de utilidade e pertença que se manteria ao longo da sua vida.

“Eu sinto que era importante para a minha família, pois, eu era quem ajudava os meus pais e eu ficava toda feliz por ajudar, eles diziam-me “Ó Maria, agora vamos aqui ou além fazer isto” e eu dizia que sim e ia com eles e ficava toda feliz de fazer o que o meu pai ou a minha mãe dizia. Eu ajudava a semear batatas, eles faziam o rasgão e eu metia as batatas. Também plantava o cebolo, era assim.”

Nunca viveu sozinha, quando era criança sempre morou com os seus pais e com as suas irmãs, crescendo assim num ambiente de escassez, profundamente marcado pela partilha, pela organização e também por fortes valores morais e religiosos. Oriunda de uma família católica, nunca faltou à missa nem à reza do terço, práticas que mantinha em família e que hodiernamente, continuam a dar sentido à sua vida.

A sua infância, embora marcada pela pobreza, mas também por um forte espírito de entreajuda familiar e por brincadeiras de rua que recorda com alguma nostalgia. Ao crescer numa família numerosa e com poucos recursos, afirma que “o banho era numa bacia” e “tudo era partilhado”, Maria recorda:

“Erámos pobres, erámos 6 irmãs e não havia dinheiro, como agora compram as roupas rotas, nós andávamos rotos, esfarrapados e remendados, andávamos de qualquer maneira, os sapatos também estavam estragados. Agora é chique andarem rotos. Não gosto de ver as roupas rasgadas. Olha agora é que havia de vir aquele tempo onde eu me criei, que ao menos andava tudo roto. Não se ganhava dinheiro quase nenhum, o que recebíamos não dava para meio caminho. Quando uma precisava de um vestido, a outra precisava de uns sapatos.”

A sua passagem pela escola primária foi curta e negativa. Relata ter sofrido maus-tratos por parte dos professores, o que levou ao abandono precoce do ensino:

“Lá na escola uma vez, levei com uma régua na cabeça e abriu-me a sobrancelha e desde aí que nunca mais fui à escola, até foi lá o Sr. Regedor, à casa dos meus pais, para me deixarem ir para a escola, os meus pais não me proibiram, eu é que não quis ir.”

Apesar disso, a vontade de aprender persistiu e, já em adulta, aos 40 anos, Maria regressou aos estudos, concluindo a 4.^a classe. Este regresso aos estudos permitiu a Maria concluir o ensino básico, mesmo que o percurso formativo tenha sido limitado: “não aprendi a História, nem a serra, nem os rios”, lamenta. Ainda assim, aprendeu o essencial para ler, escrever e fazer contas, competências que considera importantes para a sua autonomia.

Aos 11 anos, ficou órfã de pai e mãe, sendo entregue aos cuidados de um indivíduo católico, numa casa onde aprofundou o saber ligado ao trabalho doméstico e ao serviço a terceiros. Esta mudança representou uma rutura na sua vida e na relação com as suas irmãs, por ser uma das mais novas: mudou-se para a casa deste indivíduo, em Coimbra, enquanto as suas irmãs mudaram-se para Lisboa e para a Vila do Tortosendo. Esta fase foi especialmente complicada, uma vez que se viu subitamente colocada num novo contexto, com responsabilidades que superavam a sua idade. “Por isso, comecei logo a trabalhar na casa de um Senhor, foi muito complicado porque eu era muito jovem, em Coimbra.”

A convivência em Coimbra prolongou-se até aos 17 anos, altura em que se mudou para a Vila do Tortosendo, onde uma das irmãs trabalhava na casa de uma família abastada. Foi através dessa ligação que Maria conseguiu também um lugar: começou a trabalhar na casa da irmã dessa senhora, onde “era a empregada deles”, assumindo desde cedo tarefas domésticas exigentes. Apesar da tenra idade e do peso do trabalho, criou laços sociais com a família que a acolheu e onde aprendeu, por observação e prática, os códigos de conduta, o rigor e os valores do trabalho doméstico.

Trabalhou na casa da sua madrinha, ao serviço de uma família abastada, onde desempenhava múltiplas funções: cuidar do jardim, costurar, cozinhar, fazer limpezas. Foi uma vida inteira de trabalho. Apesar das dificuldades, guarda boas memórias da casa onde foi tratada “como da família”. Cresceu ao lado da sua Madrinha, presenciando momentos íntimos “assisti à vida de amor da minha madrinha” refere Maria como um dos pontos importantes da sua vida. Sem ter constituído família própria, Maria viveu grande parte da sua vida a cuidar de outros, criou três rapazes e duas raparigas, que considera como seus.

A sua trajetória de vida adulta foi dedicada ao trabalho doméstico e à jardinagem, em casas de terceiros, sobretudo da sua madrinha, figura central no seu percurso afetivo. Maria viveu um grande e único amor. Ainda jovem, apaixonou-se por aquele que viria a ser o seu primeiro namorado. A relação era intensa e promissora, marcada por cumplicidade e entrega. Contudo, a vida trouxe-lhe uma perda marcante, o namorado foi mobilizado para a guerra e acabou por falecer. Desta forma, Maria nunca mais abriu o seu coração e optou por ser solteira.

Ao viver grande parte da sua vida com a madrinha, Maria aprendeu várias coisas, entre os quais se destaca a importância de criar um fundo de poupança, algo que considera essencial, pois foi graças a essa organização financeira que conseguiu manter alguma estabilidade ao longo da vida:

“A gente ganhava pouco, mas o pouco que havia, a minha madrinha não nos deixava ter o dinheiro nas mãos, sabe o que é que ela fazia? Ia connosco ao banco para o depositar e daí, com o pouco dos juros que estavam ali amontoados, ao fim de algum tempo, já tinha lá algum dinheiro. Graças a isso não me faltou nada, podia não ter o dinheiro nas mãos, mas tinha no banco, quando precisava de alguma coisa ia buscar.”

Ao longo da sua vida ativa, Maria Loureiro desempenhou uma vasta gama de tarefas ao serviço de diferentes famílias, assumindo um papel polivalente e comprometida com o trabalho. Trabalhou como empregada doméstica, cozinheira, jardineira, costureira e mulher de recados ou, como gosta de dizer, “de voltas”, mostrando-se sempre disponível para fazer “o que fosse preciso”. Cuidava da casa com rigor e entrega: limpava, lavava, cozinava, e passava a ferro.

A sua relação com o trabalho era marcada por um sentimento de utilidade e orgulho, reconhecia o papel importante que o trabalho tinha na sua vida:

“Era muito importante, sem o trabalho não podia viver. Gostava muito de aprender e trabalhar na cozinha. Sem o trabalho não nos podemos governar, eu gostava muito de trabalhar, gostava de fazer coisas novas e coisas importantes. Quando eu descobria as receitas na televisão, ainda me lembro bem de uma receita que vi, era um bacalhau à avó, e eu fiquei com ela na cabeça. Eu via as receitas na televisão e depois recriava.”

Com o mesmo afinho, cuidava do jardim, tratava dos canteiros e mantinha os espaços exteriores, numa demonstração de gosto pela natureza. Gostava de costurar, algo que exercia com gosto e precisão, quer em arranjos simples, como bainhas e remendos, quer em trabalhos mais complexos. Afirma que “Fui eu que costurei e fiz todo

o meu enxoval”. Foi também cuidadora de crianças, criando cinco como se fossem seus filhos, e assumindo o papel de educadora. Fazia as compras, tratava de recados e assumia a representação doméstica no exterior, uma função que exigia confiança por parte das famílias e sentido de responsabilidade da sua parte. Gostava especialmente de cozinhar e de preparar surpresas:

“Quando a minha patroa fez 80 anos, fizemos uma grande festa e eu passei 8 dias a fazer rissóis, entradas, pastéis de massa tenra e congelei tudo. Depois fiz o cabrito, assei o cabrito, bolos de bacalhau para enfeitar a mesa e a casa sempre com visitas. Na véspera assei tudo, as empadas iam para o forno, os pastéis de massa tenra e os rissóis eram para fritar, os bolos de bacalhau fiz na véspera. As visitas, quando chegaram à mesa, ficaram deliciadas com a fartura que estava em cima da mesma, mas quem é que teve o trabalhinho?”

Para além das tarefas que executava, Maria integrava-se nas rotinas religiosas da casa, especialmente quando vivia com a sua madrinha, partilhando a fé e os rituais que sempre marcaram a sua vida. A sua trajetória profissional foi marcada por diferentes funções e saberes adquiridos pela prática e pelo exemplo, que encontrou no trabalho não apenas um sustento, mas uma forma de se afirmar, de pertencer e de cuidar dos outros.

A institucionalização de Maria Loureiro não resultou de uma decisão repentina, nem de um episódio de rutura familiar, resultou de um reconhecimento gradual das suas limitações físicas e da necessidade de apoio no quotidiano. Com o avançar da idade, sentiu que não tinha capacidade de realizar tarefas domésticas, outrora realizadas com leveza e dedicação. A consciência da perda de mobilidade e da diminuição da sua autonomia conduziu a uma aceitação da institucionalização. A entrada no lar foi, por isso, entendida como uma solução prática, um passo necessário para garantir segurança, acompanhamento e continuidade de cuidados.

Vive há onze anos numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) situada no Tortosendo, no Centro do País. Chegou ao lar após reconhecer que já não conseguia gerir sozinha a sua vida doméstica, e apesar de a decisão não ter partido inteiramente de si, a transição foi aceite com pragmatismo. Logo, esta transição não foi vista como uma rutura, mas sim como uma necessidade: “Já não podia fazer nada, era mais complicado, não me podia mexer, já não me despachava tão depressa como antes, já não podia fazer um certo número de coisas e tive de vir para aqui.”

Gosta de estar no lar e considera “fazer parte da casa”. Conhecer a residência antes de se ter mudado para lá foi uma ajuda, já conhecia os cantos do lar pois tinha visitado lá amigas. Desde cedo mostrou vontade de manter a sua rotina e a sua autonomia, insistiu, por exemplo, em tomar banho sozinha e a escolher a sua própria

roupa. Ainda assim, aceita as rotinas e as normas da instituição com naturalidade. Maria, apesar de ter um discurso marcado pela aceitação, acaba por revelar traços de firmeza, não gosta de se envolver em conflitos, mas defende os seus limites e as suas convicções:

“Quando eu tenho alguma reclamação eu faço-a logo, não está cá, ou tio ou ti, comigo não fazem farinha e eu digo logo à pessoa, vou logo direta e digo na cara da pessoa, o que digo pela frente, digo por trás!”

Valoriza os profissionais, especialmente os que a tratam com respeito, e mostra-se grata pela atenção recebida, garante que todos a tratam bem. No entanto, não reivindica participação nas decisões nem exprime desejos de mudança, gosta das coisas como estão, mas compara o lar com o que foi antes, era mais pequeno e agora está maior e “mais airoso”. O seu discurso reflete a lógica do perfil institucional-instrumental: a adaptação funcional à estrutura residencial, com baixa expressividade reivindicativa e valorização da ordem, da previsibilidade e da segurança.

É na pintura que Maria revela um traço distintivo de si e um refúgio. Descobriu esta prática já em adulta, mas só no lar teve tempo e oportunidade para pintar com regularidade. Participa nas atividades artísticas com entusiasmo, e os seus quadros são frequentemente expostos nas paredes da instituição. “Quando estou a pintar fico tão concentrada que nem vejo quem está ao pé de mim, nem à minha volta.”

A pintura funciona como um prolongamento simbólico da sua identidade, é um espaço onde ainda pode escolher, criar e sobretudo, afirmar-se. Gosta de ensinar outros idosos a pintar. Além da pintura, mantém gosto pela costura e pelos cuidados pessoais. Escolhe com atenção a sua roupa e toma banho sozinha. Estes pequenos gestos quotidianos são formas de resistir à uniformização institucional. Para além deste aspeto, gosta de viajar e passear com o lar:

“Gosto muito de aqui estar, às vezes vamos de férias para a praia, fomos uma vez para a Tocha, ‘tivemos lá 8 dias, mas foi antes do Covid. Íamos de camioneta e ficávamos lá. Uma vez também fomos para as Caldas da Rainha, nós íamos de férias com o lar. Outro ano fomos para Seia, para uma quinta rural. Também íamos para a Figueira, as senhoras alugavam lá uma casa e nós íamos para lá. E vamos passando uns dias a Valhelhas, vamos de manhã para passar o dia.”

No entanto, as limitações associadas à idade já não lhe permitem participar com a mesma intensidade de outrora:

“Hoje em dia, ainda pinto, mas já não pinto nos quadros, agora só num livro. Para além da pintura, também gosto de fazer sopas de letras, mas as letras são muito miudinhas, já não as consigo ver bem. Também gosto de costurar, mas não consigo trazer aqui para baixo, porque uma pessoa distrai-se e depois está só a fazer asneiras, tenho lá em cima no quarto, mas ao fim de almoço vai para lá a minha colega dormir e eu já não posso para lá ir, da parte da tarde já está escuro, já não se vê.”

Os vínculos afetivos mais significativos de Maria centram-se na figura da sua madrinha, que a acolheu em jovem e com quem manteve uma relação de proximidade ao longo da vida. “Com a minha madrinha também tínhamos uma boa relação, ela sempre confiou muito em mim e, portanto, tínhamos uma relação de cumplicidade.” Ainda hoje se visitam e telefonam uma à outra, mantendo um laço que ultrapassa o tempo e a institucionalização. Essa relação, marcada pela reciprocidade e pela memória partilhada, confere a Maria um sentido de pertença que não se perdeu com a idade:

“Na Páscoa fui com a minha madrinha até ao Paúl, festejo sempre todas as datas comemorativas com ela e gosto muito de ir passar uns dias com ela lá a casa, durante o verão. E ela também me vem visitar aqui ao lar.”

No lar, Maria é respeitada, tanto pelos profissionais como pelos outros utentes, contudo considera-se: “muito refilona, teimosa, mas também sou respeitadora.” Apesar de se considerar refilona e teimosa, fez algumas amizades, sobretudo com a colega que se senta ao lado, a Sra. Alzira (nome fictício): “Conversamos muito. Desabafamos uma com a outra e somos muito amigas uma da outra. Quando a gente vê que algo que não está bem, começamos logo a dizer uma à outra.”

Para além disso, Maria é uma pessoa querida entre os residentes, sem assumir um papel reivindicativo ou de liderança, contribui ativamente para o bem-estar coletivo. Participa, propõe ideias, sugestões durante as atividades propostas e ensina atividades aos outros utentes. Envelhecer, para Maria, é uma etapa natural. Não dramatiza a perda de capacidades, considera ainda que faz aquilo que pode: “Eu aqui vou fazendo o que posso, mas já não é com aquela energia que ficava logo tudo feito, agora já não é assim. “Tive dois dias para coser uma parte de uma mala.” Contudo, algo que faz confusão para Maria é o seu próprio corpo:

“Está todo deformado, não me posso mexer e é diferente. Tenho as costas todas tortas, tenho a anca esquerda mais saída que a direita. Também já não me considero bonita. Não me posso mexer tão bem como me mexia antigamente. Agora já não sou bonita, agora sou velha.”

Ao longo de toda a sua vida, Maria Loureiro foi uma mulher ativa, trabalhadora e autónoma. Desempenhava diversas tarefas com dedicação, até pintava a casa quando era necessário: “Era uma pessoa cheia de atividades, fazia sempre muita coisa e nunca estava parada.” O corpo respondia às variadas tarefas, hoje, reconhece que “já não consigo mexer-me como me mexia antes. Agora, estou parada.” Esta nova realidade impôs um ritmo diferente, tornou Maria mais lenta e mais dependente, contrastando com a vida que levava previamente.

No entanto, apesar das limitações, procura manter vivas certas práticas que lhe devolvam algum sentido de continuidade da sua vida: pintura, sopas de letras e até mesmo a costura, ainda que tenha algumas restrições. O seu corpo mudou, mas a sua vontade de permanecer ativa continua presente.

Maria Loureiro vive a institucionalização com aceitação e pragmatismo, mas é na arte e na rotina que continua a expressar a sua identidade. A sua trajetória revela que, mesmo em contextos altamente estruturados, a perspetiva individual pode encontrar formas discretas de se afirmar. Ainda que o seu percurso na instituição se enquadre no perfil institucional-instrumental, marcado pela aceitação das rotinas e pela adaptação funcional à estrutura, Maria mobiliza formas próprias de autonomia simbólica e relacional.

6.3.1.1.2 Entre a vaidade e o silêncio – O Retrato Sociológico de Irene Correia

Irene Correia nasceu e cresceu no Tortosendo, vila onde viveu toda a sua vida e da qual guarda as suas melhores memórias. Filha única, teve uma infância tranquila e protegida, marcada por um forte vínculo afetivo com os pais, em especial com a mãe, figura central na sua vida. Foi a mãe que, por amor e zelo, a afastou do trabalho nas fábricas, comuns entre as jovens da sua idade, e a encaminhou para a costura, atividade que exerceria durante anos sem ser profissionalmente. “Gostava de fazer costura”, recorda, referindo que, por viver numa casa pequena e organizada, não precisava de se ocupar com as tarefas domésticas: “não fazia nada em casa, a minha mãe tratava de fazer tudo”.

Foi criada num ambiente de serenidade, afeto e uma certa contenção social, destacando-se entre as amigas como “uma menina mais senhorica”, menos à vontade

com a exposição ou com as festas populares da época, não sabia dançar, motivo de vergonha, uma vez que a sua mãe era uma ótima dançarina. Sempre foi religiosa, a religião e Deus sempre foram muito importantes para Irene, sempre que podia ia à missa, “bem vaidosa” para ver os rapazes da sua idade.

A ausência de irmãos é, ainda hoje, um dos seus maiores desgostos. No entanto, a vida ofereceu-lhe uma relação que preencheu, em certa parte, esse vazio: “A minha mãe teve uma irmã que, quando lhe nasceu o último filho, já tinha cinco e faleceu no parto. Como a minha mãe só me tinha a mim, disseram para ser ela a criar o meu primo.”

Assim, cresceu com esse primo como se fosse um irmão, partilhando a infância e os afetos mais próximos. “Criámo-nos como se fosse meu irmão. Hoje em dia, eu digo que ele é meu irmão.” Esta relação, embora marcada por cumplicidades, não foi isenta de tensões, sobretudo quando sentia que o primo disputava a atenção da mãe:

“O meu irmão parecia que queria que a minha mãe gostasse mais dele do que de mim e eu dizia à minha mãe ‘para o menino vai buscar uma tirinha de fiambre e punha no pão, para mim bate-me um ovo e estrela-me um ovo para comer com o pão! ‘O que vale é que eu também gostava do ovo.”

Casou-se em 1960 e, cinco anos depois, em 1965, nasceu a sua primeira filha. Em 1968, o marido emigrou para França, deixando Irene sozinha com a filha de apenas 3 anos. Nunca precisou trabalhar fora de casa, pois o marido assegurava o sustento da família. Quando a menina completou cinco anos, Irene viajou até França para se juntar a ele e confrontá-lo com a sua realidade: “disse-lhe que isto não era vida, ou ficamos todos em França ou todos em Portugal.”

Perante o início da escolaridade da filha, Irene decidiu regressar ao seu país, contudo, nessa altura já estava grávida do segundo filho, que acabou por nascer em França, em 1970. Foi a mãe de Irene quem registou o bebé em Portugal, enquanto Irene voltava para casa com os dois filhos, a filha de cinco anos e o recém-nascido com apenas cinco meses, numa viagem organizada por amigos do marido, “pessoas que o estimavam”. O marido ficou em França, onde era bem tratado e acolhido como se fosse família:

“Ele era muito estimado, lavavam-lhe a roupa, davam-lhe comida, passava o fim de semana em casa dessas pessoas, tinha de comer e beber e arranjavam-lhe a marmitta para o dia seguinte. Foi-se acomodando, foi-se acomodando e ficou lá até lhe darem a pré-reforma, quando lhe deram a pré-reforma é que voltou para Portugal”.

A distância prolongou-se. Foi-se acomodando à nova vida, e só regressou anos depois, já reformado por invalidez, devido a um problema renal. Viveu com Irene apenas os últimos quatro anos da sua vida. Apesar de nunca lhes ter faltado economicamente, Irene guarda mágoa pela ausência afetiva do marido: “faltou com o melhor: a companhia, o carinho, um beijo aos filhos”. Irene assumiu plenamente o papel de cuidadora, educadora, pilar emocional e doméstico da sua família, sempre cuidou de tudo, da casa, das rotinas e dos afetos aos filhos. Nunca deixou que lhes faltasse nada, “estive sempre presente em tudo”, afirma com segurança. Menciona ainda que o marido faltou a várias etapas importantes dos filhos: “Os meus filhos fizeram a primeira comunhão sozinhos, a profissão de fé, o crisma, sem o pai, só com a mãe. E eu na igreja lavada em lágrimas, não adiantei nada, infelizmente. Foi assim a minha triste vida.”

Ainda assim, reconhece o carinho que o pai dedicava aos filhos, mesmo à distância. Sempre que vinha a Portugal, trazia consigo muitos jogos: “eles eram adorados por todos. Na altura iam todos os garotos para a minha casa e jogavam todos juntos. Era uma alegria.”

O carinho é uma dimensão central na história de vida de Irene Correia. Ao longo da entrevista, revela a estabilidade dos laços familiares que construiu e preservou durante a sua vida. Considera ter tido sempre uma boa relação com os pais e, mais tarde, com os seus filhos, que descreve como carinhosos e atenciosos. Mas o seu vínculo familiar estende-se também a outros membros da família alargada, considera ser estimada pelas primas mais afastadas, que a convidam para o casamento das suas filhas.

Estes convites vão além da cortesia, refletem o valor que Irene tem no seio familiar. Irene destaca com orgulho o seu gosto pelo trabalho doméstico, especialmente, passar a ferro. Conta que ao passar a ferro se entusiasmava e que tirava todos os vincos, daí ter começado a passar a ferro as camisas do marido da sua prima e que este a gabava.

Irene afirma ter sido o “pilar da família”, alguém que esteve sempre presente e disponível para os outros. Era, segundo as suas próprias palavras, “adorada”, tanto no seu papel de mãe como de figura unificadora e de cuidadora. O sentimento de ser estimada permanece como um eixo estruturante da sua narrativa, revelando a importância das relações familiares na construção do eu, na velhice e na sua memória. Refere em especial, a atenção que o filho mais novo tinha para com ela:

“Vivia sozinha em casa, com a ajuda do meu filho ao sábado íamos às compras. Os meus filhos são muito bons. Mas o meu filho ia lá ter comigo aos sábados, ficávamos os dois e fazíamos uma rica panela de sopa, comíamos juntos e ele preparava-me as refeições nos tupperwares.”

Irene relata ainda muitos episódios da sua vida, uma das memórias mais significativas que carrega consigo é a história de um amor proibido: “Quando eu era jovem era muito namorada, namorados não me faltaram”, mas entre todos os amores que passaram pela sua adolescência, houve um que se destacou. Aos 18 anos viveu um grande amor: “hoje em dia ainda rezo por ele”, no entanto, esse namoro não foi bem aceite pelos pais, “A família dele era má e tinha má fama, logo fui afastada dele pelos meus pais.” Irene recorda esse momento como o início de um percurso de renúncias:

“Tudo na minha vida correu bem, menos quando namorei um rapaz. Eu tinha uma quinta, ele ia lá passar os fins de semana connosco e foi tudo por água abaixo. Ocorreu um problema e não deu mais. O meu pai não me deixou casar com o amor da minha vida.”

Um outro desgosto apontado por Irene, foi a impossibilidade de ter comprado uma casa sua. Viveu mais de sessenta anos na mesma habitação, sempre a pagar renda, sem nunca ter conseguido concretizar o sonho de ser proprietária de uma casa só sua. Não foi por falta de vontade ou de esforço. Na verdade, houve momentos em que quase lá chegou. Conta que encontrou uma casa que podia adquirir por treze mil euros. Tinha já oito mil, e apenas precisava de um pequeno apoio financeiro, pediu ajuda ao irmão adotivo, aquele com quem crescera e a quem chamava de irmão, mas a resposta foi negativa e definitiva: “Se não tens dinheiro, não a compras.” Irene ainda hoje guarda esse momento como uma traição, uma quebra de solidariedade que não esperava:

“Aquelas casas eram um sonho. Se ele fosse um bom irmão, emprestava-me o dinheiro e eu depois dava-lhe. Podia ter-me ajudado, com o banco, com outra pessoa. Não teve nenhuma lembrança para me ajudar. Ainda hoje é o dia que estou ofendida com isso.”

Mais tarde, quando finalmente consegui juntar o montante necessário, tentou novamente comprar uma outra casa, mas foi desencorajada, uma vez que os filhos foram criados naquela casa e que por ser rasteirinha, não queriam que Irene saísse de lá.

O tempo foi passando, as oportunidades dissiparam-se, e Irene acabou por abdicar, mas não esquece: “Vou morrer com esse desgosto. Tinha o dinheiro e não comprei.” O sonho de uma “casinha minha” transformou-se num motivo de desgosto, não apenas por não ter sido realizada, mas porque se sentiu sozinha quando mais precisava de apoio.

Quando fala da sua vida antes da institucionalização, Irene fá-lo com uma certa nostalgia. Vivia sozinha, mas de forma independente e organizada, numa casinha onde cada canto refletia a sua presença e os seus gostos. Gostava da vida que fazia:

“Gostava muito de ir ao café todos os dias, para beber o café com as amigas e as vezes entusiásmávamo-nos umas com as outras e bebíamos um *cai-bem*⁴. Gostava muito de me sentar à beira da estrada para ver quem passava, como elas eram muito de mexericos e eu não gostava de falar na vida de ninguém. Cada um que cuide da sua vida, que já tem muito que fazer.”

Irene afirma ter tido, durante muitos anos, "uma vida bonita", pautada por rotinas simples e uma tranquilidade doméstica. No entanto, o envelhecimento trouxe-lhe crescentes dificuldades e um isolamento progressivo. As vizinhas foram falecendo ou mudando-se para apartamentos, e, com o tempo, passou a viver sozinha num bairro onde já não reconhecia tantas caras. A filha, atenta à sua condição, expressava preocupação: “Ó mãe, isto não é para ti... estares aqui sozinha.” Acabou por acolhê-la temporariamente em sua casa, numa tentativa de garantir maior conforto e vigilância.

Apesar de ter sido recebida com carinho e ter sentido o afeto familiar, Irene começou a perceber o peso que a sua presença implicava na rotina da filha. Esta conciliava os cuidados à mãe com as suas exigências laborais:

“Ela tinha de tomar e ajudar-me a tomar banho, tomar o pequeno-almoço e dar-mo também, para me deixar descansadinha na cama... Ao almoço, ajudava-me a levantar e comíamos juntas, e às quatro da tarde o meu genro levava-me à porta para eu ver quem passava na rua.”

Havia, na casa, um pequeno gato que lhe fazia companhia e lhe trazia consolo. Ainda assim, o que mais a incomodava era sentir que estava a dar trabalho e preocupações à filha. Foi a própria filha que, com sensibilidade, sugeriu a entrada numa estrutura residencial: “Ó mãe, não é por mal, mas há um lar da terceira idade. Queres para lá ir?” Irene não hesitou: “Disse-lhe logo que sim. Mais cedo ou mais tarde tinha de ir para lá.” Reconhecia que, sem filhos reformados ou disponíveis a tempo inteiro, a institucionalização acabaria por ser inevitável. Preferiu, por isso, decidir por si e não adiar. O filho, embora mais emocionalmente ligado, não se manifestou. “Ele é tão da mãe...”, confidencia.

⁴ Ginja com gasosa, bebida comum na vila do Tortosendo.

Assim, a escolha de ingressar na ERPI foi vivida com realismo e sem arrependimentos. Um gesto de autonomia dentro das possibilidades concretas, marcado mais por um sentido de responsabilidade para com os outros do que por desespero ou resignação. Já conhecia bem o lar, era sócia do mesmo já há uns anos, o que facilitou a integração no mesmo. Hoje, afirma com convicção: “foi a melhor opção”.

Dentro da instituição, Irene integra-se com discrição, respeita as rotinas e o espaço dos outros, mas mantém também os seus próprios hábitos. Sente-se respeitada pelos profissionais, com quem estabelece relações de afeto e confiança, destacando, em particular, a animadora sociocultural, a quem chama “doutorinha” e por quem manifesta profunda admiração.

Participa nas atividades com gosto, sobretudo na ginástica e nos jogos de bingo, mas conserva um lado reservado, preferindo o silêncio à agitação da convivência constante: “Estou calada todo o dia”, diz. Não se envolve em conflitos, mas mostra-se crítica face à curiosidade excessiva dos outros utentes:

“Não converso muito durante o dia, as colegas estão todas a dormir e eu não gosto de me meter com ninguém. Estou calada todo o dia. Mas há uma senhora à minha frente que me irrita um bocado, mas eu sou superior a essas coisas, se eu abro o meu banco para tirar a minha água, e depois me apetece um rebuçado, abro o banco para tirar o rebuçado e ela diz “ah, já dei conta de abrir o banco umas 2 ou 3 vezes” eu não vou mexer nas coisas de ninguém, vou mexer nas minhas coisas, o que é a senhora tem a ver com isso? Eu não lhe respondo porque não sou mal-educada, porque ela não tem nada a ver isso.”

Na sua forma de estar, Irene valoriza a vaidade e o cuidado com a aparência, como forma de expressar a sua individualidade e personalidade, manifestando-se através de objetos que a representam: “os alfinetes, gosto muito de usar e de andar vaidosa”. Escolhe a roupa que veste sempre que pode, e mantém um certo gosto pela costura, atividade que associa à sua identidade. Ao longo da entrevista, afirma repetidamente ser “pura, verdadeira, sem paciência para mexericos” e continua a mostrar disponibilidade para ajudar os outros: “Se puder ajudar, eu ajudo sempre.”

O gosto pela costura, ainda presente, também faz parte dessa dimensão, relembra desta forma os tempos em que fazia os seus próprios arranjos, atualmente, arranja as batas das funcionárias que por algum motivo se descosem. A costura é uma prática que associa à utilidade, mas também ao prazer, à memória e à autonomia.

Quando pensa no envelhecimento, Irene reconhece a passagem do tempo como algo inevitável, mas assume que gostaria de ser “mais nova”, diz, confia que também

muitas da idade dela já partiram e que “Um dia chegará a minha hora, como todos”. Confessa que canta muitas vezes sozinha, baixinho, em especial naqueles dias em que se sente mais triste: “Ó tempo, volta para trás, traz tudo o que eu perdi, tenho pena da minha vida, a vida que eu já vivi”.

Durante os seus dias na instituição, reza o terço, conversa todos os dias com os filhos, recorda o marido, costura e observa. E embora diga não ter mais nada a decidir, (“os meus filhos que tomem conta”), ainda sente a estima que lhe dedicam, nos gestos simples que a rodeiam. Conta que os filhos vão visitá-la regularmente ao lar e que ela lhe pede que a única coisa que não quer que lhe falte no lar é a água. Quando recebe as visitas dos filhos fica animada, mas assume que quando se vão embora não fica triste, gosta de estar no lar e já está mais que habituada:

“Sinto-me feliz, digo sempre aos meus filhos que estou feliz com eles. Gosto de lhes repetir as histórias. Quando me vêm cá visitar, nunca ficamos cá em baixo, vamos sempre os 3 para o meu quarto e a minha filha arruma-me sempre os gavetões, prepara-me a roupinha para eu vestir no próximo dia, fica tudo direitinho. Enquanto o meu filho me está a meter umas moedas para o meu porta-moedas para beber o café aqui. Não fico nervosa quando vão embora, eu gosto de cá estar.”

Ao longo da sua vida, Irene manteve uma postura ativa e socialmente comprometida. Com orgulho, partilha que é sócia de várias instituições e coletividades: do Lar onde reside, do Sport Tortosendo e Benfica, do Sport Lisboa e Benfica, da LAT (Liga dos Amigos do Tortosendo) e da União de Reformados, Pensionistas e Idosos do Tortosendo. A sua ligação aos reformados foi marcante, sempre foi uma presença habitual em excursões, festas e convívios: “Desde os 50 anos, íamos a todo o lado, íamos a Marvão à festa da castanha, íamos à praia e no dia do aniversário dos reformados sou sempre convidada para ir e comíamos um belo lanche.”

Para Irene, estas saídas representavam não só momentos de lazer, mas também uma forma de cultivar laços sociais e reforçar o seu sentimento de pertença a uma comunidade ativa. Gosta de participar civicamente e gosta do convívio. Sempre foi apaixonada pela praia: “Adoro a praia, fui durante 40 anos.” Confessa-se “muito gulosa”, com um especial carinho pelo arroz-doce, que fazia com frequência e partilhava com os que lhe eram próximos.

Irene caracteriza-se, ainda, ser uma senhora “pura e verdadeira”: “Passei a vida a fazer o bem e, se podia fazer o bem, eu fazia. Ainda hoje, se puder, eu faço.” Este princípio de solidariedade atravessa o seu percurso de vida e permanece como traço vivo

da sua identidade. Para além de ser uma pessoa pura, destaca-se também o desejo de não causar transtornos: “Sou muito compreensiva e não gosto de dar trabalho a ninguém.” Essa preocupação em facilitar a vida dos outros, mesmo em situação de dependência, revela um sentido ético.

Quando questionada sobre o seu futuro, Irene assume: “Não há futuro para mim, minha linda. Para mim já não há.” Não o diz com revolta, nem com tristeza, aceita tranquilamente que tudo tem um fim. Viveu uma bela vida e quer aproveitar o sossego da instituição com aqueles que ela mais gosta. No final da entrevista, deixa uma mensagem a quem está a começar a vida adulta: “Olhe, que pense 20 vezes antes de fazer um disparate, se eu tivesse pensado mais vezes...”

Irene não dramatiza o envelhecimento, mas reconhece que ao longo da vida viveu momentos que a marcaram profundamente, como o amor proibido, o apoio negado na compra da sua casa.

O retrato de Irene Correia revela uma trajetória marcada por experiências de cuidado, participação associativa e práticas religiosas, elementos que continuam a estruturar a forma como vive o presente. Irene preserva um sentido de si que resiste, mesmo num quotidiano institucional onde a autonomia se esbate. O seu percurso é expressão de um perfil institucional-instrumental com nuances afetivas, uma aceitação funcional da institucionalização e com traços de adaptação que respeitam quem foi e quem ainda é.

6.3.1.1.3 Rui Morgado – A Luta pela Autonomia Como Expressão de Identidade

Rui Morgado tem 67 anos, nasceu e sempre viveu no bairro do Cabeço, no Tortosendo, onde também se situava a sua última residência antes da institucionalização. É o mais velho de três irmãos, duas raparigas e um rapaz, e cresceu numa família unida. Sempre teve uma boa relação com a família, foram sempre todos muito próximos. Considera que toda a sua vida familiar foi marcante, desde a sua juventude com os seus irmãos, às noites de Natal nas quais o seu pai proporcionava bons momentos à família.

Sendo o filho mais velho, Rui sempre sentiu a responsabilidade de servir de exemplo e de apoiar os irmãos. Contribuiu para que os pais pudessem oferecer-lhes melhores condições e chegou a ajudar financeiramente a irmã mais nova, permitindo-lhe concluir o curso de professora. Viveu com os pais até aos 25 anos, altura em que viajou para França para passar férias e acabou por lá permanecer durante oito anos.

Descreve-se como uma pessoa ativa, participativa e sociável, com facilidade em criar empatia. Recorda que, ainda com 10 ou 11 anos, conseguia estabelecer conversas e provocar sorrisos até nas pessoas mais reservadas do bairro, algo que motivava

comentários das restantes vizinhas: “Senhor Rui, aquele fulano é uma pessoa tão calada e você conseguiu fazer com que ele se risse e falasse”. Cultivava uma relação próxima com a comunidade: “Gostava de conversar, e também era uma pessoa com um sorriso fácil, eu muitas das vezes respondi às pessoas com apenas um sorriso, em vez de escolher a palavra certa eu sorria.”

A infância e juventude foram marcadas pela prática desportiva informal e pelo convívio com os amigos. No bairro do Cabeço, jogava futebol com os amigos no campo local, dividindo as equipas entre o “lado de cima” e o “lado de baixo” do bairro. O futebol, desporto pelo qual mantém grande apreço, sempre foi a sua modalidade favorita, acompanhando-o como adepto fervoroso do Sport Lisboa e Benfica.

Rui considera-se um homem afortunado pela vida social e familiar que construiu. Entre as figuras mais marcantes destaca um tio paterno e a sua esposa, que não tinham filhos e o tratavam como “o filho que gostariam de ter”. Chegaram a pedir ao pai para que fosse viver com eles, mas este recusou, por querer manter os filhos juntos.

Tinha vários amigos, gostavam de ir todos para os bailes da vila, das aldeias mais próximas, aos Santos Populares. Confessa que, quando chegava, era fácil encontrar um par para dançar. Sempre os considerou “bons amigos”, de relações “muito fortes”, para além de saírem para as festas e bailaricos, ainda hoje, quando souberam que Rui tinha ingressado no lar, foram lá vê-lo- De igual modo, quando teve um AVC, os seus amigos foram visitá-lo.

Considera-se, desde sempre, “muito competitivo”, procurando sempre mais alguma coisa e querendo sempre superar-se. Assim, para além de ter começado a trabalhar muito cedo, dedicou-se ao associativismo desportivo. Foi dirigente do Sport Tortosendo e Benfica durante 12 anos, uma função que desempenhou com muito gosto. Nesse período, conquistou o título de campeão distrital e levou a equipa à terceira divisão. A sua ligação ao futebol terminou aquando da sua ida para França, mas a experiência deixou-lhe muitos amigos e memórias marcantes. Considera esse percurso uma verdadeira “formação de vida”, pela relação próxima que manteve com os jovens que treinou e acompanhou ao longo dos anos.

Teve o seu primeiro filho aos 25 anos, solteiro, fruto de um namoro que terminou de forma conflituosa. A sua ex-namorada, que sempre manifestara o desejo de “ter um Rui”, engravidou em segredo, apenas revelando após o nascimento da criança.

Já o seu segundo filho nasceu do seu único casamento. Rui casou-se aos 27 anos, em França, com uma mulher portuguesa que ali vivia desde jovem e cuja família já morava há muitos anos em França. O casal conheceu-se em Portugal, mas a sua amada tinha uma relação conjugal. O envolvimento de Rui e Carla (nome fictício), iniciou-se

neste contexto, assumindo a forma de uma relação extraconjugal que acabou por levar à separação de Carla e do seu marido.

Após o divórcio, Rui prontificou-se a ir para França ter com ela:

“Eu disse-lhe olha vou para França passar férias contigo, e acabei por lá ficar com ela. Foi uma paixão mais da parte dela, pois quando eu a conheci e comecei a lidar com ela, era casada e era mãe de 2 filhos e divorciou-se por minha causa.”

A integração na família da esposa foi difícil, não foi plenamente aceite, sobretudo pelos seus sogros, ainda que o resto da família o tenha acolhido melhor. Assume que o seu papel na família era o de “chefe de família”, pois gosta de saber tudo o que se passa no seio familiar, embora não se considere “mandão”, pois, a “esposa teve sempre autonomia para tudo”. Gosta de saber os passos da família e de aconchegar a mesma. Sentia-se reconhecido no papel que desempenhava na família.

Considera que teve de recomeçar a vida do zero por três vezes. A primeira vez foi quando foi para França e começou um trabalho que nada tinha nada a ver com aquilo que fazia em Portugal. Ficou 8 anos em França e voltou para Portugal, onde recomeçou a sua vida pela segunda vez. A terceira vez foi devido a um grave problema de saúde:

“Aos 50 anos tive um AVC hemorrágico extenso e estive 6 dias em coma, aí passei a ter uma vida completamente diferente, fiquei dependente. Na fase inicial, andei de cadeira de rodas, e fiz a minha recuperação no Fundão, porque eu residia em Alcaria.”

Este tipo de AVC é geralmente um dos mais graves e perigosos, contudo, Rui nunca desistiu de si, nem da sua vida. A família de Rui foi preparada para o pior, uma vez que, segundo os médicos, tudo o que estava ao alcance da equipa já tinha sido feito e, dali em diante, a recuperação dependeria sobretudo dele. Começou a fisioterapia no Fundão, com uma terapeuta com quem estabeleceu uma relação próxima. Desde o início da fisioterapia que a profissional determinou, que nas deslocações para as sessões de fisioterapia, Rui não podia usar a cadeira de rodas, de forma a recuperar a sua mobilidade: “Obrigava-me assim a atravessar 2 corredores enormes para chegar à fisioterapia com a ajuda de uma canadiana e depois de um tripé. Isso fez com que eu comesse a andar.”

Esta exigência permitiu progressos visíveis, frequentemente destacados pelos enfermeiros, que assinalavam a melhoria constante de dia para dia. Este período foi determinante para a recuperação da capacidade de marcha e, em 2011, permitiu-lhe

regressar ao Tortosendo. Rui reconhece que os avanços obtidos nesta fase não foram aplicados em terapias posteriores com outros profissionais.

Ultrapassada a fase crítica, o hospital convidou-o a colaborar em reuniões com outros doentes que sofreram AVC, valorizando o facto de o testemunho vir de alguém que passou pela mesma experiência e não de um técnico de saúde. A experiência de Rui, após o AVC, tem servido de exemplo para muitas pessoas com quem se cruza. Em várias clínicas de fisioterapia, e noutros contextos, os médicos pedem-lhe autorização para interagir com outros utentes, partilhando a sua forma de enfrentar e ultrapassar esta fase da vida.

Em 2012, após uma noite de forte ansiedade, recorreu às urgências. Depois de vários exames, o médico decidiu mantê-lo internado, receando a ocorrência de um segundo AVC. Iniciou então fisioterapia com outra terapeuta, mas, próximo do final das sessões, manifestou descontentamento com a ausência de melhorias, contrastando com a recuperação mais célere da fase anterior. A resposta da profissional revelou-se inesperada e bastante insensível: “Você já não dá mais.” Resposta que considerou pouco ética por parte da profissional.

Mais tarde, voltou a realizar fisioterapia com a sua primeira terapeuta, que resumia o seu percurso afirmando que, “entre o azar e o susto que apanhou, acabou por ter sorte”. Essa frase tornou-se uma síntese da sua experiência: o azar do primeiro AVC, o susto da possibilidade de um segundo AVC, e a sorte, cujo alcance só o tempo poderá confirmar.

Apesar das grandes melhorias que Rui teve no início da sua recuperação, o regresso ao Hospital da Covilhã implicou um retrocesso inesperado. Por motivos de segurança, foi-lhe imposta, novamente, a utilização da cadeira de rodas. Este retrocesso implicou uma quebra de autonomia e de identidade em Rui: “ Parece que nós criamos uma dependência e que somos dependentes da cadeira.”

Quando se iniciou a pandemia, e todos os serviços foram fechados, a sua mobilidade piorou, a pois ausência da fisioterapia e da hidroterapia, devido ao confinamento, levou à perda acentuada de capacidades:

“Eu parei de andar durante o covid, porque estive 2 anos sem fisioterapia, sem hidroterapia e depois ‘tive muito tempo parado, porque ‘tive muito tempo sem sair de casa. Em casa, movimentava-me do quarto para a casa de banho, para fazer as minhas necessidades e higiene básica, ia para a cozinha e para a sala para ver a televisão. Durante o covid a convivência era somente feita com as pessoas de casa, a minha mãe neste caso e foi aí que eu deixei de andar.”

O ingresso na instituição representou uma nova oportunidade de reabilitação. Com a retoma da fisioterapia, recuperou gradualmente a capacidade de marcha. Quando perguntado sobre esta quebra, Rui assume:

“Não fiquei frustrado com esta quebra, pois eu não desisto de mim próprio. Procuro sempre soluções e terapias. Tenho a minha própria autonomia de ir à procura, como é que eu consigo contornar os obstáculos que se me deparam? Haveria muita gente que teria desistido. Ao fim de 17 anos outra pessoa teria conformado com a sua doença, mas Eu Não, um investimento que eu fiz foi uma cadeira elétrica para eu embora vivendo com a minha mãe, eu conseguia percorrer o bairro do cabeço todo sem depender de ninguém.”

A decisão de entrar para o lar foi tomada de forma ponderada, ao ponto de Rui se inscrever e só ter entrado um mês após pagar a inscrição, mas considera que foi um mês importante:

“Foi um mês que eu tirei para mim e para a minha mãe. Preparei a minha mãe para a minha ausência, pois ela não estava a aceitar bem a ideia de eu vir para aqui. Ela nunca aceitou que eu viesse para aqui.”

Após o AVC, o hospital propôs a Rui frequentar um centro de dia, sugestão que decidiu recusar. Preferiu, desta forma, ir para a sua casa e ver como se podia adaptar à sua incapacidade. As assistentes pessoais concordaram com a sua decisão, consideravam importante que ele experimentasse, de forma autónoma, gerir a sua capacidade ou incapacidade no seu quotidiano. Rui aprendeu assim a lidar com a sua condição, mas ter capacidades monetárias foram importantes neste processo, adaptando a sua casa às suas necessidades.

Apesar de ter adiado a entrada na ERPI, a decisão acabou por ser motivada não apenas pela sua falta de mobilidade, mas também pela consciência de que a mãe, já idosa, não tinha condições para cuidar de um “filho dependente”. Assumindo-se como um filho atento e protetor, Rui reconhece que sempre se sentiu receoso de deixar a mãe sozinha, consciente da fragilidade associada à idade avançada:

“Porque eu sabia que com a minha mãe de 90 anos, sempre foi uma pessoa saudável e que nesses casos normalmente o primeiro problema costuma ser fatal, sempre tive essa ideia, que é a primeira vez que a minha mãe adoeça, Deus queira que não, é bem provável que seja fatal.”

Rui tinha já uma relação prévia com o lar, fruto de 15 anos de colaboração profissional, o que lhe deu segurança na escolha e facilitou a sua adaptação na instituição. Gosta de estar no lar e o que é importante para si é “passar o dia-a-dia cada vez melhor”: “Estou numa casa onde estou completamente integrado, onde tenho facilidade em comunicar com toda a gente e sinto-me confortável.”

Adaptou-se facilmente, apesar de considerar que houve apenas uma diferença notória entre morar em casa da sua mãe e morar no lar: “No lar tenho de me cingir as leis da comunidade e de viver em comunidade que é como se vive aqui, uma coisa é viver com a minha mãe e outra é viver aqui com dezenas de pessoas.”

A integração de Rui na instituição foi facilitada pela familiaridade com o espaço e pela sua postura sociável. Conta que foi bem recebido por todos, ainda que houvesse, inicialmente, a curiosidade natural em saber quem era, de quem era filho e onde tinha nascido. Essa fase foi breve, pois muitos residentes e profissionais já o conheciam. Sente afinidade e confiança com todos, “desde os responsáveis até ao simples utente comum”, e valoriza o respeito e a atenção que lhe dedicam: “Sou bem tratado, eu também não sou exigente. Apenas exijo que cuidem de mim, dentro do tempo que têm disponível para mim. Mas sinto-me ouvido e respeitado, também estou bem integrado no lar.”

Participa ativamente nas atividades propostas, apenas não participa em atividades incapacitantes para a sua condição. Sempre que considera necessário, comunica as suas restrições e dá o seu parecer para facilitar a convivência, procurando resolver qualquer questão de forma simples e tranquila.

Essa disposição para participar é acompanhada de uma rotina pessoal bem definida, na qual o cuidado com a aparência ocupa um lugar central: faz a barba diariamente, escolhe e prepara a roupa na véspera, hábito que raramente altera, e mantém tudo organizado à sua maneira: “Todos os dias à noite escolho a roupa que vou usar no dia seguinte e raramente mudo de opinião. A roupa reflete a minha identidade, sou muito perfeccionista.”

Por vezes, deixa que sejam as auxiliares a escolher o seu *look* para o dia a seguir e Rui dá essa “facilidade”. Rui afirma que tudo o que faz, é por gosto e satisfação pessoal, nunca por obrigação ou mera simpatia. Valoriza o convívio, a conversa e a ajuda aos outros, sempre dentro das suas capacidades e da sua perspetiva. Não procura impor-se, preferindo explicar as razões que sustentam o seu modo de pensar.

Apesar das limitações impostas pelo AVC, Rui afirma sentir-se “a mesma pessoa”, procurando usufruir ao máximo do dia a dia. Descreve-se como alguém que gosta de viver, de conviver e que mantém objetivos, mesmo que estes tenham sido redefinidos.

Reconhece que a sua experiência de vida com a incapacidade o torna conhecedor das melhores estratégias para gerir as suas necessidades:

“Principalmente na forma como lidam com a minha capacidade, porque eu sou a pessoa que melhor conhece a minha incapacidade e como eu devo ultrapassar. Isso não é competência das pessoas, é a minha experiência de vida com esta incapacidade que ajuda a que seja mais fácil a vida para as pessoas que me ajudam.”

Para além da vida no lar, Rui reflete sobre o seu percurso e as suas relações afetivas. Afirma que não sente falta de ninguém em particular, mas guarda sempre viva a memória do pai, figura presente e marcante. Recorda com carinho todos os que fizeram parte da sua vida, mesmo que os caminhos tenham seguido rumos diferentes.

Reconhece que gostaria de viver acompanhado, idealmente com uma companhia feminina, mas admite não ter condições para tal, considerando-se uma “má companhia”, razão pela qual se divorciou no passado, para dar à outra pessoa a oportunidade de viver a sua vida plenamente. Sobre o seu percurso de vida, considera-se um felizado, com um passado bem vivido, marcado por memórias de infância e juventude, especialmente as férias passadas na casa dos avós, no concelho da Sertã. Apesar das limitações físicas, em particular no lado direito do corpo, mantém-se positivo e orgulha-se de ser um exemplo de superação.

Quando questionado sobre o futuro, Rui responde de forma pragmática, vive centrado no presente e motiva-se com pequenas vitórias que se traduzem em melhorias da sua autonomia: “Não penso, o futuro é amanhã, é o dia a dia. Não penso, só penso se for capaz de ter mais autonomia do que não tenho hoje, isso para mim seria uma grande conquista.” Esta perspetiva não o impede de valorizar o reconhecimento e o afeto das pessoas com quem se cruza. Sente-se estimado e próximo quando alguém se lembra dele:

“As pessoas lembrarem se de mim, tratarem-me bem, procurar saber como estou hoje e pessoas que não me vêm há anos e ainda hoje tem o desabafo Em dizer que eu estou lindo. Eu sei que sempre fui lindo, embora agora já tenha 67 anos.”

Sobre o envelhecimento, afirma com convicção que ainda não chegou a essa etapa da vida. A forma como olha para a existência permanece inalterada e não se sente transformado pela passagem do tempo. Continua a encarar cada dia como uma oportunidade de viver, conviver e manter viva a essência que o caracteriza desde a juventude.

O percurso de Rui Morgado traduz-se numa narrativa de resiliência e autodeterminação. A sua forma de encarar a vida de institucionalizado revela uma aceitação lúcida mas ativa, do quotidiano, procurando manter hábitos, rotinas e símbolos que reforçam a sua identidade. A aposta na autonomia, seja através da participação nas atividades, da escolha da roupa, ou da gestão do próprio dia, surge como elemento central na preservação do seu sentido de si.

A integração no lar não se traduziu numa rutura inesperada com a sua história pessoal, pelo contrário, Rui mantém o empenho em comunicar, ajudar e conviver, preservando traços de personalidade que o caracterizam desde jovem. A instituição é, para si, um espaço onde pode continuar a exercer a sua sociabilidade, mas também um local que reconhece como necessário para garantir segurança, cuidados e a possibilidade de reabilitação.

Neste sentido, Rui enquadra-se no perfil institucional-instrumental, caracterizado pela aceitação da vida no lar como solução funcional, com adaptação às rotinas estabelecidas e preservação de hábitos e expressões de identidade pessoal. A sua experiência evidencia que, mesmo num contexto institucional, é possível viver de forma ativa, cultivando relações, mantendo interesses e afirmando uma postura construtiva perante as suas limitações físicas.

6.3.1.1.4 António Silva – Do Casal da Serra ao lar, a aceitação tranquila em envelhecer

António tem 89 anos, nasceu no Casal da Serra, um bairro localizado no Tortosendo, viveu grande parte da sua vida no Casal. Cresceu numa família numerosa, com oito irmãos, numa quinta onde residia com os pais. O pai faleceu cedo, António tinha apenas um ano e meio, o que marcou a sua infância, mas também reforçou o espírito de entreaajuda familiar. Apesar de ter muitos irmãos, considera que era estimado: “Mas eu era amado e estimado por todos por ser o mais novo e pequenino.”

Recorda com alguma graça as regras de boa educação que a sua mãe fazia cumprir:

“Quando era à noite a minha mãe esperava por todos, ela não tocava na panela sem estarem todos à mesa, dizia ela que não era para estar o dia todo com a gadanha e o prato atrás. E um dia, esse meu irmão, entrou um bocadinho mais tarde e a minha mãe chateou-se com ele, quando ele chegou à cozinha, sentou-se e não nos deu a salvação, e a minha mãe disse-lhe, ‘mas aqui há burros?’ e ele disse que não, então ela mandou-o ir até lá abaixo à porta e para voltar a subir para dar a salvação e foi isso que ele fez. Assim se nasce a educação.”

António recorda ainda o seu papel na família, que descreve como sendo central para a subsistência da mesma:

“Tinha o papel de cuidador e de garantir subsistência à minha família. Trabalhava no campo para lhes dar alimento. Eu era bastante importante na família. Hoje em dia já morreram quase todos, mas sempre me dei bem com a minha mãe e com os meus irmãos. A minha mãe era uma pobre viúva, mas sempre deu respeito e educação. E na minha família, comer todos juntos era essencial, a hora da refeição é a hora mais importante.”

António tinha uma irmã costureira que trabalhava para uma professora de Alcaria que dava aulas na escola do Casal da Serra. Devido à relação de amizade entre a irmã e a professora, António beneficiou de uma educação especial:

“Ela à noite vinha para nossa casa e foi-nos ensinando a escrever e a ler. Aos 4 anos fui para a escola aprender, ia com ela para a escola brincar e acabava por aprender alguma coisa, mas com 7 anos é que fui mesmo para a escola.”

Frequentou assim a escola até à 3.^a classe, recorda com satisfação esse período, afirmando que “gostava da escola” e que valorizava a aprendizagem. Contudo, devido a ter uma família numerosa e “pobre”, não pode seguir os estudos e foi assim trabalhar com apenas 10 anos. Começou por trabalhar na construção civil, mas logo teve de abandonar este trabalho precário: “No inverno não se ganhava dinheiro e a minha mãe estava habituada a que eu lhe desse a fêria e então ela obrigou-me a ir para a fábrica porque era um trabalho mais certo.”

António, com apenas 12 anos, entrou na fábrica “*Sociedade de Lanifícios ou a Fábrica do Ribeiro*” e esteve lá até aos 20 anos. Mas apesar de tudo, a sua vida não era só trabalho, António era um jovem que gostava de se divertir, considerava-se “um reguila” e jogava futebol enquanto trabalhava na fábrica.

Aos 20 anos, António foi mobilizado como combatente, desempenhando funções de primeiro-cabo de cavalaria. Essa experiência marcou-o pela aprendizagem adquirida e pela disciplina que exigia. Recorda que, durante o serviço militar, revelou ainda mais o seu gosto pelo futebol, integrando a equipa local da tropa.

Após regressar da tropa, António manteve-se ativo no futebol. “Era um bom jogador”, recorda. Enquanto trabalhava na fábrica, um jogador do Covilhanense (atual Sporting da Covilhã), viu-o jogar e convidou-o para integrar a equipa de futebol dos

Unidos Futebol Clube Tortosendo. Aceitou o desafio e jogou durante nove anos, conquistando a admiração dos adeptos locais: “Muitas vezes, cá no Tortosendo, diziam que eu era o melhor.”

Foram anos intensos, marcados pelo desporto, trabalho e pela vida social. Confessa que durante as tardes de jogo atraíam muitas jovens para ver os jogos, e mais tarde, juntavam-se nos bailaricos, onde dançavam e “pedia em namoro a esta e a outra, mas não era nada sério.”

“Era assim a vida. Íamos a jogar aqui nos Unidos, jogávamos com as terras todas aqui à volta, na Covilhã não havia freguesia nenhuma que não tivesse uma equipa. Aqui era uma vila de desporto. O Tortosendo era uma vila de desporto.”

A vida na fábrica contrastava com a vida no campo de futebol. “Não se podia falar, não podíamos dizer nada”, lembra:

“Eu era dos trabalhadores que é como eles dizem comunista, mas eu não era comunista, era trabalhista e conversava sobre a vida e tínhamos medo de o fazer porque podíamos ir presos. Dois colegas nossos foram presos. Era contra o estado, trabalhava muito e ganhava pouco e éramos mal tratados, os mestres falavam para os operários como falavam para um cão, não éramos bem tratados, então éramos contra o Salazar. Voto sempre e eu voto sempre no partido Comunista.”

Casou e teve o seu primeiro filho aos 23 anos, depois, aos 25 teve o seu segundo filho. Considerava-se importante para a sua família, uma vez que lhes dava sustento, garantindo bens alimentares e monetários aos filhos. A sua ida para França foi motivada pelas fracas condições que tinha em Portugal:

“Abandonei os meus filhos cá para lhes comprar uma casa, eu estava numa casa arrendada e era toda de madeira, eu morava no 1 andar e tinha um vizinho que morava no 2, quando ele passava nas escadas fazia muito barulho, não tinha culpa nenhuma, mas era meia-noite e o meu menino acordou a chorar. Foi essa motivação que me levou a sair de Portugal.”

Com 28 anos foi para a França, onde esteve lá durante 15 anos. Queria muito que a sua mulher e os seus filhos se tivessem mudado para França, para ao pé de António, mas confessa que a sua mulher “nunca quis ir para lá”. Assume que passou lá tempos

muito maus, mau tempo e as casas onde ficava a habitar não tinham as mínimas condições, “não havia água quente, e era muito frio.” Apesar disso, manteve-se focado no propósito que o levou a emigrar:

“Consegui dinheiro para os estudos dos meus filhos e para uma casa, tanto para mim como para eles. Assim que percebi que tinha dinheiro para vivermos confortáveis voltei para Portugal. Tenho muito orgulho em ter ajudado e dado um bom futuro aos meus filhos, tenho muito orgulho neles.”

Quando morava com os seus filhos, trabalhava numa quinta da família *Garrett*⁵ e na sua casa tinha um quintal, onde plantava o sustento para ele e para a sua casa. Viveu 67 anos casado com a sua mulher, a quem sempre demonstrou “carinho e respeito”. Conta que tinha uma vida normal, sem preocupações, mas a sua mulher era diabética e a doença se foi agravando com a idade:

“A minha mulher era diabética e quando envelheceu, veio para o lar, devido aos diabetes acabou por perder um pé. Eu durante o dia trabalhava no campo e depois vinha cá cuidar dela, entretanto a infeção passou para o 2º pé e ela acabou por falecer.”

Revela ainda que quando a mulher estava institucionalizada, na mesma ERPI onde António está agora, que vinha todos os dias do Casal da Serra⁶ para o centro do Tortosendo para dar as refeições à mulher e só saía do lar por volta das 19, horas a que as visitas acabam. Ao passar tanto tempo na ERPI, António inscreveu-se no apoio domiciliário, apenas para receber apoio na confeção das refeições.

Ao longo da vida, manteve sempre uma relação próxima com a família, pautada pelo cuidado e pela partilha. Orgulha-se de nunca ter deixado que os filhos passassem necessidades, garantindo-lhes alimentos provenientes do seu trabalho no campo:

“Os meus filhos vinham sempre ter comigo e com a minha mulher à nossa casa e eu dava-lhes subsistência, alimentos que apanhava no campo. Os meus filhos vinham sempre almoçar connosco aos sábados. Os meus filhos nunca na vida compraram uma batata, ou uma cebola, ou feijão verde, eu dava tudo.”

Defensor de uma educação baseada no afeto e no respeito, rejeita qualquer forma de violência, “quem bate nos filhos e nas mulheres é só vergonhoso.” Antes de entrar na

⁵ Família prestigiada no Tortosendo. Consultar: <https://almeidagarrett.pt/pages/about-us>

⁶ Aldeia pertencente ao Tortosendo.

instituição, sentia-se só. Passava os dias sozinho, limitado a “olhar para quatro paredes”, via os filhos apenas ao fim de semana. As refeições, já fornecidas pelo lar, eram tomadas sem companhia, reforçando a sensação de isolamento. Viver sozinho, reconhece, era “triste e complicado”. Ainda assim, mantinha uma rotina marcada por equilíbrio entre o trabalho na quinta e momentos de convívio com os seus amigos. Relata que sempre teve amigos durante a sua vida, ainda que atualmente “há poucos vivos.”

De manhã, dedicava-se ao cultivo e ao cuidado do quintal, tarefas que fazia com gosto. Depois do almoço, fazia sempre a sesta e, ao acordar, seguia para o café, onde jogava às cartas com os amigos, partilhava conversas e, por vezes, um copo ou dois. O lanche, por volta das cinco da tarde, antecedia o regresso a casa, onde voltava a ocupar-se no quintal até à hora do jantar. As noites eram passadas a ver televisão, com especial entusiasmo pelos dias em que passavam jogos do Benfica, paixão que mantém até hoje.

Para António, o quintal e a sua casa eram mais do que simples espaços. Não tendo, em tempos, uma casa própria, trabalhou e lutou muito até conseguir conquistar a sua. No verão, encontra um prazer especial em estar no quintal, cuidar do jardim e sentar-se no banco que ali tinha, apenas para contemplar a vista. Este é um espaço de tranquilidade e orgulho, que simboliza as suas conquistas e menciona: “Tenho muito orgulho naquilo que é meu.”

Foram os filhos que o incentivaram a considerar a institucionalização, embora tenham feito questão de lhe pedir a opinião, por não quererem que esta mudança lhe fosse imposta. Apesar de alguma relutância inicial, acabou por reconhecer que seria a melhor solução, tanto para si como para a tranquilidade da família. Atualmente, afirma ter sido uma das melhores decisões que tomou, já não sente a solidão que sentia outrora, aprecia o ambiente da instituição e mantém uma atitude de aceitação perante a vida, que descreve como feita de “grandes retalhos” com os quais é preciso saber lidar.

António afirma sentir-se bem na instituição, onde recebe atenção e participa com gosto nas atividades propostas. Embora as suas limitações físicas já não lhe permitam envolver-se tanto nas atividades desportivas como no passado, mantém-se ativo e interessado. Sempre que possível, sai para dar as suas voltas e, nos dias de jogo do Benfica, procura ver os jogos nos cafés locais: “Eu aqui dentro faço tudo o que quero, saio quando eu quero, vou ver o futebol. Vou ao cemitério para rezar um Pai Nosso pela minha Senhora, venho-me embora e ando a fazer a minha vida.” Ao refletir sobre o seu percurso de vida e sobre a forma como encara as relações com os outros, António identifica-se como sendo:

“Eu era uma pessoa desportista, um verdadeiro jogador de sueca. Era mais participativo nas atividades desportivas, agora não consigo. Era uma pessoa mais

companheira, um camarada, conversador, ajudante, normalmente chamava os meus amigos e ajudávamo-nos mutuamente, onde fosse preciso. Gosto de amar e respeitar o outro.”

Reconhece a mudança de papel, de cuidador a alguém que necessita de cuidados, mas encara-a com naturalidade e sem desconforto, assumindo-a como parte do ciclo da vida. Mantém uma relação próxima com os filhos, com quem fala diariamente, e recebe as suas visitas semanalmente. Quando estão juntos, sente-se “feliz e estimado”, no momento da despedida, confessa sentir uma leve tristeza por saber que terão de esperar uma semana até se reencontrarem. Para além de receber as suas visitas, também vai a casa deles quando pode.

Os primeiros dias de António na residência foram marcados pela boa receção dos utentes e dos funcionários. A adaptação foi facilitada pela semelhança das rotinas com as que mantinha em casa: “ Consegui adaptar-me muito bem porque as rotinas eram parecidas às da minha casa.” Ainda assim, reconhece que a mudança foi significativa:

“Sim, foi uma mudança muito grande, pois estava habituado a morar num lado, que era a minha casa e a minha estimada casa, e depois vim para aqui. E também estava habituado a um viver e agora a outro. Mas estou melhor aqui e continuo sempre a ser o mesmo que era antes de vir para cá. O que fazia em casa, faço aqui.”

Na instituição, sente-se respeitado e valorizado, como se fizesse parte de uma grande família e considera que “é como se fosse a minha casa.” Para António, a vida no lar mantém muitas semelhanças com a de casa, sente-se confortável com as rotinas e com a partilha de espaços: “É igual como se estivesse na minha casa, está tudo bem. Tomo banho com uma auxiliar, mas não me faz confusão nenhuma e partilhar o quarto também não era um problema, na tropa era a mesma coisa.”

Ainda assim, lamenta a ausência de alguns companheiros de jogo à altura das suas expectativas: “Aqui dentro não sabem jogar muito bem às cartas.” Para além deste aspeto considera que se sente respeitado e que o tratam como família, dando sempre espaço a António para ajudar, dar ideias ou comentar o quer que seja. A convivência dentro da instituição, segundo António, é harmoniosa ainda que por vezes haja certos desentendimentos: “Às vezes há pequenas coisas, uns que falam demais ou se metem onde não devem, mas eu afasto-me. Gosto de estar com quem tem conversa de valor.”

Mantém também afinidades com alguns residentes, especialmente aqueles que gostam de falar de “futebol ou das coisas do campo”, conta ainda que se dá bem com

todos os trabalhadores e que sempre foi uma “pessoa de respeito”. António afirma sentir-se bem no lar, onde recebe atenção e participa com gosto nas atividades propostas:

“Gosto de participar em todas as atividades, especialmente as dos desportes. Até participo nas olimpíadas sénior, já lá ganhei duas medalhas, ganhei a medalha da malha. Também quando é a hora do terço, apesar de não ser tão religioso, fico sentado a ouvir atentamente.”

Reconhece a importância do respeito e da atenção mútua, aspetos imprescindíveis para uma boa adaptação e vivência num lar de terceira idade com tantos utentes, tal como é o caso. Durante a entrevista desabafa:

“Sim, sou muito respeitado e também respeito toda a gente. Com amor e carinho, sinto-me bem amado aqui e isso traduz-se com mais vontade de viver, uma pessoa mais estimada tem mais amor à vida. Eu faço o possível para tratar todos bem.”

Apesar de valorizar o presente, António não deixa de reconhecer as perdas do passado e desabafa sobre a sua vida e as perdas com que já lidou: “Aqui dentro do lar não perdi nada, mas na vida perdi os meus amigos. É triste, a gente tinha amizade e vivia coisas com as pessoas e depois abandonamos. Ganhei medalhas e a amizade dos companheiros aqui.”

A sua postura perante a vida institucionalizada e o envelhecimento pode ser entendida como uma aceitação pragmática das mudanças ocorridas, encarando-as assim, não como um fardo inevitável, mas como uma pequena adaptação: “É preciso saber adaptar à vida, temos de nos habituar às ordens, saber comportar e cumprir os horários.”

Reconhece que o corpo já não responde com a mesma agilidade, que as tarefas mais simples agora exigem mais esforço e que a ausência da esposa, companheira de tantos anos, lhe pesa sobretudo nas noites solitárias, destacando que “custa deitar-me sozinho à noite”. Ainda assim, recusa deixar-se abater pela tristeza. No lar é estimado e acompanhado, encontra sempre alguém com quem conversar e partilhar o dia. Valoriza as visitas dos filhos, embora desejasse vê-los com maior frequência, e preserva a memória dos momentos e amizades que marcaram a sua vida.

Para António, envelhecer é, simultaneamente, uma experiência de perda e de ganho. Refere que envelhecer é triste, uma vez que se sente mais cansado e limitado em algumas tarefas, mas também se considera mais sábio. Desta forma, António insere-se no perfil institucional-instrumental, que se caracteriza pela aceitação da vida no lar como uma solução prática e funcional. Adapta-se sem resistência às rotinas, mas preserva

hábitos e traços que considera como sendo características da sua identidade. A sua vivência demonstra que, mesmo num contexto institucional, é possível manter uma presença ativa, cultivar laços e afirmar uma postura positiva perante os desafios da idade.

6.3.1.1.5 Emília Alves – Entre a resistência à institucionalização e o apego aos afetos familiares

Emília Alves, 81 anos, nasceu na freguesia de Dominguiso, onde viveu a sua infância e juventude. Morava com os seus pais, a sua avó “muito idosa” e os seus dois irmãos, ambos já falecidos, sendo ela a mais nova. O quotidiano familiar dividia-se entre o trabalho árduo e o cuidado mútuo. A mãe trabalhava em armazéns, enquanto o pai viajava para o estrangeiro, de onde trazia mercadorias para vender em Portugal.

Com cerca de nove ou dez anos concluiu a 4.^a classe, mas cedo ingressou no mundo laboral. Começou por aprender a “meter fios” e, mais tarde, aperfeiçoou a sua habilidade em fazer cortes de roupa em casa, articulando o trabalho com pequenas tarefas que ajudavam a família.

Recorda a infância como um período simples, mas marcado por momentos de grande convívio e liberdade. Entre brincadeiras à bola, saltar à corda e longos dias de verão passados no rio, descreve a alegria de se reunir todos os domingos com amigas e famílias inteiras à beira da água: “Íamos todos os domingos ao rio, encontrávamo-nos todos lá, com as minhas amigas e os pais delas e era muito giro.”

Para além de se encontrar com as suas amigas no rio para passarem umas tardes de verão agradáveis na companhia umas das outras, iam às festas e Emília considera que era uma boa dançarina, “dançava, até dançava muito bem.” Confessa que nos seus tempos livres gostava de cozinhar e fazia ponto cruz, renda, bordava e ajudava desta forma, a fazer o seu próprio enxoval.

Gostava sempre de se apresentar “jeitosa” e bem arranjada, cuidando da sua aparência. Após a morte do pai, viveu apenas com a mãe, que se empenhava em não lhe deixar faltar nada. Descreve que era uma jovem “namoradeira”, revelando que teve dois namorados antes de conhecer aquele que viria a ser o seu marido.

Casou-se aos 21 anos e manteve-se a trabalhar na fábrica, onde exerceu funções como metedeira de fios. Apesar de gostar de viver no Dominguiso, mudou-se para o Tortosendo após se casar. Um ano depois, aos 22, nasceu a sua filha, a quem dedicou todos os cuidados e cuja criação assumiu inteiramente, “sempre fui eu a criá-la”, para além disso cuidava de tudo em casa.

Acompanhou de perto a sua educação até esta se casar e sair de casa, momento que descreve com alguma tristeza, embora apreciasse a vida a dois com o marido. Com o

tempo, tornou-se avó de três netos, com quem mantém uma relação muito próxima e afetiva, afirmando: “eles adoram-me muito”.

A vida conjugal foi marcada por companheirismo e hábitos de lazer partilhados, aos domingos, era frequente saírem juntos, ora com amigas, ora apenas em casal, e por vezes em grupo. Contudo, Emília recorda com tristeza o falecimento do seu marido há 10 anos.

Antes de entrar no lar, vivia na sua casa. Passava parte do tempo no jardim, espaço que lhe proporcionava momentos de tranquilidade, e frequentava a missa regularmente, participando também em todas as procissões que existissem no Tortosendo e nas redondezas. Emília caracteriza-se, assim, como uma pessoa religiosa.

Menciona ainda que, enquanto o marido era vivo, os domingos eram muitas vezes dedicados a passeios em família. No passado, atribuía grande importância ao trabalho, tanto o doméstico como o profissional, e à família, que sempre esteve no centro das suas prioridades. Hoje, o que mais valoriza são as visitas da família ao lar, sobretudo da filha e dos netos, que vivem em França e a visitam sempre que podem. Confessa que a sua maior preocupação, antes de entrar na instituição, era não se conseguir adaptar ao novo ambiente. Ao recordar a vida, identifica como momentos mais marcantes e dolorosos a morte dos pais e, mais recentemente, do marido, contudo Emília refere “não me recordo muito bem.”

Emília conta que sempre manteve boas relações familiares, sem conflitos, e sente que desempenhou plenamente o papel de cuidadora, contando com o apoio do marido e da filha:

“Morava com o meu marido antes de vir para o lar, ele faleceu e eu vim para cá. Quando ele faleceu a minha filha ajudou naquilo que podia, nunca me deixou que faltasse nada. Também sempre me dei bem com as minhas cunhadas e com a família do meu marido, juntávamos ambas as famílias.”

Com o passar do tempo, reconhece que o seu papel se alterou, passou de cuidadora a alguém que necessita de cuidados. A decisão de vir para o lar partiu da filha, que vive em França e se preocupava com o facto de Emília viver sozinha. “Eu também me sentia sozinha e isso deixava-me triste.” Conta que a filha a apoiou e ajudou a tratar de todo o processo de entrada na instituição. Mantém um contacto próximo com a família, conversando por telefone quase todos os dias com a filha e recebendo visitas sempre que possível, uma vez que estão emigrados na França. Costumam vir no verão e ficam na sua casa, e Emília aproveita para passar alguns dias com eles, esses momentos trazem-lhe grande alegria: “Sinto-me muito bem quando estou eles. Quando tenho que

me despedir eu não choro à frente deles, apesar de ficar muito triste, mas quando eles vão embora e eu fico sozinha começo a chorar.”

No passado, dedicava-se a trabalhos manuais como a renda e a costura, atividades que já não pratica por considerar que “aqui não dá jeito”. Atualmente, reconhece que já não consegue realizar as mesmas atividades que fazia antes, mas preserva as memórias e o valor que essas práticas tinham na sua vida.

As divisões mais especiais da sua casa eram a sala, onde passava o tempo a ver televisão, e a cozinha, por ser o espaço onde preparava as suas refeições e era algo que lhe desse gosto em fazer. Gostava especialmente de passar o Natal em família, hábito que agora deixou de ser possível, embora mantenha a esperança de ir novamente a França para celebrar o Natal com a sua família.

A sua entrada no lar não foi marcada por tristeza ou um momento de rutura, já que a adaptação aconteceu de forma tranquila e independente, menciona que já conhecia o lar devido às visitas que fazia, dessa forma, quando ingressou na residência não ficou triste, considerando que “adaptei-me bem”. Reconhece, no entanto, que a rotina é diferente da que tinha em casa, especialmente no que diz respeito aos horários:

“Em casa levantava-me às 8:30/9 horas, agora acordo às 7 da manhã. Gostava de acordar a outras horas, mas sei que aqui não pode ser. Custou um bocadinho porque é diferente. Em casa era só eu e estava com a minha filha lá e agora vêm-me cá ver e levam-me.”

Apesar dessa mudança, considera que a decisão de vir para a instituição foi a melhor opção, pois deixou de se sentir sozinha. Mantém uma postura cordial com todos os residentes, embora admita não criar grandes laços, nem gosta de dar muita confiança: “Não vale a pena dar muita confiança aqui dentro.” Considera a convivência como positiva e sem conflitos frequentes, ainda que com poucos momentos de verdadeira partilha. Valoriza a relação com os cuidadores e auxiliares, afirmando sentir-se “respeitada, ouvida e bem tratada”.

Sente muito a falta da família, mas procura manter-se ativa dentro das possibilidades que a instituição oferece. Gosta de participar nas atividades coletivas e mantém hábitos próprios, como usar o computador da instituição às segundas, quartas e sextas-feiras para fazer palavras cruzadas. Continua também a tomar pequenas decisões do seu quotidiano, como a escolha da roupa, contudo, quando precisa de tomar uma decisão noutra âmbito, pede apoio à filha quando julga ser necessário.

Apesar de não identificar nenhum objeto específico que a caracterize ou ao qual atribua mais valor, afirma sentir-se bem com as rotinas estabelecidas no lar, mesmo

quando não pode escolher certos aspetos do seu dia a dia, como a hora de se levantar ou o que vai comer. “Sinto-me bem com isso”, comenta, ainda que reconheça não ter a certeza se as suas preferências são efetivamente tidas em conta.

Descreve-se como simpática e faladora, especialmente com os amigos e colegas que se sentam ao seu lado, mas admite que muitas coisas mudaram, sobretudo no que diz respeito à sua saúde. Considera que não perdeu nada com a institucionalização, destacando que ganhou companhia. Quando por vezes surgem pequenas situações com as quais não concorda, prefere, no entanto, não as comentar.

O quotidiano na instituição é, para si, satisfatório: “Os dias são bons, gosto de cá estar.” Participa nas atividades propostas, destacando o gosto por cantar, fazer teatro e jogar ao dominó. Sente-se bem consigo mesma e reconhece que o apoio dos auxiliares contribui para o seu bem-estar. Apesar de já não ambicionar aprender ou viver novas experiências, sente que ainda tem algo a oferecer aos outros, como ensinar a fazer malha e renda.

Do passado, guarda com carinho a lembrança da filha, e é à família que mais sente a falta. Gostava de poder estar mais tempo com eles e, nos momentos de tristeza ou solidão, costuma chorar sozinha no quarto. Para Emília, envelhecer é algo triste: “Se ficassemos sempre novos é que era, era melhor.” Pensa mais no futuro do que no passado, admitindo sentir medo da morte e de como será o final da sua vida.

A vida no lar trouxe-lhe estabilidade e companhia, mas não mitigou a saudade da sua família. As respostas curtas e objetivas que foi dando nas conversas revelam uma reserva que contrasta com a abertura para falar da família, tema ao qual regressa sempre que pode. As preferências, opiniões ou gostos pessoais, outrora presentes, perdem agora centralidade, deixando espaço para a valorização dos laços familiares e para a recordação da filha e dos netos.

Por estas razões, Emília insere-se no perfil institucional-instrumental, uma vez que aceita a vida no lar como solução funcional para a solidão e para a falta de suporte em casa. A sua adaptação foi tranquila, sem grandes resistências, embora acompanhada de uma perda dos traços de identidade e rotina que antes a caracterizavam. As atividades que outrora lhe davam prazer, como a renda, a costura ou a participação ativa na vida doméstica e comunitária, foram sendo abandonadas, deixando espaço sobretudo para a valorização da família, que hoje constitui o seu principal eixo de sentido: “Eu era mais feliz antigamente, gostava de ter cá a minha família ou ir ter com eles. A minha cabeça só pensa neles. Quero ir para França.”

6.3.1.2 Perfil institucional-reconciliado, idosos que integram a vida no lar com serenidade e adaptação:

6.3.1.2.1 Helena Soares – Entre o quotidiano do lar e a serenidade da aceitação

Helena Soares tem 82 anos, nasceu e cresceu no Bairro do Cabeço, pertencente ao Tortosendo, onde construiu grande parte da sua vida. Passou a sua infância no Cabeço, brincava com as outras crianças da sua idade de forma a passarem os tempos livres. Vivia numa quinta com os seus pais e conta que levava uma vida ligada à vida de campo e criação de animais:

“Tive vacas, quando havia saúde tínhamos vacas, tive vacas de leite, ainda a minha mãe era viva porque o meu pai já tinha falecido (cedo), tínhamos as vacas e tínhamos coelhos, galinhas e tivemos duas ovelhas também, uma cabra. Tinha uma vida de campo, tratávamos das terras, dava para nós e para vender, ainda vendia todas as semanas ia ao Cabeço com dois cestos e quando tinha as vacas ia lá por o leite.”

Quando era jovem era uma rapariga “mais divertida”, brincava com as raparigas e iam aos bailes. Lembra:

“Na altura não havia as músicas que há agora, era a toque de grafonola e realejo e assim é que nos divertíamos. Fazíamos os bailes com essas músicas, com o realejo e com a grafonola que era preciso dar corda. Na altura era o que podíamos fazer (divertir-se).”

Helena concluiu apenas 4^o classe e iniciou a sua vida profissional muito cedo. Com apenas 13 anos foi trabalhar para a fábrica, aguardando completar os 14 anos para que se pudesse ser inscrita no sindicato. Na fábrica têxtil onde trabalhou como passadeira expandiu as suas amizades:

“Na fábrica onde trabalhava fiz lá muito amigas porque eu fui para lá muito nova e as pessoas que lá estavam davam muito bons conselhos. Divertíamo-nos bastante, porque na altura brincávamos, fazíamos de tudo, não havia la chatices uns com os outros, agora é uma desgraça.”

A sua trajetória é marcada por ser cheia de trabalho, trabalhava na fábrica e em casa. Trazia os cortes para fazer na sua casa, à noite, “após fazer a minha vida ainda tinha que trabalhar nos cortes até às tantas da manhã.” Helena demonstra assim deter um papel de cuidadora da família e da casa, chegou até a abandonar o trabalho na fábrica para cuidar da sua filha, voltando apenas a empregar-se quando a sua mãe se reformou e podendo, assim, cuidar da filha de Helena.

“Em casa fazia o comer, limpava a casa, quando a minha filha era pequena eu é que tratava dela até ao um ano estava numa ama, a ama faleceu e eu fiquei em casa com ela até aos 6 anos.”

O trabalho, sobretudo na fábrica, surgia como um meio de subsistência, além disso, o trabalho era visto como uma forma de afirmação pessoal, uma vez que Helena assume que o trabalho foi um aspeto muito importante para a sua vida e que a fazia sentir realizada:

“Eu acho que o trabalho me fazia sentir realizada, e acho que a gente deve ter gosto por aquilo que faz. Era um meio onde a gente tinha alguma coisa para sobreviver, se uma pessoa não trabalhasse não tinha nada, costuma-se dizer que tudo vem do trabalho.”

Sempre teve uma boa relação com o marido, confidenciando que nunca tiveram problemas, nem zangas. Atualmente fazem 61 anos de casada e revela: “nunca tivemos problemas, sempre nos entendemos muito bem e continuamos a entender.” Tinha uma boa relação familiar, tanto com o marido como com a filha. Aos domingos, sempre que podiam iam passear, o marido tinha carro e era fácil saírem da zona, gostavam assim de ir passar uns dias à praia da Figueira.

Helena detinha um papel de cuidadora, para além de cuidar da filha e do marido, começou a prestar cuidados aos seus pais, que devido à idade começaram a precisar de assistência, por ser filha única, Helena desempenhou esse papel até estes falecerem. Indica que sempre teve o cuidado de “viver com eles”, até mesmo quando o marido emigrou para a França, recusou mudar-se para lá para não deixar os seus pais:

“O meu marido foi para a França e só lá estive 4 meses porque disse que não aguentava de saudades da filha, que era pequenina e ele dizia-me “vens tu para cá” e eu sempre disse que não para não deixar os meus pais.”

Quando se reformou, Helena dedicava-se à vida doméstica. Cozinhar era um dos seus passatempos favoritos, e mantinha sempre a casa limpa, não gostava de ver nada sujo, nem desarrumado. Limpava tudo com tanto afinco que o seu marido lhe dizia várias vezes “andas sempre a lamber o chão”. Helena nunca deixou a sua vida no campo, criava porcos e fazia enchidos caseiros, dividindo assim com a filha, alegando que “são melhores que os de compra.”

Helena sempre se sentiu bem em sua casa, para além da sua paixão pela culinária, gostava especialmente de fazer bolos. Recorda que, pela Páscoa, amassavam os bolos em casa e levavam o alguidar com a massa para irem cozer no forno do padeiro. Ainda que seja católica não praticante, estes feriados religiosos eram motivo de união familiar.

Declara que o maior orgulho da sua vida foi quando a filha se formou em enfermagem, e que é a melhor coisa que tem no mundo, para além disso, os seus netos são também um motivo de felicidade. Em casa, Helena e o marido, já pouco podiam fazer devido aos problemas de saúde. O marido sofre de alzheimer e Helena de diabetes. Recorreu à ajuda de uma senhora que lhe ia fazer limpezas domiciliárias e o comer já não era uma preocupação, uma vez que a comida já ia do apoio domiciliário do lar do Tortosendo. Relembra ainda:

“Eu estava em minha casa, gostava de lá estar, quem é que não gosta de estar em sua casa? Enquanto o meu marido teve saúde passeávamos para longe, tinha carro, mas depois faltou-lhe a saúde, deixou de poder conduzir. Olhe no dia de hoje estava na Sra. do Almurtão, fui lá uns poucos de anos.”

Com 60 e muitos anos, Helena e o marido foram para casa da filha, em Coimbra, onde ficaram cerca de meio ano, numa tentativa de adiar ao máximo a entrada do marido no lar. Contudo, apesar da boa vontade da filha, que trabalhava a tempo inteiro e que até contratou uma senhora para auxiliar nos cuidados diários, Helena não queria sobrecarregar a vida da filha, nem que tivesse mais dois dependentes. Foi assim que tomou a decisão de irem para o lar:

“Fui eu que tive a ideia. O meu marido, não. Ele dizia: ‘Eu não, vais tu, eu não vou.’ Mas depois acabou por vir e gostou. Hoje diz que gosta de cá estar e elogia muito as funcionárias, que são muito boas para ele. É uma pessoa muito respeitadora.”

Helena tinha consciência de que a doença do marido não seria fácil de lidar e que exigiria cuidados que já não conseguia assegurar sozinha, pois “não tinha forças para

isso.” Reconhecia, ainda, que a evolução da doença poderia ser repentina e imprevisível, o que reforçou a decisão de avançar para a institucionalização. Já conhecia a instituição e algumas pessoas que lá trabalhavam. Na chegada, foi recebida com explicações detalhadas sobre o funcionamento do espaço, incluindo as refeições e o alojamento. Foi-lhe explicado também que teria de dormir no piso das senhoras e o seu marido no piso dos senhores. A direção mostrou sensibilidade em respeitar as preferências alimentares do casal:

“Já conhecia o lar, conhecia algumas pessoas que cá trabalhavam. Foi explicado quando vinha e como vinha. A doutora falou na comida, eu como de tudo, eu gosto de tudo, so não gosto de carne de vitela, o meu marido não come massa nem açorda e quando a doutora falou eu disse-lhe aquilo que eu não comia e aquilo que ele não comia e ela disse que não havia problema, e não há. No dia em que elas fazem massa, ao marido ou dão arroz ou uma batatinha cozida e a mim quando é vitela também não me dão vitela.”

Helena recorda que, antes mesmo de se mudar, já tinha a cama reservada no lar “há um mês ou mais”. Nesse período, chegou a visitar o espaço e, acompanhada pela filha, foi bem recebida pela direção, que prontamente lhes mostrou as instalações:

“Vim cá e a doutora mostrou-nos a cama, mas eu, como na altura o meu marido estava com aquela situação, estava-me a custar muito vir embora sem saber como ele ficava. A doutora mostrou tudo a mim e à minha filha, eu gostei do ambiente, estava tudo muito limpinho. A primeira coisa que olhei foi para a limpeza, não achei que estivesse nada mal.”

O quarto foi-lhe mostrado logo quando procedeu inscrição, tanto dela como do marido, o que ajudou a minimizar o impacto da mudança. Helena reconhece que não é como estar na própria casa, mas sentiu-se bem desde o início:

“Já se sabe que uma pessoa estranha um bocado, porque não é como estar na nossa casa, é como se costuma dizer ‘a nossa casa é a nossa casinha’, mas não me senti mal. (...) Já se sabe que é diferente, faz confusão não dormir com o meu marido, mas fez mais confusão a ele do que a mim, porque ele dizia-me e ainda hoje diz: ‘Está tudo muito bem, gosto muito de cá estar, mas o homem não dormir com a mulher é que não está bem.’”

A adaptação também implicou aceitar as limitações físicas e reorganizar atividades que antes lhe eram prazerosas. Por exemplo, Helena admite sentir falta de fazer os seus bolos, mas já não se sente capaz de os preparar:

“Eu posso ir à minha casa fazer os bolos, sinto falta, mas agora já não me sinto capaz de os fazer. Tenho medo de andar de volta do fogão; uma pessoa pega numa panela ou num tacho com água ou outra coisa qualquer, e se deixa cair...? As minhas capacidades já não dão para isso.”

Apesar de não ter já família próxima além da filha e dos netos, Helena encontra no marido e na sua saúde a sua principal preocupação. “Já não tenho família, infelizmente.” O que realmente lhe importa hoje é a saúde do marido, acrescentando ainda que o bem-estar da filha e dos dois netos, ambos rapazes, também é fundamental para si. Ao mencionar os netos, deixa transparecer um orgulho especial: “São só homens.”

Recorda que nunca foi muito frequentadora de cafés, hábito que ganhou com o marido. Revela gostar de ler, ver televisão e acompanhar programas como o de Manuel Luís Goucha. “Gostava de ver televisão, mas não era algo que me interessasse muito; hoje, gosto muito de ver o telejornal.” No verão, a rotina incluía momentos partilhados à porta de casa, sentados a observar quem passava, conversando com o seu marido, numa vida que, para Helena: “Era melhor do que agora aqui.”

Apesar de dizer que se dá bem com todos na instituição, reconhece que enfrenta dificuldades na convivência com a colega de quarto, devido ao uso da televisão:

“Tenho é uma colega de quarto que é má para mim, por causa da televisão. (...) Ela não gosta, eu gosto, a gente vai daqui as 19:30, a essa hora a gente não consegue dormir, eu não consigo, então, como aqui dao ordem para a gente ter televisão ligada até as 22:30 e eu é isso que tenho feito, mas ela não quer de maneira nenhuma, tem-me criado muitos problemas por causa da televisão.”

Helena demonstra uma estima pelo ambiente da instituição. Fala com gratidão do cuidado recebido, sublinhando que tanto ela como o marido são tratados com respeito e atenção. O bem-estar do seu companheiro é, para si, um fator central na sua própria satisfação: “Os cuidadores são simpáticos comigo, só tenho bem a dizer deles, e o meu marido também, tratam-no muito bem. Ver a tratar-me bem a mim e ao meu marido já me deixa realizada.”

A integração foi facilitada pelo reencontro com uma auxiliar que já conhecia antes de entrar na estrutura residencial, mas não desmerece as restantes auxiliares: “Elas ajudaram-me todas. Eu já conhecia uma auxiliar, que me fez logo uma festa, senti-me melhor por já cá ter uma pessoa que conhecia bem. Ajudou-me a ambientar-me melhor, mas todas me acarinharam, todas me trataram muito bem.” A presença de um ambiente coletivo, aliado ao constante apoio, teve um impacto positivo na sua saúde e na sua disposição:

“Sinto-me mais forte porque me senti logo um bocadinho melhor. A gente, estando um bocadinho melhor de saúde... Tenho aqueles problemas que estão cá, mas sinto-me melhor porque sempre estou mais acompanhada, não é? A qualquer problema, uma pessoa está mais acompanhada, enquanto em casa estava só com o meu marido, sentíamo-nos mais sós.”

Apesar do pequeno atrito com a colega de quarto, Helena reforça que mantém boas relações com as restantes residentes e que, em caso de necessidade, procura apoio junto das auxiliares ou até mesmo da animadora. Helena vê o lar como uma extensão da sua própria casa, afirmando que, quando se entra, “passa a ser a nossa casa”, ainda que continue a visitar a sua residência sempre que possível. Mantém algumas rotinas pessoais que já tinha, como lavar os dentes antes de se deitar e ver televisão até às 22h30. Cuida do cabelo e das sobrancelhas sozinha, mas gosta de ir à cabeleireira de vez em quando para lavar o cabelo e fazer uma ondulação “à Lila”⁷.

A transição da casa para o lar foi, para si, tranquila, sem causar desconforto, até porque agora se sente mais segura e acompanhada: “No banho estou só eu e uma funcionária e sinto-me sempre respeitada.” Descreve-se como uma pessoa boa, respeitadora, ligada à família e sempre disposta a ajudar nas pequenas tarefas da instituição, como arranjar louro ou descascar alho.

Reconhece ter sido uma menina tímida e envergonhada, características que ainda hoje mantém, embora agora se sinta mais calma e menos nervosa. Lamenta não poder cozinhar ou limpar a casa, como fazia antes, mas vê essa limitação de forma positiva, admitindo que “foi bem” ter vindo para o lar, pois vive mais descansada e sem a preocupação de ter de fazer o que já não consegue.

Para além das rotinas, Helena preserva alguns gostos e interesses que a acompanham desde há muitos anos. Tem prazer na leitura e menciona autores e obras que a marcaram, como livros de Maria José Portas, o trabalho de Álvaro Cunhal e, em

⁷ Cabeleireira no Tortosendo.

particular, *A Lã e a Neve*, obra pela qual mantém um carinho especial por estar ligada à sua região e que releu várias vezes.

Também aprecia música portuguesa, gosta de assistir a programas televisivos como o *Joker* e valoriza atividades que a estimulem intelectualmente. Apesar considerar que já não tem capacidade física para viajar, menciona que gostaria de poder visitar a Madeira e os Açores.

Ao refletir sobre o envelhecimento, reconhece que “tudo mudou” e que o tempo trouxe transformações físicas e limitações nas atividades que antes realizava com energia e autonomia. Afirma ser, por vezes, pessimista, admitindo que pensar no futuro lhe provoca ansiedade e insónias, especialmente quando recorda episódios dolorosos do passado, como a perda dos pais e do genro. Prefere focar-se no presente, ainda que este também imponha desafios, nomeadamente na gestão das dificuldades de saúde do marido.

O impacto das mudanças corporais também é sentido, “quando me casei pesava 47 kg” e hoje lamenta não conseguir concretizar algumas tarefas que desejaria realizar. Classifica-se como uma pessoa por vezes triste, estado que se atenua com o tempo e com a medicação. Para Helena, uma das maiores dificuldades do envelhecimento é lidar com a perda de capacidades, pois esta traduz-se num sentimento de tristeza e impotência.

Desta forma, Helena enquadra-se no perfil institucional-reconciliado, marcado pela sua aceitação serena da vida no lar como uma etapa natural do envelhecimento. A sua adaptação não se resume a uma aceitação funcional, mas integra também um processo de reconciliação com as mudanças e limitações que a idade lhe impôs. Apesar de reconhecer perdas e dificuldades, preserva interesses, mantém uma atitude colaborativa e valoriza as relações estabelecidas no contexto institucional. A sua experiência mostra que é possível viver esta fase da vida com equilíbrio, encontrando no lar um espaço de segurança, apoio e continuidade de aspetos significativos da sua identidade pessoal.

6.3.1.2.2 Trabalho, família e aceitação: o Retrato Sociológico de Joaquim Fonseca

Joaquim Fonseca, tem 83 anos e nasceu no Tortosendo, numa quinta. Tem quatro irmãos, sendo o mais velho dos cinco filhos. Desde cedo, a vida foi marcada pelo trabalho agrícola, com apenas sete anos, Joaquim ajudava os seus pais na agricultura, tinham uma junta de bois: “tomara ainda hoje tê-los pois éramos felizes assim.” A sua escolaridade ficou limitada à 3.^a classe, não por falta de gosto, mas porque “não havia vagar”, sendo a sua presença fundamental para os trabalhos no campo.

Quando Joaquim tinha apenas dezassete anos, o seu pai faleceu, assumiu então a responsabilidade de cuidar da mãe e dos irmãos solteiros, organizando com eles a vida familiar, trabalhando lado a lado para que nada faltasse: “Nunca nos faltou o pão, graças a Deus.” Quando jovem, para além de ser o responsável pela sua família e bastante trabalhador, Joaquim era um “festeiro”:

“Gostava de ir para as festas onde havia bailaricos, ia para Alcária, Dominguiso, Santo António, era festeiro... e não gostava de ter muitos amigos, os amigos eram más companhias...E as vezes íamos só um ou dois para as festas.”

O trabalho sempre ocupou um lugar central na sua vida, pois era dele que vinha o sustento da família, trabalhou na agricultura, na padaria e até mesmo na jardinagem, afirmando que: “o trabalho era a coisa mais importante para mim” uma vez que lhe garantia sustento e que permitia “a gente se governar”. Sempre manteve uma boa relação com a família, descrevendo-a como unida e harmoniosa. Mas a sua vida familiar também foi marcada por perdas, menciona que no mesmo ano civil perdeu cinco pessoas da família. Joaquim recorda que “foi um momento muito pesado”, era jovem e que ficou magoado e “sem família.” Com o tempo, perdeu outro irmão, ficando assim com apenas duas irmãs vivas, com quem ainda mantém uma boa relação. Quando a mãe foi diagnosticada com Alzheimer, foi para casa das irmãs, que assumiram os cuidados diários, e Joaquim ajudava sempre que podia.

Até aos 20 anos, dedicou-se ao cuidado da quinta, altura em que foi mobilizado como combatente, função que exerceu durante três anos. Quando regressou, aos 23 anos, casou-se passados quatro meses. Um ano depois, nasceu o primeiro filho, e, dois anos mais tarde, o segundo. Depois de um período como jornalista⁸ e quatro anos como padeiro, decidiu emigrar para França, onde trabalhou 23 anos como jardineiro até à data da sua reforma. Após a reforma voltou para Portugal.

Ao longo do seu percurso, manteve boas relações, criando amizades marcantes, destacando especialmente um amigo que fez em França e que considera ter sido “um grande amigo” de toda a vida. O trabalho árduo e a gestão cuidadosa permitiram-lhe construir um património considerável, chegando a ser proprietário de seis casas. Considera que o seu papel, para além de ter sido de cuidador, uma vez que cuidou da sua mãe dos seus irmãos após o falecimento do seu pai, foi de provedor, uma vez que foi para França “garantir que os meus filhos tinham um bom futuro”.

No quotidiano, Joaquim encontrava prazer nas tarefas simples e manuais. Gostava especialmente de jardinagem e de cuidar do espaço à sua volta, valorizava fazer

⁸ Pessoa que entregava jornais e revistas.

tudo com rigor: “Aquilo que eu tinha de fazer, fosse de campo, fosse o que fosse, gostava de fazer bem para me entreter.” Antes de sofrer de dores de costas, que limitam a sua mobilidade, dedicava-se com gosto ao seu jardim, este era um espaço de cuidado e satisfação pessoal.

Havia também momentos do seu dia que reservava unicamente para si, depois de trabalhar um pouco em casa e ficava “fatigado”, fazia uma pausa para descansar, seguido de um lanche simples, mas que para Joaquim era gratificante, gostava de comer “uma laranja ou uma tânjara do meu quintal.” Joaquim descreve-se como sendo:

“Era uma pessoa simples, trabalhador, respeitoso, educado. Nunca faltei ao respeito a ninguém. Fazia as lidas domésticas quando a minha mulher adoecia e fazia-lhe tudo, cuidava de tudo. Cuidava da minha mulher porque ela tinha Alzheimer, até aqui no lar a cheguei a ajudar, dava-lhe a comida à boca e tudo. Tinha de lhe dar banho, vestir e trazê-la para cá.”

As memórias partilhadas com a mulher incluem também vários momentos de lazer. O casal participava em excursões e gostava de visitar praias, hábito que Joaquim recorda com nostalgia: “Gostava muito de ir ao mar, agora já não posso fazer nada.” Antes de vir para o lar, a maior preocupação de Joaquim era o agravamento da saúde da mulher:

“Eu preocupava-me muito com a saúde dela e com ela. Eu cuidava dela, como havia de ser, cheguei a pontos que já não podia com ela, porque a doença estava muito avançada e eu não sabia o que fazer.”

Com os filhos, sempre manteve uma boa relação e sente que desempenhou plenamente o seu papel de pai: “Fui um bom pai, graças a Deus.” Valoriza a educação que lhes deu e o afeto que sempre existiu na família. Ao longo da vida, o papel de cuidador foi constante, primeiro com os pais, depois com a mulher, e sempre que fosse necessário para garantir o bem-estar dos seus. Revela ainda que sempre que pode, emprestou dinheiro aos filhos e ajudou-os a comprar as suas próprias casas.

Joaquim reconhece que, ao longo da vida, sempre desempenhou um papel de importância para a família. Admite que houve uma troca de papéis conforme foi envelhecendo, ainda assim, sente que sempre foi necessário para a sua família e que a única diferença que sente é que “antes eu é que cuidava das pessoas e agora sou eu que preciso de cuidados.” Menciona que a decisão de pôr a mulher no lar foi ponderada conjuntamente com o filho e a sua nora, uma vez que eram a nora que cuidava e prestava apoio à mulher e que a acompanhava às consultas. Joaquim, sozinho, não tinha

capacidades e não queria importunar a vida do filho e da sua nora, assume assim que não gostava de dar trabalho “ficávamos irritados de lhe estar a dar trabalho.”

Desta forma, quem tratou da institucionalização de Joaquim e da sua mulher foi a nora, contudo, Joaquim entrou em regime de Centro de Dia e a mulher em regime de lar:

“Quem tratou de tudo foi a minha nora, falou cá com a antiga doutora e depois ela foi a minha casa contar-me que no dia seguinte eu ia falar com a minha mulher com a doutora do lar. A doutora perguntou-me quando é que queríamos ir. Eu sabia que era preciso vir para cá, mas eu não queria muito vir, mas sabia que era uma necessidade. Era uma decisão necessária.”

Instalou-se no lar com a mulher, permanecendo juntos durante cinco anos, até ao falecimento dela. Desde então, vive sozinho na instituição, onde já conta nove anos de permanência. Apesar de a sua casa continuar a ter um significado afetivo, reconhece que não queria incomodar o filho e a nora durante a noite e considera que esta foi, de facto, a “opção mais acertada”. Quando já frequentava o centro de dia da instituição, viveu um episódio que alterou a sua permanência. No dia 28 de dezembro de 2023, sentiu-se subitamente maldisposto. Tendo o telefone por perto, ligou de imediato ao filho para pedir ajuda e, sozinho, contactou também o INEM. Foi internado nos cuidados intensivos, diagnosticado com um ataque cardíaco. Após este episódio, e por recomendação médica, deixou o regime de centro de dia e passou a residir no lar a tempo inteiro.

A entrada no lar não lhe causou grandes constrangimentos, adaptou-se com facilidade e encara a mudança como parte natural do percurso da vida. Refere que não sentiu dificuldade em deixar a sua casa, até porque manteve todos os seus pertences lá, e a partilha do quarto também não é motivo de incómodo, para si, “a gente tem de se habituar.” Além do apoio emocional e logístico no momento da decisão, Joaquim mantém uma forte relação de proximidade com a família. Conta que o filho e a nora continuam a assegurar que nada lhe falte:

“A minha nora e o meu filho ajudaram-me e vêm cá a ver se eu preciso de alguma coisa. Trouxeram-me a roupa, lavaram-me a roupa, trazem-me coisas quando é preciso. Sinto-me apoiado, pois dizem-me que, se precisar de alguma coisa, é só ligar.”

Apesar de o filho não apreciar muito o ambiente do lar, “porque lhe faz lembrar um hospital”, já o visitou no quarto e conhece as instalações. Joaquim entende a relutância, mas valoriza o facto de o visitarem e de manterem momentos de convívio fora

da instituição: “Vêm-me cá ver e eu também saio da instituição para ir ter com eles. Às vezes até lá durmo.”

A sua adaptação ao quotidiano da instituição não lhe trouxe grandes dificuldades, em parte porque já mantinha hábitos compatíveis com as rotinas do lar, já se “levantava cedo”, mas assume que “temos de nos saber habituar e adaptar a estas mudanças”. Afirma, ainda que, apesar da mudança de contexto, continua a “ser a mesma pessoa de sempre”, preservando a sua autonomia e liberdade: “faço aquilo que quero, saio quando quero. Vou à minha vida e depois volto para cá.” Nas relações do dia a dia, prefere interagir apenas com aqueles em quem sente poder confiar e que lhe demonstram respeito:

“Não sou homem de falar com muitas pessoas, só com aqueles que parecem de confiança e que me tratem com respeito. (...) Aqui, no primeiro dia há gente que parece amiga, mas ao fim de uns dias revelam-se, eu nem digo nada.”

O dia a dia na instituição é vivido com tranquilidade e pequenos momentos de prazer, como repousar ou dar uma “voltita pelo Tortosendo” sempre que pode. Joaquim valoriza, acima de tudo, a harmonia familiar:

“Não mudaria nada na forma como me relaciono com a minha família, sempre nos demos bem. Não vamos mudar para o mal, não é? Às vezes temos uma briga ou outra, porque não há quem não as tenha, mas resolvemos logo tudo.”

A ligação à sua casa e às rotinas de outrora mantém-se viva através de hábitos que ainda preserva. No passado, fazia questão de ter a casa sempre impecável e de dedicar tempo à jardinagem, atividade que continua a cultivar: “Eu sinto que esses aspetos continuam presentes porque eu tenho um jardim e, quando quero lá ir, vou. Também costumo arranjar aqui o jardim do lar, por isso, esse aspeto está sempre presente.”

Entre os objetos que mais valoriza, destacam-se as fotografias da família: “As fotografias dos meus pais, dos meus filhos e dos meus netos trazem-me boas recordações.” Na sua casa mantém uma mala que pertenceu a toda a família e onde guarda inúmeras imagens, memórias materiais que atravessam gerações. No quarto do lar também tem fotografias suas e da mulher, dos filhos, para além das fotografias também os “santinhos” expostos, que lhe transmitem conforto e permitem que Joaquim se permaneça ligado à sua fé em Deus.

Joaquim mantém uma convivência positiva tanto com utentes como com trabalhadores, escolhendo relacionar-se com aqueles em quem confia e com quem sente

respeito mútuo. Reconhece que, como em qualquer espaço coletivo, há conflitos ocasionais, mas sublinha que é bem tratado e que o conhecem ao ponto de saberem os seus gostos e necessidades. Recebe todo o apoio necessário e valoriza o facto de ser ouvido sempre que precisa de algo. Participa com gosto nas atividades, gosta de fazer ginástica e também gostava de jogar às cartas, algo que já não dá para fazer pois “criaram-se conflitos”.

Acorda cedo, por volta das 5h, aproveitando para fazer a barba e organizar o dia, e não é exigente com a alimentação: “A comida que aqui se faz é aquilo que se come. Mas eu também nunca fui esquisito, sempre gostei de comer tudo.” Orgulha-se de ter a sua opinião tida em conta, seja nas questões do quotidiano, seja nas decisões conjuntas com o filho e a nora, mantendo a sua autonomia, como quando vai sozinho de táxi ao médico. Joaquim não considera ter havido uma rutura na sua personalidade, refere novamente: “Sim, eu continuo a ser a mesma pessoa, sou apenas mais velho, mas estou mais sábio, mas penso muito naquilo que fazia e o que não fiz. Tenho os mesmos pensamentos e ideais de antigamente.”

A experiência de Joaquim na instituição reflete uma postura de reconciliação com a sua condição atual. Apesar das perdas ao longo da vida, familiares, capacidades físicas e a ausência da esposa, encara o presente com tranquilidade e sem grandes lamentos. Valoriza sobretudo o respeito e a atenção que recebe, bem como a autonomia que ainda mantém para decidir sobre aspetos do seu quotidiano.

Reconhece que as rotinas e a vida comunitária implicaram mudanças, mas adaptou-se com pragmatismo, preservando hábitos e preferências pessoais. Como afirma: “Já não acho nada importante, apenas passar os dias com saúde, que não é muita.” Esta visão traduz o cerne do perfil institucional reconciliado, a aceitação tranquila da vida no lar, a adaptação sem resistência a novas circunstâncias e a valorização do presente como espaço de segurança e estabilidade, mesmo perante as limitações impostas pela idade.

6.3.1.3 Perfil institucional-resistente-valorativo, idosos que preservam a sua identidade e questionam a vida no lar:

6.3.1.3.1 Rosa Almeida– Entre a resistência à institucionalização e o apego aos afetos familiares

Rosa tem 93 anos, é viúva e nasceu na freguesia de Alvoco da Serra. Cresceu numa família humilde, com quatro irmãos. Perdeu uma irmã durante o parto do terceiro filho, menciona que nessa altura não havia parteiras e que acabaram por falecer os dois. O pai emigrou para o Brasil. Rosa e a sua restante família viviam da agricultura: “os tempos

eram assim, fome nunca passámos.” Quando Rosa era criança, gostava de brincar e de dançar, ia às festas da aldeia e dançava ao toque do realejo.

Para além das festas, Rosa sempre teve uma educação religiosa, todos os domingos ia com a sua família à missa, e na sua aldeia iam sempre à reza do terço, conta assim que na altura não havia missas na sua terra e, portanto, iam a pé até Alvoco, relembra “era uma caminhada jeitosa.” A sua mãe era uma senhora muito religiosa, logo, as pessoas da aldeia não começavam a reza do terço sem que tivesse chegado: “Quando era o terço, a minha mãe era muito religiosa, as pessoas olhavam sempre para trás para ver se ela lá estava, se não estava esperavam sempre um bocadinho, sabiam que ela não falhava um terço.”

Rosa não frequentou a escola, conta que ninguém a mandou para a escola, porque “Salazar não queria mulheres na escola”, gostava de ter aprendido e frequentado o ensino, mas revela que aprendeu umas letras sozinha. Desta forma, começou desde cedo a sua vida profissional, com apenas doze anos, Rosa saiu de sua casa para ir trabalhar numa família na Covilhã, influencia de uma irmã que trabalhava já no Tortosendo. Foi na Covilhã que conheceu o seu primeiro e único namorado.

Rosa e o marido eram muito amigos, “graças a deus”, nunca tiveram conflitos e viveram uma relação de muita cumplicidade. Casaram-se aos 21 anos e, cinco anos depois, nasceu o primeiro filho. O segundo chegou quando tinha 28 anos e, dez anos mais tarde, já sem esperar, nasceu o mais novo: “Era um menino muito bonito, até me faziam parar na rua para o ver.” Este último filho viria a falecer precocemente, com 49 anos, uma perda dolorosa, tanto para Rosa como para o marido. Rosa confessa ter-lhe custado muito mais perder o seu filho do que quando perdeu, mais tarde o seu marido, afirmando: “Um filho é um filho.”

Depois de casar, mudou-se para o Tortosendo, para o bairro dos Pinhos Mansos, onde comprou uma casa: “Morávamos lá todos. Gostava muito de lá morar.” Na época, fazia cortes de roupa para os Batista⁹, que a conheciam bem, e chegou a ter também o café do clube dos Pinhos Mansos. Com o tempo, os filhos foram saindo de casa: primeiro a filha, depois o filho que trabalhava no hospital, e por último o mais novo, que casou em Lisboa. Rosa nunca sentiu tristeza com a saída dos filhos, pois estes visitavam-na regularmente. O filho que trabalha no hospital, continuou a morar por perto e é quem “trata de tudo” o que ela precisa, a filha vive em Telheiras, onde trabalha como professora.

A vida ao lado do marido mudou quando este começou a apresentar sinais de Alzheimer: “Já não sabia o que fazia, já se levantava e fazia xixi para aqui e para ali.” Rosa foi quem pediu para que o colocassem no lar. Inicialmente, ambos frequentavam o centro

⁹ Família conhecida de Rosa que tinha várias casas.

de dia, mas, à medida que a doença avançou, o marido ficou em regime de internamento, permanecendo lá até ao seu falecimento. Enquanto ele esteve institucionalizado, Rosa continuava a dormir em casa, mas passava os dias no lar para que ele se sentisse acompanhado:

“Ele pensava que eu cá ficava, porque senão não se mantinha cá. Eu ia na carrinha e vinha na carrinha de manhã, e quando o traziam para o pequeno-almoço eu já estava à espera dele na mesa para comermos juntos.”

Quando era jovem, Rosa gostava de aproveitar a vida ao máximo. “O que eu gostava mais era de dançar”, conta, recordando as idas ao cinema, ao teatro e a tudo o que estivesse ligado à cultura: “Podia não ter a cultura, mas gostava de ir a todo o lado.” Também adorava passear, conviver com pessoas de quem gostava e percorrer o maior número de praias sempre que podia. Hoje, o mais importante para Rosa é a família. Define-se como uma “mãe galinha” e orgulha-se de ter criado bem os seus filhos:

“Criei os meus filhos até aos 3 anos em minha casa, não os pus no infantário e cada um pode escolher o que queria ser. Na altura podia não haver muito dinheiro, mas consegui que estudassem o que quisessem. Tudo o que me pediam, eu fazia.”

O carinho e a proximidade que sempre cultivou com os filhos mantêm-se, sendo agora retribuídos: “Os meus filhos agora são assim comigo.” Rosa mantém o gosto por conhecer pessoas, pela música e pela boa disposição. Ao longo da vida, colecionou inúmeros CDs, surpreendendo quem a conhecia, era fã do Carlos Paião, dos ABBA, das Doce, confessando que gosta de “músicas alegres”.

A sua maior preocupação, antes de se mudar para o lar, era não se adaptar, mas hoje sente-se bem e integrada, tanto com os trabalhadores como com os restantes utentes. Antes de vir para o lar, Rosa descreve a sua vida como simples, mas cheia de afetos. Com o tempo, reconhece que “se foi alterando muita coisa” e que houve aspetos importantes que “foram desaparecendo”. A decisão de se mudar para a instituição partiu inteiramente dela: “Sabia que não tinha ninguém para cuidar de mim em casa.”

Já frequentava o centro de dia, onde se cruzava frequentemente com o Presidente do lar e a sua esposa, e foi nessa altura que, ao ver a situação do marido, também no centro de dia, pediu que lhe reservassem uma cama. Quando Rosa partiu a perna, essa decisão tornou-se inevitável, ficou logo na ERPI porque “não tinha ninguém”.

Os filhos concordaram com a sua decisão e apoiaram-na: “Até me disseram que fiz muito bem em vir para cá, pois eles não estavam em minha casa.” Mantém com eles uma relação próxima. O contacto com a família é regular, os filhos visitam-na e levam-

na a almoçar fora várias vezes, apesar de por vezes preferir o sossego do lar devido às dificuldades de mobilidade, aceita os convites para sair: “O carro é grande, cabe lá o andarilho e a mãe”.

Sente-se muito bem quando está com os filhos, partilha, descrevendo um ambiente sempre marcado pela boa disposição. As despedidas já não lhe custam tanto, está habituada a que os filhos a vão buscar ao lar e menciona que às vezes já não lhe apetece sair, mas os filhos fazem com que ela vá.

No passado, Rosa era muito ativa. “Em casa tinha *que* fazer tudo, lavar a roupa, gostava de tratar da minha casa. Se sujava, limpava e arrumava no sítio.” Para além das lidas domésticas, esteve ligada ao Clube dos Pinhos Mansos, onde chegou a ter o café por duas vezes. Cozinhava feijoada ou caldo verde em casa e levava para vender no clube, “ia lá tudo a comer”. Dançar, cantar e ouvir música também faziam parte do seu quotidiano. Na instituição, mantém vivo esse gosto pela música: “*Eu aqui peço sempre à Animadora para pôr música. Quando acabamos os exercícios, e quando ela vai comer digo-lhe sempre “deixe lá, estar aí uma musiquinha de fundo.”*”

Para além das lidas domésticas e da sua vida ativa, Rosa gostava dos momentos reservados ao descanso, entre todas as divisões da sua residência, o quarto tinha um significado especial, por estar associado ao repouso.

Rosa recorda a tradição de participar na festa da Nossa Senhora da Agonia, celebrada anualmente na sua terra natal, e que sempre teve um significado especial para si. Ao longo da vida, o trabalho ocupou um lugar central: “Se eu não trabalhasse, o que é que haveria de ser de mim?”, afirma com convicção. Confessa não sentir falta de fazer nada dentro da instituição, confessa apenas sentir saudades de uma atividade simples que realizava no seu quotidiano:

“Não sinto falta de fazer nada, agora faço o que me mandam fazer (as atividades). A única coisa que queria fazer aqui e não consigo é a cama à minha maneira, mas já não consigo devido a um problema de braços. Sinto muitas saudades de fazer a minha cama.”

O que considera mais importante para si, atualmente, é a saúde e a família. Acredita que os cuidadores compreendem o que é relevante para si e valoriza a relação próxima que mantém com eles: “A animadora então anda sempre a chatear-me. Metete-se muitas vezes comigo, mas é boa moça e simpática. Eu também me meto várias vezes com eles, até com o animador. É bom brincar assim, gosto muito deles.”

Para além da animadora, Rosa confessa ter um carinho especial pela auxiliar Carla, trocam beijinhos e palavras de afeto: “Eu digo-lhe que ela é minha, e ela responde

que eu estou dentro do coração dela”. Descreve-se como sendo uma “pessoa” social, capaz de conversar com todos os integrantes do lar, desde os auxiliares aos utentes, mas reconhece ter mais afinidades com certos residentes, especialmente as senhoras com quem Rosa partilha a mesa de jogo. A convivência com os outros residentes é, na maioria das vezes, tranquila, embora Rosa reconheça que alguns utentes se envolvem em conflitos, sobretudo na sala comum: “Muitas das vezes nem percebo o que eles estão para lá a discutir.”

A sua ligação à instituição começou ainda no período em que frequentava o centro de dia e visitava o marido, o que lhe permitiu conhecer bem o espaço, o seu funcionamento e as rotinas institucionais. Por isso, quando entrou como residente, a adaptação foi natural: “Não me fez confusão nenhuma, já cá estava com o meu marido, logo foi mais fácil.” Sempre acompanhada e apoiada pela família, recebeu explicações sobre as regras, os horários e os espaços que poderia frequentar, bem como a limitação de não poder sair sem autorização ou sem companhia. Adaptou-se sem dificuldades às rotinas e, enquanto a mobilidade o permitia, gostava de sair para fazer compras ou tratar de pequenos assuntos.

Sente que faz parte da casa e reconhece o contributo que deu no passado, mesmo que atualmente já não possa fazer tantas tarefas como antes. Ainda participa nas atividades que consegue realizar e recorda com gosto a última vez em que ajudou a arranjar um monte de agriões no refeitório. Afirma ter autonomia para tomar decisões no seu quotidiano, como escolher a roupa que veste, ainda que por vezes aceite a ajuda das funcionárias para aceder ao roupeiro. Quando a escolha é feita por elas, nota que procuram sempre respeitar os seus gostos. Além destas pequenas decisões, Rosa relembra ainda que gostaria de realizar certas atividades que fazia outrora, como dançar.

Sente que a sua privacidade é respeitada, inclusive nos momentos de higiene. Não identifica objetos que a representem, mas afirma ter uma música que considera parte da sua identidade: *O corpo é que paga*, pela qual era reconhecida até pelos locutores da rádio de Caria. Rosa sente falta de poder decidir pequenos aspetos do seu quotidiano:

“Não posso escolher a que horas me levanto. Tem de ser às 7, as 7 começa tudo a dar banhos. Não posso escolher o que comer, é o que houver é que se come, na minha casa é que era assim escolhia-se o que se comia. Às vezes fico triste não poder escolher essas pequenas coisas, gostava de poder escolher, gostava ainda de poder mandar aquilo que havia de fazer.”

Hodiernamente descreve-se como uma pessoa “doente”, mas acredita ser, em essência, a mesma pessoa de antes, ainda que limitada pelas mudanças impostas pelo contexto institucional: “Não posso fazer o que me apetece, nem comer o que me apetece.” Rosa descreve-se como uma mulher vaidosa, característica que mantém até hoje, embora reconheça que a juventude era especial: “Era jeitosa de corpo, agora já não. Não me gostava de maquilhar, só de pôr um pouco de batom.” Recorda os tempos que era jovem: “Até me espreitavam para me dizer que eu ia tão bonita.” Apaixonada por futebol, acompanha com entusiasmo o FC Porto e a seleção nacional,

“Sou amante de música”, afirma, destacando que mantém um pequeno rádio para ouvir canções e relatos de jogos. Entre os seus prazeres diários, menciona cantar, rezar e assistir ao futsal, modalidade na qual o seu filho é médico da equipa. Mantém-se disposta a ajudar: “Se me pedirem algo que eu tenha, o que eu possa fazer, eu faço ou dou. Tenho boa vontade.” Gosta de recordar episódios marcantes da juventude, como a vez em que ouviu um rapaz afirmar, num restaurante, que ela era “a pessoa mais bonita” da sua terra. Rosa, confessa pensar mais no seu passado, “tinha coisas melhor do que agora”, referindo-se à família, a sua casa e também a sua saúde. Para Rosa, envelhecer significa:

“Envelhecer é que estou velha, já estou velha. É uma fase em que vamos aprendendo muita coisa. Não mudou a forma como eu olho para a vida, é viver um dia de cada vez, o importante é estar cá.”

A família é, para Rosa, a principal fonte de sentido na vida, com destaque para os seus cinco netos e a bisneta de onze anos, cujo talento para o piano a enche de orgulho. Sente-se respeitada e ouvida no lar e encontra nos gestos simples, “um beijinho, um toque físico”, uma forma de proximidade e afeto. A ausência do marido e, sobretudo, do filho, continua a ser a maior dor: “Costumo chorar, mais desde que faleceu o meu filho é pior.” Para animar-se, procura a conversa e a companhia dos colegas de mesa.

Participa ativamente nas decisões sobre a sua vida diária, embora deseje ter mais saúde e poder acordar mais tarde. Se pudesse deixar um conselho aos mais novos, diria: “Envelhecer é bom quando se tem saúde. O que eu aprendi foi trabalhar.” O percurso de Rosa, caracterizado pelos fortes laços familiares, um passado ativo e um papel assumido como cuidadora, enquadra-se no perfil institucional resistente valorativo. Apesar de reconhecer a segurança e os cuidados que a instituição lhe proporciona, Rosa mantém um apego evidente à sua história de vida e aos vínculos afetivos, evocando com frequência memórias da juventude, do convívio social e da vida em família.

A sua resistência manifesta-se sobretudo no lamento por pequenas decisões que já não pode tomar m como a hora de acordar ou a escolha da comida, e na saudade de atividades que lhe conferiam autonomia e prazer, como dançar, fazer a cama à sua maneira ou organizar a casa. Ainda assim, valoriza as relações positivas com a equipa e com alguns residentes, participando ativamente nas atividades que lhe são significativas e mantendo hábitos que a ligam à sua identidade, como ouvir música e acompanhar o futebol.

O que distingue Rosa é a forma como, mesmo adaptada ao contexto institucional, preserva uma postura crítica e seletiva em relação ao quotidiano, mantendo a sua vaidade, os gostos pessoais e o afeto pela família como elementos centrais da sua vida. A institucionalização, para si, é um espaço de segurança e convívio, mas não substitui o sentido de pertença que encontra nos laços familiares e nas memórias do seu passado.

6.4 Análise transversal dos retratos sociológicos

- **Perfis-tipo e características gerais**

Tal como no modelo concetual de perfis-tipo adotado nesta investigação, as categorias identificadas não devem ser vistas como realidades imutáveis, mas como construções analíticas que permitem reconhecer padrões e diferenças nas vivências e perceções dos residentes. Os perfis resultam da combinação de fatores biográficos, disposições individuais e modos de adaptação à vida em contexto institucional, articulando-se com o grau de autonomia, a preservação da identidade e a relação com o lar.

Desta forma, o perfil institucional-instrumental agrupa residentes que encaram a institucionalização como uma solução funcional, aceitando as rotinas e as regras como parte necessária da vida no lar. Trata-se de pessoas que tendem a valorizar a segurança, a estabilidade e a previsibilidade proporcionadas pela instituição, e que revelam reduzida tendência para questionar os procedimentos. As narrativas deste perfil evidenciam uma adaptação pragmática, onde a integração nas rotinas substitui, em parte, a vivência ativa de autonomia. É o caso de residentes como Maria Loureiro, Irene Correia, Rui Morgado e António Silva, que encontram na regularidade das atividades e na manutenção de alguns interesses pessoais, como a pintura, costura, ver futebol, respetivamente, um equilíbrio entre o passado e o presente, sem exprimirem forte resistência às dinâmicas institucionais.

Neste grupo inclui-se também Emília Alves, cuja trajetória revela uma adaptação tranquila ao lar, mas acompanhada de uma forte perda de traços identitários e de rotinas próprias. Ao contrário dos outros residentes que preservam práticas ou interesses

anteriores, Emília mostra-se mais afastada das atividades que antes a definiam, valorizando sobretudo a presença e o apoio da família. O seu cotidiano institucional é vivido de forma funcional e segura, mas traduz-se num esbatimento da individualidade, com a identidade pessoal a ceder espaço à centralidade dos vínculos afetivos externos.

O perfil institucional-reconciliado integra residentes que, embora conscientes dos constrangimentos da vida no lar, desenvolvem estratégias para preservar elementos da sua identidade e manter algum grau de decisão sobre o seu quotidiano. Trata-se de pessoas que, mesmo reconhecendo perdas e limitações, reinterpretem a institucionalização como uma oportunidade para cultivar relações significativas, conservar hábitos e afirmar preferências pessoais. As suas narrativas revelam uma adaptação gradual, marcada por escolhas que reforçam o sentido de continuidade com a sua história de vida. É o caso de residentes como Helena Soares e Joaquim Fonseca, que participam regularmente em atividades, mantêm vínculos familiares ativos e personalizam o espaço do quarto com objetos que os ligam ao passado, conciliando a aceitação das rotinas institucionais com a valorização da sua identidade.

O perfil institucional-resistente-valorativo caracteriza residentes que expressam de forma clara a necessidade de reconhecimento e de continuidade identitária, adotando uma postura crítica face à padronização da vida no lar. São pessoas que reivindicam maior liberdade de escolha e resistem a práticas percecionadas como uniformizadoras, procurando preservar hábitos, valores e modos de vida próprios. As suas narrativas evocam com frequência a vida anterior à institucionalização, sublinhando o contraste com as limitações do presente e reforçando a importância de manter um sentido de individualidade.

Neste estudo, este perfil encontra expressão sobretudo no retrato de Rosa Almeida, que destaca a centralidade da família e a valorização das rotinas pessoais, enquanto exprime saudade das atividades e decisões que antes marcavam o seu quotidiano. A sua experiência ilustra como a vida institucional, apesar de proporcionar segurança e cuidados, pode também ser percecionada como limitadora, alimentando o desejo de preservar traços identitários e modos de vida adquiridos ao longo da trajetória pessoal.

Em todos os perfis coexistem dimensões de aceitação e de resistência, mas o peso relativo de cada uma varia conforme a história de vida, a rede de apoio e as experiências anteriores. Esta tipificação não esgota a diversidade das vivências, mas oferece um quadro analítico para compreender como diferentes disposições influenciam a forma como a vida em ERPI é percecionada e vivida.

- **Trajetórias de vida e percursos profissionais**

As trajetórias de vida dos residentes revelam contextos familiares e profissionais diversos, que se refletem nas formas de encarar a velhice e a institucionalização. Como sublinha Dubar (2005 [2000]), a dimensão profissional adquiriu um papel central na construção das identidades sociais, o emprego, enquanto recurso escasso e sujeito a transformações, condiciona os percursos identitários e exige reajustamentos subtis na forma de se reconhecer e ser reconhecido. De forma convergente, Mello (2024, p. 7) afirma que o trabalho compõe a identidade do indivíduo e constitui fator essencial de pertença social, sendo *“irrefutável a sua centralidade na formação da identidade social do homem”*.

Contudo, a rutura provocada pela entrada na reforma demonstra não só a perda individual de papéis sociais, mas também o peso das estruturas económicas e políticas na forma como a velhice é concebida. A teoria da Economia Política do Envelhecimento proposta por Estes (1979), revela-se particularmente interessante neste ponto: o idoso, ao deixar de desempenhar uma função produtiva, tende a ser socialmente redefinido como alguém dependente, o que contribui para a desvalorização do seu papel na sociedade, levando assim à marginalização social da velhice.

Nos retratos analisados, muitos residentes desempenharam profissões manuais ou fabris, como a jardinagem (Joaquim Fonseca), a indústria têxtil (Emília Alves, Rosa Almeida e Helena Soares) ou a costura (Maria Loureiro). Outros exerceram atividades comerciais ou técnicas (António Silva, vendedor de produtos químicos; Maria Loureiro, governanta). Estas trajetórias, distintas entre si, partilham um denominador comum: o trabalho como eixo de identidade, sustento e valorização pessoal. O valor atribuído ao trabalho não desaparece na velhice, muito pelo contrário, é recorrente nos discursos como memória estruturante e critério de avaliação de si:

“Eu acho que o trabalho me fazia sentir realizada, e acho que a gente deve ter gosto por aquilo que faz. Era um meio onde a gente tinha alguma coisa para sobreviver, se uma pessoa não trabalhasse não tinha nada, costuma-se dizer que tudo vem do trabalho.” (Helena Soares, 82 anos, 1 ano institucionalizada).

O fim da vida ativa e a entrada no lar expõem diferentes formas de gerir esta rutura, alguns residentes reinterpretam a institucionalização como espaço de continuidade, mantendo hábitos ligados à profissão ou ao cuidado da casa, enquanto outros exprimem a perda de traços identitários, deixando esmorecer práticas que outrora conferiam sentido à rotina. Desta forma, os percursos profissionais não só estruturaram

a identidade no passado, como continuam a condicionar a forma como os residentes vivenciam o presente e interpretam o envelhecimento.

- **Rotinas institucionais e práticas quotidianas**

As rotinas institucionais assumem um papel central na vida quotidiana das ERPI, funcionam como mecanismos de organização coletiva, mas também como potenciais constrangimentos à autonomia dos residentes. Tal como previamente destacado, Goffman (1974, p.18) descreve as instituições totais como espaços onde o tempo e as interações são rigidamente controlados: *“todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planeado para atender aos objetivos oficiais da instituição.”*

Nesta linha de pensamento, também Graeff (2007) identifica a “cultura asilar” como um processo de assimilação de práticas e hábitos padronizados, que acabam por reconfigurar a identidade da pessoa idosa. Mais recentemente, Monteiro e Nogueira (2023) e Moilanen, Suhonen e Kangasniemi (2025) reforçam que a padronização das rotinas, a impessoalidade do cuidado e a ausência de privacidade constituem riscos claros para a preservação da autonomia e da identidade pessoal.

Esta padronização é visível nos discursos dos residentes, que assinalam tanto o conforto da previsibilidade como a frustração pela ausência de escolha:

“Não posso escolher a que horas me levanto. Tem de ser às 7, às 7 começa tudo a dar banhos. Não posso escolher o que comer, é o que houver é que se come, na minha casa escolhia-se o que se comia. Às vezes fico triste por não poder escolher essas pequenas coisas, gostava de poder escolher.” (Rosa Almeida, 93 anos, institucionalizada há 10 anos.)

Ainda que Rosa tenha este tipo de discurso, Joaquim revela um nível diferente de autonomia e capacidade de escolha no quotidiano: “Aqui dentro faço tudo o que quero, saio quando eu quero, vou ver o futebol. Vou ao cemitério para rezar um Pai Nosso pela minha senhora, venho-me embora e ando a fazer a minha vida” (Joaquim Nogueira, 83 anos, 9 anos institucionalizado).

Estes testemunhos revela a ambiguidade das práticas diárias nas instituições: por um lado, fornecem segurança e organização, por outro, expõem a dificuldade em conciliar a lógica coletiva com a expressão individual. Tal como apontado por Rosa

(2012), o envelhecimento não é vivido de forma homogênea, sendo condicionado por percursos de vida, contextos sociais e disposições individuais, o que ajuda a compreender porque alguns residentes aceitam as rotinas como parte integrante do quotidiano, enquanto outros utentes consideram-nas como restritivas. Como recorda Pereira (2012), a institucionalização implica uma reconstrução identitária marcada pela perda de papéis sociais anteriores e pela adaptação a novas regras. Assim, o desafio passa por transformar as rotinas em espaços de negociação, reconhecendo que a vida quotidiana é também lugar de afirmação da subjetividade.

Contudo, apesar das restrições apontadas, o discurso dos residentes evidencia também a existência de margem para determinadas liberdades, que lhes permite a escolha pessoal. Estes testemunhos confirmam que, mesmo em contextos marcados pela padronização, é possível encontrar espaços de agência e de negociação da vida quotidiana. Tal como salientam Hedman et al. (2017) e Van Loon et al. (2024), a preservação de pequenas escolhas, relativas à mobilidade, ao vestuário, às práticas religiosas ou ao lazer, desempenha um papel crucial na manutenção da identidade e na vivência da autonomia em instituições residenciais.

Assim, as rotinas institucionais não podem ser compreendidas apenas como instrumentos de disciplina e uniformização, devem também ser analisadas como espaços ambivalentes onde se cruzam lógicas de regulação coletiva e possibilidades de afirmação individual.

- **Família, vínculos afetivos e redes de apoio**

A família destaca-se como uma referência central na vida dos residentes, sendo considerado como principal suporte simbólico e afetivo mesmo em contexto institucional. Aquilo que a literatura nos diz é que a proximidade e a qualidade das relações familiares influenciam diretamente o bem-estar, a perceção de dignidade e a qualidade de vida dos residentes em ERPI (Sampaio e Duque, 2024; Santos, Ary e Calheiros, 2021). Como salientam Sampaio e Duque (2024), apesar das transformações sociais e do aumento da institucionalização, os laços familiares permanecem um pilar insubstituível de afeto e segurança, sendo fundamentais para a integração do idoso no espaço residencial e para a prevenção de sentimentos de isolamento.

Contudo, a entrada na instituição implica uma reconfiguração dos vínculos afetivos. Em alguns casos, verifica-se um fortalecimento das relações de proximidade, enquanto noutros emerge o sentimento de abandono ou de distanciamento, tal como acontece com Emília Alves:

“Atualmente, é quando a minha família me vem a visitar cá ao lar, eles foram para a França e, quando podem, vêm cá. (...) Sinto-me muito bem quando estou com eles. Quando tenho de me despedir, eu não choro à frente deles, apesar de ficar muito triste, mas quando eles vão embora e eu fico sozinha, começo a chorar” (Emília Alves, 81 anos, 5 anos institucionalizada)

Esta dualidade reflete as transformações sociais mais profundas. Como observava Beck (1986), as sociedades contemporâneas são atravessadas por processos de individualização que levam à quebra dos vínculos tradicionais, onde a responsabilidade do cuidado é transferida para as instituições. Desta forma, o papel da família, embora continue a ser central, é vivido de forma desigual, oscilando entre a proximidade afetiva e o distanciamento. A manutenção de laços familiares regulares contribui para a preservação da identidade dos idosos, ao assegurar continuidade biográfica e afetiva (Santos, Ary e Calheiros, 2021).

De forma convergente, Sampaio e Duque (2024) referem que o envolvimento das famílias nas rotinas institucionais é um fator decisivo para a qualidade da experiência de institucionalização, tendo impacto positivo tanto na autonomia como nos vínculos sociais dos residentes. Apesar do relato de Emília, aquilo que verificamos é que a maioria dos residentes entrevistados salientou a existência de vínculos familiares fortes, que se expressam em visitas regulares e em momentos de partilha afetiva. Tal como destaca António Silva: “Falo diariamente com os meus filhos e recebo as visitas deles. Aos fins de semana também vou a casa deles. (...) Quando eles me vêm visitar fico muito contente, feliz e sinto-me estimado.” (António Silva, 89 anos, 1 ano institucionalizado).

Em suma, os testemunhos recolhidos sustentam aquilo que a literatura tem vindo a sublinhar, os vínculos familiares continuam a ser determinantes na vida dos idosos institucionalizados, tanto pela sua função afetiva como pela capacidade de assegurar a continuidade identitária (Sampaio e Duque, 2024; Santos, Ary & Calheiros, 2021). Como destacam Santos, Ary e Calheiros (2021), a manutenção dos laços familiares constitui um fator de proteção contra sentimentos de solidão e abandono, permitindo ao idoso preservar a sua história de vida no novo contexto residencial. Do mesmo modo, Sampaio e Duque (2024) reforçam que o envolvimento da família nas rotinas institucionais não só promove bem-estar emocional, como contribui para a preservação da autonomia e para o fortalecimento dos laços sociais. Assim, a família, mesmo à distância ou mediada pelo espaço institucional, permanece como um eixo estruturante da experiência de envelhecimento em ERPI.

- **Autonomia e identidade em contexto institucional**

A autonomia e a identidade surgem como aspetos intimamente interligados na experiência do envelhecimento institucionalizado. Segundo Dubar (2005 [2000], p.164): “A *identidade não é mais do que o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições*”. Neste sentido, os relatos analisados revelam que muitos idosos continuam a valorizar os seus passados profissionais e familiares como critério de autoapreciação: “Era muito importante, sem o trabalho não podia viver. Gostava muito de aprender e trabalhar na cozinha. Sem o trabalho não nos podemos governar” (Maria Loureiro, 88 anos, 11 anos institucionalizada).

“Eu era dos trabalhadores que é como eles dizem comunista, mas eu não era comunista, era trabalhista e conversava sobre a vida e tínhamos medo de o fazer porque podíamos ir presos. Dois colegas nossos foram presos. Era contra o estado, trabalhava muito e ganhava pouco e eramos mal tratados, os mestres falavam para os operários como falavam para um cão, não eramos bem tratados, então eramos contra o Salazar. Voto sempre e eu voto sempre no partido Comunista.” (António Silva, 89 anos, 1 ano institucionalizado)

Estes exemplos reforçam a continuidade identitária, mesmo num espaço que, por vezes, é caracterizado pela rutura biográfica. Todavia, como alertam Monteiro e Nogueira (2023), a padronização das rotinas e a lógica organizacional das ERPI tendem a reduzir o espaço de escolha, limitando a possibilidade de os residentes exercerem a sua autonomia em aspetos quotidianos. Como já defendia Kitwood (1988), esta lógica centrada na tarefa e não na pessoa, contribui para a despersonalização da pessoa idosa e para a perda da sua singularidade (Love e Kelly, 2011). Esta tensão é visível nas vozes dos participantes, que assinalam a dificuldade em manter hábitos simples: “Não posso escolher o que comer, é o que houver é que se come... às vezes fico triste não poder escolher essas pequenas coisas.” (Rosa Almeida, 93 anos, 10 anos institucionalizada).

Este testemunho recolhido confirma a teoria de Goffman (1974), sobre a perda de controlo sobre o tempo e sobre as práticas quotidianas que se traduzem numa “mortificação do eu”, comprometendo a continuidade identitária. Esta perceção de perda de controlo sobre o tempo e as práticas quotidianas traduz-se, muitas vezes, em sentimentos de descontinuidade e de fragilidade identitária.

Como referem Moilanen, Suhonen e Kangasniemi (2025, p. 576), “*a distinção conceptual entre autonomia direta e delegada é relevante no contexto residencial: os idosos decidem e atuam como agentes independentes, mas também podem autorizar e delegar decisões a outros, de forma livre*”. Esta perspetiva aproxima-se da noção de autonomia relacional, ao reconhecer que a autonomia não se reduz à independência individual, mas envolve igualmente a possibilidade de viver a própria identidade através de vínculos de apoio significativos.

Este ponto de vista ajuda a compreender porque é que alguns residentes sentem a institucionalização como um espaço de continuidade, ao encontrar nos pequenos gestos uma forma de manter a ligação ao passado, o aspeto mais mencionado foi a escolha de roupa: “Sim, acho importante escolher a minha própria roupa, sinto-me grata por ser eu a escolher. Sou eu que a escolho, que a tiro e que a visto.” (Maria Loureiro, 88 anos, 11 anos institucionalizada).

“Escolho a minha roupa sozinho e gosto de ter tudo ordenado e arrumado à minha maneira. Todos os dias à noite escolho a roupa que vou usar no dia seguinte e raramente mudo de opinião. A roupa reflete a minha identidade, sou muito perfeccionista.” (Rui Morgado, 67 anos, 1 ano institucionalizado)

Em síntese, aferimos que os retratos analisados evidenciam que a autonomia e a identidade, em contexto institucional, se expressam, sobretudo, nas escolhas quotidianas mais simples, como a possibilidade de decidir a roupa para vestir, de manter hábitos ligados ao trabalho ou de preservar pequenas rotinas pessoais. Estes gestos, aparentemente triviais, assumem um valor simbólico essencial para os residentes, funcionando como formas de continuidade biográfica no meio institucional. A análise demonstra que a preservação da autonomia não se limita às grandes decisões, mas sim aos detalhes do dia a dia, que permitem aos idosos reafirmar quem são e manter viva a sua identidade no espaço do lar.

- **Adaptação, resistência e negociação com a instituição**

A entrada numa ERPI é considerada muitas vezes como um momento de rutura biográfica que obriga os residentes a desenvolver estratégias de adaptação, resistência ou negociação face às regras e rotinas institucionais. Como sublinham Pedrosa et al. (2024, p.3), a institucionalização implica “mudanças emocionais, sociais e psicológicas, como a adaptação a novas rotinas e perda de autonomia”, exigindo uma grande capacidade de ajustamento por parte da pessoa idosa, mas também um ambiente que favoreça a preservação da autonomia e do sentimento de pertença. Esta capacidade é

visível nos retratos de quem procura adaptar-se à vida na instituição sem oferecer grande resistência: “Adaptei-me facilmente, houve uma diferença entre estar aqui e à casa da minha mãe... tenho que me cingir às leis da comunidade e viver em comunidade” (Rui Morgado, 67 anos, 1 ano institucionalizado).

Contudo, nem todos os idosos vivenciam este processo de adaptação da mesma forma. Para alguns, a institucionalização surge como uma imposição associada à perda de capacidade e autonomia, levando assim a uma maior dependência: “Já não podia fazer nada, era mais complicado, não me podia mexer, já não me despachava tão depressa como antes, já não podia fazer um certo número de coisas e tive de vir para aqui.” (Maria Loureiro, 88 anos, 11 anos institucionalizada).

A literatura recente (O’Neill et al., 2022; Sun et al., 2021) confirma que esta transição é marcada por sentimentos de perda e incerteza, mas também pela procura ativa de dar continuidade à identidade. O’Neill et al. (2022) descrevem as primeiras semanas após a admissão como um processo de “espera e desejo” em que os idosos variam entre a tentativa de aceitação e a perceção de perda de controlo. Nos retratos analisados, essa dualidade também se verifica, com o objetivo de mostrar como a adaptação pode ser conciliada com a preservação da autonomia: “Sim, eu aqui dentro faço tudo o que quero, saio quando quero, vou ver o futebol, vou ao cemitério para rezar um Pai Nosso pela minha senhora... ando a fazer a minha vida” (António Silva, 89 anos, 1 ano institucionalizado).

Mesmo quando a limitação física restringe certas atividades, a vontade de manter rotinas e hábitos que exerciam previamente permanece. Pequenos gestos como ajudar nas tarefas diárias, traduzem-se em formas simbólicas de afirmar a sua utilidade: “Já não me sinto capaz de fazer bolos, tenho medo de andar de volta do fogão..., mas continuo a arranjar o louro e a descascar alho para ajudar aqui no lar.” (Helena Soares, 82 anos, 1 ano institucionalizada).

No entanto, a adaptação não ocorre de forma linear. Muitos residentes manifestam resistências às práticas padronizadas, expressando frustração pela ausência de escolha em aspetos básicos, como salientam Lynch et al. (2022), ao referirem que a vida institucional é marcada por relações de poder e pela necessidade de implementar processos de decisão partilhada. Essa resistência é evidente nas partilhas que recolhemos: “Em casa levantava-me às 8:30/9 horas, agora acordo às 7 da manhã. Gostava de acordar a outras horas, mas sei que aqui não pode ser. Custou um bocadinho, porque é diferente. (Irene Correia, 92 anos, 1 ano institucionalizada). Neste sentido, também Helena Soares partilha: “Tenho é uma colega de quarto que é má para mim, por causa da televisão. (...) Eu não consigo dormir às 19:30, então vejo televisão até às 22:30,

mas ela não quer de maneira nenhuma, tem-me criado muitos problemas aqui.” (Helena Soares, 82 anos, 1 ano institucionalizada).

Entre a adaptação e a resistência, surgem também práticas de negociação, visíveis em pequenas práticas quotidianas que permitem preservar espaços de autonomia. A possibilidade de escolher a roupa ou manter hábitos simples representa, para os residentes, um modo de reafirmar a identidade e resistir à homogeneização institucional. Como afirmam Sun et al. (2021), a adaptação é um processo que atravessa fases de decisão, ajustamento e aceitação, mas que só ganha sentido quando se encontram formas de preservar a continuidade biográfica. Neste ponto, a perspectiva de Csikszentmihalyi e Rochberg-Halton (1981, p.3) elucida-nos: “*Quando nos questionamos "Quem sou eu?", recorremos a fragmentos de informação ou sinais que representam o "eu", os quais se tornam objeto de interpretação.*” Assim, uma escolha aparentemente simples, como ouvir uma música, ou escolher a roupa, pode ser entendida como fragmentos de autoconsciência que permitem aos idosos reafirmar a sua identidade num contexto marcado por regras coletivas.

Este fenómeno é apreensível através dos seguintes testemunhos: “Eu aqui peço sempre à animadora para pôr música (...) a gente mete a música e escolhe o que quer ouvir.” (Rosa Figueiredo, 92 anos, 10 anos institucionalizada). A possibilidade de escolher a música ou participar em atividades de que se gosta, revela a importância do reconhecimento das preferências individuais dentro do contexto da instituição: “Eu sinto que esses aspetos continuam presentes porque eu tenho um jardim e, quando quero lá ir, vou. Também costumo arranjar aqui o jardim do lar, por isso, esse aspeto está sempre presente.” (Joaquim Fonseca, 83 anos, 9 anos institucionalizado).

Assim, a institucionalização revela-se como um espaço de tensão constante entre conformidade e autonomia, enquanto alguns residentes se ajustam às normas, outros resistem ou encontram formas de negociar a sua própria autonomia. A vida no lar não se deve limitar à passividade face às regras, mas deve constituir um processo ativo de reconstrução identitária em permanente diálogo com o contexto onde os idosos estão inseridos.

- **O papel das atividades e da personalização do espaço**

O papel das atividades e da personalização do espaço revela ser decisivo na preservação da identidade em contexto institucional. Como refere Kitwood (1997), a personalização do cuidado exige que a biografia do idoso seja reconhecida e incorporada nas suas rotinas, permitindo que as atividades significativas reforcem a continuidade do “eu”. De forma complementar, Kontos (2018) defende que a identidade se expressa através dos gestos, dos objetos e das práticas quotidianas, que permanecem centrais

mesmo em situações de fragilidade. Esta ideia é também reforçada por Sun et al. (2021), ao demonstrarem que a adaptação à institucionalização é melhor quando os idosos participam em atividades que mantêm a ligação às suas histórias de vida. Nos relatos recolhidos, esta dualidade entre a participação em atividades propostas pela instituição e a necessidade de manter práticas próprias é perceptível:

“Não sinto falta de fazer nada, agora faço o que me mandam fazer (as atividades). A única coisa que queria fazer aqui e não consigo é a cama à minha maneira, mas já não consigo devido a um problema de braços. Sinto muitas saudades de fazer a minha cama.” (Rosa Almeida, 93 anos, 10 anos institucionalizada).

Também Joaquim associa uma prática atual à continuidade com a sua vida anterior: “Eu sinto que esses aspetos continuam presentes porque eu tenho um jardim e, quando quero lá ir, vou. Também costumo arranjar aqui o jardim do lar, por isso, esse aspeto está sempre presente.” (Joaquim Fonseca, 83 anos, 9 anos institucionalizado). A personalização do espaço assume, igualmente, um papel central. Ter objetos pessoais ou organizar o quarto à sua maneira é uma forma de resistência à uniformização institucional:

“Quando me vêm cá visitar, nunca ficamos cá em baixo, vamos sempre os três para o meu quarto e a minha filha arruma-me sempre os gavetões, prepara-me a roupinha para eu vestir no próximo dia, fica tudo direitinho.” (Irene Correia, 92 anos, 1 ano institucionalizada).

Deste modo, as atividades e a personalização do espaço não são considerados aspetos secundários, são mecanismos através dos quais os residentes reafirmam autonomia, recriam vínculos com o passado e mantêm viva a sua identidade dentro do lar. Tal como menciona Baumeister (1997), a construção da identidade assenta em experiências psicológicas universais, como a interpretação do corpo e o sentimento de pertença a um grupo social. As práticas como escolher a própria roupa, manter hábitos de pintura e costura não se trata apenas de rotinas funcionais, mas sim aspetos que fortalecem a identidade dos idosos nas ERPI.

- **Retratos Sociológicos dos residentes: aproximações e distâncias**

Em suma, a análise transversal dos retratos sociológicos revela que a vida em contexto institucional se constrói num espaço de tensões permanentes entre adaptação

e resistência, perda e continuidade, uniformização e personalização. Os perfis-tipo previamente delineados permitem compreender que, embora os residentes partilhem desafios comuns, a forma como enfrentam a institucionalização depende fortemente das suas trajetórias de vida, redes familiares, percursos profissionais e disposições individuais. A família mantém-se como eixo estruturante da identidade, funcionando simultaneamente como fonte de apoio e como referência simbólica que confere sentido à permanência no lar. Do mesmo modo, as rotinas institucionais, ainda que frequentemente percebidas como limitadoras, podem também ser apropriadas pelos residentes como formas de segurança e estabilidade, sobretudo quando mediadas por pequenas escolhas e espaços de negociação quotidiana.

As atividades e a personalização do espaço surgem como dispositivos privilegiados de preservação identitária, permitindo que cada residente mantenha fragmentos de continuidade com o seu passado. Assim, a institucionalização não deve ser entendida apenas como processo de rutura biográfica, mas como terreno de reconstrução da identidade, onde a autonomia é constantemente renegociada. Tal como refere Goffman (1974), a vida em instituições totais tende a padronizar práticas e a reduzir margens de escolha, levando a processos de despersonalização. Contudo, os retratos analisados confirmam que, apesar dessas pressões, os residentes encontram espaços de agência e formas de reconstrução identitária, em consonância com a perspetiva de Dubar (2005 [2000]), que entende a identidade como simultaneamente biográfica e relacional. É precisamente neste ponto que a proposta de Kitwood (1997) sobre a Atenção Centrada na Pessoa ganha relevância, ao reconhecer a biografia, os vínculos e as escolhas quotidianas como recursos indispensáveis para a preservação da autonomia e da dignidade em contexto residencial.

Conclusão

Esta dissertação, desenvolvida no âmbito do mestrado em *Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais*, teve como objetivo compreender de que modo a institucionalização pode contribuir, ou não, para a perda de autonomia e identidade dos idosos, e em que medida a Atenção Centrada na Pessoa (ACP) constitui uma resposta capaz de mitigar este problema. As perguntas de investigação propostas no início deste estudo são: “Quais as representações dos idosos institucionalizados relativamente à sua autonomia e identidade? E de que forma a vivência numa estrutura residencial, com ou sem práticas de ACP influencia essas representações no seu quotidiano?” Procurou-se, dessa forma, compreender, através de uma análise qualitativa e da construção de retratos sociológicos, de que modo o quotidiano institucional, as rotinas e as práticas profissionais

condicionam ou promovem a autonomia, a dignidade e o sentido de identidade dos idosos em ERPI.

A análise empírica permitiu constatar que a institucionalização influencia, de forma significativa, a forma como os idosos percebem a sua autonomia e identidade. As rotinas padronizadas e as regras institucionais condicionam não apenas o quotidiano, mas também o modo como cada residente interpreta o seu lugar no lar, afetando as suas escolhas e a continuidade de hábitos pessoais. Este efeito não é, contudo, vivido de forma homogênea: para alguns idosos, a vida institucional é, sobretudo, um espaço caracterizado pela perda e restrição, para outros utentes, representa segurança, estabilidade e a presença de cuidados permanentes.

Os discursos dos residentes revelaram, assim, uma dualidade fundamental. A institucionalização pode ser interpretada tanto como rutura com a vida anterior, marcada pela limitação de opções e pela uniformização dos cuidados, como também como oportunidade de proteção, sociabilidade e apoio. A percepção de identidade e autonomia mostrou-se, por isso, dependente das trajetórias de vida, dos vínculos familiares e das condições concretas de adaptação ao quotidiano da instituição.

Apesar dos riscos identificados, como a perda de autonomia em pequenas decisões, despersonalização, isolamento social e uniformização do cuidado, emergiram igualmente estratégias de resistência e de preservação da identidade. Entre elas destacam-se a possibilidade de realizar escolhas quotidianas, manter hábitos individuais, personalizar o espaço, valorizar atividades significativas e apoiar-se nos laços familiares. Estes elementos, ainda que por vezes pequenos, revelaram-se decisivos para que os residentes conseguissem manter uma representação de continuidade consigo mesmos.

Tendo em conta as perspetivas dos profissionais, ficou evidente o reconhecimento das limitações impostas pela estrutura institucional, mas também o esforço para adaptar os cuidados às preferências e às histórias de vida dos residentes. Ainda que a instituição não tenha adotado, formalmente, o modelo de Atenção Centrada na Pessoa, várias práticas diárias aproximam-se dos seus princípios, como a escuta atenta, a atenção às preferências e a valorização das biografias dos utentes. Assim, a investigação confirmou que, mesmo em contexto institucional, existem espaços de decisão e de afirmação identitária, embora sejam desiguais e sujeitos a permanente negociação entre regras coletivas e escolhas individuais.

A articulação entre os resultados empíricos e o quadro teórico construído ao longo deste estudo permite evidenciar a relevância das diferentes abordagens sociológicas para a compreensão da vida em estruturas residenciais. A análise dos retratos sociológicos, complementada pelas perspetivas dos profissionais, confirmaram,

em primeiro lugar, a atualidade da reflexão de Goffman (1974) sobre as instituições totais, nas quais a padronização das rotinas tende a produzir efeitos de uniformização e perda de identidade. Todavia, os retratos sociológicos mostraram que a vida em ERPI não se resume a um processo de despersonalização absoluta, mas é marcada por espaços de negociação e pela ação individual dos residentes, que procuram preservar hábitos e referências biográficas. Essa tensão remete para a ideia de identidade como construção relacional e biográfica defendida por Dubar (2005 [2000]), na medida em que os idosos reinterpretam continuamente a sua posição institucional tendo em conta as suas trajetórias de vida, os vínculos familiares e as interações quotidianas.

A importância da história de vida, enquanto recurso identitário, confirmou a pertinência da teoria de Kitwood (1997) sobre a ACP, na qual a personalização do cuidado, a escuta ativa e a valorização da história de vida dos idosos constituem dimensões indispensáveis para preservar a dignidade em contexto de dependência. Tal como mencionado previamente, sabemos que a instituição analisada não segue formalmente o modelo da ACP, contudo, os discursos dos profissionais evidenciaram aproximações significativas aos seus princípios, confirmando que a ACP, mesmo de forma fragmentada, constitui uma resposta prática aos riscos de despersonalização. Esta afirmação ganha densidade quando analisamos contributos mais recentes, como os de Moilanen (2023), que sublinha a noção de autonomia relacional, ou de Sun et al. (2021), que interpretam a adaptação às estruturas residenciais como um processo dinâmico de negociação entre conformidade e resistência, aspetos claramente visíveis nas narrativas dos residentes entrevistados. Também Van Loon (2024), reforça a importância de estruturas institucionais flexíveis, capazes de valorizar escolhas individuais e de contrariar a homogeneização, orientação que os retratos demonstraram ser possível através de práticas simples, como a escolha da roupa, a personalização do espaço ou a manutenção de hábitos quotidianos.

Para além destes contributos, a análise empírica articula-se com as leituras mais abrangentes sobre o envelhecimento em Portugal e as dinâmicas estruturais que o sustentam. A teoria da modernização de Cowgill (1972) mostrou-se imprescindível para compreender a perda de estatuto social da velhice, patente na desvalorização das trajetórias individuais em ambiente institucional. Por sua vez, a perspetiva da economia política do envelhecimento (Estes, 1979; Streib & Binstock, 1990) permitiu enquadrar a diversidade de experiências observadas, lembrando que a institucionalização não é vivida de forma homogénea, mas atravessada por desigualdades de classe, género e recursos monetários. Também as teorias microssociológicas da desvinculação (Cumming e Henry, 1961) e da subcultura (Rose, 1965) encontram-se visíveis nos testemunhos recolhidos: alguns idosos exprimem retraimento e perda de papéis sociais, enquanto

outros valorizam as oportunidades de convívio e desenvolvem novos laços identitários no lar.

Os resultados estão alinhados com as orientações da OMS (WHO, 2020a; 2020b) sobre envelhecimento ativo e saudável, ao evidenciar que a continuidade de hábitos, a participação em atividades significativas e a preservação de redes afetivas constituem dimensões essenciais do bem-estar em contexto institucional. De igual forma, as análises de Fernandes (1997) e Padeiro (2022) sobre o envelhecimento demográfico e das desigualdades territoriais permitem compreender a centralidade crescente das ERPI como resposta social num país marcado pelo despovoamento do interior e pelo enfraquecimento das redes familiares. É neste ponto que se articula também o contributo de Carvalho (2009) e Pimentel (2012) sobre o papel do cuidador informal: os retratos sociológicos confirmam que, mesmo após a entrada no lar, a família permanece como suporte insubstituível de identidade e pertença, funcionando como eixo de continuidade entre a vida prévia e a institucional.

Assim, a articulação entre teoria e análise empírica evidencia que o impacto da institucionalização não pode ser interpretado apenas em termos de perda ou de proteção, mas como um processo relacional e situado, que combina constrangimentos estruturais, políticas sociais e práticas institucionais com a capacidade de autodeterminação dos idosos. A principal contribuição desta investigação consiste em demonstrar que a autonomia e a identidade em contexto residencial não se extinguem, mas são continuamente reconstruídas na tensão entre rotinas coletivas e estratégias individuais, evidenciando a utilidade de articular os clássicos da sociologia com as abordagens contemporâneas sobre ACP e envelhecimento.

Desta forma, compreendemos que este estudo apresenta contributos em áreas distintas: contributo sociológico e contributo metodológico. Em primeiro lugar, em relação ao contributo sociológico, este estudo teve como principal objetivo dar voz a um grupo de idosos institucionalizados, cuja experiência é imprescindível para entender como é a vida numa instituição, como se envelhece e de que forma é que os idosos interpretam este envelhecimento institucionalizado e como é que constroem significados sobre a sua autonomia, identidade, revelando assim, tensões como estratégias de preservação. Assim, esta investigação acrescenta conhecimento sobre as formas de viver no quotidiano das ERPI, sublinhando a heterogeneidade das trajetórias de vida e das perceções.

Por fim, o contributo metodológico, dado que se optou por construir retratos sociológicos. Esta abordagem qualitativa permitiu captar a singularidade de cada percurso, evidenciando as continuidades biográficas e a forma como estas se fazem sentir na experiência institucional. Para além de ter o ponto de vista dos idosos, ter também a

perspetiva dos profissionais possibilitou uma compreensão ainda mais densa da relação entre as rotinas e a identidade pessoal.

Tal como em qualquer investigação de carácter qualitativo, os resultados obtidos nesta dissertação não podem ser generalizados, e são representativos apenas da realidade à qual se reportam. Esta é uma limitação do estudo. Outra limitação prende-se com a dimensão reduzida da amostra: oito idosos residentes numa única instituição não é representativo. Não obstante, esta opção metodológica permitiu aprofundar narrativas individuais, possibilitando uma compreensão mais ampla das experiências subjetivas da institucionalização e da forma como cada residente reconstrói a sua identidade em contexto residencial. Por outro lado, o local onde o estudo foi realizado poderá condicionar o alcance das conclusões, uma vez que as dinâmicas observadas refletem as especificidades da instituição analisada, uma IPSS, e da sua cultura organizacional, que pode divergir das práticas e experiências de outras ERPI, quer sejam públicas ou privadas.

Salientando que este trabalho é um estudo de caso, ou seja, tem como foco apenas uma instituição, a ausência de comparação entre diferentes instituições pode traduzir-se numa limitação do estudo. Ao analisar diferentes instituições teria possibilitado identificar várias perspetivas diferentes na prática do cuidado, no grau que a autonomia e identidade são concedidas ou na forma como a ACP é, ou não, contemplada no quotidiano.

Por fim, embora os utentes tenham colaborado de forma autónoma e livre, durante as entrevistas, houve também idosos que recusaram participar no estudo, alegando não saber responder às perguntas e terem receio que as suas informações íntimas fossem comentadas e divulgadas com os restantes utentes. Acresce, ainda, o caso de uma entrevistada que, embora tenha aceite participar, manifestou relutância em responder a determinadas questões, revelando desconforto e uma clara reserva em expor aspetos da sua vida pessoal.

Este trabalho procura abrir um caminho para novas linhas de investigação, de forma a promover o envelhecimento ativo e saudável, uma vez que a tendência de envelhecimento demográfico continua a incrementar. Desta forma, é necessário implementar medidas, combater o Idadismo, desmistificar o papel negativo das ERPI e procurar promover modelos centrados na pessoa idosa. Neste aspeto, seria relevante a realização de um estudo comparativo entre diferentes tipologias de ERPI, públicas, privadas e solidárias, permitindo assim identificar as várias diferenças nas práticas de cuidados, nos modelos de gestão e no modo como a ACP poderia ser incorporada no quotidiano.

Integrar diferentes perspectivas neste tipo de estudos é cada vez mais importante. Para além da perspectiva dos residentes, o ponto de vista dos profissionais é essencial para aprofundar os conhecimentos e entender como é que a preservação da identidade e a mediação podem ser feitas com a instituição. Por fim, destaca-se a necessidade de uma análise mais profunda sobre a implementação formal do modelo ACP, uma vez que, em Portugal, este modelo não é frequentemente usado, tampouco, existe informação sobre ERPI's que usem este tipo de cuidado.

Envelhecer em contexto institucional não é sinónimo de perda de identidade, nem redução de autonomia a um conjunto de escolhas condicionadas. O que este estudo demonstra é que, mesmo estando num local marcado por rotinas padronizadas e regras coletivas, existem espaços de decisão e de expressão individual que importa reconhecer e ampliar. Neste mesmo sentido, a **Atenção Centrada na Pessoa**, não deve ser vista apenas como uma metodologia de intervenção, mas sim, um modelo de cuidado essencial para garantir um envelhecimento com dignidade, com sentimento de pertença e sentido de continuidade biográfica.

A relevância social desta dissertação reside, precisamente, demonstração de que os idosos institucionalizados não são sujeitos passivos, mas sim indivíduos que continuam a negociar a sua identidade e a reivindicar a sua própria autonomia, mesmo que seja em pequenas ações ou decisões. Reconhecer esta dimensão implica repensar as práticas institucionais, valorizando a singularidade de cada percurso de vida e a importância de relações pautadas pelo cuidado humanizado.

Para além das contribuições académicas, este estudo aponta também para as implicações práticas e, inclusive, para a definição de políticas públicas vocacionadas para a melhoria da qualidade dos processos de envelhecimento e de institucionalização de idosos. A nível institucional, tornou-se evidente a necessidade de reforçar a formação no modelo ACP para todas as equipas, dado que a flexibilização das rotinas e o aumento do número de trabalhadores possibilitaria uma personalização efetiva do cuidado. A nível de políticas públicas, é essencial repensar o financiamento e regulação das ERPI, privilegiando modelos que promovam eficazmente dimensões como a autonomia, participação e dignidade, bem como o apoio às famílias cuidadoras e desenvolver alternativas que evitem a homogeneização da velhice. Estas orientações têm como objetivo transformar as ERPI em verdadeiros espaços de vida, não apenas de assistência, respondendo ao desafio de um envelhecimento ativo e inclusivo.

Concluimos que o processo de institucionalização dos idosos em lares é, muitas das vezes, inevitável em muitos casos, resultado de transformações estruturais que fragilizam as redes tradicionais de cuidado. Tal como a teoria evidencia, as famílias encontram-se cada vez mais fragmentadas, com núcleos mais reduzidos e,

consequentemente, vínculos menos duradouros e também marcados pela dispersão geográfica. A baixa natalidade e a crescente emancipação das mulheres no mercado de trabalho e o enfraquecimento das solidariedades intergeracionais limitam a capacidade de prestação de cuidados no seio familiar. É necessário salientar que acresce, também, o despovoamento de zonas de território de baixa densidade e o envelhecimento acentuado da população portuguesa, que pressionam fortemente os serviços sociais. Neste contexto, as ERPI surgem como uma resposta social quase incontornável, mas cuja qualidade depende do modo como se articulam as práticas institucionais padronizadas com a preservação da singularidade de cada residente.

Bibliografia

- Alves, G., Silva, S., Santos, R., & Gordo, S. (2023). Violência e Maus-Tratos à Pessoa Idosa em Contexto Institucional—Uma reflexão crítica. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 3, 110–119.
- Assembleia da República. (1976). *Constituição da República Portuguesa*. <https://www.parlamento.pt/parlamento/documents/crp1976.pdf>
- Bandeira, M. L. (Ed.). (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950–2011): Evolução e perspetivas*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barbosa, M. M., Afonso, R. M., Paul, C., & Yanguas, J. (2020). Conceptualização dos cuidados centrados na pessoa idosa: origens e rumos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 6(3), 366–382.
- Barenys, M. P. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers: Revista de Sociologia*, 121–135.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio actual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2393>
- Baumeister, R. F. (1997). Identity, self-concept, and self-esteem. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 681–710). Academic Press.
- Beck, U. (2010). *Sociedade de risco: Rumo a uma outra modernidade* (Trad.) [Obra original publicada em 1986]. Editora 34.
- Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. HarperCollins.
- Caradec, V. (2016). Da terceira idade à idade avançada: A conquista da velhice. In M. Goldenberg (Ed.), *Velho é lindo!* (pp. 11–41). Editora José Olympio.
- Cardoso, A. (2010). O industrial da vila-fantasma. *Público*. <https://www.publico.pt/2010/12/31/jornal/o-industrial--da-vilafantasma-20916943>
- Carta Social. (s.d.). *Resultados da pesquisa – respostas sociais*. <https://www.cartasocial.pt/resultados-da-pesquisa?vt=21&tp=2102&l=01-00-00>
- Carvalho, M. I. L. B. de. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: Características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós – Gerontologia*, 12(1), 77–96. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2781>
- Carvalho, M. I., & Almeida, M. J. (2014). *Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal*. Sociedade Portuguesa de

Geriatrics e Gerontologia. https://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2014/07/Artigo_Contributo-para-o-desenvolvimento-de-um-modelo-de-proteção-social-na-velhice-em-Portugal.pdf

- Carvalho, M. P. R. S. de, & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161–184.
- Centro Comunitário de Apoio à Terceira Idade do Tortosendo. (s.d.). *Sobre nós*. <https://ccati.webnode.com.pt/sobre-nos/>
- Chapman, M. J., Hanratty, B., McDermid, J., & Clark, A. (2024). Social connection in long-term care homes: A qualitative study of barriers and facilitators. *BMC Geriatrics*, 24(1), Article 87, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04478-y>
- Coleman, P. (1991). Cumming E. and Henry W., *Growing Old: The Process of Disengagement*. (1961) *Ageing & Society*, 11(2), 217–220.
- Comissão de Ética da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. (2023). *Guia para elaboração do consentimento informado, esclarecido e livre para participação em investigação científica*. UTAD.
- Cowgill, D. O., & Holmes, L. D. (Eds.). (1972). *Aging and modernization*. Appleton-Century-Crofts.
- Crispim, R. (2021). Institucionalização na velhice: Uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 9(2), 258–271. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v9i2.499>
- Crispim, R., Albuquerque, C. P., & Guerra, J. V. (2022). Envelhecimento Ativo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Contributo para uma reflexão crítica. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 2, 66–78.
- Csikszentmihalyi, M., & Rochberg-Halton, E. (1981). *The meaning of things: Domestic symbols and the self*. Cambridge University Press.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1962). *Growing old: Aging and old age*. Arno Press.
- Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março. (2007). *Diário da República*, 1.ª Série(52). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/64-2007-518425>
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 249–273.
- Dubar, C. (2005). *A socialização: Construção das identidades sociais e profissionais*. Porto Editora.
- Edberg, A.-K., & Backman, A. (2025). A complex intervention to strengthen person-centered care and leadership in residential care facilities (the PERLE study): Protocol for a development and implementation study. *JMIR Research Protocols*, 14(1), Article e76185, 1–15. <https://doi.org/10.2196/76185>

- Edvardsson, D., Sandman, P.-O., & Rasmussen, B. (2023). Person-centred care: Conceptual and practical considerations. *International Journal of Older People Nursing*, 18(1), e12495, 1–9. <https://doi.org/10.1111/opn.12495>
- Estanque, E. (2017). Portugal e o Estado Providência: Fragilidades, dependências e ameaças. *Revista Novos Rumos Sociológicos*, 5(8), 33–70.
- Estes, C. L. (1979). Old age and the services strategy: A political economy perspective. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *The aging enterprise: A critical examination of social policies and services for the aged* (pp. 16–30). Jossey-Bass.
- Eurostat. (2024). *A percentagem de idosos continua a aumentar*. In *Population structure and ageing*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing&lang=pt#A_percentagem_de_idosos_continua_a_aumentar
- Faustino, L. S. e S. (2024). Método qualitativo: Origem, conceitos e relevância nas ciências humanas. *SciELO Preprints*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9093>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 58(S1), S10–S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade*. Autor.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia social*. Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Izquierdo, M. S., Olmos, R., Huici, C., Casado, J. M. R., & Cruz Jentoft, A. (2019a). Paternalism vs. autonomy: Are they alternative types of formal care? *Frontiers in Psychology*, 10, 1460. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01460>
- Fernández-Ballesteros, R., Izquierdo, M. S., Olmos, R., Huici, C., Caprara, G. M., Santacreu, M., Casado, J. M. R., & Cruz Jentoft, A. (2019b). Development and validation of a paternalism and autonomist care assessment. *Journal of Advanced Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jan.14154>
- Ferreira, W. F. da S., Cardozo, J., Soares, B. B., dos Reis, D. R. P., Lourenço, A. S., Souza, L. C. C., & Dutra, D. de A. (2025). Atividade física e recreativa na vida do idoso institucionalizado: Por que refletir a multidimensionalidade contemporânea? *Research, Society and Development*, 14(5), e9514548844, 1–13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i5.48844>
- Flick, U. (2007). *Designing qualitative research*. Sage Publications.
- Forsgren, A., Eriksson, H., & Sandman, P.-O. (2025). Implementing person-centred care in long-term care settings: Ethical and organizational challenges. *Journal of Aging Studies*, 63, 101102. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2025.101102>

- Forsgren, E., Feldthusen, C., Wallström, S., Thunström, L., Kullman, L., Sawatzky, R., & Ohlén, J. (2025). Person-centred care as an evolving field of research: A scoping review. *Frontiers in Health Services*, 5, 1534178. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1534178>
- Genaro, L. E., Marconato, J. V., Valsecki Júnior, A., Saliba, T. A., & Rosell, F. L. (2025). Home caregivers of elderly people: Perceptions and quality of life. *Geriatrics*, 10(3), Article 61. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10030061>
- Giddens, A. (2010). *Sociologia (8.ª ed.)*. Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 2001)
- Goffman, E. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. Editora Perspectiva. (Obra original publicada em 1961)
- Governo de Portugal. (2024). *Estatuto da Pessoa Idosa: Para um envelhecimento ativo, digno e valorizado por todos* [Relatório]. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3d%3dBQAAAB%2bLCAAAAAAABAAzNDE2NgcAK5LRTwUAAAA%3d#page=1.00>
- Graeff, L. (2007). Instituições totais e a questão asilar: Uma abordagem compreensiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11, 9–27.
- Guarda Nacional Republicana. (2024). *Comunicado de imprensa: Balanço da Operação “Censos Sénior 2024”*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=9159>
- Guia Sénior. (2024). Diferença entre um lar residencial e uma ERPI: Qual a melhor opção para o idoso? <https://guiasenior.pt/diferenca-entre-um-lar-residencial-e-uma-erpi-qual-a-melhor-opcao-para-o-idoso/>
- Gurung, S., & Chaudhury, H. (2025). Relationship-centered care for older adults in long-term care homes: A scoping review. *Geriatrics*, 10(1), Article 61. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10010061>
- Gurvitch, G. (1969). *A vocação atual da sociologia – Volume II*. Moraes Editores.
- Gutterman, A. S. (2022). *What is ageism? Ageism: Where it comes from and what it does*. Older Persons’ Rights Project. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4046150
- Hedman, M., Häggström, E., Mamhidir, A.-G., & Pöder, U. (2017). Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. *Nursing Ethics*, 26(1), 280–292. <https://doi.org/10.1177/0969733017703698>
- Higgs, P., & Gilleard, C. (2020). The ideology of ageism versus the social imaginary of the fourth age: Two differing approaches to the negative contexts of old age. *Ageing & Society*, 40, 1617–1630. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000096>

- Hu, Y.-J., Yang, H.-L., Chang, T.-H., & Wang, H.-H. (2024). Perceptions of empathy among nursing assistants in long-term care facilities: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 32(1), 65–73. <https://doi.org/10.1111/jonm.13900>
- Instituto da Segurança Social. (2017). *Apoios sociais para idosos*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27202/N35J_apoios_sociais_idosos
- Instituto da Segurança Social. (2022). *Guia de proteção social para pessoas idosas*. Instituto da Segurança Social. https://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf
- Instituto da Segurança Social. (2025). *Estatuto do cuidador informal*. https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalle/-/asset_publisher/GzVIhCL9jqf9/content/estatuto-do-cuidador-informal
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *População residente (n.º) por local de residência (à data dos Censos 2021), sexo e grupo etário – Freguesia do Tortosendo [Conjunto de dados]*. INE. <https://tabulador.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Dia Mundial da População – 11 de julho de 2024*. INE. <https://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas demográficas – 2023 (Edição digital)*. INE. <http://www.ine.pt>
- Ketele, J.-M. de, & Roegiers, X. (1999). *Metodologia da recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Instituto Piaget.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Kontos, P., & Grigorovich, A. (2018). Rethinking musicality in dementia as embodied and relational. *Journal of Aging Studies*, 45, 39–48. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2018.01.006>
- Lahire, B. (2004). *Retratos sociológicos: Disposições e variações individuais*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Lahire, B. (2005). Patrimónios individuais de disposições: Para uma sociologia à escala individual. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, 11–42.
- Lalanda, P. (1998). Sobre a metodologia qualitativa na pesquisa sociológica. *Análise Social*, 33(148), 871–883.
- Leitão, J. (2010). (Des)igualdades, envelhecimento e saúde: Um avanço civilizacional. *Alicerces*, 3(3), 91–106.
- Lev, S., Dolberg, P., & Lang, B. (2022). “They just did what they usually do”: Mistreatment, abuse, and neglect in nursing homes from the perspective of

- Ministry of Health auditing teams. *Geriatric Nursing*, 48, 24–31.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.08.005>
- Lima, A., & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria de velhice. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 57(1), 149–158.
<https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/795/517>
- Liu, D., Sato, C., Takaoka, M., & Okamoto, Y. (2025). Expressed emotion mediates the association between caregiver relationship closeness and psychological symptoms in people with dementia. *Psychogeriatrics*, 25(2), 215–223.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12951>
- Love, K., & Kelly, A. (2011). Person-centered care: Changing with the times. *Geriatric Nursing*, 32(2), 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.01.005>
- Lynch, B., Ryan, A. A., O'Neill, M., & Penney, S. (2022). The factors that influence care home residents' and families' engagement with decision-making about their care and support: An integrative review of the literature. *BMC Geriatrics*, 22, 873. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03503-8>
- Marques, S. (2011). *Discriminação da terceira idade*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación* (Estudios Fundación Pilares n.º 3). Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439–453.
<https://doi.org/10.12957/polemica.2012.3734>
- Mello, É. M. M. de. (2024). A centralidade do trabalho na construção da identidade social do homem: Uma breve abordagem acerca do trabalho intermitente. *Caderno Humanidades em Perspectivas*, 8(19), 6–15.
- Mendes, F. R. (2011). *Segurança Social: o futuro hipotecado*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mendes, F. R., & Paralta, S. (2013). O envelhecimento contra o Estado-Providência. In F. Casanova da Silva (Org.), *Os portugueses e o Estado-Providência* (pp. 197–221). Imprensa de Ciências Sociais.
- Moilanen, T., Suhonen, R., & Kangasniemi, M. (2025). Key professional stakeholders' roles in promoting older people's autonomy in residential care. *Nursing Ethics*, 32(2), 575–587. <https://doi.org/10.1177/09697330241247321>
- Monteiro, E. C., & Nogueira, I. R. R. (2023). O cuidado institucional para longevos/as assegura-lhes ou retira-lhes a autonomia? Notas introdutórias. *Oikos: Família e Sociedade em Debate*, 34(2), 1–23.
- Mozzicafreddo, J. P. (1994). O Estado Providência em Portugal: Estratégias contraditórias. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 16, 11–40.

- O'Neill, M., Ryan, A., Tracey, A., & Laird, L. (2022). "Waiting and wanting": Older people's initial experiences of adapting to life in a care home – a grounded theory study. *Ageing & Society*, 42(2), 351–375. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000872>
- Padeiro, M. (2022). Recomposições territoriais do envelhecimento em Portugal. In A. F. da Costa, J. Malheiros, & N. Nunes (Orgs.), *Portugal no século XXI: Cenários e contextos* (pp. 221–242). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Patient, D. (Org.). (2024). *Compreender o idadismo no local de trabalho*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Pedrosa, B. da S., Pocinho, R. F. da S., Margarido, C. A. F. F. R., & Torrijos Fincias, P. (2025). Estratégias para a implementação de projeto de vida das pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Lusófona de Educação*, publicação online antecipada, 1–16. <https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rleOF.04>
- Pereira, F. (2012). A institucionalização do idoso. In F. Pereira (Org.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (pp. 147–154). PsicoSoma.
- Pessoas2030. (2023). *O caminho para a igualdade salarial entre homens e mulheres, em Portugal e na Europa*. <https://pessoas2030.gov.pt/2023/11/14/o-caminho-para-a-igualdade-salarial-entre-homens-e-mulheres-em-portugal-e-na-europa/>
- Pimentel, L. (2012). Cuidar de pessoas idosas dependentes: As interseções entre a esfera pública e a esfera privada. *Revista de Política Social sobre o Envelhecimento Ativo*. <https://www.cidadaniaemp Portugal.pt/wp-content/uploads/recursos/eapn/Rediteia%20-%20Envelhecimento%20Ativo.pdf>
- Pimentel, L., & Albuquerque, C. P. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos: Limites e implicações. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 9(2), 251–263.
- PORDATA. (s.d.). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de população residente*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Rocha, T. S. da, Sena, J. P., Silva, A. D. da, & Nascimento, I. R. C. do. (2024). Paternalismo do cuidador e autonomia do idoso no serviço de atenção domiciliar. *Revista Psicologia e Saúde em Debate*, 10(2), 257–274.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rose, A. M., & Peterson, W. A. (1965). *Older people and their social world*. F. A. Davis.
- Rötzeimer-Keuper, J., & Wunderlich, N. V. (2023). Who am I here? Care consumers' identity processes and family caregiver interventions in the elderscape. *Journal*

- of Service Research*, 26(3), 471–492.
<https://doi.org/10.1177/10946705231174630>
- Sampaio, S. M. M., & Duque, E. J. G. da C. (2024). A importância da família na vida do idoso institucionalizado. In *Reflexões jurídicas sobre os direitos do idoso* (pp. 191–206). <https://doi.org/10.29327/5433315.1-9>
- Santos, A., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da violência contra as pessoas idosas: Uma revisão crítica da literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 72, 53–77. <https://journals.openedition.org/spp/1192>
- Santos, T. C. V. dos, Ary, M. L. M. R. B., & Calheiros, D. dos S. (2021). Vínculos familiares dos idosos institucionalizados. *Research, Society and Development*, 10(12), e194101220246, 1–10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20246>
- Shpakou, A., Klimatckaia, L., Furliaeva, T., Piatrou, S., & Zaitseva, O. (2021). Ageism and loneliness in the subjective perceptions of elderly people from nursing homes and households. *Family Medicine & Primary Care Review*, 23(4), 475–480. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2021.110366>
- Silva, L. S. S., & Faustino, S. (2024). Método qualitativo em trabalhos de ciências humanas: Uma abordagem acadêmica. *SciELO Preprints*.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9093>
- Streib, G. F., & Binstock, R. H. (1990). Aging and the political economy: Theoretical perspectives and policy implications. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2.^a ed.). Academic Press.
- Sun, C., Ding, Y., Cui, Y., Zhu, S., Li, X., Chen, S., Zhou, R., & Yu, Y. (2021). The adaptation of older adults' transition to residential care facilities and cultural factors: A meta-synthesis. *BMC Geriatrics*, 21, Artigo 64, 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12877-020-01987-w>
- Umubyeyi, A., Le Bonniec, A., & Beausoleil, L. (2024). “You close the door, wipe your sadness and put on a smiling face”: A qualitative study of the emotional labour of healthcare professionals providing palliative care in nursing homes in France. *BMC Health Services Research*, 24(1), Artigo 303, 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12913-024-11550-7>
- Van Loon, J., Janssen, M., Janssen, B., de Rooij, I., & Luijkx, K. (2024). How older adults with physical impairments maintain their autonomy in nursing homes. *Ageing & Society*, 44(11), 2397–2419.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X22001428>
- Via Senior. (s.d.). *Sala Snoezelen em lares e residências sénior: Benefícios da terapia no idoso*. <https://via-senior.com/sala-snoezelen-em-lares-e-residencias-senior-beneficios-da-terapia-no-idoso/>
- Wanderley, V., Araújo, K. F. G. de S., Santos, M. M. de M., Maroja, J. L. S., & Muñoz, R. L. de S. (2020). Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: Estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados. *Semina*:

Ciências Biológicas e da Saúde, 41(2 Supl.), 283–308.
<https://doi.org/10.5433/1679-0367.2020v41n2Suplp283>

Wong, C. M., Como, D. H., Lekovitch, C., Chew, F., & Leland, N. E. (2025). Nursing home staff perspectives of the benefits and challenges of providing dementia care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 26(2), 1–5.
[https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(24\)00833-8/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(24)00833-8/fulltext)

World Health Organization. (2020a). *Healthy ageing and functional ability – questions and answers*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>

World Health Organization. (2020b). *UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030*. Geneva: World Health Organization.
<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>

Apêndice I: Grelha de Observação

Grelha de observação no Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade do Tortosendo.

Data: 17/04/2025

Objetivo: Observar momentos e atividades do quotidiano na ERPI que possam interferir positiva ou negativamente na autonomia e identidade da pessoa idosa. A grelha permite registar, a cada momento do dia, exemplos concretos, grau de participação, espaço para a escolha pessoal e o impacto observado, incluindo uma avaliação geral.

Momento do dia	Atividade Observada	Tipo de participação (Autónoma / Assistida / Imposta)	Há espaço para escolha pessoal? (Sim / Não)	Impacto na identidade/autonomia (Preserva / Ameaça)	Exemplos e Notas
9:00H	Pequeno Almoço	Assistida	Sim	Preservada	Descem quando se acabam de arranjar. Entre as opções existentes, escolhem aquela que preferem comer. Comem sozinhos.
9:30H	Sala de Convívio	Assistida	Sim	Preserva	Os idosos com mais mobilidade vêm sozinhos quando acabam de comer. Os mais dependentes esperam que as auxiliares os venham buscar para levar para a sala.

¹ Por "espaço para escolha pessoal" entende-se a possibilidade de o idoso exercer a sua vontade e preferências em aspetos do quotidiano, como por exemplo: escolher a hora de acordar e de se deitar; decidir o que vestir; optar ou não por participar em atividades propostas; escolher a que horas prefere comer; selecionar os alimentos que consome; escolher com quem convive; definir o ritmo e a forma como realiza a sua higiene pessoal; ou ainda manifestar preferências quanto à organização do seu quarto ou utilização de objetos pessoais.

9:50H	Hora do Café	Assistida	Sim	Preserva	Depois da refeição e antes de realizarem algum tipo de atividade, os idosos que querem café pedem à auxiliar disponível que esta traga café da máquina disponível no 1 piso.
10:15H	Caminhada	Imposta	Sim	Preserva	O animador promove caminhada ao ar livre para aproveitar o sol. Os idosos que querem ir vão, os que não querem ficam a jogar dominó, pintam, fazem puzzles e até fazem manicure.
10:25H	Fim da caminhada e hora do chá.	Assistida	Sim	Preserva	Após a caminhada, a auxiliar volta a fazer a ronda para ver quem quer beber um chá. Quem não quer, não bebe.
10:30H	Ginástica	Imposta	Sim	Preserva	Aqueles que querem e podem, realizam atividades físicas de forma a exercitar o corpo. Há quem escolha não fazer e dormir, continuar a pintar e a fazer o puzzle.
11H	Fim da ginástica e tempo livre.	Assistida	Sim	Preserva	No tempo livre após a ginástica os idosos escolhem o que querem fazer, há quem converse, há quem jogue dominó e quem jogue à sueca.
11H -12H	Hora livre	Autónoma	Sim	Preserva	Os idosos nesta hora realizam aquilo que desejam fazer, para além de continuarem a jogar dominó, sueca, aproveitam o tempo para conversar entre si.

Entre a Autonomia e a Perda de Si

					Há quem vá para a rua aproveitar o sol e caminhe. Perto do 12H começam a ir para o refeitório.
12-13H	Hora de Almoço	Assistida	Sim	Preserva	Os idosos com mais mobilidade conforme começam a ter fome vão para o refeitório, escolhem com quem se sentam. Os idosos com menos capacidades motoras são levados pelos auxiliares até ao refeitório.
13-14H	Hora livre	Autónoma	Sim	Preserva	Para além de jogos habituais recorrentes durante o dia (sueca, dominó), há quem jogue sudoku e realize sopas de letras. Também há quem durma na cadeira.
14H	Manicure	Assistida	Sim	Preserva	A animadora pergunta aos idosos se precisam de cortar as unhas. Há idosos que querem, pedem à animadora que lhes corte as unhas e há idosos que pedem para a mesma lhes pintar as unhas.
14-15H	Sala de Snoezelen	Assistida	Sim	Preserva	Durante o dia vários idosos vão com o outro animador até à sala de snoezelen para serem estimulados. A sessão dura cerca de uma hora.
15- 15:40H	Lanche	Assistida	Sim	Preserva	Quem quer lanchar, dirige-se até ao refeitório para comer. Entre as possibilidades

					escolhem aquilo que preferem comer.
16- 17H	Horário de Visitas	Assistida	Sim	Preserva	Os idosos recebem visitas de familiares na sala de convívio. Há quem converse com a família e há quem converse entre si.
17-18H	Horário de Visitas	Assistida	Sim	Preserva	
19-19:15H	Jantar	Imposta	Sim	Preserva	Por volta das 19H os utentes de Centro de Dia, dirigem-se até ao refeitório para jantarem uma vez que por volta das 19:45 a carrinha vai deixá-los às suas casas. Os idosos em ERPI também comem a esta hora.

Nota adicional: A análise da grelha de observação evidencia que, apesar de várias atividades serem promovidas e calendarizadas pela equipa técnica (Ex: caminhada, ginástica), os residentes demonstram capacidade de recusa ou adaptação às propostas, optando por alternativas como jogos, descanso ou outras formas de ocupação.

Esta flexibilidade nas rotinas institucionais, aliada ao respeito pelas preferências individuais, revela práticas que se aproximam dos princípios da Atenção Centrada na Pessoa (ACP) – reconhecendo a pessoa idosa como sujeito ativo, com direito a escolher. Em momento algum foi observado qualquer tipo de imposição coerciva ou linguagem infantilizadora, sendo que a assistência prestada com base nas necessidades físicas, não comprometeram a expressão das suas próprias vontades e dos seus gostos pessoais. Estas evidências sugerem que, apesar do carácter coletivo da instituição, existe um

esforço por parte da equipa para respeitar a autonomia prática dos residentes, promovendo ambientes e interações compatíveis com os pressupostos de um cuidado individualizado e digno.

Apêndice II: Guião de entrevista Diretora Técnica

Enquadramento geral da instituição:

1. Qual é o perfil dos residentes (idade média, género, grau de dependência, situação familiar, etc.)?
2. Como é gerido o processo de admissão de novos residentes? Há critérios definidos ou não?
3. Existem, ou não, momentos formais de avaliação do bem-estar dos residentes? Com que frequência?
4. Existe algum tipo de relação com as famílias dos residentes ou não? Como descreve essa relação?
5. Existem parcerias com entidades externas (centros de saúde, universidades, autarquias, etc.), ou não?
6. A comunidade local está ou não envolvida com a vida da instituição? Se sim, de que forma?
7. Houve ou não mudanças na filosofia de cuidados nos últimos anos? Pode dar exemplos?
8. De que forma a pandemia (ou outros eventos) impactou a organização e a relação com os residentes?

Rotinas e organização institucional:

9. Como são tomadas as decisões relacionadas com a organização do quotidiano? A opinião dos residentes é tida em conta ou não?
10. Existem regras institucionais que, na sua opinião, possam limitar a autonomia dos residentes, ou não? Quais e porquê?
11. Em que situações se torna difícil conciliar a individualidade de cada residente com a organização coletiva da instituição?
12. A instituição revê periodicamente as suas rotinas e práticas com base no feedback dos residentes, ou não?
13. Alguma vez foram feitas alterações nas rotinas institucionais por sugestão dos próprios residentes ou familiares?

14. De que forma são atribuídos os quartos aos residentes? Têm alguma possibilidade de escolha?
15. Os residentes podem ou não personalizar os seus quartos com objetos pessoais ou simbólicos? Existem limitações?”
16. Como é garantida a privacidade dos residentes nos quartos partilhados?
17. A instituição incentiva ou não a manutenção de laços com a comunidade local? Pode dar exemplos?

Práticas de cuidado e relação com os cuidadores:

18. Que tipo de formação é oferecida aos cuidadores sobre envelhecimento e práticas centradas na pessoa?
19. De que forma é promovida a construção de vínculos entre cuidadores e residentes?
20. Na prática, o cuidado prestado é ou não adaptado à história de vida ou às preferências individuais? De que forma?
21. Como descreveria o estilo de cuidado que predomina na instituição? (mais técnico, mais humanizado, mais centrado na rotina...)
22. De que forma os cuidadores são incentivados a respeitar a individualidade de cada idoso?
23. A relação entre cuidadores e residentes tende a manter-se mais no plano funcional ou desenvolve-se para além disso? Pode dar exemplos?
24. Há formação ou sensibilização específica sobre evitar infantilização ou estigmas ligados à velhice, ou não?
25. Os cuidadores recebem, ou não, formação específica sobre envelhecimento, autonomia e identidade?
26. Existem, ou não, momentos regulares de supervisão, partilha de dificuldades ou apoio emocional à equipa de cuidadores?
27. Existem ou não práticas institucionais que incentivem a empatia e o respeito na relação com os residentes? Pode especificar?

Implementação (ou não) da Atenção Centrada na Pessoa (ACP):

28. Está familiarizada com o conceito de Atenção Centrada na Pessoa (ACP)? Onde ou como teve contacto com este modelo?
29. Considera que a instituição segue ou não, formal ou informalmente, princípios da ACP? Em que aspetos?
30. Existe algum plano estratégico, formação ou orientação institucional para a implementação da ACP?
31. Que obstáculos concretos dificultam a promoção da autonomia e da individualidade dos residentes no dia a dia?

32. Há normas ou práticas que considera difíceis de flexibilizar, ou sente que existe margem para adaptação? Pode dar exemplos?
33. A sua experiência nesta área influenciou a forma como vê o envelhecimento e a institucionalização?
34. Gostaria de acrescentar algo que não tenha sido abordado e que considere importante?

Apêndice III: Guião de entrevista Animador Cultural

Enquadramento e Funções:

1. Pode descrever resumidamente o seu trabalho nesta instituição?
2. Que tipo de atividades promove junto dos residentes?
3. Trabalha em articulação com outros profissionais (assistente social, enfermagem, auxiliares, psicólogo)? Em que contextos?
4. Participa em reuniões de equipa onde se discutem planos individuais de cuidado?
5. Como são planeadas as atividades? Há um calendário fixo ou flexível?
6. Tem liberdade para adaptar ou criar propostas com base nos interesses dos residentes ou não?
7. Tem tempo para conhecer os idosos individualmente e adaptar o trabalho à sua história de vida ou não é possível?
8. Que aspetos do seu trabalho considera mais gratificantes?
9. E quais os mais desafiantes?
10. Como é que avalia o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos idosos?

Identidade e expressão pessoal

11. Como é que as atividades culturais contribuem, na sua opinião, para preservar a identidade da pessoa idosa?
12. Que tipos de manifestações pessoais (preferências, histórias de vida, talentos, etc.) os residentes trazem para as atividades?
13. De que forma procura incorporar os gostos, talentos ou experiências de vida dos residentes nas atividades?

Autonomia e protagonismo:

14. Sente que os residentes têm autonomia nas atividades que realiza com eles, ou não? Em que medida?
15. Pode dar exemplos de situações em que um idoso exerceu autonomia ou protagonismo numa atividade?

16. Existem barreiras que dificultam, ou não, o exercício da autonomia nas atividades?
Quais?

Relação com os residentes:

17. O que costuma fazer quando alguém demonstra resistência, apatia ou recusa em participar?
18. Como lida com os diferentes perfis (mais reservados, mais ativos, mais dependentes)?
19. Como descreveria a relação que tem com os residentes? Diria que há ou não confiança e proximidade?
20. Há residentes com quem cria vínculos mais fortes ou não? De que forma isso afeta o seu trabalho?
21. Já sentiu, ou não, que o vínculo afetivo com um residente fez diferença na forma como ele participa ou se envolve nas atividades propostas?
22. Como lida com momentos de fragilidade emocional dos residentes (Ex: tristeza, nostalgia, resistência)?
23. Já teve de intervir em conflitos ou tensões entre residentes no contexto das atividades, ou nunca foi necessário?
24. Sente-se reconhecido pelos residentes como alguém significativo, ou não? Já teve alguma experiência que ilustre isso?
25. Algum residente alguma vez expressou que se sentia valorizado por si — ou nunca aconteceu? Lembra-se de algum exemplo?

Planeamento e adaptação das atividades:

26. Há, ou não, algum processo para recolher feedback dos idosos sobre o que gostam ou não gostam?
27. Como avalia se uma atividade teve impacto positivo, ou não, na identidade ou no bem-estar dos idosos?

Modelo ACP e valorização da pessoa:

28. Sente que o seu trabalho dá espaço à individualidade dos residentes, ou não? De que forma procura respeitar os seus ritmos, vontades e preferências?
29. Como é feita a articulação entre a animação e os restantes profissionais (cuidados, direção técnica, auxiliares)?
30. Acha que a instituição valoriza, ou não, a participação ativa dos residentes e o respeito pela sua individualidade? Há aspetos que poderiam ser melhorados?

31. Há aspetos do quotidiano institucional que poderiam ser mais adaptados às necessidades e preferências dos idosos? Quais?
32. Na sua opinião, como seria um ambiente que favorecesse ainda mais a valorização da pessoa idosa? O que mudaria na realidade atual para que isso fosse possível?

Limites, dificuldades e sugestões:

33. Que tipo de limitações (materiais, espaciais, orçamentais) enfrenta na organização das atividades?
34. Há recursos essenciais que sente que estão em falta, ou considera que os disponíveis são suficientes? Quais?
35. Já se sentiu desvalorizado(a) ou excluído(a) de decisões relevantes sobre os residentes, ou não?
36. Há algo que gostaria de acrescentar e que não foi abordado?

Apêndice IV: Guião Entrevista Auxiliares

Atividades diárias e relação com os residentes

1. Que tarefas realiza normalmente com os idosos durante o dia?
2. Como descreveria a sua relação com os residentes?
3. Que momentos do dia considera mais exigentes ou delicados no contacto com os residentes?
4. Que tarefas exigem maior atenção emocional da sua parte? Porquê?
5. Para além dos cuidados físicos, existe ou não espaço para outras formas de interação com os residentes? Pode dar exemplos?
6. Na sua opinião, o toque físico (como segurar a mão ou dar um abraço) tem importância, ou não, no dia a dia dos residentes? Costuma usar esse tipo de contacto?

Identidade e expressão pessoal

7. Já assistiu, ou não, a situações em que um residente queria fazer algo de forma diferente e foi impedido?
8. Como fala normalmente com os residentes? Usa o nome próprio? Um tom mais familiar?
9. Já ouviu falar em infantilização das pessoas idosas ou não? Acha que acontece nesta instituição ou não?
10. Tem por hábito conhecer a história de vida dos residentes, ou não? Isso influencia a forma como se relaciona com eles?

Autonomia e identidade

11. Na sua opinião, com o tempo, os residentes tendem a manter ou a perder traços da sua identidade? O que poderia contrariar essa tendência?
12. Na prestação de cuidados, tende a adaptar-se às preferências individuais dos residentes ou a seguir rotinas mais padronizadas? Pode dar exemplos?
13. Repara se há residentes que fazem questão de manter hábitos ou rotinas pessoais? Como reage nesses casos?
14. Os residentes costumam ou não manter objetos pessoais (como fotografias, livros) nos quartos? Esses objetos são valorizados na prática da instituição?
15. É possível recusar um banho, um alimento, ou uma medicação? O que acontece nesses casos?
16. Há espaço para o idoso escolher o cuidador que prefere, ou quem o ajuda nas rotinas mais íntimas?

Atenção centrada na pessoa

17. Acha que o modo como presta cuidados tem em conta as vontades e o ritmo de cada residente, ou não? Pode dar um exemplo?
18. Pode dar um exemplo de um momento em que respeitar a vontade de um idoso fez toda a diferença no seu comportamento?
19. Como reage quando um residente expressa algo que parece fora da “norma” (Ex: um desejo inesperado, uma opinião diferente)?
20. De que forma tenta mostrar ao residente que ele é importante e respeitado?
21. Se pudesse mudar algo no modo como os residentes são tratados, o que mudaria?

Dificuldades e sugestões:

22. O que é considerado ser mais difícil no seu trabalho do dia a dia com os idosos?
23. O tempo e o número de residentes por funcionário permitem dar uma atenção individualizada, ou não?
24. Lida facilmente com o envolvimento emocional com os residentes ou não?
25. Já sentiu que a sua opinião ajudou a melhorar o bem-estar de um idoso, ou não?

Conclusão da entrevista:

26. Lembra-se de algum simples gesto que teve grande impacto para um residente?
27. O que aprendeu sobre as pessoas idosas desde que trabalha nesta área?
28. E sobre si próprio(a)? Este trabalho mudou-o(a) de alguma forma?
29. Há algo que os residentes o/a ensinaram e que leva consigo para a vida?

30. Gosta daquilo que faz?

Apêndice V: Guião de entrevista Idosos Institucionalizados

Bloco A- Vida antes da institucionalização (raízes e rotinas)

A1: Caracterização demográfica e vivências familiares

A2: Dinâmicas familiares

A3: Rotinas enraizadas e valores de referência

Bloco B- Experiência institucional

B1: Processo de institucionalização

B2: Relações sociais

B3: Autonomia e identidade

Bloco C- Vivências e perspectivas atuais

C1: Perspetiva pessoal

C2: Integração social e vínculos afetivos

C3: Futuro e participação

Bloco A- Vida antes da institucionalização (raízes e rotinas)

A1. Caracterização demográfica e vivências familiares

1. Pode contar-me um pouco sobre a sua infância? Como era o ambiente onde cresceu?
2. Como descreve a sua vida familiar antes de vir para esta instituição?
3. Qual era o seu papel na família? Sentia-se reconhecido(a) nesse papel?
4. Tem irmãos ou irmãs? Como é a relação entre vocês?
5. Como era a sua vida familiar enquanto adulto(a)?
6. Pode contar-me um pouco acerca da sua vida antes de vir para o lar?
7. Que atividades gostava de fazer no seu dia-a-dia?
8. Como descreveria a pessoa que era antes de vir para aqui?
9. O que era importante para si naquela altura?
10. O que é importante para si atualmente?
11. Quais eram as suas maiores preocupações antes de vir para o lar?
12. Que momentos da sua vida familiar mais marcaram a sua vida?

A2. Dinâmicas familiares

1. Como descreveria, ao longo da vida, a sua relação com os familiares mais próximos?
2. Houve momentos em que sentiu que era especialmente importante ou necessário para a sua família? Pode contar um exemplo?
3. Com o passar do tempo, sentiu que a sua posição na família foi-se alterando? Como viveu essa mudança?

4. Como foi tomada a decisão de vir para esta instituição? Participou nesse processo?
5. Na altura da transição para o lar, sentiu-se apoiado(a) pela família? De que forma?
6. Mantém contacto com os seus familiares atualmente? Com que frequência e de que forma?
7. Como se sente quando está com eles? E quando se despedem?
8. Há algo que gostaria de mudar na forma como se relaciona com a sua família?

A3. Rotinas enraizadas e valores de referência

1. Quais eram as atividades mais importantes para si no seu quotidiano, antes de vir para o lar?
2. Sente que esses aspetos da sua vida continuam presentes aqui?
3. Havia algum hábito ou momento do seu dia que sentia como sendo “só seu”? Se sim, pode contar-me mais sobre este aspeto?
4. Havia algum objeto ou espaço que considerava especial na sua casa? Porquê?
5. Havia alguma tradição, festa ou hábito familiar que gostava muito de manter? Porquê?
6. O trabalho teve um papel importante na sua vida? O que significava para si trabalhar?
7. Houve momentos ao longo da vida em que a fé ou a religião foram especialmente importantes para si?
8. E em relação à amizade — teve amizades marcantes ao longo da vida? Como era essa relação com os amigos?
9. Costumava ter momentos de lazer ou atividades que fazia só por prazer? O que gostava de fazer para se distrair ou divertir?
10. Se tivesse de dizer o que considerava mais importante na vida naquela altura, o que diria?
11. E agora, o que considera ser mais importante na sua vida?
12. Há algo que sente falta de fazer, mas que aqui não o consegue realizar? O quê e porquê?
13. Como descreve aquilo que considera importante na sua vida? Sente que esses valores se mantêm até ao dia de hoje?
14. Considera que os cuidadores ou até mesmo os outros residentes compreendem o que é importante para si?

Bloco B- Experiência institucional

B1: Processo de institucionalização

Entre a Autonomia e a Perda de Si

1. Lembra-se do momento em que começou a pensar vir para este lar? O que o(a) levou a considerar esta possibilidade?
2. Quem esteve envolvido nessa decisão? Sente que a sua opinião foi tida em conta nesse processo?
3. Como foi o primeiro contacto com este lar? Já conhecia? Foi-lhe explicado o que iria encontrar/acontecer?
4. Como descreveria os seus primeiros dias ou semanas aqui? O que é que mais o(a) marcou no início?
5. Teve alguém que o(a) acompanhou de forma mais próxima quando ingressou no lar? Quem e de que forma?
6. Teve oportunidade de visitar o lar antes de se mudar? Se sim, como foi essa visita?
7. Antes de vir para aqui, foi-lhe explicado como funcionam as regras da instituição, quais os horários e os espaços que pode frequentar?
8. Conseguiu adaptar-se aos horários e às rotinas da instituição?
9. Sente que a sua vinda para aqui representou uma mudança na forma como se vê a si próprio(a)? Em que aspetos?
10. Hoje, olhando para trás, como avalia a decisão de vir para o lar? Sente que foi a melhor opção?

B2: Relações sociais

1. Como é o seu dia a dia aqui, em termos de convivência? Fala com muitas pessoas?
2. Tem alguém com quem sinta mais afinidade ou confiança aqui na instituição?
3. E em relação aos outros residentes — como sente que é a convivência? Há momentos de partilha? De conflito?
4. Sente que os cuidadores o(a) conhecem bem? Sabem o que gosta ou o que não gosta?
5. Como descreveria a forma como é tratado(a) pela equipa? Sente-se respeitado(a)? Ouvido(a)?
6. Mantém contacto com familiares ou amigos de fora da instituição? Com que frequência? De que forma?
7. Sente falta de alguém em particular? Com quem gostava de falar ou estar?
8. Sente que faz parte desta casa? Que tem um lugar seu aqui?
9. Gosta de participar nas atividades com os outros? Ou prefere estar mais no seu espaço? Porquê?

B3: Autonomia e identidade

1. Sente que consegue tomar as suas próprias decisões aqui? Pode dar um exemplo?

Entre a Autonomia e a Perda de Si

2. Há coisas que gostaria de poder decidir sozinho(a), mas sente que não pode? Quais?
3. Tem rotinas ou hábitos próprios que consegue manter aqui?
4. É você que escolhe a sua roupa?
5. Sente que a sua privacidade é respeitada aqui na instituição?
6. Tem alguma forma de mostrar aqui quem você verdadeiramente é? — através de objetos, palavras, maneiras de vestir, de estar.
7. Se tivesse de escolher um objeto para o identificar, qual seria? E porquê?
8. Pode escolher, a que horas se levanta ou o que prefere comer? Como se sente em relação a isso?
9. Quando é preciso tomar decisões sobre a sua saúde ou tratamentos, sente que a sua opinião é tida em conta? Participa nessas decisões?
10. Sente que quem cuida de si conhece verdadeiramente quem você é? Tem em conta a sua história, as suas preferências?
11. Sente que a forma como é tratado(a) aqui reflete a pessoa que é?
12. Como se descreveria hoje? Continua a ser a mesma pessoa de antigamente? O que mudou?
13. Há algo que sinta que perdeu desde que veio para aqui? E algo que tenha ganho?
14. Já houve alguma vez em que não concordou com algo aqui? Sentiu que a sua opinião foi respeitada?
15. Pode descrever-se nas suas próprias palavras?
16. Se tivesse de se apresentar a alguém que não o(a) conhece, o que diria sobre si?
17. Houve aspetos seus (maneira de ser, gostos, formas de estar) que teve de deixar para se adaptar a esta nova realidade? Como foi lidar com isso?

Bloco C- Vivências e perspetivas atuais

C1: Perspetiva pessoal

1. Como descreveria o seu dia a dia atualmente? O que faz com gosto?
2. Sente-se bem consigo próprio(a) neste momento da sua vida? O que mais contribui para isso?
3. Quais são as coisas que lhe dão prazer fazer? Há algo que o/a faça sentir-se “vivo(a)”?
4. Há algo que ainda gostasse de fazer, aprender ou viver?
5. Sente que ainda tem algo a dar aos outros? O quê?
6. Sente que é ouvido(a)? Que a sua opinião conta?
7. Há algo que goste de lembrar do seu passado? Alguma memória que o(a) acompanhe até hoje?

8. O que significa para si “envelhecer”? Sente que envelhecer mudou a forma como olha para a vida?
9. Costuma pensar mais no passado, no presente ou no futuro? Porquê?
10. Como se sente em relação ao seu corpo? Sente que consegue fazer aquilo que deseja?
11. O que acha que o(a) torna único(a)? O que o(a) distingue dos outros?
12. Costuma pensar naquilo que dá sentido à sua vida? Há algo (fé, pessoas, ideias) que o(a) ajude a manter-se em paz consigo mesmo?

C2: Integração social e vínculos afetivos

1. Tem aqui alguém com quem goste especialmente de conversar ou partilhar momentos?
2. Sente que pode contar com alguém, se precisar de falar ou desabafar? Quem?
3. Há pessoas de quem sente mais falta? Quem são e porquê?
4. Que tipo de gestos ou palavras o/a fazem sentir-se próximo(a) dos outros?
5. Sente-se respeitado(a) e escutado(a) nas suas interações aqui? Ou sente-se mais isolado(a)?
6. O que gostaria que os cuidadores soubessem sobre si que talvez não saibam ainda?
7. Sente que as suas conquistas e experiências de vida são valorizadas aqui?
8. Como lida com os momentos de solidão ou tristeza? Tem estratégias próprias?
9. Acha que o cuidador (a) fala com os outros residentes da mesma forma como fala consigo?
10. Gosta de participar nas atividades propostas pelos animadores culturais?

C3 – Futuro e participação

1. Costuma pensar no futuro? Como imagina os próximos tempos da sua vida?
2. Sente que ainda tem algo a ensinar ou transmitir aos outros?
3. Gostaria de participar mais nas decisões que envolvem o seu dia a dia aqui na instituição? Em quê?
4. Se pudesse alterar alguma coisa no lar o que alterava?
5. Tem oportunidade de participar nas decisões sobre os seus próprios cuidados (por exemplo, medicação, consultas, acompanhamento)?
6. Já alguma vez teve oportunidade de dar ideias ou sugestões aqui? A sua palavra foi tida em conta?
7. Se pudesse deixar uma mensagem a alguém mais novo, o que diria sobre o que é envelhecer?

8. Há algo que gostaria de acrescentar, que não tenha sido perguntado, mas que sente ser importante partilhar sobre si?

Apêndice VI: Consentimento Informado

Sou estudante do segundo ano do mestrado do curso de Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais na Universidade da Beira Interior (UBI). Esta entrevista é realizada no âmbito da minha Dissertação de Mestrado, que tem como objetivo compreender as vivências de pessoas idosas residentes em estruturas institucionais. O objetivo deste estudo é compreender de que forma a institucionalização pode afetar a autonomia e a identidade de pessoas idosas, e em que medida a implementação do Modelo de Atenção Centrada na Pessoa (ACP) contribui para preservar ou recuperar essas dimensões da vida individual no contexto residencial.

Gostaria, por isso, de solicitar a sua colaboração na participação nesta entrevista. Informo que não existem quaisquer riscos associados à sua participação, e que todas as informações partilhadas serão tratadas com confidencialidade e anonimato. Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos, sem qualquer divulgação individual. O objetivo da realização desta entrevista passa por compreender de que forma a instituição organiza os cuidados prestados às pessoas idosas, nomeadamente no que diz respeito à promoção da autonomia e preservação da identidade dos residentes, bem como perceber o grau de implementação (ou não) da abordagem da Atenção Centrada na Pessoa (ACP).

A sua participação é feita de forma voluntária e informada, e poderá interromper a entrevista a qualquer momento, caso assim o deseje. Desde já, agradeço a sua disponibilidade e colaboração.

A entrevistadora:

Com base na informação apresentada, consinto a minha participação neste trabalho e gravação áudio da entrevista.

Assinatura:

Anexos

Anexo I: Estatuto do Cuidador informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro)

Fonte: Diário da República, 1.ª série, n.º 171 (06-09-2019).

Artigos relevantes para o presente estudo:

“Estatuto do cuidador informal

Capítulo I

Objeto e Conceitos

Artigo 2.º

Cuidador informal

2 - Considera-se cuidador informal principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

3 - Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

4 - Para efeitos do disposto nos números anteriores, o cuidador informal beneficiário de prestações da eventualidade de desemprego é equiparado ao cuidador informal que exerça atividade profissional remunerada.”

Anexo II: Estatuto da Pessoa Idosa

As políticas sociais têm tido como objetivo proteger a pessoa idosa. Estas têm sido um ponto fulcral naquele que se traduz o debate sobre o envelhecimento. No entanto, para além das políticas e programas de apoio, a garantia dos direitos fundamentais dos idosos exige um quadro legal sólido que certifique que a autonomia, dignidade e participação social da pessoa idosa sejam priorizados. Neste contexto, surgem

instrumentos legislativos que estabelecem normas específicas para a proteção deste grupo etário, destacando-se assim o Estatuto do Idoso como um marco fundamental. Este estatuto visa assegurar que o envelhecimento ocorre num ambiente de respeito, com o objetivo de promover os direitos humanos, e garantir não apenas a assistência social e financeira como a valorização do idoso como um cidadão ativo na sociedade portuguesa. (Governo de Portugal, 2024).

O Estatuto da Pessoa Idosa, aprovado pelo Governo português em 2024, tem como objetivo principal garantir o reconhecimento e a proteção dos direitos fundamentais dos cidadãos idosos. Procurando também reforçar a autonomia e a participação da pessoa idosa na vida comunitária, assegurando-lhe igualdade de oportunidades no acesso a serviços essenciais, como saúde, habitação, transporte e cultura. Para além destes aspetos procura também reafirmar a longevidade e promover os laços intergeracionais. (Governo de Portugal, 2024).