U.PORTO
FLUP FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DO PORTO

2º CICLO
[DESIGUALDADES E INTERVENÇÃO SOCIAL – SOCIOLOGIA]

A Solidão e o Isolamento no Meio de Tanta Gente:
Entre a Institucionalização e a Preservação do Eu

Marta da Silva Correia

M

2026

Marta da Silva Correia

A Solidão e o Isolamento no Meio de Tanta Gente:
Entre a Institucionalização e a Preservação do Eu

Relatório de estágio realizado no âmbito do Mestrado em Sociologia, orientado pela Professora Doutora Isabel Correia Dias

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

2026

Este trabalho está licenciado ao abrigo de uma licença CC BY 4.0.

SUMÁRIO

Declaração de honra / *Declaration of Honour* 6
Agradecimentos 7
Resumo 8
Abstract 9
Lista de abreviaturas e siglas 10
INTRODUÇÃO 11
1. Enquadramento teórico: envelhecimento, solidão, isolamento e institucionalização 13
1.1 Transformações demográficas em Portugal 13
1.1.1 Envelhecimento ativo e saudável 16
1.2. Solidão e isolamento social numa perspetiva sociológica 17
1.2.1 Conceito de isolamento social 17
1.2.2 Conceito de solidão 19
1.3 A institucionalização à luz de Goffman 21
1.3.1 O conceito de "Instituição Total": perda de identidade e despersonalização 22
1.3.2 Implicações para as pessoas mais velhas em residências 23
1.3.3 Apresentação do "eu" e a reconstrução identitária 25
1.4 Sociologia das emoções 26
1.4.1 Emoções como construções sociais 27
1.4.2 A solidão dos adultos mais velhos nas sociedades modernas 28
1.4.3 Regulação emocional em contexto institucional 30
1.4.4 Emoção, identidade e invisibilidade social 32
1.5 Intervenções Expressivas como Espaços de Reconstrução Social e Emocional 34
1.5.1 Arteterapia 35
1.5.2 Artes performativas – o caso do teatro 35
1.5.3 Musicoterapia 37
2. Metodologia de investigação 39
2.1 Objetivos e pergunta de investigação 39
2.2 Desenho Metodológico 40
2.2.1 Técnicas utilizadas 41
2.2.2 Observação direta e diário de campo 42
2.2.3 Metodologia de Observação e Dimensões de Análise 42
2.2.4 Entrevistas semiestruturadas 43

2.3 Procedimentos de tratamento de análise dos dados 45
2.4 Questões éticas 46
2.4.1 Gestão de riscos e salvaguarda dos participantes 47
3. Apresentação e análise dos resultados da observação Direta e do Diário de Campo 47
3.1 Contexto Etnográfico: O palco institucional da ERPI na realização do Estágio 47
3.1.1 A instituição 48
3.1.2 Organização do quotidiano institucional na perspetiva de "Instituição Total" 50
3.1.3 Enquadramento jurídico das ERPI 51
3.1.4 O estágio curricular: atividades desenvolvidas e reflexão profissional 53
3.2 Análise da Observação 53
3.2.1 Organização Institucional e Dimensão Física 54
3.2.2 Papel das equipas multidisciplinares 54
3.3. Dinâmicas de interação e combate à solidão 56
3.3.1. Mapeamento das interações em contexto de relação coletiva 57
3.3.2 Identificação crítica do isolamento social: casos de risco 57
3.4 Estratégias socioculturais e cidadania ativa na velhice 58
3.4.1. Influência do género e identidade coletiva na participação 58
3.4.2. Coprodução de estratégias socioculturais e promoção do envelhecimento ativo 59
4. Apresentação e análise dos resultados das entrevistas da equipa multidisciplinar 60
4.1. Estruturas institucionais e funcionamento profissional: o modelo operacional como determinante do isolamento e da solidão 60
4.1.1 A Proximidade sem vínculo: o paradoxo isolamento coletivo 60
4.2 A escassez de recursos como produtora de isolamento social 61
4.3 A infraestrutura física como barreira à interação social 63
4.4 O Estado e o silêncio geracional: a solidão como fenómeno estrutural 63
4.5 A atuação da equipa multidisciplinar 64
4.5.1 O papel da equipa na criação de laços: o que funciona 65
4.6 Intervenção profissionais e práticas de cuidado quotidiano 65
4.6.1 A técnica de ação direta e o cuidado do corpo: O tempo que falta para a relação 66
4.6.2. As animadoras socioculturais: duas formações, duas abordagens ao mesmo ofício 66
4.6.3 A Psicóloga: a avaliação protocolada e a manutenção dos laços comunitários 67
4.7 Dinâmicas organizacionais e bem-estar profissional 69
4.7.1 O ideal da multidisciplinariedade 69

4.7.2 A clivagem entre saúde e social 70
4.8 O sonho de um outro modelo institucional 71
5. Apresentação e Discussão dos Dados: As Entrevistas aos Residentes 72
5.1 História de vida: pré-institucionalização 72
5.1.1 Relações familiares, redes de amizade e apoio comunitário 72
5.2 Percurso de vida e institucionalização 73
5.2.1 A sobrecarga do cuidador como expressão da crise do modelo familiar de cuidado . 74
5.2.2 Viuvez e fragilização de rede de suporte: a solidão como categoria sociológica 74
5.2.3 Isolamento social, risco e a intervenção familiar como *gatekeeping* institucional 75
5.2.4 Outras trajetórias: a institucionalização precoce e a ausência de alternativas 76
5.3 A decisão – agência, estrutura e a construção social da autonomia na velhice 76
5.4 O impacto emocional da entrada na ERPI 78
5.5 Relações sociais e rede de suporte 79
5.6 Relações com outros residentes e a equipa da ERPI 79
5.7 Frequência, qualidade das visitas e papel da ERPI na mediação dos afetos 80
5.8 Solidão, isolamento, bem-estar e participação em atividades 81
5.8.1. Sentimento de solidão 81
5.8.2. Influência da institucionalização e principais causas de solidão 82
5.9 Estratégias de *coping*, resiliência e sugestões para melhorar o bem-estar 83
5.10 Participação em Atividades Oferta institucional, Motivação e Barreiras 85
5.11 Significado atribuído à velhice e a satisfação global com a ERPI 86
5.12 Contributo para prática profissionais e recomendação de ação 87
CONCLUSÃO 88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 93

Declaração de honra / *Declaration of Honour*

Declaro que o presente relatório é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (textos, trabalhos, ideias) respeitam escrupulosamente as regras de atribuição de autoria e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referenciação. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

I hereby declare that this report is of my authorship and has not been used previously in another course, degree, curricular unit or subject, at this or any other institution. References to other authors (statements, ideas, thoughts) scrupulously respect the rules of attribution and are duly indicated in the text and bibliographical references, in accordance with the rules of referencing. I am aware that the practice of plagiarism and self-plagiarism is an academic offence.

Declaro, ainda, que não utilizei ferramentas de inteligência artificial generativa (chatbots baseados em grandes modelos de linguagem) para realização de parte(s) do presente relatório.

I further declare that I have not used generative artificial intelligence tools (chatbots based on large language models) to carry out part(s) of this report.

[Porto, 31 de julho de 2026] / *[Porto, 31 of July 2026]*

[Marta da Silva Correia]

Agradecimentos

A elaboração deste relatório de estágio não teria sido possível sem a orientação, apoio e carinho de várias pessoas que estiveram presente na minha vida durante este último ano, às quais considero essencial agradecer. Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Maria Isabel Correia Dias, pela paciência, disponibilidade e presença ao longo de todas as fases da elaboração deste documento. Desde os primeiros momentos até à forma final deste relatório, a professora permaneceu a sua orientação e esclarecimento com palavras de incentivo que senti de forma profunda. A toda a equipa do técnica do local onde realizei o estágio que auxiliou na realização prática deste relatório, sempre de portas abertas e com palavras e gestos de apoio, a partir de liberdade e confiança. Em particular um grande abraço para a minha orientadora de estágio Helena Pratinha, por tudo o que me ensinou, sobretudo pela forma como demonstou que a Sociologia pode ser aplicada de uma das formas mais essenciais e bonitas: através da mudança na vida dos outros. Um sincero obrigada por ter conhecido os residentes que tive o prazer de entrevistar e conviver no dia a dia, esta experiência foi das mais marcantes por vossa causa, todos, inclusivé os que já partiram.

À minha família, aos meus pais, aos meus irmãos, à minha madrinha e à minha avó, agradeço por estarem sempre presentes, pela segurança que me transmitiram e pelo apoio incondicional, demonstrado através de pequenos gestos de carinho, mas de enorme significado. Aos meus amigos, obrigada por terem sabido lidar comigo nos momentos de maior ansiedade e exigência, oferecendo-me sempre palavras de incentivo, compreensão e amizade. Destaco, em especial, a Beatriz, que viveu este desafio comigo de uma forma tão próxima e que compreende, como ninguém, as dificuldades, as angústias e os desafios desta etapa, bem como de tantas outras da vida. À minha avó deixo um agradecimento muito especial. Foi uma das grandes inspirações para a realização deste Relatório de Estágio, através da sua história de vida enquanto mulher que resistiu, e continua a resistir, aos preconceitos e às injustiças da sociedade. É a prova viva de que viver não depende da idade nem das ideias preconcebidas impostas pela estrutura social envolvente.

Resumo

O envelhecimento demográfico é, na atualidade, um dos principais desafios da sociedade portuguesa contemporânea. Neste contexto, a solidão e o isolamento social emergem como fatores de particular relevância, em especial em contextos de institucionalização, onde a coabitação física não é inerente à criação e mantimento de vínculos significativos. A análise empírica evidencia uma distinção crucial entre o simples "estar acompanhado" em termos de proximidade física, o "não estar sozinho" como um resultado da vigilância continua institucional, e a efetiva "comunicação" enquanto vínculo social genuíno. O presente relatório de estágio, realizado numa ERPI do distrito do Porto, propõe analisar de que forma as redes de apoio comunitário e as práticas da equipa multidisciplinar estruturam as experiências de solidão e isolamento social entre as pessoas mais velhas.

A metodologia adotada é de natureza qualitativa, assente na triangulação de dados entre a observação direta, diário de campo e entrevistas semiestruturadas, tanto aos residentes como aos membros da equipa multidisciplinar. Os dados recolhidos foram organizados e analisados através de codificação temática. Os resultados demonstram que as práticas institucionais provocam efeitos ambivalentes. As atividades expressivas, a mediação afetiva dos profissionais e a convivência entre os pares de residentes criam oportunidades de socialização, não obstante a rigidez institucional, a escassez de recursos humanos e a heterogeneidade das necessidades dos residentes limitam a personalização dos cuidados. O estudo apresenta a ideia central da distinção entre não estar sozinho e comunicar, compreendendo que a presença física não elimina necessariamente a solidão subjetiva. Conclui-se que a prevenção da solidão exige práticas centradas na pessoa, com a valorização da história de vida, flexibilização das rotinas e reforço das relações com a familia e comunidade.

Palavras-chave: envelhecimento demográfico, solidão, isolamento social, pessoas em idade avançada, instituição total.

Abstract

Demographic aging is currently one of the major challenges facing contemporary Portuguese society. In this context, loneliness and social isolation emerge as particularly significant factors, especially in institutional settings where physical cohabitation does not inherently lead to the creation and maintenance of meaningful bonds. The empirical analysis highlights a crucial distinction between simply “being accompanied” in terms of physical proximity, “not being alone” as a result of continuous institutional surveillance, and actual “communication” as a genuine social bond. This internship report, based on work at a residential care facility for the elderly in the Porto district, analyzes how community support networks and the practices of the multidisciplinary team shape the experiences of loneliness and social isolation among older adults.

The study employs a qualitative methodology based on data triangulation involving direct observation, field notes, and semi-structured interviews with both residents and members of the multidisciplinary team. The collected data were organized and analyzed using thematic coding. The findings reveal that institutional practices have ambivalent effects. Expressive activities, the emotional support provided by professionals, and interactions among residents create opportunities for socialization. However, institutional regulations, limited human resources, and the heterogeneity of residents' needs constrain the provision of individualized care. The study also highlights the distinction between not being alone and genuinely communicating, recognizing that the mere presence of others does not necessarily alleviate subjective feelings of loneliness. It concludes that preventing loneliness requires person-centered practices that acknowledge individual life histories, promote flexibility in daily routines, and strengthen relationships with family members and the wider community.

Keywords: demographic aging, loneliness, social isolation, older adults, total institution.

Lista de abreviaturas e siglas

ERPI ..... ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS

INE ..... INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

PIC..... PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS

PA..... PLANO DE ATIVIDADES

INTRODUÇÃO

A crescente longevidade da população portuguesa impõe desafios sociais éticos e institucionais que exigem uma reflexão profunda acerca das formas como a sociedade acolhe, cuida e integra as pessoas em idade avançada. Em Portugal, a população com 60 ou mais anos passou de 21,67% em 2001 para 30,24% em 2021, sendo que as projeções estatísticas ponderam a possibilidade de 39,21% em 2070, o que confirma um processo de envelhecimento acelerado e estrutural. Este cenário é acompanhado por um índice de envelhecimento elevado, forte feminização da velhice e uma proporção de pessoas com mais 65 anos relevante em risco de pobreza ou exclusão social. Estes fatores tornam o envelhecimento uma questão social complexa e não meramente demográfica.

Neste contexto, a solidão e o isolamento social emergem como experiências sensíveis entre pessoas em idade avançada, sobretudo quando associadas à viuvez, à fragilidade das redes de apoio, à perda da mobilidade, à redução de contactos familiares e à institucionalização. A literatura consultada para a realização do estudo mostra que a solidão tende a aumentar a partir dos 80 anos, podendo ser duas vezes mais frequente nessa faixa etária, e que pessoas institucionalizadas, viúvas, com menor apoio familiar ou em contextos de maior vulnerabilidade apresentam maior risco de vivenciar. Em simultâneo, o enquadramento teórico evidencia como a solidão não se confunde com a simples ausência de companhia, porque pode existir mesmo em ambientes onde o individuo se encontra rodeado de pessoas.

É precisamente esta distinção entre o isolamento social e a solidão subjetiva que fundamenta a relevância analítica da sociologia sobre o tema. O isolamento social é a condição objetiva do contacto e da participação, enquanto a solidão remete para a perceção de desconexão, abandono ou falta de reconhecimento, mesmo quando estamos perante convivências diárias. Esta diferenciação é central para compreender as razões pelas quais as pessoas possam viver numa ERPI rodeada de rotinas, profissionais e pares, e ainda assim sentir-se profundamente só.

É neste contexto que o presente relatório de estágio acerca de uma ERPI no distrito do Porto se desenvolveu. Durante a permanência na instituição foi possível o contacto

profundo com a resposta social em causa que procura assegurar o alojamento, cuidados e apoio para pessoas em idade avançada, mas fá-lo através de uma organização quotidiana muito estruturada, regidas por horários e atividades definidas.

A lente analítica fundamental para compreender esta realidade institucional é a perspetiva de Erving Goffman, revelou-se particularmente útil para compreender a ERPI como um espaço que se aproxima ao conceito de instituição total, ou seja, um local de residência e vida quotidiana organizado por uma autoridade formal, com forte regulação da rotina e da circulação ao exterior dos residentes. Durante o estágio é percetível que a organização do quotidiano institucional, com horários definidos para as refeições, períodos de silencio, regras de visitas, controlo dos bens pessoas e das saídas. Fatores que influenciam o impacto direto na experiência dos residentes e na forma como estes vivem com, ou sem autonomia, e a sua relação com os outros.

Durante o trabalho de campo a metodologia utilizada foi qualitativa, assente na triangulação de técnicas, combinando a observação direta de campo e entrevistas semiestruturadas. O diário de campo foi elaborado, sistematicamente, durante o primeiro mês de observação, o que permitiu registar as interações, rotinas e dinâmicas quotidianas vidas na instituição. As entrevistas foram orientadas para a história de vida, para o processo de institucionalização e para as experiências de solidão e isolamento social, tanto na perspetiva dos residentes como dos profissionais que atuam em equipa multidisciplinar.

No total foram realizadas vinte entrevistas, onze a residentes entre os 80 e os 95 anos, média de 89 anos, maioritariamente mulheres, tendo também recolhido a perspetiva de nove profissionais da equipa multidisciplinar, incluindo uma técnica de ação direta e uma administrativa, anteriormente também técnica de ação direta, uma enfermeira, dois psicólogos, a diretora, duas animadoras socioculturais e uma educadora social. Esta diversidade de olhares foi essencial para compreender que a realidade institucional é não é vivida de forma homogenia, mas antes marcada por experiências, expectativas e formas de adaptação distintas.

É neste contexto que as práticas socioculturais e expressivas ganham relevância enquanto respostas possíveis ao isolamento e à solidão. O estudo pertente destacar que estímulos como a musicoterapia, a arteterapia e o teatro são dispositivos que podem favorecer a palavra, a memoria, o reconhecimento mútuo e a criação afetiva entre os residentes e a equipa.

Em síntese, este relatório de estágio parte da convicção de que envelhecer em contexto institucional exige mais do que satisfazer necessidades básicas. Exige compreender a história de vida, as perdas, as continuidades e as relações que sustentam a identidade de cada residente. Só com esta compreensão é possível cuidar forma não apenas funciona e passar a ser relacional, personalizado e socialmente integrado. Esta perspetiva permite pensar a solidão não como destino inevitável da velhice, mas como um fenómeno socialmente produzido, por isso mesmo passível de transformação.

1. Enquadramento teórico: envelhecimento, solidão, isolamento e institucionalização

O primeiro capítulo da investigação apresenta o enquadramento teórico da investigação, analisando o envelhecimento, a solidão, o isolamento social e a institucionalização. São ainda exploradas as dimensões sociológicas das emoções e o papel das intervenções expressivas, como a arteterapia, o teatro e a musicoterapia, na reconstrução social e emocional.

1.1 Transformações demográficas em Portugal

O envelhecimento da população constitui um dos principais desafios das sociedades contemporâneas. Em contextos de crise, esta questão tem sido alvo de debates sistemáticos em diversos países (Veiga, 2014). A Europa é uma das regiões mais envelhecidas, onde a crise financeira e económica tem colocado em risco o funcionamento das instituições políticas, com impactos negativos na vida dos cidadãos, em especial os jovens em busca do primeiro emprego e pessoas em idade avançada (Veiga, 2014). Estas transformações têm reconfigurado a esfera social, motivando os movimentos sociais que procuram uma nova ordem que consiga dar resposta aos desafios provenientes do envelhecimento populacional e as desigualdades geracionais.

O envelhecimento demográfico constitui um dos principais desafios estruturais da sociedade portuguesa contemporânea. O *Relatório de Envelhecimento* (2024) demonstra que este fenómeno resulta da conjugação entre o aumento sustentado da esperança média de vida e a persistente diminuição das taxas de natalidade, conduzindo a uma transformação profunda da pirâmide etária nacional (Magalhães et al., 2025). De acordo com os dados apresentados no Relatório, "(...) a população com 60 ou mais anos passou de 21,67% da população residente em 2001 para 30,24% em 2021, prevendo-se que atinja 39,21% em 2070" (Eurostat, 2019, cit. em Barros & Santos, 2024, p. 5). Esta evolução coloca pressões significativas sobre os sistemas de saúde, proteção social e coesão territorial.

A análise regional revela que o envelhecimento da população e os seus impactos económicos não são homogéneos no território nacional. Embora a percentagem média do rendimento líquido dos idosos afeta a despesas diretas em saúde seja relativamente semelhante entre regiões NUTS II, variando entre 8,14% no Norte e 9,1% no Centro, as disparidades tornam-se mais evidentes quando analisadas por grupo etário (Barros & Santos, 2024).

A Área Metropolitana de Lisboa "(...) para idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, a média das despesas diretas em saúde em percentagem do rendimento líquido anual apresenta uma reduzida variabilidade regional, atingindo um mínimo de 6,54% na Área Metropolitana de Lisboa e um máximo de 8,07% na Região Autónoma dos Açores" (Barros & Santos, 2024, p. 33). Nos grupos etários mais avançados, particularmente entre os idosos com 85 ou mais anos, a heterogeneidade regional é acentuada: enquanto nos Açores as despesas diretas em saúde representam cerca de 7,98% do rendimento líquido anual, na Região Autónoma da Madeira esse valor aproxima-se de 15,98%. Estes dados evidenciam que o risco económico associado ao envelhecimento depende fortemente do contexto territorial, refletindo diferenças no custo de vida, na acessibilidade aos cuidados de saúde e na estrutura dos rendimentos regionais (Barros & Santos, 2024).

O índice de envelhecimento, "(...) que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor

de 184,9 idosos por cada 100 jovens (180,6 em 2020)" (Pordata, 2022), refletindo um país, significativamente mais envelhecido e com um decréscimo na população em idade ativa. Os Censos (2021), relatam, igualmente, um aumento acentuado do número de pessoas com mais de 80 anos, o que evidencia um processo de duplo envelhecimento, resultado simultâneo do crescimento do grupo pessoas em idade avançada e da redução das gerações mais jovens. Portugal enfrenta uma transição demográfica profunda, com implicações diretas nas políticas sociais, economias e de saúde pública, exigindo estratégias de resposta integradas para lidar com os desafios de uma população cada vez mais envelhecida (Nunes, 2017).

As mulheres apresentam ter uma maior longevidade dos que os homens, naturalmente existem mais mulheres em idade avançada do que homens. À medida que a idade avança, em especial a partir dos 30 aos 35 anos ou mais, a proporção de homens em relação às mulheres diminui. Isto porque a mortalidade masculina é mais elevada, estatisticamente os homens vivem menos tempo. Nas idades mais avançadas, com mais de 80 ou 85 anos, o númeno de mulheres domina amplamente, o que faz com que a relação de masculinidade seja bastante baixa, isto é, muito menos de 100 homens por cada 100 mulheres (Pordata, 2024). Tendo em conta os Censos de 2021 "(...) a relação de masculinidade é de 91 homens por 100 mulheres. O número de homens é superior ao das mulheres nas idades até aos 30 anos, invertendo-se o rácio a partir dessa idade. Nas idades mais avançadas, o número de mulheres é claramente superior aos dos homens, reflexo dos maiores níveis de mortalidade da população masculina" (Censos 2021, Resultados Definitivos).

Em Portugal, cerca de 23,8% das pessoas com 65 anos ou mais estavam em risco de pobreza ou exclusão social, segundo dados da Eurostat para dezembro de 2024, (EAPN, 2025). Esta recontagem demonstra que mesmo depois da idade típica de reforma, uma parte significativa da população está vulnerável, o que pode provir de fatores como pensões baixas, falta de ativos, necessidades de apoio social e custo de vida elevado para as pessoas mais velhas. Conclui-se no Relatório de Pobreza e de Exclusão social que "As pessoas idosas (65 ou mais anos) constituem, no seu conjunto, 31% da população pobre, valor que traduz a persistência da vulnerabilidade económica associada ao

envelhecimento" (EAPN, 2025). Mesmo após a idade da reforma, quase um quarto dos idosos vivem em condições que os colocam abaixo do limiar de bem-estar social e económico, traçando "(...) um quadro não muito favorável da condição económica de parte da população idosa, sobretudo daquela cujos rendimentos são provenientes exclusivamente de pensões, com valores baixos" (Moreira, 2020, p. 24).

1.1.1 Envelhecimento ativo e saudável

Nas últimas décadas, em Portugal, presenciou-se progressos relativos ao aumento significativo da longevidade da sua população, refletindo progressos relevantes nos domínios da saúde pública, das políticas sociais e das condições de vida (Magalhães et al., 2025, p.6). Porém, a mera extensão da vida não é necessariamente sinónimo de qualidade de vida na idade avançada, sendo crucial considerar não apenas os anos vividos, mas também a capacidade funcional, a autonomia e o bem-estar psicológico das pessoas em idades avançadas, (Nunes, 2017). Para Nunes, 2017 é fundamental criar estratégias que promovam um envelhecimento com qualidade de vida "(...) reduzindo a prevalência da exposição aos riscos, controlando a incidência e a prevalência da obesidade e reduzindo a mortalidade prematura" (Nunes, 2017, p. 69).

O conceito de envelhecimento ativo e saudável é o proposto pela Organização Mundial de Saúde, que fornece um quadro orientado para a promoção da vida longa, saudável e participativa. Este conceito assenta em três pilares essenciais, saúde, participação e segurança (Ribeiro, 2012, p. 37). A OMS salienta a responsabilidade individual na manutenção do bem-estar e o papel da sociedade na criação de condições que possibilitem a autonomia e a inclusão social dos adultos mais velhos. Portugal tem demonstrado um compromisso consistente com a promoção do envelhecimento ativo, o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026 "(...) com o propósito de garantir as melhores condições para todos, visando maximizar a sua longevidade e qualidade de vida, sem deixar ninguém para trás e com foco nas pessoas" (Presidência do Conselho de Ministros, Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, p.34, cit. em Magalhães et al., 2025, p.6)", Decisão n.º 940/2011/U).

A OMS, em 2015, "(...) destacava que os gastos associados às populações mais idosas deveriam ser entendidos como investimentos estratégicos, e não meramente como custos. Neste relatório de estágio enfatiza-se o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e preservação da capacidade funcional, resultante da interação entre a capacidade intrínseca (capacidades físicas e mentais) e os ambientes que disponibilizam recursos ou barreiras. As escolhas ou intervenções realizadas em diferentes momentos ao longo da vida irão determinar o percurso de cada pessoa", (OMS, 2015, p. 14, cit. em Magalhães et al., 2025, p. 5). A OMS realça a necessidade de investir de forma estratégica na saúde e no bem-estar das pessoas mais velhas garantindo a universalidade dos direitos fundamentais destes, (Magalhães et al., 2025).

1.2. Solidão e isolamento social numa perspetiva sociológica

O isolamento social e a solidão constituem o núcleo problemático deste estudo, uma vez que as questões de partida centram precisamente em compreender como as dinâmicas de interação social neste tipo de instituições influenciam essas experiências. É fundamental a distinção entre isolamento social, como condição objetiva de redução de contacto e a solidão, como perceção subjetiva de desconexão é essencial para compreender que uma pessoa pode viver num ambiente com múltiplas interações diárias, como acontece numa ERPI, e ainda assim sentir-se profundamente só, como se essas interações não satisfizessem as suas necessidades afetivas e de reconhecimento.

1.2.1 Conceito de isolamento social

O isolamento social refere-se "(...) a uma diminuição objetiva do contato e das interações sociais" (Rapeli, 2024, p. 4). É assim, a condição objetiva de ter poucos ou nenhum contacto social regular, medida por indicadores como frequência de encontros com amigos, familiares que não residam no mesmo agregado ou participação em atividades comunitárias. É, ao contrário do conceito de solidão, segundo Silvia et al. (2025, p.4), uma condição objetiva de reduzido ou inexistente contacto regular fora do núcleo familiar, sendo habitualmente avaliado através de indicadores como a frequência de visitas de amigos, participação em atividades comunitárias ou apoio prestado por vizinhos. Em Portugal, a ausência de cônjuge constitui um dos principais

fatores associados ao isolamento (Holm, A. L., Severinsson, E., & Berland, A. K. (2019)), sobretudo entre os homens, estando relacionado com uma menor satisfação com a vida e com piores resultados de saúde. Esta ausência é mais sentida nos homens "de facto, outros estudos demonstraram que, após a perda do cônjuge, a ausência de apoio e de companheirismo resulta em sentimentos de isolamentos social e solidão, contribuindo para uma diminuição da satisfação com a vida, e que os homens viúvos sofrem mais do que as mulheres" (Ben-zur, 2021; Freak-Poli et al., 2022; Yang et al., 2021, cit. em Monteiro, 2023, p.192)[1].

Estudos qualitativos têm demonstrado que o isolamento social se relaciona com problemas de mobilidade, longos tempos de espera nos serviços de urgência e falta de apoio familiar, fatores que intensificam a perceção do abandono, assim as "(...) redes informais, formadas por familiares, vizinhos e amigos, têm uma importância fundamental para a manutenção da autonomia, saúde mental e satisfação com a vida", (Moreira, 2020, p.41).

Portanto, torna-se pertinente considerar que:

"Seria essencial aprofundar a perspetiva das pessoas em idade avançada que vivem em zonas rurais, bem como das pessoas mais velhas com maior grau de dependência ou institucionalizadas. Por outro lado, seria igualmente importante investigar o ponto de vista de outros intervenientes, como os profissionais de saúde ou membros relevantes da comunidade/região, que também desempenham um papel importante nesta temática. Estudos futuros deverão explorar o papel dos terapeutas ocupacionais e de outros profissionais de saúde na promoção da saúde" (Monteiro, 2023, p. 193)[2].

---

[1] "Im fact, other studies have shown that after the loss of a spouse, the absence of support and companionship results in feelings of social isolation and loneliness, contributing to a decrease in life satisfactionand that widowes men suffer more tham women"

[2] "it would be essential to delve deeper into the perspective of older people living in more rural areas and older people who are more dependent or even institutionalized, and from another angle, to investigate the point of view of other people, such as health professionals or significant members of a community/region, who also play an important role in this issue. Future studies should explore the role of the Occupational Therapists and others healthcare professionals to foster a health"

Deste modo, o isolamento social das pessoas em idade avançada deve ser entendido como um fenómeno multidimensional, que exige intervenções articuladas orientadas para o reforço das redes de apoio, a redução das barreiras geográficas e económicas e a promoção da inclusão comunitária, (Monteiro 2023).

1.2.2 Conceito de solidão

A solidão, que não deve ser confundida com o isolamento social, (Silva, 2025), pode ser descrita como a "(...) experiência subjetiva, decorrente da vivência de uma realidade diferente da expectável no campo das relações sociais, causando sofrimento psicológico e perturbações na saúde mental do indivíduo" (Martins, 2023, p. 42)" ou a "(...) perceção subjetiva de desconexão (...)" (Rapeli, 2024, p. 4). Estar sozinho é uma condição objetivo, mensurável pelo número de contactos ou pela presença de outras pessoas, já a solidão nasce da qualidade das relações e do sentimento de que as necessidades afetivas e de reconhecimento não estão a ser satisfeitas. Assim, alguém pode estar rodeado de pessoas, como acontece em contexto residencial e, ainda assim, sentir-se profundamente só, se não encontrar nesses laços apoio emocional, intimidade ou validação (Martins, 2023).

No plano emocional a solidão tende a manifestar-se como um estado psicológico desagradável, frequentemente acompanhado por emoções de "(...) desespero, depressão, aborrecimento impaciente e auto depreciação" (Martins, 2023, p. 42; Pais, 2006). Em muitos casos, esse estado prolongado liga-se ao aumento de sintomas depressivos, juntamente com a perda da autoestima e da motivação. Para outras pessoas, contudo, certos momentos de solidão podem ser resinificados como "oportunidade para novas experiências e crescimento" (Leuschner, 2019, cit. em Martins, 2023, p. 42) um tempo de introspeção, reorganização de prioridades, exploração de interesses pessoas ou busca de novos significados para a própria vida.

Perante este quadro, a solidão articula duas dimensões inseparáveis: uma dimensão interna de perceção e uma dimensão emocional, que pode oscilar entre o sofrimento intenso e a possibilidade de desenvolvimento pessoal (Pais, 2006; Martins, 2023). O impacto concreto da solidão depende, em larga escala, da forma como o indivíduo

interpreta e a discrepância entre o desejado e o real nas suas relações, dos recursos emocionais de que dispõe e do contexto social que favorece ou dificulta a reconstrução de vínculos significativos (Silva, 2025).

Em Portugal, a incidência de solidão e a sua intensidade revelam um aumento significativo a partir dos 80 anos, sendo duas vezes mais frequente nesta faixa etária, com valores que variam entre 15% e 29% (Leuschner, 2019, cit. em Martins, 2023). As pessoas em idade avançada institucionalizadas, viúvas, residentes em zonas rurais com baixa funcionalidade cognitiva ou que recebem menos visitas familiares, apresentam um maior risco de solidão. Além disso, fatores como a pobreza e a falta de apoio familiar contribuem para intensificar a perceção de isolamentos. Benavente (cit. em Martins, 2023, p. 44.) "(...) afirma que a longevidade expõe os idosos a mais riscos, entre eles, a solidão, sendo esta uma das preocupações das políticas públicas nacionais, e internacionais, na promoção do envelhecimento ativo e saudável".

A solidão encontra-se fortemente associada a diversos indicadores de vulnerabilidade psicossocial "(...) a elevada prevalência de solidão em idosos, que (...) vem sendo identificada como um fator preditor da depressão, comprometendo seriamente a saúde mental e o bem-estar social desta frágil população" (Martins et al., 2023, p. 38). Quando se torna crónica, constitui um fator preditor de sintomas depressivos, comprometendo tanto a saúde mental como a saúde física da população idosa. A solidão relaciona-se com um maior recurso aos serviços de saúde e com o aumento do consumo de medicamentos contribuindo, consequentemente, para uma maior taxa de mortalidade (Martins et al., 2023).

As intervenções eficazes no combate à solidão provêm da criação de pequenos grupos de idosos em situação de isolamento, o treino de competências relacionadas e organização de atividades de convívio que promovam vínculos afetivos e melhor comunicação interpessoal (Moreira et al., 2020; Martins et al., 2023). Estas estratégias provocam impactos "(...) contribuindo também, para aumentar a confiança nos interventores sociais, que devem assumir um papel relevante e desenvolver intervenções eficazes e inovadoras, complementares às políticas públicas sociais e de

saúde, que defendam o direito do idoso de viver uma velhice digna, saudável e menos solitária" (Martins et al., 2023, p. 51).

A viuvez na velhice tende a combinar solidão subjetiva e isolamento objetivo. A morte do cônjuge causa a perda simultânea do principal vínculo afetivo, de apoio diário e de companhia estável (Holm, 2019). Essa rutura amplia a discrepância entre o que a pessoa deseja em termos proximidade e o que efetivamente experimenta, intensificando tanto a perceção interna de abandono como a carga emocional de sofrimento, desorientação e vazio, "várias pessoas mais velhas descreveram o período inicial da viuvez como uma experiência de solidão e de luta, caracterizada por sentimentos de tristeza e de solidão" (Holm, p. 5, 2019)[3]. Em consequência, o risco de depressão, ansiedade, declínio cognitivo e pior saúde física aumenta de forma significativa, sendo frequentemente mais pronunciado nos homens viúvos, que presentam mais sintomas depressivos e menor satisfação (Holm, 2019). Os homens sentem-se frequentemente incompreendidos pelos outros, o que agrava a sensação de isolamento. Neste contexto, o apoio familiar e a participação em grupos sociais ou religiosos e o uso moderado de tecnologias digitais (telefonemas, videochamadas, grupos online) podem atenuar esses efeitos, proporcionando novos contactos e reforçando a identidade pessoal. Assim são mitigados os efeitos da viuvez, ao criar novas oportunidades de contacto, pertença e reconhecimento. Esta distinção conceptual permite-nos analisar criticamente se as intervenções existentes na instituição se limitam a garantir a presença física das pessoas mais velhas, reduzindo o isolamento social, ou se também promovem laços significativos que combatem a solidão subjetiva, intervindo diretamente no sentimento subjetivo de solidão.

1.3 A institucionalização à luz de Goffman

A análise de Goffman sobre as instituições totais é a análise teórica central para esta investigação, por oferecer um quadro interpretativo para compreender como as ERPIs enquanto ambientes fechados e formalmente administrados podem reconfigurar a

[3] Several of the older adults described the initial period of widowhood as a lonely struggle where they felt sad and isolated

identidade, a autonomia e as relações sociais dos residentes. A Aplicação deste conceito ao contexto residencial para as pessoas mais velhas permite compreender como as práticas institucionais, contribuem para o combate da despersonalização, a perda do protagonismo dos residentes e as condições que alimentam tanto o isolamento objetivo e a solidão subjetiva.

1.3.1 O conceito de "Instituição Total": perda de identidade e despersonalização

A análise de Goffman parte da observação etnográfica de instituições psiquiátricas, mas o conceito de instituição total tem um alcance sociológico amplo. A instituição total descreve-se 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 uma vida fechada e formalmente administrada" (Goffman, 2001, p. 11). A vida moderna tem como aspeto central três esferas principais "(...) a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral" (Goffman, 2001, p. 17). Nas instituições totais os locais de participação da vida compactam-se num só com a aplicação de apenas uma autoridade, contrariamente à disposição básica da sociedade moderna onde as atividades do quotidiano desenrolam-se em diversos locais. O autor descreve um modelo de organização social, em que todos os aspetos da vida dos agentes sociais são submetidos a um regime centralizado que contempla um modelo de autoridade. A totalidade não é referente apenas ao isolamento fisco dos agentes sociais institucionalizados, mas como um sistema de controlo simbólico e moral que delimita novos limites sobre o "eu" (Goffman, 2011).

As instituições totais apresentam características regulares regidas pela "(...) atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto" (Goffman, 2001, p. 18), aplicadas pelas equipas de trabalho do lugar específico que laboram em favor de regras especificas. A vigilância é constante e garante a obediência e torna visível qualquer infração à ordem estabelecida. A divisão das tarefas é organizada hierarquicamente com um grande grupo controlado e uma pequena equipa de supervisão, a distância social entre eles gera estereótipos

mútuos e legitima o poder da direção (Goffman, 2001). A mortificação do "eu", na entrada do agente social os seus pertences são controlados e passam por rituais, como os de pesagem, fotografia ou desinfeção, que despersonalizam e o reduzem à condição de "internado". Assim, "o seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado", (Goffman, 2001, p. 23). As normas formais são exaustivas e o seu rompimento acaba em castigos que ultrapassam a severidade dos da vida civil, reforçando o controlo institucional.

Estas instituições apresentam diversas formas com objetivos específicos, como por exemplo, prisões, hospitais psiquiátricos, conventos e campos de trabalho, constituem exemplos do conceito de instituição total e permitem analisar como tais ambientes reconfiguram identidades, relações de poder e práticas sociais (Goffman, 2001). As instituições totais criam um processo de segmentação e hierarquização: as equipas como "staff" que controlam os meios matérias e simbólicos, e os internados subjugados as normas que visam a sua conformidade e disciplina (Goffman, 2001).

Esta divisão dualista proposta por Goffman é nomeada como "ritual de status", que cria fortes divisões entre os que detêm o poder e os que são dominados por esse poder, a partir de cada ritmo, gesto ou ação. O conceito de "mortificação do eu" ocupa o papel central na dinâmica deste tipo de instituições, o individuo passa por um conjunto de procedimentos administrativos e simbólicos, como a perda do espaço privado, da sua habitação e dos objetivos que nela se encontrava e do poder de decisão quotidiano., que dissolvem a continuidade da sua bibliografia (Goffman, 2001). A perda da autonomia existente na vida civil acaba por ser retirada e "A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu" (Goffman, 2001, p. 24).

1.3.2 Implicações para as pessoas mais velhas em residências

Ao aplicar este conceito tipo ao contexto de residências para pessoas mais velhas, ou seja, o envelhecimento institucionalizado, evidencia-se a reprodução de vários graus com as instituições totais. Existe o confinamento espacial, onde tudo ocorre dentro das mesmas linhas espaciais, a rotina rígida de horários para todas as tarefas base do ser

humano, como comer, tomar banho ou até mesmo dormir. A vigilância é constante e gere o grupo considerado dependente. O "eu" é controlado e tende a provir acompanhado da infantilização e da perda do protagonismo. A infantilização, denota-se como uma forma de violência simbólica que superprotege e qualifica a autonomia do indivíduo mais velho "(...) tratando-o como se fosse um bebé (...)" (Zimerman, 2020, p. 45). A perda do protagonismo provoca "(...) a desqualificação da sua personalidade e experiência (...)" (Zimerman, 2020, p. 45). Os papéis sociais que anteriormente eram presentes na sua vida civil são retirados com a imposição de rotina diária estranha cujo o indivíduo pode não se identificar (Goffman, 2001).

O indivíduo mais velho subjuga-se ao papel de "paciente", ou "residente" (Goffman, 2001), tornando-o um sujeito de passividade que executa ordens, perdendo o controle sobre as escolhas da sua vida. Esta falta de estimulação e de controlo próprio leva, regularmente, à desistência do agente social onde os mais velhos perdem a capacidade de se motivarem e criam resistência a qualquer iniciativa proposta dentro da instituição (Zimerman, 2020). O ingresso na residência provoca a despersonalização ligados a rituais de mortificação, como a perda de pertences e a tirada de fotografia de identificação. A pessoa mais velha, por vezes torna-se o residente nº X do piso Y, acabando por negar a sua história pessoal que reduz a sua identidade ao código administrativo (Goffman, 2001). Após o processo de despersonalização dá-se a sua reversão através da repersonalização. A autora Zimerman (2020) realça a importância de respeitar as singularidades individuais dos mais velhos, e recomenta a não infantilização, a preservação da independência e autonomia possível. Quando existente a presença da família e da comunidade contruída ao longo da vida é fundamental que estes sejam um dos determinantes de emancipação da pessoa mais velha e que as equipas que trabalham na área do envelhecimento detenham "(...) criatividade de encontrar outras maneiras, adaptadas às distintas situações, para conseguir o mesmo resultado de despertar as capacidades adormecidas" (Zimerman, 2020, p. 79).

A construção conceitual de Goffman permite compreender o paradoxo da institucionalização do envelhecimento: um espaço concebido para a proteção tende a transformar-se num mecanismo de isolamento e despersonalização. A análise crítica de

práticas institucionais contemporâneas permite questionar até que ponto os lares de idosos ainda operam como "microcosmos fechados" e quais estratégias de humanização podem contrariar a logica totalizante das instituições.

1.3.3 Apresentação do "eu" e a reconstrução identitária

Com a perspetiva dramaturga de Erving Goffman, a entrada em instituições totais constitui um processo de reconfiguração identitária estruturante, no qual o ator social é sujeito à necessidade de abandonar os papeis sociais anteriormente desempenhados e de interiorizar um novo guião institucional (Goffman, 2001). O quotidiano institucional adquire, assim, a forma de uma cena social no qual as interações são formadas através de normas explícitas e implícitas de conduta, que proporcionam a existência de um sistema de expectativas dramatúrgicas que moldam a apresentação do "eu" (Goffman, 2011).

A gestão da impressão assume, neste contexto, um papel central. Sendo que fachada se define como "(...) o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado pelo indivíduo durante sua representação", (Goffman, 2011, p.29), na entrada do residente este é privado da sua fachada pessoal para a subjeção a uma fachada institucional padronizada. A fachada pessoal é entendida por Goffman como o conjunto de adereços simbólicos que sustentam a coerência da sua identidade social no meio exterior (Goffman, 2011). A fachada institucional padronizada expressa-se pela imposição de rotinas temporais e na organização funcional dos espaços. Os locais comuns, como a sala comum ou o refeitório transformam-se em regiões de fachada, sendo palcos de representação pública onde cada residente está a atuar de acordo com o papel específico. Cada ator social "(...) tenderá a incorporar e exemplificar os valores oficialmente reconhecidos pela sociedade e até realmente mais do que o comportamento do indivíduo como um todo" (Goffman, 2011, p. 41).

Em contrapartida, o espaço privado, frequentemente restringido ao quarto, quando este é individual, adquire a função simbólica do *Backstage*, onde o indivíduo suspende parcialmente a performance institucional e recupera fragmentos do seu eu anterior. É no *Backstage* que "(...) o ator pode descontrair-se, abandonar a sua fachada, abster-se

de representar e sair do personagem" (Goffman, 2011, p. 107). Nestes bastidores íntimos, objetos pessoais, fotografias ou gestos quotidianos funcionam como marcadores de continuidade biológica permitindo a preservação identitária do "eu", relativamente autónoma, face ao controlo institucional (Goffman, 2011).

O "eu", para o autor não constitui uma essência interior, mas um efeito dramaturgo produzindo e negociado nas interações sociais. Assim, no espaço institucional, onde os papéis são definidos e validados pela equipa técnica, ocorre uma reconfiguração do *self*: o indivíduo plural e biograficamente constituído do passado cede lugar a um "eu" simplificado, institucionalmente reconhecido e dependente de apreciação externa (Goffman, 2001). Todavia, essa transformação não implica uma submissão completa. O residente pode desenvolver formas de resistência simbólica, que Goffman designa por "(...) ajustamentos secundários, isto é, práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas" (Goffman, 2001, p. 54). Através destes gestos discretos de autonomia, como alterar discretamente rotinas, reivindicar pequenos territórios pessoas ou recorrer ao humor e ironia, o sujeito realiza contra representações que reafirmam a sua dignidade e agência moral, (Goffman, 2001).

Em síntese, a leitura dramaturga de Goffman permite compreender a vida nas residências para pessoas mais velhas como um palco institucional altamente codificado, no qual se encenam simultaneamente a adequação e a resistência (Goffman, 2011). Este processo evidencia o carácter relacional da identidade, sempre situado de continuidade do "eu". No âmbito dos estudos sobre o envelhecimento, esta perspetiva oferece instrumentos analíticos para interpretar o impacto simbólico da institucionalização, não apenas enquanto estrutura de cuidado, mas como espaço de contínua negociação identitária (Goffman, 2001).

1.4 Sociologia das emoções

A teoria explorada pela sociologia das emoções permite compreender as interações sociais pretendidas mapear, como processos emocionais e relacionais. Compreender

como as emoções dão construídas socialmente, como os "guiões culturais" orientam a sua expressão como a intimidade se transforma nos contextos institucionais permite analisar a qualidade das interações que ocorrem na ERPI, para além da sua mera frequência ou duração.

1.4.1 Emoções como construções sociais

As emoções são construídas socialmente, a partir dos processos históricos e das interações cotidianas. Este argumento pode ser observado a partir de textos clássicos da sociologia como por exemplo, os valores e as ideologias são capazes de moldar a intimidade Anthony Giddens (1992), ou como mudamos a forma como os atores sociais representam a sua vida procurando gerir as emoções tendo em conta os "guiões culturais" que absorvem na sua vida (Erving Goffman (1983, 2011), ou como "(...) a produção social de códigos de sensibilidade e de autocontrolo que orientam os sentimentos de paixão, gosto, aversão, repugnância" (Elias, 1990; Bourdieu, 1979, cit. em Abrantes, 2011, p.133). Em Erving Goffman o embaraço funciona como um mecanismo que reforça o compromisso do indivíduo com as regras e valores sociais. Não negando a importância da base biológica, as pessoas sentem a emoção através de interpretações das suas experiências passadas envolventes na sociedade e valorizam-nas dependendo da apropriação de códigos sociais (Goffman, 2011). A socialização ensina quando e como expressar ou conter emoções de maneira apropriada ao contexto (Amândio, 2004).

A noção weberiana de "relação pura", é utilizada por Giddens para explicar como as novas formas de intimidade sustentam a democracia ao promover relação de igualdade e respeito mútuo. Estes tipos de relação apresentam-se como "(...) dotadas de menos possibilidade de uma fundamentação racional da sua permanência, uma vez que são de ordem afetiva ou erótica" (Toldy, 2004, p.230). Assim, para Giddens, as emoções são construções sociais continuamente negociadas, que moldam identidades, relações de poder e processos de democratização das sociedades contemporâneas, (Toldy, 2004).

A sociologia das emoções é crucial para a avaliação das formas de intervenção que contribuem para a criação de laços afetivos e para o fortalecimento do sentimento de

pertença, são precisamente os processos emocionais que transformam encontros casuais em vínculos significativos. É através da compreensão destes mecanismos que é possível elaborar mecanismos de intervenção sociocultural verdadeiramente promotoras de um envelhecimento ativo e saudável.

1.4.2 A solidão dos adultos mais velhos nas sociedades modernas

A solidão que muitas pessoas mais velhas nas sociedades modernas sentem é resultado de um longo processo de socialização e de transformação das relações sociais, onde as emoções estão intimamente conectadas com os laços de pertença. Ao decorrer da vida, os indivíduos constroem a sua identidade e o seu lugar no mundo através de interações, práticas e vínculos efetivos; quando estes laços se fragilizam ou desaparecem na velhice, a experiência de solidão tende a intensificar-se (Abrantes, 2011). O processo não é individual, mas sim produzido por mudanças estruturais nas formas de convívio, de suporte e de reconhecimento, "(...) a socialização é um processo permanente e nunca concluído, implicando esforços contínuos de atualização" (Abrantes, 2011, p. 125).

Abrantes (2011), entende a socialização como um processo permanente de constituição simultânea de indivíduos e sociedades, mediado por interações, práticas e emoções, que não estanca na infância, sendo continuamente (re)negociado durante toda a vida. Embora as experiências individuais sejam um fator do processo de socialização, porém, "(...) (1) a experiência dos indivíduos é apenas uma fração do "todos social"; (2) essa experiência depende da capacidade (e disposição) de interpretar e interpelar o social; (3) a informação resultante das experiências não pode ser armazenada e posteriormente mobilizada, na sua totalidade, o que supõe processos (intersubjetivos) de seleção, generalização e analogia" (Abrantes, 2011, p. 122). Na fase da velhice certas volumes desse processo entram em declínio: a fase de "semi-dependência" que ligava o indivíduo à família e à comunidade envolvente, provocando a fragmentação e à redução das oportunidades de participação em participação em práticas sociais que sustenta a identidade (Abrantes, 2011).

As emoções desempenham um papel central neste declínio dos vínculos (Dores, 2011). Scheff, (2002 cit. em Amândio, 2004), sublinha a importância da vergonha e do medo,

"(...) vergonha, definida por Scheff como o sinal de presença de riscos para os laços sociais das pessoas, o que faz ruborizar a face" (Dores, 2011,p. 4), como emoções sociais primárias, particularmente sensíveis ao estado das ligações interpessoais: quando o vínculo social se afrouxa, a vergonha de "incomodar", de "dar trabalho" ou de não corresponder às normas de autonomia, bem como o medo de rejeição ou de humilhação, intensificam a sensação de exclusão (Dores, 2011). Não obstante, emoções positivas como a confiança, reconhecimento e satisfação reforçam a presença apenas episódica, pode potenciar ciclos de isolamento, onde a retração emocional reduz a iniciativa de contacto, e esta retração, por sua vez confirma o sentimento de estar só e pouco valorizado (Abrantes, 2011).

Norbert Elias (2010) sustenta que as emoções são coproduzidas pela rede de interdependência sociais em que cada pessoa está inserida. Os impulsos e planos dos indivíduos mesclam-se e originam uma ordem social que determina a trajetória histórica e o próprio processo civilizador "(...) não é algo que tenha surgido porque numerosas pessoas isoladas, sem relações entre si, simultaneamente desenvolvessem «dentro de si», como que por alguma harmonia preestabelecida" (Elias, 2010, p. 230). Com a divisão de funções aumenta as cadeias de dependência alonga-se, a regulação dos afetos torna-se continua e estável, obrigando o sujeito a moderar as paixões espontâneas.

A pressão social que gera um autocontrolo que subordina os impulsos de curto prazo a uma visão de longo prazo, estendendo-se das camadas dirigentes até às camadas mais amplas (Elias, 2010). O autor constrói o conceito de sociogénese, que se refere às transformações históricas das estruturas sociais. A passagem histórica, na visão etapista de Elias, das sociedades medievais de guerra, descentralizadas e violentas para as sociedades de corte absolutistas com o poder centralizado (Elias, 2010). Existiu assim o processo de "(...) «consideração mútua» entre as pessoas aumentavam, inicialmente na vida social diária comum" (Elias, 2010, p.190). Esta mudança social impulsiona a crescente interdependência que obriga os indivíduos a conviverem de forma mais regulada (Elias, 2010). A crescente interdependência entre indivíduos e grupos, seja na corte, seja nas redes económicas e administrativas ligadas ao poder central, obriga a formas de convivência mais reguladas e previsíveis. As ações individuais têm

consequências amplas no tecido social, o que obriga o controlo de impulsos agressivos e manifestações emocionais abruptas, procurando ajustar o comportamento às espectativas de outros. Então, a sociogénese compreende-se como a reconfiguração das estruturas sociais e das redes de interdependência, cria as condições para o desenvolvimento de novos padrões de autocontrolo e de sensibilidade, articulando-se diretamente com a psicogénese (Elias, 2010).

Esta mudança social que impulsiona a psicogénese, é concebida como a transformação gradual na estrutura da personalidade e da vida emocional (Elias, 2010). À medida que as normas sociais se tornam mais complexas e exigentes, os indivíduos passam a interiorizar essas regras, reorganizando a forma como sentem, percebem e controlam os próprios impulsos. Neste sentido, o desenvolvimento histórico das sociedades não se limita a alterações institucionais ou políticas, ele produz também sujeitos com um tipo específico de sensibilidade, de vergonha e autocontrolo. Este autocontrolo mais rigoroso e automático converte-se numa espécie de "segunda natureza" (Elias, 2010). Ao longo do processo de socialização, os sujeitos aprendem regras explicitas de etiqueta e implícitas de sentir e agir, que se formatam como hábitos corporais e emocionais. Com a passagem do tempo, deixa de ser necessário pensar conscientemente em cada regra: o corpo aprende a reagir sozinho, com gestos, expressões emocionais e censuras internas das condutas consideradas inadequadas. Assim a segunda natureza designa-se como um "monopólio" de características sociais onde os indivíduos "(...) compõem sintonizam-se, desde a infância, com um padrão altamente regulado e diferenciado de autocontrole; só em combinação com tais monopólios é que esse tipo de autolimitação requer um grau mais elevado de automatismo, e se torna, por assim dizer, uma «segunda natureza»" (Elias, p.197, 2010).

1.4.3 Regulação emocional em contexto institucional

A regulação das emoções em contexto institucional ocorre através de práticas, rotinas e normas sociais que moldam as disposições dos indivíduos (Abrantes, 2011). Instituições tipo residências para pessoas em idade avançada funcionam como sistemas de ação regulados que organizam a vida social e exigem a interiorização de uma "lógica interna" (Abrantes, 2011). Norbert Elias descreve como o "processo civilizacional"

promoveu um maior autocontrole das pulsações e emoções, em paralelo com a consolidação do Estado moderno. Nas instituições, a regulação é aplicada por mecanismos como rotinas institucionais atuam, na formulação de Anthony Giddens (1992), como defesas estruturantes contra ansiedades existenciais difusas preservando a segurança ontológica do individuo.

A regulação emocional dos residentes em lares residenciais poderá ser dificultada por rotinas rígidas que reduzem a autonomia e promovem a despersonalização, contribuindo para o "desânimo aprendido" (Seligman, 1975 cit. em Paúl, 2005, p.283) e para a depressão. As rotinas rígidas, a despersonalização das interações e falta de controlo sobre espetos básicos da vida diária (horários, alimentação, atividades) limitam a capacidade de agência dos residentes, comprometendo o sentido de continuidade biográfica e de dignidade pessoal.

O cuidado paternalista (Paúl, 2005) ao interferir nas decisões dos idosos, reforça essa perda de controlo e impede a utilização estratégica de *coping* adaptativo, como o *coping* assimilativo (agir sobre a situação) e o acomodativo (ajustar metas pessoais e reforçar o sentido de utilidade) (Paúl et al., 2007, p. 35). A literatura demonstra que, por volta dos 70 anos, o esforço assimilativo atinge, o seu limite e ocorre uma reorientação para o *coping* acomodativo, permitindo que a pessoa mantenha uma avaliação positiva da qualidade de vida apesar das restrições. Este "ajuste de expectativas" (Paúl, 2007), reduz a tensão emocional e protege contra a desesperança.

As ações paternalistas podem favorecer estados de "desânimo aprendido", em que o que se traduz em inatividade, retraimento emocional e maior vulnerabilidade à depressão. A gestão das emoções é também afetada pela falta de formação dos profissionais para lidar com crises e comportamentos problemáticos, em especial quando os residentes sofrem de "perturbações psiquiátricas" (Lopes, 2022). A falta de formação provoca o aumento do risco de respostas inadequadas, centradas na contenção ou na medicalização, em vez de estratégias de comunicação, validação emocional e adaptação ambiental. Estas práticas são "(...) desencadeadas pelas baixas competências do pessoal para lidar com surtos psicóticos e outros episódios resultantes de problemas de saúde mental" (Lopes, 2022, p.64). Em paralelo, o *burnout* dos

cuidadores, alimentado por cargas de trabalho elevadas, falta de reconhecimento e recursos escassos, constitui um fator de risco relevante, pois está associado a maior probabilidade de abuso verbal, físico ou negligência, com impacto direto no bem-estar emocional e na sensação de segurança dos residentes.

Face aos desafios apresentados, diversas abordagens defendem a adoção de um modelo de cuidados centrados na pessoa (Lopes, 2022). O residente é reconhecido como um agente com direitos, história, preferências, valores e capacidades, ainda que limitada, de participar nas decisões que lhe dizem respeito. Este modelo implica reorganizar praticas e rotinas de modo a maximizar a autonomia possível, respeitar ritmos individuais e promover relações de proximidade e confiança entre cuidadores e residentes, procurando "(...) contrariar a habitual tendência de serem outros, nomeadamente familiares, a substituírem-se aos próprios idosos na escolha de uma resposta social" (Carvalho, et al., 2014, p. 6). Entre as estratégias frequentemente recomendadas destacam-se: (1) a formação contínua do pessoal para identificar sinais de sofrimento emocional; (2) responder a crises sem recurso sistemático a medidas coercivas e compreender a "função" de determinados comportamentos; (3) a flexibilização de horários de refeição, higiene e atividades, permitindo maior ajustamento às preferências e hábitos de vida de cada pessoa; (4) a integração de serviços de saúde mental (psiquiátrica, psicologia, intervenção psicossocial) no quotidiano institucional, garantido avaliação e acompanhamento regulares, (Lopes, 2022). Em conjunto, estas medidas podem contribuir para um ambiente emocionalmente mais seguro, menos infantilizador e mais propício à manutenção da identidade, do sentido de controlo e da qualidade de vida dos residentes em contexto institucional.

1.4.4 Emoção, identidade e invisibilidade social

A emoção, a identidade e a invisibilidade social articulam-se de forma particularmente intensa na experiência do envelhecimento, sobretudo em contextos como o português, onde persistem representações sociais negativas da velhice (Dias (2014a). A invisibilidade social das pessoas mais velhas é alimentada por discursos que associam esta etapa da vida ao declínio, à independência e à ideia de "peso" para a família, para

o sistema de pensões ou para o serviço nacional de saúde, (Dias, 2014a). A glorificação da juventude é tida nos meios de comunicação que constroem imagens depreciativas ou caricaturas das pessoas mais velhas, como a "(...) representação social de "sábio", restando a de "louco" aos que se afastam da primeira – ambas desumanas. E, devido à decadência física, "a velhice aparece como uma desgraça" (Dias, 2014a, p. 128). Estas caricaturas provocam o reforço e a marginalização das pessoas mais velhas, contribuindo para que, após a reforma, muitas pessoas se sintam fora de cena, dispensáveis e substituíveis, (Dias, 2014a; Carneiro, 2012).

Este processo de invisibilidade atinge diretamente a identidade. Quando o olhar social deixa de reconhecer singularidade individual, a história de vida de cada pessoa, as competências acumuladas e os papeis desempenhados ao longo do tempo evaporam com o envelhecimento a pessoal mais velha resigna-se a um "corpo desfeito", (Le Breton, cit. em Dias, 2014a, p.129) e a um estereotipo de fragilidade. Em contextos institucionais, esta perda de identidade é agravada, com a despersonalização das rotinas, o "tratamento em bloco" (Lopes, 2022, p. 19), apenas individualidade nos seus quartos, embora quando estes são partilhados tenha que ser negociada, a utilização de rótulos ou de categorias genéricas contribuem para apagara s marcas individuais e enfraquecem a possibilidade de o residente ser reconhecido pela sua individualidade, sujeitando-se a um construto coletivo depreciativo (Lopes, 2022).

As consequências emocionais desta erosão de identidade e da visibilidade são profundas. A solidão e o isolamento não se traduzem à ausência de companhia, mas na sensação de que não somos vistos, compreendidos, ouvidos ou considerados. O sentimento de abandono real ou subjetivamente percebido. Este sentimento causa casos de ansiedade, tristeza e depressão, sobretudo quando as pessoas mais velhas interiorizam a ideia de que são um fardo para os restantes membros da sociedade, o "(...) sofrimento na velhice foi um tema destacado e que, por vezes, foi base de justificativa do suicídio (...)"; "o suicídio do idoso uma "saída digna", "lucidez", uma "escolha sensata", "um gesto de amor"", (Dias, 2014a, p. 139). Em situações extremas, sentir-se inútil e sem valor social pode levar a sofrimento psicológico tão intenso que a morte é compreendida como o caminho mais digno, como se uma atitude

altruísta para aliviar a família ou de por termino a uma existência sentida como sem sentido (Dias, 2014).

Este quadro teórico, demonstra que é fundamental a luta para manter um sentido de controlo e uma identidade positiva torna-se um desafio central para o bem-estar emocional na velhice (Paúl, 2005). Estratégias que reforcem participação social, o reconhecimento simbólico e a capacidade de decisão em contexto institucional são fundamentais para contrariar a invisibilidade. Colocar a voz individual de cada pessoa mais velha, valorizar o seu contributo, respeitar as suas preferências e a sua história de vida não são apenas gestos éticos de aparências, são condições essências para sustentar a autoestima, a dignidade e a saúde emocional (Zimerman, 2022).

1.5 Intervenções Expressivas como Espaços de Reconstrução Social e Emocional

*"O que acontece é que, se estimulado, o velho ganha autoestima, fica mais esperto, mais participativo, começa a se envolver mais nas questões que o rodeiam, reivindica, reclama. Isso pode ser visto pela família como um aborrecimento e não uma vantagem, já que, no nosso tipo de sociedade, quem pensa incomoda." (*Zimerman, 2020, p. 135*).*

Na idade avançada, e com o aproximar do fim da vida, não existe o construto social etapista da vida, ou seja, é compreendido que as pessoas mais velhas não tenham estímulos que conduzem o motor da sua vida. Este pensamento é errado, embora não exista muito mais tempo para viver existem a vida que têm deverá ser proveitosa, "(...) os seus estímulos são a sua vida, a família, os amigos, manter atividades, criar, ter lazer, querer ver mais e aprender mais" (Zimerman, 2020, p. 135*).* O paradigma biomédico concorda na plenitude com o facto de ser fundamental a estimulação física, para aprimorar e manter as capacidades motoras das pessoas em idade avançada. O entender de envelhecimento saudável, para o ideal em sociedade, requer a atividade física, que melhorar as condições fisiológicas, comum as condições articulares, musculares e respiratórias. As atividades do foro socioemocionais é fundamental estimular as funções cognitivas remanescentes para "(...) que as pessoas vivam mais a vida, que vivam o hoje, que usem mais a memoria e a criatividade para criar situações, atividades, alegria e felicidade" (Zimerman, 2020, p. 135).

1.5.1 Arteterapia

Na arteterapia, a produção artística funciona como uma via privilegiada de acesso à subjetividade, permitindo dar forma física a vivências internas que muitas vezes não encontram lugar na linguagem verbal. A arteterapia é entendida como:

"(...) a natureza deu ao artista a capacidade de exprimir seus impulsos mais secretos, desconhecidos até por ele próprio, por meio o trabalho que cria; e estas obras impressionam enormemente outras pessoas estranhas ao artista e que desconhecem, elas também, a origem da emoção que sentem" (Freud, 1910, p.64, cit. em, Ferreira, et al, 2022, p.10).

O objeto artístico torna-se, assim, "(...) expressão emoções ocultas (...)" (Abbenante, et al., 2020, p.1) sujeito, que se manifestam simbolicamente naquilo que cria que não seria capaz de colocar por palavras, mas que assume um papel de comunicação visual de conteúdos do teor emocional ou imaginário (Abbenante, et al., 2020). Ao ter como objetivo principal o processo criativo e não os padrões estéticos, a arteterapia proporciona um espaço onde a pessoa é reconhecida com a sua individualidade e não reduzida a um sujeito um rotulo social. O fazer artístico "(...) regista a sua individualidade e personalidade (...)" (Venâncio et al., 2016, p.8) resgatando aspetos da identidade que estavam silenciados ou colonizados pela experiência de sofrimento.

Este tipo de atividades, é por vezes, "(...) a única forma de realçar e compreender as sensações, numa experiência libertadora e catártica" (Abbenante, et al., 2020, p.12). Em situações de trauma, violência ou abuso, essa via indireta é particularmente importante: a arteterapia permite tratar o trauma de forma menos invasiva, facilitando a expressão de emoções, a reconstrução da experiência e o aumento da autoeficácia e da autoestima. (Monteiro, 2016, cit. em Abbenante et al., 2020). Assim, o silêncio sofrido apenas pelo corpo individual torna-se partilhado num momento de socialização que permite a criação de redes sociais próximas na idade mais avançada.

1.5.2 Artes performativas – o caso do teatro

O teatro comunitário constitui uma prática centrada na participação ativa de grupos concretos, assumindo-se como um instrumento de transformação que atua

simultaneamente ao nível individual, coletivo social e institucional (Wengorovius et al., 2014). Ao contrário de formas tradicionais teatro, o tipo comunitário rompe com a ideia de que somo espectadores passivos, convidando todos os participantes a intervir no processo criativo. O resultado aproxima-se uma experiência partilhada, quase festiva com o cruzamento de diferentes *backgrounds* educativos, culturais, artísticas e sociais, promovendo o envolvimento e a expressão coletiva (González, 1997 cit. em Marques, 2016).

O teatro sénior, entendido como a prática teatral realizada por pessoas com mais de 55 anos, abrange diversos contextos, "Grande parte dos grupos de teatro sénior são amadores, embora existam alguns profissionais" (Vorenbeg, 2011 cit. em Gonçalves, 2018, p.141). Os seus principais objetivos são a criação de oportunidades de expressão e representação, a sensibilização do público para as questões do envelhecimento, a partilha de experiências e a criação de novas memorias coletivas, valorizando o património cultural imaterial (Stewart, 2004, cit. em, Gonçalves, 2018). Assim, existe o reforço do sentimento de continuidade do eu e de pertença ao grupo à comunidade.

O teatro comunitário e o teatro sénior promovem processos de (re)construção da identidade pessoal e coletiva. O projeto "Teatro de Identidades" assume explicitamente que existe uma multiplicidade de modos de ser "velho" e que a arte pode reforçar a identidade, abrindo oportunidades de participação e desenvolvimento multidimensional à medida que se envelhece (Wengorovius et al., 2014). Este trabalho sobre recordações permite partilhar e reinscrever experiências de vida dinamizando o sentimento de pertença de grupo, "O teatro e comunidade é um meio de ativação e transformação não meramente individual, mas também coletivo/social e institucional" (Wengorovius et al., 2014, p. 95).

Em suma, o teatro comunitário e o teatro sénior, em conjunto, configuram-se como dispositivos privilegiados de promoção de um envelhecimento ativo e criativo. Ao fomentar a participação social e cívica, consolidar identidades e mobilizar a memória individual e coletiva, promovendo o bem-estar, a autoestima e a qualidade de vida.

1.5.3 Musicoterapia

A musicoterapia consiste na "(...) profissão de saúde na qual a música é utilizada a partir de um relacionamento terapêutico para atender às necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais dos indivíduos" (AMTA, cit. em Nunes, 2020, p. 20). Diversos estudos indicam que a utilização sistemática da música em população com idades mais avançadas, em formato terapêutico, contribui para a redução de agitação, ansiedade e depressão. Simultaneamente, melhora as funções cognitivas e para o aumento do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa mais velhas e "(...) não se conhecem efeitos secundários nefastos" (Lopes et al., 2019, p. 57). A sua aplicação é de baixo custo e exige poucos recursos materiais e humanos, o que facilita a integração desta abordagem em instituições de saúde e respostas sociais dirigidas a pessoas mais velhas (Lopes et al., 2019).

Um dos principais objetivos a serem alcançados com a musicoterapia é a estimulação da memória autobiográfica (Lopes, et al., 2019). Ao trabalhar com o repertório melódico, efetivo e cultural significativo para cada pessoa, o musicoterapeuta procura devolver, por mais que momentaneamente, o património de memorias cada pessoa mais velha possui, (Cunha, 2007). A literatura sobre musicoterapia com pessoas com demência, incluindo doença de Alzheimer, mostra que a audição de música familiar e a recriação de canções associadas à juventude e a momentos marcantes da vida evocam as reminiscências e as memórias autobiográficas da estrutura de pensamento. As sessões podem ser concebidas como uma verdadeira "(...) narrativa musical de história de vida (...)" (Cunha, 2007, p. 216), na medida em que as sonoridades escolhidas e produzidas pelos participantes exprimem percursos, crenças, afetos e experiências, permitindo-lhes revisitar o seu passado no momento presente da intervenção (Cunha, 2007; Lopes et al., 2019).

A musicoterapia, permite a discussão em grupo de lembranças evocadas pela música ou por outros estímulos artísticos (poemas, imagens, narrativas) favorece a empatia e a co-regulação emocional: cada participante não apenas expressa o que sente, mas também escuta e acolhe o sentimento do outro, construindo assim, uma matriz emocional partilhada, "(...) a música, ao evocar os sentimentos, pode fornecer meios para a

expressão e estimular a verbalização, possibilitando a interação da pessoa com a própria realidade em que se insere" (Cunha, 2003, cit. em Cunha, 2007, p. 216). Paralelamente, a musicoterapia desempenha um papel central na criação e fortalecimento do vínculo social (Vargas, et al., 2013). Em muitos idosos institucionalizados, a depressão e o isolamento manifestam-se pela redução drástica da interação social e da iniciativa para comunicar (Macena, et al., 2016). Em estudos realizados em lares e instituições de longa permanência, observou-se que a música favoreceu a criação de um "ambiente de troca" no qual as pessoas mais velhas passam a ouvir, cantar, falar, dançar e trocar instrumentos, recompondo capacidades funcionais esquecidas e rompendo a interação com os outros residentes (Macena, et al., 2016).

Em suma, a musicoterapia, ao articular as vertentes de memória autobiográfica, emocional e social, configura-se como uma intervenção privilegiada para sustentar a identidade, promover o bem-estar mental e fortalecer as relações interpessoais das pessoas mais velhas (Cunha, 2007). Esta intervenção é especialmente importante em contextos de fragilidade cognitiva e de institucionalização, com a "(...) melhora na relação dos idosos para com os outros e consigo mesmo, como também proporcionou a elevação da autoestima e autocuidado mostrando aos idosos que é possível restabelecer seu bem-estar" (Macena, et al., 2016, p. 5). A partir da seleção das músicas significativas da configuram a criação de um espaço físico onde os participantes são capazes de expressar emoções. As dinamizações de atividades de grupo cooperativas fornecem um contexto terapêutico no qual o idoso pode revisitar a sua história, sentir-se emocionalmente acolhido e reocupar um lugar ativo e reconhecido dentro da comunidade onde vive (Vargas, et al., 2013; Macena, et al., 2016).

Para uma melhor compreensão do dispositivo de diário de campo utilizado durante o estágio na ERPI em estudo, e dos três tipos de estímulo agora analisados, é fundamental compreender os objetivos específicos de cada um, conforme apresentado no último capítulo do enquadramento teórico.

2. Metodologia de investigação

O presente capítulo apresenta o enquadramento metodológico, primeiramente a definição dos objetivos e das perguntas de partida da investigação. Em seguida, a apresentação do desenho metodológico e as técnicas de recolha de dado. Posteriormente, são descritos os procedimentos de tratamento e análise dos dados, finalizando com a apresentação das questões éticas, gestão de riscos e medidas de salvaguarda dos participantes.

2.1 Objetivos e pergunta de investigação

O presente estudo propõe-se a analisar as complexas dinâmicas através das quais as redes de apoio comunitárias e as práticas operadas pelas equipas multidisciplinares da ERPI de uma instituição do distrito do Porto configuram as experiências subjetivas de solidão e isolamento social em pessoas mais velhas. O estudo visa a identificação de mecanismos e oportunidades de intervenção que permitam a reconfiguração dos dispositivos de intervenção sociocultural, com o objetivo de promover o bem-estar, a preservação do "eu" e o mantimento das relações sociais existentes ao longo da vida no contexto institucional.

Em termos epistemológicos, a investigação pretende articular referencias teóricas sociológicas do envelhecimento e da sociologia das emoções, com a realidade empírica vivenciada pela população institucionalizada. Procura-se desta forma problematizar o paradigma assistencialista dominante, que frequentemente reduz a pessoa em idade avançada a uma condição de passividade e dependência, contrapondo com a perspetiva de envelhecimento ativo assente na valorização do capital social e da autonomia.

O objetivo geral deste relatório de estágio é compreender de que forma as redes de apoio comunitário e as práticas desenvolvidas pela equipa multidisciplinar na ERPI em estudo estruturam as experiências de solidão e isolamento social entre pessoas em idade avançada. A operacionalização do objetivo geral é subjacente aos seguintes objetivos específicos: (1) Analisar a atuação das equipas multidisciplinares (nas áreas de saúde e do social) na prestação de apoio biopsicossocial, identificando as práticas institucionais que medeiam os processos de autonomia e integração social dos

residentes; (2) Mapear as dinâmicas de integração social resultantes das intervenções existentes, avaliando o seu contributo para a mitigação do sentimento de solidão e para o fortalecimento dos laços afetivos e do sentimento de pertença à comunidade institucional; (3) Coproduzir, com as pessoas mais velhas e os profissionais que atuam na área, novas estratégias socioculturais que ampliem as oportunidades de participação e fortaleçam a identidade coletiva das pessoas em idade avançada.

Perguntas de partidas: Como as redes de apoio comunitárias e as práticas das equipas multidisciplinares da ERPI em estudo se articulam para influenciar a solidão e o isolamento social dos residentes? De que maneiras estas interações podem ser reconfiguradas em intervenções socioculturais que favoreçam o envelhecimento ativo e saudável?

2.2 Desenho Metodológico

A análise dos dados adotada nesta investigação é de natureza qualitativa, na medida em que o objetivo central do estudo consiste em compreender, de forma aprofundada, as experiências subjetivas de solidão e isolamento social na velhice, interpretadas e apropriadas pelas pessoas em idade avançada. Numa análise qualitativa, tal como referem Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt (1998), privilegia-se a compreensão das experiências subjetivas dos indivíduos, bem como os seus discursos, práticas e contextos sociais. Os dados recolhidos assumem predominantemente uma natureza textual, incluindo transcrições de entrevistas, relatos, narrativas, documentos institucionais e diários de campo. Estes dados são posteriormente analisados através de processos de leitura sistemática, codificação e construção de categorias temáticas.

Neste enquadramento, o estudo procura compreender em profundidade, como se articulam as práticas das equipas multidisciplinares da ERPI em estudo na vivência da solidão e do isolamento social entre pessoas em idade avançada.

O principal objetivo desta abordagem consiste na identificação de regularidades, contradições, significados implícitos e padrões interpretativos que permitam compreender e explicar o fenómeno social em estudo. Assim, a análise qualitativa procura não apenas descrever a realidade observada, mas também interpretar os

sentidos atribuídos pelos próprios participantes às suas experiências e interações sociais.

2.2.1 Técnicas utilizadas

O presente estudo baseou-se numa estratégia de triangulação metodológica, inspirada na proposta de José Machado Pais (2006), articulando observação direta, participação e registo sistemático em diário de campo. Esta abordagem permitiu a construção de "retratos compósitos" das experiências de solidão e das formas de sociabilidade na velhice (Pais, 2006).

No quotidiano da instituição, foram realizados registos sistemáticos em diário de campo, incidindo sobre as interações verbais e não verbais entre residentes, incluindo manifestações de apoio mútuo, dinâmicas de formação de grupos de amizade e, simultaneamente, situações de isolamento, quer em espaços comuns, quer em contexto mais privado. Estes registos foram transcritos com a maior brevidade possível, assegurando a fidelidade e o detalhe da informação recolhida. Posteriormente, foram sujeitos a um processo de codificação temática e analisados em articulação com os dados provenientes das entrevistas, o que permitiu identificar convergências e discrepâncias entre as práticas institucionais e as experiências vividas na ERPI.

As entrevistas semiestruturadas constituíram outro eixo central da recolha de dados, tendo sido dirigidas a dois grupos de atores sociais distintos. Por um lado, foram recolhidos testemunhos de pessoas em idade avançada, com o objetivo de compreender as suas vivências de solidão, bem como as estratégias de agência mobilizadas no quotidiano, analisando de que forma as políticas e respostas institucionais influenciam essas experiências. Por outro lado, foram entrevistados profissionais da instituição, de modo a captar a sua perspetiva sobre o funcionamento dos serviços, as dinâmicas internas e os bastidores da prestação de cuidados.

Esta técnica assentou numa lógica de interação, entendida como uma "verdadeira troca", na qual os participantes expressaram as suas perceções, interpretações e experiências, enquanto o investigador, através de questões abertas e de uma escuta ativa, orientou o discurso, assegurando a sua relevância para os objetivos do estudo e

promovendo a profundidade e autenticidade das respostas (Quivy & Campenhoudt, 1998, p. 192).

O processo de recolha iniciou-se com o contacto junto dos profissionais que, no seu quotidiano, operacionalizam as respostas sociais dirigidas às pessoas em idade avançada, permitindo aceder a uma compreensão contextualizada das práticas institucionais.

Mediante consentimento informado, as entrevistas foram registadas em áudio, sendo simultaneamente recolhidas notas de campo relativas a elementos não verbais, como expressões faciais, gestos e tonalidade emocional, o que enriqueceu a interpretação dos dados. No final, assegurou-se o anonimato e a confidencialidade da informação, reforçando o compromisso ético da investigação.

A análise integrada dos testemunhos dos residentes e dos discursos dos profissionais permitiu identificar pontos de convergência e tensão entre as representações institucionais e as experiências vividas, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da realidade quotidiana na ERPI.

2.2.2 Observação direta e diário de campo

A observação direta e o registo sistemático em diário de campo decorreram durante o primeiro mês de imersão empírica na ERPI, entre 3 de fevereiro e 4 de março de 2026. Este dispositivo metodológico visou apreender as rotinas quotidianas, os rituais institucionais e a dinâmica relacional estabelecida nos espaços coletivos, analisando de que forma as práticas institucionais e a atuação da equipa multidisciplinar influenciam as experiências de solidão e de isolamento social dos residentes.

2.2.3 Metodologia de Observação e Dimensões de Análise

A observação direta e sistemática foi realizada ao longo de fevereiro de 2026, durante várias sessões registadas no diário de campo, com observações identificadas em diferentes dias do mês. A recolha de dados centrou-se na descrição do contexto, no registo das interceções observadas e na identificação de respostas comportamentais e emocionais dos residentes no decorrer das atividades. A observação utiliza como

amostra a totalidade da população da ERPI em estudo, diferentemente do método de seleção utilizado para as entrevistas que será proposto de seguida.

A realização prática da técnica em causa foi realizada com o auxílio de grelhas de observação que complementam quatro dimensões principais (ver anexos nº 3 e 4). A primeira diz respeito ao ambiente físico, observando-se a disposição das salas, a organização do espaço e as matérias utilizados, como cadeirões em roda, mesas centrais, piano, cartolinas, equipamentos eletrónicos e objetos sensórias. A segunda dimensão prende-se com a qualidade das interações, avaliando se estas eram participativas, colaborativas, passivas ou marcadas por afastamento e hesitação.

A terceira dimensão refere-se à equipa multidisciplinar, contemplando o papel das animadoras socioculturais e outros profissionais que mediavam, apoiavam e conduziam as sessões. Por fim, a quarta dimensão centra-se nos indicadores de isolamento, identificando sinais como pouca conversa, passividade, recusa de participação, olhar confuso, apatia, ou, por outro lado, entusiasmo, sorrisos e envolvimento ativo.

Em suma, a equipa funciona como mediadora entre a estrutura institucional e a pessoa residente, concertando atividades de animação em dispositivos concretos de autonomia, participação e inclusão. A utilização sistemática de grelhas de análise proporcionou a leitura comparativa das secções e a compreensão do modo como o contexto físico, o papel da equipa e as respostas dos residentes em articulação moldam o isolamento no quotidiano institucional.

2.2.4 Entrevistas semiestruturadas

O presente estudo utilizou de uma amostra intencional, não probabilística, para a seleção dos membros entrevistados, orientada para a exploração de vivências quotidianas na ERPI em estudo. O critério de seleção dos residentes assentou na preservação da capacidade cognitiva, aferida mediante rastreio breve realizado em articulação com a psicóloga da instituição, salvaguardando a capacidade de consentimento livre e esclarecido. Foram inicialmente abordados 14 residentes elegíveis, tendo-se verificado 3 recusas decorrentes de fadiga ou indisposição momento do contacto, consolidando-se a amostra final de 11 participantes. No total, foram

recolhidas 9 entrevistas com profissionais de diferentes áreas disciplinares, cujo perfil revela uma heterogeneidade relevante em termos de formação académica e anos de experiência (ver anexo nº. 2).

Na totalidade da amostra dos residentes foram efetuadas onze entrevistas. A amostra é predominantemente feminina (72,7%), com idades entre os 80 e os 95 anos (média de 89 anos). A maioria dos residentes (54,5%) encontram-se no estado civil de viúvo, seguido do mesmo número de solteiros e casados. Predomina a escolaridade da 4.ª classe (36,4%), embora dois dos entrevistados sejam licenciados. No que diz respeito ao nível de dependência, 45,5% dos residentes são classificados como independentes, 27,3% com dependência ligeira e 18,2% com dependência moderada (ver anexo nº. 1).

A seleção dos residentes teve em conta a capacidade cognitiva preservada verificada através de um rastreio breve, com a psicóloga interna da ERPI, responsável por esta análise. Cada potencial participante recebeu a folha informativa com letra ampliada, complementada por uma explicação oral dos objetivos da investigação. As entrevistas decorreram nos quartos dos residentes, de modo a garantir o conforto e a privacidade dos participantes.

O guião de entrevistas direcionado para pessoas em idade avançada divide-se nas seguintes secções: (1) A história de vida, com especial incidência nas relações familiares ao longo do percurso biográfico, no apoio da comunidade e da rede de amizades antes da institucionalização; (2) O processo de institucionalização, procurando compreender como ocorreu a decisão de entrada na instituição; (3) A experiência relacional no presente, isto é a relação com os restantes residentes, com os profissionais da instituição e com a rede exterior; (4) O isolamento social e a solidão, com perguntas que procuram perceber se o participante sente que mantém contacto suficiente com as pessoas significativas, se alguma vez se sentiu sozinho mesmo rodeado de tanta gente, e como isso contribui para o sentimento de solidão, (5) A participação nas atividades, tendo em conta a frequência e a satisfação; (6) As estratégias de *coping* e a reflexão final sobre a fase de vida atual.

No caso da equipa, o guião procurou aprofundar como os profissionais percecionam o funcionamento dos serviços, das dinâmicas internas e os bastidores da prestação de cuidados (ver anexo nº 2). O guião semiestruturado focou-se nas seguintes secções: (1) A enquadramento profissional, com o foco na formação académica e as responsabilidades principais de cada profissional; (2) A organização e planeamento, centrado no funcionamento geral da residência, na articulação entre os diferentes profissionais e na avaliação de necessidades dos residentes; (3) A intervenção profissional, tendo em consideração as responsabilidades desempenhadas no quotidiano, (4) O trabalho em equipa multidisciplinar, incidindo sobre a qualidade da articulação interna, os desafios em comunicar e atuar entre as diferentes áreas; (5) O bem-estar dos residentes, com especial atenção nas questões da autonomia, participação e preservação do bem-estar psicossocial; (6) Os desafios laborais, que problematiza os recursos disponíveis e as necessidades de formação continua para a melhoria da ação futura; (7) O impacto da profissão na vida pessoal, pretende explorar a carga emocional associada ao trabalho, as satisfações e a intenção de continuidade na área.

2.3 Procedimentos de tratamento de análise dos dados

O tratamento e a codificação dos dados englobam as transcrições das entrevistas e os registos do diário de campo são orientados por uma lógica de análise de conteúdos temáticos (Marques, 2022). Para operacionalizar esta fase, foram concebidas grelhas temáticas de análise, que tem como objetivo mediar os dados brutos obtidos e o quadro teórico de estudo. O processo analítico desenvolve-se em seis fases: familiarização inicial com os dados, produção de códigos, construção de temas, revisão de temas iniciais, nomeação dos temas e a redação do relatório final de resultados, "(...) Tais etapas de análise não acontecem em uma ordem inflexível, direta e linear, mas sim, caracterizam-se como uma construção de idas e vindas do(a) pesquisador(a) sobre o corpo e conjunto de dados, retomando construções e codificações anteriores sempre que novos temas sejam criados ou revisados" (Marques, 2022, p. 124)

A grelha de análise concebida para a amostra dos residentes estrutura-se em dimensões como a história de vida, o processo de institucionalização, a densidade das relações

interpessoais, as perceções subjetivas de solidão, o envolvimento em atividades socioculturais e as estratégias de *coping*. Relativamente à equipa técnica, a grelha de análise organiza-se tendo em conta os seguintes eixos de informação: o enquadramento profissional, o modelo operacional da instituição, as práticas de intervenção quotidiana, a dinâmica de trabalho multidisciplinar e o impacto emocional da atividade. Este dispositivo assegura uma sistematização rigorosa dos discursos, permitindo identificar padrões de resposta e dissonâncias que fundamentam a interpretação sociológica do fenómeno.

2.4 Questões éticas

A presente investigação rege-se pelos princípios éticos da dignidade humana, autonomia e integridade, em conformidade com o Código Deontológico da Associação Portuguesa de Sociologia (APS). Dada a natureza sensível do tema a vulnerabilidade do grupo social envolvido, o estudo assegura o respeito por todos os participantes, em todas as etapas do mesmo.

A recolha dos dados é precedida pela entrega e leitura do boletim de informação acerca do estudo e, de seguida, à obtenção do consentimento informado, voluntário e esclarecido de todos os intervenientes. A entrega dos boletins permite a interiorização dos objetivos da investigação e o esclarecimento de eventuais dúvidas. É formalmente garantido o direito de recusa ou desistência em qualquer momento do processo, sem necessidade de justificação ou de qualquer tipo de prejuízo para o participante, sendo ele residente ou membro da equipa multidisciplinar.

O anonimato e a confidencialidade dos participantes são assegurados através da desidentificarão sistemática dos dados, com a codificação de cada participante. Os nomes biográficos identificadores são substituídos por códigos numéricos na fase de análise e redação dos dados. Embora reconheça a identidade dos sujeitos, a investigadora assume o compromisso da confidencialidade, garantindo que a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos. Acerca do tratamento de áudio, as gravações são realizadas em equipamentos sem ligação a redes externas, sendo os ficheiros guardados de forma encriptada. As gravações das

entrevistas foram, no máximo, apagadas após 48h, procedendo de imediato à transcrição codificada da entrevista.

2.4.1 Gestão de riscos e salvaguarda dos participantes

O estudo reconhece riscos subjacentes à abordagem de temáticas como a solidão, que podem suscitar desconforto emocional em populações vulneráveis, e por isso a importância de garantir o direito de desistir de participar a qualquer momento da investigação. Para mitigar estas situações, a recolha de dados é articulada com a equipa multidisciplinar da ERPI em caso, garantido que, perante sinais de perturbação ou necessidade de suporte psicológico, os mecanismos de acompanhamento institucional sejam prontamente acionados.

Adicionalmente, as limitações metodológicas do estudo, em específico o facto da natureza da amostra é não probabilístico, são reconhecidas e devidamente explicitadas, assegurando a transparência e a credibilidade do processo científico.

3. Apresentação e análise dos resultados da observação Direta e do Diário de Campo

3.1 Contexto Etnográfico: O palco institucional da ERPI na realização do Estágio

A instituição em questão é de carácter de resposta social em contexto de estágio é uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), situada no distrito do Porto. Esta ERPI comporta três formas de alojamento, o Alojamento em regime de vaga Extra Acordo, o alojamento tipo Acordo de Cooperação em conjunto com o Instituto de Segurança Social IP e o alojamento de regime privado, tanto em Unidades Habitacionais Individuais ou Duplas. A ERPI insere-se no estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social[4], orientado pelo Código Cooperativo que têm como pedra angular o reforço do espírito de solidariedade para com a satisfação das necessidades de grupos social considerados como vulneráveis.

[4] Decreto-Lei nº. 119/83, alterado pelo Decreto-Lei nº. 172/2014, de 14 de novembro que, por seu turno, foi alterado pela Lei nº. 76/2015, de 28 de julho

3.1.1 A instituição

O objetivo principal da ERPI é proporcionar alojamento coletivo, permanente ou temporário que visa suprir as necessidades e os cuidados das pessoas em idade avançada, e recíprocas famílias. A ERPI concentra a sua população alvo, essencialmente, para "pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares de dependência física ou mental, de isolamento, solidão ou insegurança, não podem, ou não querem permanecer na sua residência ou em situação de maior risco de perde de independência e/ou autonomia" (Regulamento de Funcionamento ERPI, 2024, p. 7).

A equipa de trabalho da ERPI reside na colaboração de uma equipa multidisciplinar, que proporciona serviços de apoio biopsicossocial e cuidados de saúde. O Envelhecimento Ativo, o pilar funcional que promove a estimulação e o autocuidado assegurando a prestação de cuidados personalizados e humanizados. Promover a participação ativa e corresponsabilização dos residentes, tanto no seu processo de acolhimento e integração na ERPI como ao nível das atividades socioculturais desenvolvidas. A promoção do envolvimento comunitário produz-se tendo em conta um Plano de Atividades e um Plano de Atividades Individual, formulado e avaliado pela equipa técnica da ERPI, em específico a equipa de Animadores Socioculturas e Psicólogos, com a devida transparência para com os residentes e os familiares, com possibilidade de consulta dos documentos em causa.

O funcionamento da ERPI é subjugado a uma organização rígida de horários permanente, dividido em dois horários de funcionamento, o de Período de Atividade Diurna, das 7h00 às 22h00, e o período de Silêncio Noturno, das 22h00 às 7h00. As visitas acontecem, numa sala própria de forma contínua, de acordo com a autorização prévia da Direção Técnica da ERPI, entre as 10h00 e as 13h00 e das 14h00 às 19h00. Os residentes apenas podem sair sem vigilância se estes não possuírem indicação médica contrária. Quando os residentes comportam limitações físicas ou sob supervisão clínica podem sair, em visitas organizadas, acompanhados. Os quartos dividem-se em quartos triplos, duplos, individuais e de casal, e as transferências acontecem quando extremamente necessário. Todas as refeições do dia acontecem no mesmo espaço físico e nos mesmos horários, sendo estes, o pequeno-almoço entre as 08h30 e as 09h30,

almoço entre as 12h00 e as 13h00, lanche entre as 15h15 e as 16h30, o jantar entra entre as 18h45 e as 19h45 e a ceia entre as 21h00 e as 22h00. Todas as roupas de uso pessoal e os pertences pessoais são necessariamente inventariadas e marcadas para possibilitar a sua identificação. A rotina na ERPI é reproduzida da mesma forma, excluindo os dias de festividade, diariamente.

Neste sentido, o quotidiano na ERPI organiza-se em torno da promessa de cuidado; alojamento coletivo, apoio biopsicossocial, promoção do "envelhecimento ativo" e planos de atividades pensados na mediada de cada residente e dos seus familiares, (Regulamento de Funcionamento ERPI em estudo, 2024). A equipa multidisciplinar garante um projeto de vida seguro e sólido com a regulamentação fixa de horários de sono, visita, regras de saúde, critérios para a ocupação dos quartos e procedimentos para inventar e marcar todos os bens. Goffman desperta-nos para a possibilidade de compreender de outra forna, um pouco mais densa, este tipo de organização.

A separação física e simbólica em relação ao exterior demonstra um controlo apertado dos movimentos e a administração centralizada da vida quotidiana, e desprendimento das normas da vida civil aproxima a ERPI ao conceito definido por Goffman da "instituição total", em que os indivíduos vivem num espaço fechado, sob uma autoridade única, sujeitos a uma rotina rígida que reorganiza por completo a sua existência. A marcação de todos os bens e roupas, a partilha de quartos e a subjugação a horários não decididos pelos residentes traduzem aquilo que Goffman chama de processos de "mortificação do eu": a profanação dos pequenos gestos e objetos através dos quais, no exterior civil, o residente afirmava a sua autonomia, individualidade e estatuto social de vida adulta.

A própria estrutura de recompensas e castigos, com represálias negativas quando os horários não são cumpridos ou mudanças de quarto, constrói o que Goffman designa de "carreira moral" do internado: uma trajetória em que a pessoa inicia o processo de aprendizagem, passo a passo, o que tem de mostrar para ser considerada pronta ou boa, e o que arrisca perder se resistir. Quando o "eu" encenado pelo residente não se encontra com o "eu" que o residente preservar nos bastidores, emerge o cansaço e os

casos de revolta silenciosa para como a vontade de participar nas dinâmicas da peça a ser elaborada.

3.1.2 Organização do quotidiano institucional na perspetiva de "Instituição Total"

Analisando o regimento interno, e os registos feitos na observação direta à ERPI em estudo, com a lente analítica de Erving Goffman, a residência pode ser interpretada como uma expressão institucional que se aproxima, em vários aspetos, da lógica da instituição total, embora não coincida integralmente com ela. Para Goffman, como já analisado anteriormente, a lógica de instituição total é um espaço de residência e trabalho onde um conjunto de indivíduos vivem na mesma situação, separados da sociedade mais ampla durante um período considerável de tempo, sob uma administração formal, vigilante e altamente reguladora.

No caso da ERPI, esta aproximação torna-se praticamente visível na organização do quotidiano em regime permanente, com funcionamento contínuo de 24 horas, períodos definidos de atividade e de silêncio. Os horários são altamente estabelecidos para visitas e saídas e uma estrutura de prestações de cuidados que regula de forma sistemática a vida diária dos residentes. Os pertences dos residentes encontram-se marcados e categorizados. A organização dos dados dos residentes e feita através de uma fotografia tirada no processo de admissão, juntamente com os dados base sociodemográficos e o piso em que ficarão estabelecidos. Cada residente prevê adjacente PIC e um PA adequados a partir de registos de história de vida elaborados por entrevistas de admissão. O regulamento prevê os deveres específicos para os residentes e a existência de regras de funcionamento que enquadram a alimentação, a convivência, a circulação e a relação com a equipa institucional.

Esta organização pode ser lida, em chave goffmaniana, como uma forma de controlo de experiência quotidiana que limita a autonomia individual e tende a reorganizar os papéis sociais dos residentes. Em Goffman, o ingresso numa Instituição Total implica processos de admissão despojamento de papel e mortificação do eu, nos quais a pessoa é confrontada com a perda de parte da sua identidade anterior, com a redução da margem de escolha pessoal e com a imposição de rotinas e práticas institucionalmente

definidas. Esses mecanismos aparecem no texto de Goffman através da restrição de vistas e saídas, da padronização da admissão, despojamento de papel e mortificação do eu, nos quais a pessoa perde parte da sua identidade anterior, com a redução da margem de escolha individual e com a imposição de rotinas e práticas institucionalmente definidas.

Porém, o regimento da ERPI, plano de atividade e o PIC (Plano Individual de Cuidados), distinguem-se deste ideal tipo de instituição por oferecerem direitos como a dignidade, individualidade, autonomia, capacidade de escolha, participação, liberdade de expressão e liberdade religiosa. O sigilo ético garante a confidencialidade da informação das histórias de vida e informações pessoais. Assim, a ERPI pode ser considerado como um espaço ambivalente: por um lado, oferece suporte, segurança e enquadramento normativo, por outro, tende a reforçar uma vida social mediada por regras, o que torna pertinente a aproximação a Goffman para compreender como a institucionalização pode influenciar a experiência de autonomia, reconhecimento a solidão na velhice.

3.1.3 Enquadramento jurídico das ERPI

Neste subcapítulo apresenta-se o enquadramento jurídico geral relativo às condições de funcionamento e de instalações que devem ser asseguradas pelas estruturas residenciais para pessoas em idade avançada. A definição legal conceptual de ERPI corresponde a "(...) o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados adequados e ajustados às necessidades das pessoas idosas e suas famílias", (Diário da República nº 349/2023).

A prestação de cuidados assenta, na generalidade, no modelo de análise tridimensional biopsicossocial das pessoas mais velhas, que considera a pessoas mais velha na sua globalidade. Este modelo integra a promoção do envelhecimento ativo e saudável, valorizando o autocuidado, bem como a prestação de cuidados personalizados, contínuos e humanizados.

No contexto das ERPI, o PIC constitui um instrumento fundamental para a organização e adequação da prestação de cuidados. A sua elaboração baseia-se numa avaliação

diagnóstica pessoal, familiar e social, com o objetivo de assegurar a disponibilização de serviços, cuidados e atividades ajustadas ao seu perfil e às suas especificidades. O PIC assume uma natureza dinâmica, devendo ser objeto de monitorização, acompanhamento e avalização contínua. Este processo é da responsabilidade do técnico de referência designado, devendo ocorrer com uma periocidade máxima de seis meses. Não obstante, o plano pode ser revisto sempre que solicitado pelo próprio residente, pelo seu representante legal ou pela família, em especial caso quando se verifiquem alterações significativas nas suas condições ou necessidades. Esta flexibilidade visa garantir a melhoria contínua de qualidade dos serviços prestados e a sua permanente adequação às capacidades e expectativas de cada residente.

No âmbito dos rácios mínimos de recursos humanos considerados essenciais para assegurar a qualidade e adequação dos cuidados prestados aos residentes apresenta-se um enquadramento legal aplicável às ERPI. Assim, para além da existência obrigatória de um diretor técnico, a estrutura residencial deve dispor de uma equipa multidisciplinar composta por diferentes perfis profissionais. Entre estes incluem-se um animador sociocultural, educador social ou técnico de geriatria, em regime de tempo parcial por cada 40 residentes, bem como um enfermeiro por igual número de residentes. Em termos de assistência de apoio direto, prevê-se a existência de um ajudante de ação direta por cada 8 residentes, sendo ainda exigido um reforço no período noturno, correspondente a um ajudante por cada 20 residentes.

Quando a ERPI acolhe pessoas mais velhas em situação de grande dependência, aumenta a complexidade das necessidades. Para estes casos específicos exige-se a presença de um enfermeiro por cada 20 residentes, um ajudante de ação direta por cada 5 residentes e um empregado auxiliar por cada 15 residentes. Importa salientar que estes rácios podem ser objeto de ajustamento, com a devida flexibilidade, tendo em consideração as características especificas de cada estrutura, nomeadamente ao nível das condições de instalação, do modelo de funcionamento e do número de residentes.

3.1.4 O estágio curricular: atividades desenvolvidas e reflexão profissional

O estágio curricular decorreu entre fevereiro e maio de 2026, organizados em turnos de 8 horas no terreno sob tutoria profissional. Ao longo do trabalho de campo, foram acompanhadas e dinamizadas sessões com duração compreendida entre 45 minutos a 1h e 10 minutos, assumindo um papel ativo na definição de conteúdos e abordagens relacionais. No domínio da arteterapia, foi concebida a oficina alusiva ao 25 de abril através da confeção de cravos, utilizando a produção plástica como pretexto relacional desbloqueador de memórias biográficas partilhadas. Paralelamente, dinamizaram-se momentos de leitura de poemas e colaborou-se ativamente nas sessões de musicoterapia, e nas oficinas de teatro sénior, apoiando e participando em ensaios, a leitura de guiões e encenação enquanto ferramentas de valorização pessoal, pertença e afirmação de identidade. No plano da aprendizagem profissional e sociológica, a imersão revelou que as práticas expressivas transcendem o mero preenchimento do tempo: quando ancoradas em suportes simbólicos significativos funcionam como dispositivos centrais de resistência à despersonalização institucional. O contributo específico da Sociologia em contexto gerontológico não se esgota no diagnóstico da vulnerabilidade, residindo sobretudo na capacidade de desconstruir o paradigma assistencialista e de conceber dispositivos relacionais onde a pessoa em idade avançada preserve a sua dignidade, agência moral e continuidade identitária.

3.2 Análise da Observação

Os dados recolhidos a partir da técnica da observação sugere que a ERPI funciona como um espaço de socialização institucional onde a produção do bem-estar, autonomia e pertença estão condicionadas pela articulação das dimensões do ambiente físico, mediação profissional e perfil relacional da atividade. As sessões observadas mostram que a participação dos residentes não é um dado fixo, dependendo do tipo de intervenção, grau de personalização e enquadramento da atividade. Com a lente analítica sociológica, a instituições não aparece apenas como local de cuidados, mas como um cenário de negociação entre dependência e agência. Com a prática destas atividades, a disposição espacial diversifica-se, a presença de matérias visuais e

musicais, e a atuação da equipa condicionam para reduzir a passividade e favorecer a circulação da palavra, do toque e do reconhecimento mútuo.

A análise dos dados é concluída pela realização de um diário de campo elaborado durante o primeiro mês de observação, na ERPI, abrangendo o período iniciado a 3 de fevereiro até 4 de março de 2026. O objetivo central desta fase de trabalho de campo consiste em analisar de que forma as práticas institucionais e a atuação da equipa multidisciplinar influenciam as experiências de solidão e isolamento social dos residentes, bem como em identificar oportunidades de melhoramento das mesmas.

3.2.1 Organização Institucional e Dimensão Física

A análise do tipo de infraestrutura revela que a organização do espaço é baseada na lógica de cuidado tendo em conta os diversos graus de dependência. O diário de campo descreve um edifício com dois elevadores que servem para cinco pisos, onde “existem quartos individuais ou em casal, mobiliados por objetos próprios provenientes das suas casas” (Excerto do Diário de Campo), demonstrando a tentativa de criar um ambiente de vida doméstica e personalizado para os residentes com menor dependência.

As áreas comuns podem ser descritas como espaços de dimensão adequada, não obstante a disposição inicial dos residentes revelam dinâmicas sociais pouco expressivas. O registo observa que *“*denota-se uma organização ampla das zonas comuns, onde as pessoas estão na sua maioria sentadas em formato de U dentro das salas" (Excerto do Diário de Campo)*,* sendo notório que “denota-se pouca conversa entre as pessoas em idade avançada” (Excerto do Diário de Campo). Esta configuração espacial e a postura dos residentes sugerem a necessidade imprescindível de intervenções ativas por parte da equipa para promover a sociabilização.

3.2.2 Papel das equipas multidisciplinares

Os dados apontam para o papel central da equipa multidisciplinar, em especial a análise das atividades praticadas pela animadora sociocultural II. A intervenção não é destinada apenas à organização das atividades, porque inclui explicação de regras, adaptação da proposta ao ritmo dos residentes, incentivo à participação, mediação de conflitos e apoio físico pontual. O diário de campo evidencia desde a primeira manhã observada o

carácter afetivo e orientado para a criação de vínculos por parte da supervisão. Os registos demonstram que "a animadora demonstra afeto físico e vocal para com os residentes, prestando atenção individual a cada um enquanto apresenta o espaço". Esta atuação exemplifica a dimensão emocional do apoio prestado, essencial para a redução da sensação de despersonalização no contexto residencial.

Na primeira atividade observada, uma sessão de Arteterapia para a elaboração de máscaras de Carnaval, a dinâmica social inicial revelou-se predominantemente individual. O Diário de Campo sublinha que os residentes "(...) procuram falar com os estagiários, eu, e as orientadoras (...)", onde a interação entre os residentes é praticamente nula. A análise de interações desta sessão confirma a tendência de: "Pouca interação, com maior interação entre a equipa e os residentes em comparação com a interação entre residentes".

Os registos sinalizam a dificuldade técnica em mobilizar o grupo e a sensibilidade necessária na abordagem a residentes com necessidades especiais, mencionado que "(...) um dos estagiários presta cuidado específico a uma residente com as colagens, mesmo que exista uma dificuldade de interação pela mudez da senhora". A observação inicial reforça a necessidade da adaptação metodológica de animação sociocultural às especificidades individuais, um pilar fundamental par a promoção da autonomia e da participação social.

Nos momentos de musicoterapia a mesma lógica de mediação aparece através da presença da animadora sociocultural, formada em Artes Performativas e mestre em Sociologia, que assume o papel ativo no encaminhamento da atividade, no incentivo à participação e no apoio aos residentes com maior fragilidade funcional. Em determinadas seções, a equipa recorre ao apoio físico direto, como sucede quando a auxiliar de ação direta ampara um residente, ou quando as estagiárias de animação sociocultural que assumem um papel ativo no encaminhamento da atividade, recorrem a linguagem positiva a estímulos constantes para manter o envolvimento do grupo. Esta articulação entre orientação técnica e acompanhamento demonstra como a autonomia das pessoas em idade avançada, no contexto institucional, não depende de ausência de ajuda, mas da qualidade da ajuda prestada.

As sessões de arteterapia assumem um papel de particular relevância, cria oportunidade de concentração, iniciativa e expressão individual, apesar da interação entre os residentes seja reduzida, sem ser entre a dinamizadora e os residentes. A musicoterapia, em particular, reforça a memória autobiográfica e a emoção partilhada, favorecendo vínculo social e participação, mesmo quando a resposta é pequena ou intermitente. O teatro sugue uma lógica semelhantes, por ativar as capacidades criativas, atenção, memórias e valorização pessoal, ao mesmo tempo que promove construções de sentido.

Não obstante, os registos evidenciam barreiras institucionais que limitam o alcance destas intervenções. A primeira barreira é acerca da gestão do tempo de intervenção. As seções têm durações variadas, podendo ser de 45 minutos a 1h10, o que exige um equilíbrio delicado entre a intensidade suficiente para gerar envolvimento e tempo bastante para evitar a saturação, fadiga ou perda de atenção. Quando o ritmo da sessão não coincide com a disposição dos participantes, os sinais de fadiga e apatia aprecem como cansaço, olhar distante, silêncio e dificuldades em acompanhar a dinâmica.

A segunda barreira é o risco de agitação dos residentes sobretudo em atividades mais exigentes do ponto de vista relacional ou expressivo. As pessoas em idade avançada que participam nestas atividades apresentam graus de cognição muito diferenciados, podendo provocar conflitos. Na atividade das Artes Performativas, muitas são as vezes, que a Animadora sociocultural necessita de ferir queixas, irritações, uso de calão e conflito verbal, procurando recompor a participação e reintegrar todos os residentes do grupo.

3.3. Dinâmicas de interação e combate à solidão

O mapeamento das interações na ERPI em estudo permitiu classificar as atividades coletivas funcionam como uma forma de combate à solidão e, em particular, ao isolamento social. Ao analisar as sessões de Musicoterapia, Arteterapia e Teatro, observa-se uma graduação na qualidade de trocas sociais, que vão desde a participação entusiástica até momentos de resistência ou passividade.

3.3.1. Mapeamento das interações em contexto de relação coletiva

A Musicoterapia destaca-se como a atividade que gera maior volume de interações orgânicas, com o "canto coletivo", a "dança" e o "riso" criam uma atmosfera com alta energia, por todos os residentes. Na Arteterapia destacou-se como atividade particularmente rica em interação, porque a criação de cravos para a festividade do 25 de abril, não se limitou ao trabalho manual. A tarefa proporcionou conversas de partilha de histórias, levando as residentes a partilharem onde se encontravam nesse dia, e o que recordavam desse momento histórico, num ambiente de conversa, proximidade e escuta ativa. Esta dinâmica proporcionou conversa entre pessoas que *a priori* não têm qualquer tipo de conexão possam partilhar histórias comuns, que ultrapassam questões de classe social, dependência física ou défice cognitivo. Nas Artes Performativas, como o Teatro, as interações são mais estruturadas pela equipa, focando-se na colaboração para a leitura do guião e no apoio mútuo perante a dificuldade de dicção ou visão, embora também ocorram pequenos conflitos e impaciência que são posteriormente moderados.

As sessões proporcionam um clima de valorização pessoal ao colocar o saber e a experiência dos adultos mais velhos no centro da dinâmica. Numa das dinâmicas onde o tema central foi a reminiscência da culinária, os residentes referiram que se sentiram valorizados em poder compartilhar com os membros jovens da equipa técnica da ERPI, reforçando o seu papel como detentores de valor e conhecimento. Estes sentimentos de pertença é consolidados por momentos de cumplicidade, como as piadas partilhadas, a partilha alegre da residente nº 12, de 69 anos, ao corrigir carinhosamente o residente nº 13, de 68 anos, ou gestos de afeto físico como abraços e beijos que surgem espontaneamente. A equipa facilita este clima ao validar as opiniões e ao abrir espaço para temas sensíveis como a moralidade sexual ou as saudades dos filhos, permitiu aos residentes que se sentissem escutados na sua totalidade biográfica.

3.3.2 Identificação crítica do isolamento social: casos de risco

Apesar dos excertos já abordados, análise do diário de campo permite identificar perfis de risco que escapam às dinâmicas de grupo. O residente nº 14, de 74 anos, representa

o caso de agitação e recusa, manifestando desconforto com o “sim”, “inquietação”, “rebolar de olhos” e, frequentemente, a saída física da sala durante as atividades, em todas elas sai antes da conclusão das dinâmicas. A sua dificuldade em associar cores e o relato de fadiga ao falar sugerem que o isolamento, no seu caso, pode ser derivado da sobrecarga de estímulos ao a dificuldade cognitiva que geram frustração.

Por outro lado, a residente nº 15, de 93 anos, personifica o risco da passividade e isolamento verbal. Embora permaneça presente em todas as sessões, mesmo por condicionamentos físicos, com um “pequeno sorriso”, a sua participação é quase inexistente, limitando-se a assentimentos ou a reações mediadas pelos outros. Este silêncio total indica que a presença física não garante a interação social, exigindo estratégias de ação personalizadas para romper com a invisibilidade de casos particular. Casos como a frustração da residente nº 16, de 93 anos, ao tentar recordar músicas, ou quantidade de ingredientes, reforçam que o isolamento também pode ser provocado pela perceção individual da perda de capacidades físicas e cognitivas.

3.4 Estratégias socioculturais e cidadania ativa na velhice

A intervenção sociocultural na ERPI em estudo revela que a cidadania ativa na velhice é contruída através de estratégias que devolvem aos residentes a sua capacidade de agência que lhes foi retirada ao entrar na instituição.

3.4.1. Influência do género e identidade coletiva na participação

As observações redigidas no diário de campo evidenciam uma acentuada disparidade de género na participação das atividades, o que é subjacente à composição demográfica da instituição sistematizada no Anexo nº 12. A população da ERPI em estudo é composta por 110 residentes, maioritariamente feminino (76,4%), com uma média etária de 83,2 anos e uma mediana de 85,5 anos, compreendendo utentes entre os 58 e os 101 anos. Esta assimetria estrutural reflete-se diretamente na predominância feminina em sessão de teatro, musicoterapia e arteterapia.

Esta realidade sugere que a identidade coletiva e os guiões de género moldam a disposição para a participação social no quotidiano da ERPI. Pelos dados obtidos as mulheres demonstram maior facilidade em interagir nas atividades e em expressar

emoções e partilhar memorias de maior vulnerabilidade. Os membros do género masculino tendem a ser mais reticentes, embora a sua presença influencia as dinâmicas de debate com conversas dirigidas a temas das atividades que desenvolviam antes da institucionalização, em particular na área do desporto. Reconhecer esta composição é fundamental para desenhar estratégias que respeitem a heterogeneidade das trajetórias individuais que incentivam a participação de ambos os géneros, combatendo a invisibilidade e promovendo a agência de todos os residentes.

3.4.2. Coprodução de estratégias socioculturais e promoção do envelhecimento ativo

A coprodução de estratégias inovadoras emerge, neste contexto, como uma dimensão central da intervenção sociocultural, na média em que aproveita materiais simples e acessíveis em oportunidades de dinamização de participação. O uso de matérias reciclados como rolos de papel, cartolina, tecidos, fios, cola, purpurinas, adereços caseiros e outros elementos de baixo custo, permitiu criar atividades visualmente apelativos e simbolicamente significativas, ao mesmo tempo que proporcionou a criatividade dos residentes e a sua capacidade produzir algo com utilidade social. Assim, o valor das atividades não reside apenas no resultado final mas no processo de envolvimento, diálogo e partilha que elas desencadeiam, favorecendo a expressão individual e a interação entre pares.

As atividades expressivas, funcionam como meios de participação social, porque permitem aos residentes comunicar através da ação, da memória e da emoção. Ao promover a expressão da subjetividade, a afirmação individual e a construção de coletividade, estas atividades auxiliam a contrário a passividade institucional e proporciona a materialização e a visibilidade às competências ainda existentes, mesmo em contextos de maior dependência. A musicoterapia, demonstrou-se eficaz na criação de vínculo social, na ativação da memória autobiográfica e o teatro a valorização pessoal, a atenção e a cooperação entre participantes.

Esta lógica reconfigura as intervenções numa perspetiva de envelhecimento ativo e saudável, na qual os residentes são reconhecidos como agentes individuais, com história, preferências e capacidade de participação. Com esta perspetiva em mente, os

cuidados são centrados na pessoa, respeitando os ritmos individuais, flexibilização das rotinas e adaptação das atividades às diferentes possibilidades funcionais e emocionais.

4. Apresentação e análise dos resultados das entrevistas da equipa multidisciplinar

O presente subcapítulo é dedicado a análise das entrevistas realizadas aos elementos da equipa multidisciplinar. Através dos discursos dos profissionais procura-se compreender as suas experiências relativas à temática do estudo.

4.1. Estruturas institucionais e funcionamento profissional: o modelo operacional como determinante do isolamento e da solidão

Com a chegada até este momento do estudo compreende-se a análise das entrevistas nos seguintes capítulos. O funcionamento institucional é compreendido na análise como um instrumento para a construção da arquitetura política e logística que molda as possibilidades de interação social. Sob a lente dos objetivos desta investigação, o "modelo operacional" revela-se uma estrutura paradoxal: ao mesmo tempo que procura fornecer o cuidado, impõe barreiras que perpetuam a solidão e o isolamento social nos residentes.

4.1.1 A Proximidade sem vínculo: o paradoxo isolamento coletivo

O diagnóstico mais incisivo sobre a eficácia das dinâmicas de intervenção provém, do ponto de vista da psicóloga, com a observação sobre a coabitação física não se traduz em integração social. A profissional descreve o fenómeno do isolamento em grupo, como:

"Acredito que ainda haja algum isolamento social, embora as pessoas nunca estão sozinhas, mas muito centradas sobre si próprias, não é? A comunicação entre pares é algo deficitária. Não comunicam muito entre eles, foi algo que eu, quando cheguei a esta realidade, que me deixou um bocadinho, não diria até chocada, o que mais me impressionou. E, efetivamente, foi o facto de estarem tantas pessoas na companhia umas das outras, mas não comunicarem entre si."

Esta passagem é central para a análise do funcionamento institucional porque revela que a própria lógica institucional, aglomera muitas pessoas no mesmo espaço, não

resolve, por si só, o isolamento. Este pode ser agravado, ao criar ilusões de companhia. A psicóloga distingue, implicitamente, três fenómenos que o modelo operacional da ERPI tende a confundir: estar acompanhado (proximidade física), não estar sozinho (vigilância institucional) e comunicar (vínculo social). O modelo operacional garante os dois primeiros, mas falha no terceiro.

Este dado recolhido sugere que o modelo operacional da ERPI cumpre a função de vigilância e companhia física, mas falha na promoção do vínculo comunicativo. A solidão é descrita pela animadora sociocultural II como uma realidade interna que precisa resistir à participação do único local na ERPI e promove a interação social, as atividades programadas: "Porque até ele coexiste. Porque nós às vezes podemos estar muito infelizes. Os idosos podem estar muito alegres em atividades. Mas dentro deles há sempre uma solidão. Há sempre uma tristeza. Porque quem vem para aqui... Alguns vêm por eles próprios, mas alguns não vêm. E por mais contentes que tenham encontrado esta casa, há sempre uma solidão no seu interior". A animadora descreve como a solidão não é eliminada pela participação em atividades, é uma solidão existencial, que persiste "dentro" mesmo quando "fora" tudo parece bem. Este dado é fundamental para compreender que as intervenções existentes podem criar momentos de bem-estar, mas não necessariamente laços afetivos profundos ou um sentimento de pertença capaz de substituir as perdas da institucionalização.

No mesmo sentido, o psicólogo reconhece os limites estruturais da intervenção face à perda da comunidade originária: *"Perder a ligação com a comunidade que teve durante a vida toda (...) podemos é dar momentos de conforto à pessoa. E acompanhar, ou estar presente. Mas nunca é o mesmo"*. A expressão "nunca é o mesmo" traduz a consciência profissional de que a instituição não reconstrói plenamente a malha comunitária amputada pela institucionalização.

4.2 A escassez de recursos como produtora de isolamento social

A relação entre a falta de pessoal e o isolamento social é direta, mas raramente explicitada nas grelhas de análise. A técnica de ação direta descreve o ciclo em que a escassez de profissionais se traduz em falte de tempo para o cuidado relacional:

“se houvesse um pouquinho mais de pessoal, ou, portanto, (…) não houvesse tantas faltas, tantas baixas, (…) penso eu que se deve [a isto], porque eu já estive na mesma situação, com excesso de trabalho, (...) “os idosos já têm muita idade, têm o seu tempo para (…) fazer as coisas e muitas vezes esse tempo que nós necessitamos não o temos.”

O tempo é o recurso mais escasso e o mais necessário para construir relações. No discurso da técnica de ação direta, não se deteta uma omissão de responsabilidades funcionais, mas sim a expressão de uma frustração deontológica: a impossibilidade de exercer o cuidado na sua plenitude relacional. Perante a escassez de recursos humanos, o sistema institucional opera uma seleção adversa onde o cuidado não instrumental, como a escuta ativa, a presença e o suporte emocional, é invariavelmente sacrificado em detrimento das tarefas de cariz fisiológico e higiénico. No mesmo sentido a administrativa (anteriormente técnica de ação direta) afirma que “(...) por vezes, com a falta de pessoal, as pessoas começam a perder um bocadinho também a ajuda para motivar a autonomia das pessoas. Não pode ir à casa de banho porque há pouco o pessoal vai os meter uma fralda, não é? A pessoa demora muito tempo a comer. Vamos já dar comida a esta pessoa porque temos que ser rápidos, não é? Vamos dar comida à pessoa e a pessoa acaba por, quanto menos faz, menos consegue depois fazer mais à frente, não é?”

A enfermeira quantifica este défice e corrobora da mesma ideia que a técnica de ação direta, afirmando: “Traz, a quantidade de pessoas traz. Mas que nem [sempre é] (…) a quantidade de pessoas, é mais a falta delas. Porque se tivéssemos mais profissionais a trabalhar, conseguiríamos chegar a maior número de residentes. (...) Se aumentassem o número de residentes e fosse algo proporcional, aumentar os funcionários, muda tudo. Porque uma coisa é (…) uma enfermeira para cinco [residentes], eu teria tempo para estar com eles.”

Esta comparação hipotética revela que a profissional compreende a importância do tempo para “estar com eles”, mas que esse tempo, nas condições atuais, é condicionado. A dimensão estrutural da escassez de recursos produz, assim, um défice de disponibilidade relacional que traduz diretamente em menos oportunidades de interação significativa para os residentes.

4.3 A infraestrutura física como barreira à interação social

O psicólogo oferece a análise mais detalhada de como a arquitetura do edifício funciona como barreira à interação social: "O [Nome da ERPI em estudo] (…) não precisava de obras, precisava quase de ser refeito. [Os] acessos ao exterior são péssimos, (…). Eles precisam muito de andar, deambular, ter luz natural. Há pisos com muito pouca luz natural. Tem muitos pisos pequeninos, portanto, a deambulação também fica afetada, eles [andam] de um lado para o outro, sempre. [Estas condições] também os agitam."

A configuração da infraestrutura constitui a materialização de uma determinada conceção de cuidado. A análise dos discursos revela que elementos como a existência da verticalidade com cinco pisos, que inibem a deambulação, a escassez de luz natural e precaridade dos acessos ao exterior, não são meras lacunas logísticas, mas sim condicionalismos estruturais que cerceiam as oportunidades de interação sociais.

A animadora sociocultural confirma, a partir de uma perspetiva mais inversa, o desejo de mais autonomia espacial: "alguns sim sentem muita tristeza de estarem aqui fechados. E gostariam que não estivessem fechados. Nós temos as portas fechadas. Eu digo fechadas no sentido de estarem em tudo. Não poderem sair sozinhos, não poderem [caminhar na] rua, não terem família que os levem à rua. Eu gostaria, nessa parte, poder ajudar mais". A incapacidade da grande maioria dos residentes não poderem sair da residência quando o desejam é, na prática, uma restrição da participação social impostas pela própria organização institucional. A animadora refere que gostaria de "poder ajudar mais" nessa dimensão, mas o modelo operacional de ERPI, com portas fechadas e falta de profissionais para acompanhar saídas, são fatores impeditivos.

4.4 O Estado e o silêncio geracional: a solidão como fenómeno estrutural

Na perspetiva analítica do psicólogo entrevistado, as manifestações de solidão no quotidiano dos residentes não devem ser interpretadas como falhas pontuais da equipa, mas antes como o reflexo de constrangimentos estruturais decorrentes de decisões políticas de subfinanciamento das respostas sociais e da própria socialização geracional dos residentes. Sobre o Estado refere: "a Segurança Social e o Estado também não podem exigir mais das ERPI, porque na verdade as ERPI estão a assumir um papel que

devia ser do Estado, que é cuidar das pessoas que contribuíram para o desenvolvimento do país. (...) o Estado também não pode exigir de mais às ERPI, e isso, por outro lado, também faz com que a ERPI não desenvolva mais. É uma bola de neve."

O Estado transfere para as ERPI a responsabilidade pelo cuidado de quem "contribuiu para o desenvolvimento do país", mas não fornece os recursos necessários. O resultado é que as ERPI operam no mínimo, sem capacidade para inovar ou para oferecer mais do que o essencial. A solidão dos residentes não é, tendo em conta a análise desta entrevista, um acidente ou uma falha individual da equipa é um produto de uma decisão política de subfinanciamento.

Acerca da socialização geracional: "(...) eles são de uma geração em que, na verdade, pouca gente se queixa, ou quando se queixam não é propriamente aquilo que é mais importante naquele momento. As pessoas foram ensinadas a não mudar muito aquilo que está a sua volta". Esta contenção emocional naturalizada dificulta a identificação do sofrimento, que raramente se verbaliza. O mesmo técnico associa ainda o isolamento e a inatividade ao declínio neurocognitivo, realçando que a estimulação reside em tarefas quotidianas e interações informais (*"descascar uma batata (...) ir ao quiosque, falar com a vizinha"*) que o modelo assistencialista tende a anular. Confrontada com estes entraves macrossociais, a animadora sociocultural II traduz um pessimismo estrutural partilhado: *"Reduzir o número de pessoas, mais supervisão, mais apoio (...) Não vejo assim isto a melhorar"*, reconhecendo que as soluções operatórias dependem de decisões políticas que extravasam o raio de ação das equipas técnicas.

4.5 A atuação da equipa multidisciplinar

Apesar das condições adversas, os entrevistados, na sua totalidade, identificaram práticas institucionais que funcionam para a criação de laços afetivos e reduzir o isolamento. A psicóloga descreve estratégias ativas da equipa: "Os técnicos vão tendo aqui este cuidado de juntar as pessoas, de fazer com que as pessoas se conheçam, criar aqui algumas dinâmicas que não deixem as pessoas desconfortáveis, pelo contrário, que as pessoas se consigam mostrar e consigam aqui, de certa forma, criar laços com os pares, evitando, então, este isolamento". A psicóloga reflete que é fundamental a

criação de laços entre pares para um trabalho ativo, algo que não acontece espontaneamente, e por isso "deve-se juntar as pessoas" de forma repetitiva e constate.

4.5.1 O papel da equipa na criação de laços: o que funciona

A psicóloga identifica também a manutenção da ligação à comunidade exterior como um fator que protege o bem-estar: "tentamos que a pessoa institucionalizada mantenha a ligação à comunidade. Portanto, (…) [não significa que a pessoa] perca o contacto com a comunidade fora de portas. É, portanto, tudo o que sejam atividades instrumentais de vida diária, desde que eles tenham capacidade, por exemplo, coisas muito simples, como ir ao café, ir a um supermercado, ir a um shopping, adquirir os seus próprios produtos". No ponto de vista analítico da equipa é necessário fazer os possíveis para manter as saídas ao exterior para manter a ligação para com a comunidade envolvente.

A enfermeira, por seu lado, identifica a solidão como uma dimensão central do sofrimento institucional e aponta para o que se perdeu: "nós estamos aqui a cuidar deles e no final do dia vamos embora e [nesse momento] não cuidamos. Porque cuidar não é só dar medicação, é ouvir, é o toque terapêutico, é escuta ativa e isto foi-se perdendo e (…) é muito necessário. Acho que tem solidão, a solidão é quase uma doença aqui dentro". O cuidado precisa do toque e da escuta e a solidão deve ser compreendida não como uma "doença" no sentido clínico, mas como uma condição endémica produzida pela própria organização institucional. A diretora reflete a dificuldade de garantir o bem-estar dos residentes no contexto institucional: "O bem-estar emocional é que é mais complexo de se atingir... Porque não depende do cuidado direto. O bem-estar físico, por vezes, também fica mais comprometido quando se vai para uma instituição. Porque aumenta o número de quedas, aumenta o número de úlceras".

4.6 Intervenção profissionais e práticas de cuidado quotidiano

A terceira dimensão da grelha de análise interroga o que os profissionais fazem no seu dia-a-dia: as responsabilidades quotidianas, o tipo de atividades desenvolvidas e as estratégias de adaptação às capacidades físicas e cognitivas dos residentes. É a dimensão que mais diretamente responde ao primeiro e segundo objetivo da

investigação: que práticas institucionais potenciam ou dificultam a integração social? E de que forma contribuem para a criação de laços afetivos e para a redução da solidão?

4.6.1 A técnica de ação direta e o cuidado do corpo: O tempo que falta para a relação

A técnica de ação direta descreve as suas práticas como centradas nas Atividades de Vida Diária (ADVs): higienizar, vestir, organizar roupeiros, mudar de estação, "esses pequenos pormenores". O seu trabalho é essencialmente corporal, e é nele que reside tanto a oportunidade de relação com a sua principal limitação. A cuidadora compreende a necessidade dos residentes têm para socializar: "Ainda agora, ao entregar o almoço a uma residente, a senhora disse, deixe-me desabafar consigo (…). Portanto, ao levar-lhe o tabuleiro, eu sei que estava a atrasar um bocadinho para servir os almoços na sala de refeições. Mas eles têm muita necessidade de conversar". Ao escolher parar para ouvir e comunicar com o residente, o atraso é uma certeza. Esta escolha é um ato de resistência contra um modelo que não prevê o tempo da escuta.

4.6.2. As animadoras socioculturais: duas formações, duas abordagens ao mesmo ofício

No seio da equipa multidisciplinar, a animação cultural emerge como um pilar fundamental na mediação entre o residente e o mundo social. A análise do *corpus* documental revela dois perfis profissionais distintos. Embora partindo de matrizes formativas diferentes, convergem numa abordagem holística do envelhecimento. A primeira profissional personifica uma vasta experiência acumulada ao longo de 28 anos, alicerçada num curso profissional de animação e assistência geriátrica. A sua prática quotidiana estrutura-se num equilíbrio entre o estímulo cognitivo e o cuidado identitário, através da atividade mimos e beleza com o objetivo do cuidado da imagem e de criar um acompanhamento sensorial individualizado a residentes com maior compromisso funcional, jogos com os residentes e de saídas pontuais à comunidade, "Nós tentamos fazer uma [saída] por mês. Às vezes não é possível, e também temos a limitação dos transportes, que é uma condicionante muito forte, (…) só dá para levar seis, e uma cadeira de rodas. Mas, só dá uma cadeira de rodas, [o que] também é triste".

Em contraste, a animadora sociocultural II, encontra um perfil marcado por um percurso académico robusto, com formação graduada em teatro e artes performativas e um mestrado em Sociologia. Esta base académica reflete-se num repertório centrado na expressão artística como veículo de relação, mobilizando ferramentas da musicoterapia, do ioga, da arteterapia e do teatro, "uma vertente mais cognitiva e sensorial". Esta divergência de percurso não gera uma fragmentação da oferta, mas antes uma complementaridade: se a primeira privilegia o cuidado direto pela imagem e pelo jogo lúdico, a segunda introduz a performance e a dimensão simbólica como resistência ao isolamento.

Ambas as animadoras partilham a convivência de quem pratica a escuta ativa. A animadora sociocultural afirma: "Só se conseguires ouvir mesmo, escutar com atenção, consegues perceber qual é a necessidade que está ali escondida atrás daquelas linhas". A queixa aparentemente banal, é lida como um pedido de presença. A autonomia pela inversão da procura é outra estratégia fundamental para incentivar a autonomia na prática quotidiana: "Serem eles a descer para nos vir procurar, serem eles a vir tirar o café. Tentamos incentivá-los a serem autónomos e serem eles a pedir as coisas". Num contexto onde tudo é feito pelos residentes, criar oportunidades para que iniciam a interação é devolver-lhes a agência sobre a própria vida social.

4.6.3 A Psicóloga: a avaliação protocolada e a manutenção dos laços comunitários

A Psicóloga estrutura a sua intervenção em dois vetores complementares. Em primeiro a avaliação protocolada: um protocolo anual que avalia o humor, o estado emocional e a qualidade de vida. Este diagnóstico permite detetar o isolamento, mas não transforma, por si só as condições que produzem. O segundo eixo é a estimulação cognitiva em grupo, dirigida a dois perfis distintos, os residentes com maiores capacidades cognitivas e os residentes mais demenciados. Esta técnica, descreve o esforço de personalização mesmo para quem já não comunica verbalmente: "(...) tentamos sempre, através de estimulação dos sentidos, adaptar atividades, que consigamos chegar a eles e consigamos reconhecer se existe algum benefício. Temos também aqui alguns indicadores, algumas grelhas que nos dão esse *feedback*".

Mas a prática mais significativa para o combate ao isolamento é a manutenção da ligação à comunidade exterior: "(...) tudo o que seja atividades instrumentais de vida diária, desde que eles tenham capacidade, por exemplo, coisas muito simples como ir ao café, ir a um supermercado, ir a um shopping, adquirir os seus próprios produtos, manter o contacto com o dinheiro. Portanto, nós tentamos fomentar isso dentro daquilo que é a nossa realidade". Esta última expressão reflete um limite: a profissional sabe a urgência de algo ser feito, mas as condições institucionais restringem o alcance do que pode ser feito.

O psicólogo do "Programa Humaniza" ocupa uma posição única: a sua intervenção dirige-se a pessoas em situação de doença avançada e fim de vida. A suas práticas quotidianas são de "(...) apoio emocional, suporte emocional e espiritual (…), a pessoas que estão em situação de fim de vida ou de doença avançada". Este profissional considera, que neste contexto, a solidão não é apenas social, é existencial. O seu princípio orientador é a individualização radical: "é a individualização de tudo, não tratar as pessoas como um número, como uma quantidade, quer sejam as atividades, quer sejam os cuidados, tem que ser algo individualizado. E o mundo vai evoluir nesse sentido porque as pessoas não vão ser tão dóceis como agora". O psicólogo reflexiona acerca da antecipação da mudança geracional: as pessoas mais velhas do futuro "(...) não vão ser tão dóceis (...)" como os atuais, não vão aceitar "(...) levantar-se às 8 horas todos os dias para o resto da vida (...)", nem "(...) fazer sempre as mesmas coisinhas, pintar sempre os mesmos bonequinhos (...)". A crítica às práticas padronizadas é direta: as atividades que deveriam combater o isolamento podem, quando desprovidas de individualização, torná-lo ainda mais efetivo. O psicólogo insiste ainda na importância do consentimento e da dignidade nos gestos mais básicos de cuidado: "Vou-lhe lavar o braço, vou-lhe lavar a mão, vou levantá-lo, vou mexer na sua cadeira. [...] Dizer, olha, estou aqui, vou atrás da sua cadeira e vou empurrá-lo. Quer? Não quer? Fica aí". Questionar "Quer? Não quer?" antes de cada toque, cada deslocação, cada gesto, é um ato de reconhecimento que restitui ao residente a condução de sujeito.

4.7 Dinâmicas organizacionais e bem-estar profissional

A quarta dimensão da grelha de análise procura compreender a qualidade do trabalho em equipa, o nível de interdisciplinaridade, os desafios na colaboração entre as diferentes áreas (social, saúde, psicológica) e as estratégias de comunicação utilizadas. É a dimensão que mais diretamente responde ao primeiro objetivo da investigação: analisar o papel das equipas multidisciplinares na prestação de apoio biopsicossocial e na promoção da autonomia dos residentes. A análise cruzada da informação revela que a multidisciplinariedade é um ideal amplamente partilhado, mas cuja a concretização é frágil, incompleta e permanente ameaçada por clivagens entre as diferentes áreas profissionais, hierarquias informais e barreiras de linguagem.

4.7.1 O ideal da multidisciplinariedade

Todos os profissionais participantes das entrevistas realizadas reconhecem o valor da equipa multidisciplinar. A psicóloga descreve um funcionamento articulado, com reuniões regulares e partilha quotidiana de informação: “Nós vamos tendo sempre reuniões multidisciplinares, interdisciplinares, recorrentes, portanto, aqui acontece quinzenalmente ou mensalmente, dependendo do estado da unidade e, portanto, vamos sempre partilhando também no dia-a-dia tudo que seja informação relevante e que impacte (…) no bem-estar e na qualidade de vida do residente.”

A educadora social partilha positividade em valorizar a diversidade de olhares que a multidisciplinariedade proporciona, “(...) porque (...) da minha área de formação e da minha área pessoal, (…) a minha visão pessoal, com a informação de outra pessoa de outra área, com a visão também pessoal (…) enriquece-nos, porque a minha visão não é a regra”. A animadora sociocultural reconhece o esforço de cooperação, sobretudo ao nível da equipa técnica: “Eu acho que nós conseguimo-nos respeitar. As várias equipas que estão aqui presentes conseguem-se respeitar. (...) Tentamo-nos ajustar e tentamos trabalhar em conjunto. Sempre em prol do utente. Quando temos dúvidas, compartilhamos, tentamos trabalhar em conjunto”.

4.7.2 A clivagem entre saúde e social

Não obstante, mesmo com esta consensualidade aparente, emergem fraturas que os próprios profissionais reconhecem. A fratura mais profunda é mais vezes nomeada é a divisão sentida entre a área da saúde e a área social. A animadora social II é mais direta ao descrevê-la: "Ainda sinto uma resistência, uma divisão entre saúde e social, que não deveria acontecer. Acho que o social e a saúde deviam trabalhar juntos e (...) desde que eu estou cá que se sente uma grande barreira entre saúde e social". A educadora social confirma a precessão de uma hierarquia implícita entre as duas áreas: "Acho que há uma diferença. Penso que também é verdade que cada vez sinto menos, mas eu ainda sinto essa diferença, porque a saúde coloca-se num patamar acima da área social."

A animadora sociocultural II desenvolve esta perceção, simplificando o argumento com a distinção de três perspetivas dentro da equipa, uma visão tripartida que revela como a fragmentação não é apenas binária: "Eu acho que é uma equipa bastante conflituosa, temos aqui três perspetivas. Temos a visão dos cuidadores (...) e depois temos a equipa de saúde, que é um bocado mais seleta e restrita na sua interação, não sei como é que é com os cuidadores. Mas, com a equipa técnica, sentes aqui um bloqueio. Depois temos a equipa da lavandaria e da copa, que acho que se sentem num mundo à parte". Esta técnica descreve três mundos que coexistem sem se tocar verdadeiramente: a equipa de saúde (seleta e restrita), a equipa técnica (comunicação que funciona, com poucos bloqueios) e os serviços de apoio (lavandaria e copa), que não participam de qualquer tipo de reunião comunicativa que existe no quotidiano do funcionamento da residência. A sua conclusão é simples e poderosa: "mas acho que deveríamos ser todos mais unidos".

A diretora reflete que "(...) como sou enfermeira e que trabalho há 17 anos numa área social, a minha visão era a unificação do social com saúde. E como tal, para mim os enfermeiros vejo sempre como sejam os colaboradores, os animadores e os enfermeiros e os médicos e a nutrição é um todo. Portanto, tem que haver uma uniformidade entre eles. A comunicação tem que ser unilateral, não pode haver é saúde e é área social, isso não. Isso já estabelecemos que não resulta", refletindo a importância da abordagem holística do cuidado.

4.8 O sonho de um outro modelo institucional

Confrontados com a possibilidade utópica de imaginar mudanças, os profissionais convergem num ideal comum, criar espaços mais pequenos, com menos pessoas, que trabalhem o envelhecimento como heterogéneo e adaptado às necessidades físicas, psicológicas e sociais de cada um dos seus residentes. A animadora sociocultural II sonha com o que nomeia como "micro-residências": "(...) gostava que isto fosse mais pequeno. Gostava que acabasse o lar em estudo e criassem micro-residências dentro de uma, e que cada uma tivesse o seu animador, psicólogo, educador. Porque eu acho que nós não podemos trabalhar o envelhecimento desta forma. Não podemos, não podemos mesmo". Imagina um local onde "(...) eles acordam (…) e têm a manhã toda para tomar o pequeno-almoço. (...) uma coisa mais natural, mais fluída", concluindo que a rigidez da rotina e dos horários "(...) acaba por ter impacto no nosso bem-estar emocional (...)". Sobre as condições estruturais, afirma: "(...) é um problema estrutural. E por muito que se façam contratações. Ainda falta muita coisa para isso". A animadora sociocultural expressa o mesmo desejo: "Um sonho dentro da instituição seria poder ter as equipas completas a funcionar como deve ser. Com menos utentes. Para lhe podermos dar uma qualidade de vida melhor. E podermos ter a hipótese de os levar mais vezes ao exterior. Levá-los mais vezes a passear, saindo daqui de dentro. Sem dizer assim: não podes ir porque estás em cadeira de rodas. Podermos ter essa capacidade. Seria muito bom". A técnica de ação direta deseja o reconhecimento da especificidade da sua profissão como de risco: "as cuidadoras não estão incluídas. Por exemplo, os pescadores estão. Podem pedir a reforma a partir de uma determinada idade. Nós, como cuidadoras, não. Isto é um trabalho muito esgotante físico e psicologicamente". A educadora social resume numa formulação sintética o ideal de personalização: "nós poderíamos colocar a nossa intervenção muito mais personalizada se fosse apenas um lar de 30 pessoas". A isto o psicólogo reflete a mudança da infraestrutura como chave: "Olha, era a infraestrutura (…) acho que isso iria trazer muita qualidade para tudo. Para os profissionais e para os residentes. E formação". Com uma análise a um nível mais macro, a psicóloga projeta o seu sonho para a sociedade: "vamos precisar aqui nos ajustar e criar novas políticas de envelhecimento para cuidar dos idosos. E, neste momento, eu acho que o país também

não tem capacidade de resposta". Ao refletir sobre o seu próprio envelhecimento reflete como gostaria de passar por essa fase da vida, o que gostaria de receber que hoje não é possível oferecer: "faz-nos pensar, eu quero isto para mim, é assim que eu quero que seja o meu envelhecimento, o que é que eu gostava que me oferecessem e que, se calhar, hoje em dia, eu não consigo oferecer aos meus residentes".

5. Apresentação e Discussão dos Dados: As Entrevistas aos Residentes

Em seguida, dá-se ao início da análise das entrevistas realizadas aos residentes da ERPI, com o propósito de compreender as suas experiências, perceções e trajetórias de vida, colocando a pedra angular de analise no processo de institucionalização, redes de apoio e suporte e a experiência de solidão e isolamento social.

5.1 História de vida: pré-institucionalização

A entrada numa ERPI não ocorre num vazio biográfico, ela é fortemente marcada por relações, papeis sociais, redes de suporte, e frementemente por um processo de acumulação de vulnerabilidades (Lima, 2010, cit. em Martins, 2023) que torna a institucionalização progressivamente inevitável. Este subcapítulo pretende compreender o percurso de vida prévio à institucionalização.

5.1.1 Relações familiares, redes de amizade e apoio comunitário

A análise das trajetórias de vida dos residentes revela que o capital social e relacional acumulados ao longo da vida é profundamente heterogéneo, tanto acerca da sua durabilidade e qualidade. As relações familiares e as redes de amizade intersetam-se e em muitas das narrativas confundem-se.

A maioria dos relatos descreve laços familiares positivos e duradouros. A residente nº 4, de 95 anos, casada, oferece o testemunho mais completo dessa continuidade afetiva: "Foi sempre muito boa. Nunca tive problema nenhum com a família. Nem com os meus pais. Nem posteriormente com o meu marido. E agora com os meus filhos tenho uma relação ótima. Porque eles estão sempre preocupados em saber se estamos bem. Se comemos, se dormimos, se estamos com dores. Estão sempre todos os dias a telefonar a saber de nós".

A residente nº 1, de 89 anos, traça um percurso que ilustra a complexidade das redes familiares alargadas, criada pela tia nos Açores até aos 18 anos, encontrou-se com a mãe no Porto, casou-se e constituiu família. O seu relato mostra como as fronteiras entre a família biológica e a família afetiva diluem-se durante a vida. Nem todos os relatos são lineares e positivos. A residente nº 2, de 93 anos, introduz uma nota de ambivalência "Muito boa! Menos com o meu pai", e o residente nº 8, de 80 anos, relata uma rutura progressiva com a família: "Enquanto tiveram os pais vivos sim... depois, não. A relação foi boa. Depois cortou-se".

No plano das redes de amizade e apoio comunitário, os testemunhos oscilam entre a pertença integrada e a seletividade deliberada. A residente nº 2 descreve uma rede de apoio significada pelo acolhimento: "Era boa. Era, porque toda a gente me respeitava e respeitava a minha mãe por ela ser uma mulher 100%. (...) Toda a gente me cumprimentava e toda a gente sorria". A Residente nº 3 estendia a sua rede para além do círculo imediato, que se mantém até ao momento da entrevista sendo a residente que mais visitas recebe, de forma diária e múltiplas vezes em algumas ocasiões: "Até os amigos dos meus filhos são meus amigos".

Outros residentes mantiveram círculos mais restritos. A residente nº 6 distingue entre relações próximas e uma sociabilidade profissional: "Não, eu nunca tive grandes amigos, nunca tive grandes amizades, não. Quer dizer, eu considerava as minhas clientes que tinham um grupinho certo para quem trabalhava e que eram minhas amigas, eram minhas amigas". O residente nº 7 é seletivo: "A comunidade de amigos, meia dúzia deles só", e o residente nº 8 encontrou apoio no contexto militar: "A comunidade foi a tropa. E fui...fui...Fui apoiado".

5.2 Percurso de vida e institucionalização

A transição para uma ERPI constitui um momento crítico no curso de vida, onde se intersectam constrangimentos estruturais, dinâmicas familiares e a capacidade de agência individual. Este processo de decisão não é pontual é o resultado de trajetórias marcadas por perdas acumuladas, transformações nos papéis social e na reorganização das redes de apoio, num contexto macrossocial em que o envelhecimento é socialmente

construído como uma fase de dependência crescente que legítima a transferência para contextos institucionais. A sociologia do envelhecimento, como já analisado no enquadramento teórico, demonstra que as transições não ocorrem no vazio: são moldadas pelas trajetórias anteriores, por percursos acumulados e pelas estruturas sociais que enquadram escolhas possíveis. As narrativas recolhidas através das entrevistas realizadas revelam que o processo de decisão da institucionalização é multicausal, emergindo antes da confluência de múltiplas vulnerabilidades, perda do cônjuge, declínio da saúde, sobrecarga do cuidador informal, isolamento social e precariedade habitacional.

5.2.1 A sobrecarga do cuidador como expressão da crise do modelo familiar de cuidado

A prestação informal de cuidados recai desproporcionalmente sobre a família, mais especificamente sobre as mulheres, num contexto de envelhecimento demográfico e de retração do Estado Social. No caso do residente nº 5, de 88 anos, que cuidou da esposa após um acidente vascular cerebral, ilustra de forma paradigmática os limites deste modelo. O seu relato descreve um processo de erosão progressiva das capacidades físicas, num quadro em que a dedicação afetiva acaba com a impossibilidade material de continuar a assegurar o cuidado: “Fisicamente, eu estava meio a ir abaixo, ia perder peso, ia perder, portanto, forças. E resolvi pôr uma cuidadora à noite”.

A repetição da palavra “limite” não é apenas uma expressão individual de cansaço; é o testemunho de um ponto de rutura estrutural, onde o modelo de cuidado familiar, por mais que demonstre dedicação incansável, é insustentável face à intensidade das necessidades: “Quer dizer, sobravam muitas tarefas para mim. E... E até que cheguei a um limite. Cheguei a um limite. E... E decidi que seria melhor pedir ajuda ....Seria impossível mantê-la em casa, por mais ajudas que tivesse”.

5.2.2 Viuvez e fragilização de rede de suporte: a solidão como categoria sociológica

A perda do cônjuge representa, na sociologia do envelhecimento, um ponto de viragem biográfico que reconfigura as redes de sociabilidade e expõe a fragilidade dos sistemas de suporte informal, (Leuschner, 2019, cit. em Martins, 2023). Diversos residentes

relacionam a institucionalização diretamente com o estado de viuvez. A residente nº 6, de 92 anos, independente, descreve a sequência da morte do marido, a inadequação do espaço doméstico e a inevitabilidade da mudança: “E quando o meu marido morreu, vim para aqui no dia 11 de fevereiro de 2020. E o meu marido morreu a 9 de setembro. Só esteve aqui 7 meses. Foi pelo meu marido, porque a minha casa tem 54 metros quadrados”. O dado habitacional, os 54 metros quadrados, não é um mero detalhe descritivo, demonstra como a velhice, associada à viuvez e à redução de rede de suporte, confronta o indivíduo com um espaço anteriormente apropriado para a convivência, torna-se, inesperadamente, num lugar de solidão e risco, (Benavente, 2002, cit. Martins, 2023).

A residente nº 2, de 93 anos, viúva com dependência moderada, expressa de forma sintética a consciência de que os filhos, com uma vida ativa desafiadora, não podem ser os responsáveis por assegurar o apoio necessário aos pais que necessitam de cuidados: “Eu e os meus filhos, depois que o pai faleceu. (...) Tomar banho, fazer comer e isso e aquilo. Eles não podiam (a família), têm a sua vida(...)”. A residente provoca a reflexão acerca da reconfiguração das obrigações internacionais numa sociedade onde o tempo do cuidado compete com o tempo do trabalho e da vida familiar autónoma. Como argumente Zimerman (2020), a passagem de papéis de cuidado para papéis de dependência impões uma renegociação dolorosa das dinâmicas interrelacionais.

5.2.3 Isolamento social, risco e a intervenção familiar como *gatekeeping* institucional

A narrativa da residente nº 9, de 89 anos, solteira e independente, é fundamental para compreender a análise sociológica da institucionalização: a ausência do cônjuge, isolamento social progressivo, condições habitacionais precárias como um evento agudo que funciona como catalisador: “A decisão foi da minha sobrinha. Porque ela começou a pensar na minha idade. Entretanto, este ano, com este temporal que houve, a minha casa, que é uma casa muito antiga, a chaminé é por fora, tem uma altura de três ou quatro metros”; “Não, não. Aceitei aquilo que me disseram. Porque estar sozinha, também, num terceiro andar, sem escadas, sem elevador, aquilo de três ou quatro vezes ao dia, era muito plano. Hoje em dia, praticamente, não recebia lá ninguém em casa”.

No caso do residente nº 7, de 91 anos, viúvo, ilustra como a possibilidade do risco desencadeia um processo de encaminhamento para a instituição. A nora assume o papel de *gatekeeper*, que transporta o residente para o território de decisão: "Então, a minha nora pensou. Oh, [nome do residente]. Olha, eu estive a pensar para você ir para o lar. Você está sujeita a cair. Ninguém sabe se você está em casa. Se não está. E é verdade, ela tem razão". Esta narrativa apresenta o caso da dimensão económica também emerge, num contexto de precariedade financeira na velhice, fenómeno amplamente documentado em Portugal: "Vocês ajudaram-me muito o filho e a nora. Tanto que eu estou... é que estou a pagar o meu salário. A minha pensão não chega".

A referência, em tom nostálgico, aos rituais quotidianos anteriores, o café, o jornal, a calma, demostra a perda irreparável de um modo de vida civil marcada pela autonomia e pela previsibilidade: "Almoçava lá. Almoçava e lanchava. Vinha para casa. Comia. Calma. Amanhã ao meio-dia comia. Cafezinho. Tomei um cafezinho e lia o jornal".

5.2.4 Outras trajetórias: a institucionalização precoce e a ausência de alternativas

A residente nº 10, de 82 anos, solteira, entrou na instituição com 58 anos, na sequência de um internamento hospitalar. A sua experiência provém da falta de retaguarda familiar: "Não, vim do hospital para aqui. (...) Não, vim do hospital para aqui. Eu vim para o lar com 58 anos". O residente nº 8, de 80 anos, divorciado e com dependência moderada, expressa a consciência de que não existem outras alternativas, a institucionalização é a "única possibilidade": "Porque era a única possibilidade que eu tinha. (...) Porque eu tinha problemas de locomoção (...)".

5.3 A decisão – agência, estrutura e a construção social da autonomia na velhice

O processo de decisão apresenta a tensão entre a agência individual e os constrangimentos estruturais. Como assinala Aboim (2014), o processo de envelhecimento constitui uma experiência social complexa, caracterizada pelo declínio progressivo da vitalidade e do vigor físico, bem como por uma maior sustentabilidade para a doença. Estas mudanças exigem constante reconstrução identitária face ao olhar social, num enquadramento marcado por atitudes idadistas que tendem a diminuir o valor social subjacente às pessoas em idade avançada.

Diversas narrativas recolhidas através das entrevistas afirmam a decisão de forma independente. A residente nº 3, de 90 anos, viúva e em situação de dependência total, não só decidiu sozinha como tomou a iniciativa ativa de solicitar ajuda, um ato de autonomia que desafia o estereótipo da pessoa mais velha como recetora passiva de cuidado. A residente nº 11, de 91 anos, viúva, e o residente nº 8 afirmam igualmente a sua agência na tomada de decisão, como "(...) Foi minha (...)" ou "(...) não, a decisão foi minha (...)".

A residente nº 4, de 95 anos, casada, ilustra o modelo de decisão conjunta, onde o poder de decisão da escolha tomada pelo casal e comunicada aos filhos como facto consumado. A surpresa destes sugere que a decisão antecipatória proativa pela institucionalização não é socialmente esperada: "Não, ninguém nos influenciou. Ninguém. E um dia dissemos aos filhos, 'Olhem, vamos para lá. Vamos fazer isto', eles ficaram um bocadinho surpresos, naturalmente surpreendidos". A residente nº 6, de 92 anos, narra o processo de autonomia na tomada de decisão como sua, mas enquadrada por circunstâncias incontroláveis: "De maneira que, pronto, vim para aqui, decidi (...), A Madrinha a que tem que decidir".

Os casos em que a decisão é tomada pela família revelam assimetrias de poder que podem ser encontradas nas relações intergeracionais na velhice. A literatura tem documentado como a perceção social da pessoa mais velha como vulnerável, necessitada de proteção. Esta compreensão social coloca a pessoa como sujeito á exclusão dos processos de decisão. Como Dias (2014a), refere, a velhice é frequentemente representada como uma desgraça e alvo de caricaturas, provocando a marginalização das pessoas mais velhas. A narrativa da residente nº 1, de 88 anos, viúva e independente, que teve a sua decisão tomada pela sobrinha, que apelida da filha: "Foi a decisão da minha filha". No mesmo sentido a residente nº 9, também de 89 anos e solteira, teve a sobrinha como agente principal da decisão para a entrada na instituição. Não obstante, embora a agência inicial tenha sido limitada, a pessoa mais velha resignifica a transição como uma escolha própria: "E, hoje em dia, toda a gente diz que foi a melhor hipótese que eu tive. Sim, a melhor decisão que eu tive foi vir para aqui".

5.4 O impacto emocional da entrada na ERPI

As reações emocionais à transição para a vida institucionalizada são profundamente heterogéneas e relacionadas com o grau de controlo e as motivações acerca do processo de institucionalização. Os relatos distribuem-se entre sofrimento agudo, neutralidade paradigmática e o ganho claro.

A residente nº 1, que teve a sua decisão tomada pela filha, narra o seu testemunho marcante de sofrimento. A sua experiência evoca o conceito anteriormente abordado de "instituição total", de Goffman (2001), que descreve a institucionalização como o fim do contacto com a vida civil e o mundo externo, inerente ao processo de mortificação do eu: "Senti-me um bocado em baixo... (...) chorei."; "Eu não senti que perdi nada. Senti que estava assim, num cubo assim, fechado. Que não tinha com quem dizer isto e aquilo. Tinha medo, não é?". A metáfora do "cubo fechado" expressa a sensação de isolamento e de perda de mobilidade, que, segundo Dias (2014a), caracteriza a "invisibilidade social" que as pessoas mais velhas acabam por estar sujeitas quando o olhar social homogeneíza todas as pessoas em idade avançada.

A residente nº 11 descreve o sofrimento de ter que "desistir" de ser a cuidadora informal do marido com doença. A sua fala é hesitante e revela o conflito moral complexo de realizar uma escolha em que a virtude do cuidado colide com a impossibilidade de o assegurar: "E depois resolvemos... Desistir. (...) E sofri. Para o ver sofrer. É aí que eu acredito. Realmente. Não. A gente tem que respeitar aquilo. O estado em que se encontra. (...) Desisti. Ele não gostou". O residente nº 7 expressa a perda da liberdade e a saudade de poder de decisão das atividades que realizava na sua vida quotidiana: "Tenho saudades. Sinto a solidão por não poder sair".

A residente nº 6 testemunha do auxílio proporcionado pelo suporte adicional de estar na instituição, mas sem referir que ganhou algo mais que alívio. A institucionalização não eliminou a sua autonomia, permitiu-lhe continuar a cuidar do marido sem sobrecarga total: "Eu... Eu ganhar, não ganhei, mas também não perdi. Quer dizer, eu senti-me mais aliviada porque tinha mais pessoal, embora muitas coisas eu continuei a fazer-lhe. Não chamava por ninguém". O residente nº 5 não questiona o ganho que a

ERPI lhe proporcionou, e a sua esposa, afirmando que: “Quando entrei para aqui perdi apenas duas coisas: preocupação e tédio”. A residente nº 10 reflete sucintamente que: “Ganhei saúde”. A residente nº 9, embora não tenha tido o papel ativo na decisão da institucionalização demostra que a qualidade da experiência institucional pode reconfigurar o significado atribuído à transição: “Oh filha, muito melhor. Olha, eu perco a noção do tempo. Quando estou aqui”; “Achar que ganhei mais amigos. Mais amigos. Porque as meninas realmente são super simpáticas. (...) É um ambiente mais amplo, mais aberto. Não há aquela coisa... Olha, não pode ir para ali. Não pode ir para acolá”.

5.5 Relações sociais e rede de suporte

As relações interpessoais constituem uma dimensão central da experiência de institucionalização, o que influencia o bem-estar emocional e o sentimento de pertencer das pessoas mais velhas institucionalizadas. Os dados escolhidos através das entrevistas efetuadas permite compreender a forma como os residentes percecionam e vivenciam as relações estabelecidas no contexto de ERPI, com os pares institucionalizados e com os profissionais. Simultaneamente, é fundamental compreender como os laços familiares e das redes de suporte ao longo da vida ainda estão presentes na frequência e qualidade das visitas, bem como o papel desempenhado pela instituição para facilitar ou limitar a continuidade destes laços.

5.6 Relações com outros residentes e a equipa da ERPI

As relações entre os pares oscilam entre a integração positiva e um isolamento deliberado. A residente nº 6 descreve uma sociabilidade alargada: “É boa, muito boa. Eu dou-me bem com toda a gente”. A residente nº 1 descreve uma estratégia seletiva de criar vínculos com os pares que possibilitam criar momentos de sociabilização: “Eu procuro sempre me assentar à beira de pessoas que me compreendem e eu que as compreendo a elas”. O residente nº 5 destaca a afinidade cultural com os companheiros de mesa: “(...) pessoas muito educadas, muito civilizadas, de muita cultura (...)”. A residente nº 2 reconhece as nuances dos relacionamentos entre pares: “Uns agradam a outros, outros não agradam tanto”.

No polo oposto, o residente nº 8 afirma que "(...) aqui, residentes, não é possível ter relação (...)", referindo motivos de diferenças culturais e educacionais, como se os diversos códigos de linguagem e de estar fossem tão diversificados que podem-se tornar uma "selva" como decide descrever a sala de estar comum ao piso 1 e 2. A residente nº 11 retraiu-se: "Não quero conversas", e o residente nº 7 distingue os seus "amigos" como a sua família e dos pares da instituição como "colegas".

A relação com a equipa são maioritariamente positivas. O residente nº 5 considera as mesmas como "excelentes". A residente nº 6 afirma "Não tenho o que dizer de nenhuma". O residente nº 8 apesar, da sua recusa do convívio entre pares, distingue essa relação da que mantém com os profissionais: "Com os profissionais... Com os profissionais. É bom". A residente nº 11, que se recusa a interagir com os outros residentes, faz uma exceção notável com o enfermeiro: "Como o enfermeiro senti mais à vontade". A residente nº 9 expressa afeição pela educadora social "Ela é boazinha (refere-se à educadora social), não é? Ela disse que vinha cá ontem, mas lá não pôde".

A residente nº 6 estende a sua relação positiva com toda a equipa: "Ai, com os funcionários, muito bem, muito bem, muito bem, muito bem mesmo. Não tenho o que dizer de nenhuma. Umas têm uma maneira diferente das outras. (...) Mesmo com as diferenças que há, eu gosto delas todas".

5.7 Frequência, qualidade das visitas e papel da ERPI na mediação dos afetos

Os padrões de visita derivam entre residentes que apresentam visitas diárias e contínuas e residentes que não recebem visitas nenhumas. O balanço final demonstra que a maioria dos residentes não recebe visitas contínuas, apenas três residentes afirmaram receber vistas particamente diárias, enquanto seis dos residentes afirmam apenas receber visitas esporadicamente, sendo que um deles afirma só ver a família no Natal. Porém, o residente nº 6 afirma receber contacto com *Whatsapp* com os sobrinhos, a residente nº 6 recebe a irmã todas as quintas e os filhos ligam diariamente. Com o oposto a acontecer a residente nº 10 declara: "Não tenho visitas de ninguém".

A qualidade subjetiva do suporte varia: a residente nº 4 tem como visitantes uma rede familiar que funciona continuamente; a residente nº 9 mostra que os laços de amizade

profunda que mantem o contacto após a institucionalização são na sua maioria pessoas não relacionadas à família: "(...) são mais que família".

A ERPI pode tanto facilitar como dificultar a manutenção dos vínculos. A residente nº 4 reconhece que: "(...) facilita. Se as pessoas quiserem, não há proibição nenhuma (...)". A residente nº 6 aponta para uma limitação crítica "(...) Há muito pouco pessoal, eles não têm tempo para prestar atenção às pessoas (...)". A residente nº 9 destaca que o ambiente devia ser: "(...) mais amplo, mais aberto (...)". A residente nº 3 sente-se tratada desumanamente: "Pois. E depois falam para nós, parece que falam para... Sei lá, para... Para animais", o que a literatura designa por "tratamento em bloco" (Lopes, 2022), e "massificação" (Zimerman, 2020), em que a as pessoas mais velhas a serem tratadas como um todo acabam por não ser nada.

5.8 Solidão, isolamento, bem-estar e participação em atividades

Tendo em conta, o referido no enquadramento teórico, em Portugal, a solidão aumenta significativamente a partir dos 80 anos, com valores entre 15% a 29%, sendo as pessoas institucionalizadas, viúvas e com menos contacto com as redes de apoio da sua vida civil posterior as com maior risco (Leuschner, 2019, cit. em, Martins, 2023).

5.8.1. Sentimento de solidão

As narrativas demonstram diversidade na experiência subjetiva da solidão. A residente nº 10 é a voz mais pungente: "Já me tenho sentido sozinha (...) Desanimada". Quando a questão é o que se poderia fazer para auxiliar a combater este tipo de sentimento, a mesma responde: "Era ter a visita dos meus filhos". A solidão apresenta-se como a perda de contacto que a instituição, por si só, nunca conseguirá combater.

A residente nº 6 oferece uma distinção analítica acerca dos conceitos de solidão e saudade: "Não me sinto sozinha. Sinto saudade". A saudade aqui é perante o seu marido e pais, ou seja, pessoas específicas, e não uma condição existencial mais ampla. O residente nº 7 sente a solidão associada à perda da esposa e à privação de liberdade: "Tenho saudades. Sinto solidão por não poder sair daqui". Isolado no seu quarto contempla com emoção o quadro com o elétrico que passava na frente da sua antiga residência, que tem solado na zona superior direita um coração: "Estou a ver o meu

coração. Sozinho". O residente nº 8, que apresenta uma vigorosa importância com a sua fé e com os livros que lê declara nunca estar só: "Primeiro, eu tenho o meu Deus. Que é Cristo. (...) E a fé... Nunca me senti sozinho".

A solidão na institucionalização é comparada com períodos anteriores da vida, numa avaliação que pretende determinar o bem-estar do residente. O residente nº 2 afirma: "A princípio aqui. Mas em casa a solidão era pior", valorizando a presença constante de outras pessoas e o combate ao isolamento social é fundamental para a mudança do sentido de solidão. O residente nº 5 afirma não sentir qualquer tipo de solidão na atualidade, mas, quando a sua esposa contraiu doença e estava em casa sozinho a lidar com o problema que não conseguia resolver sentia: "Senti, senti solidão e senti-me incapaz (…) Eu não sabia como resolver aquele assunto". Para este residente, a solidão passada era situacional, a atual é anulada pela "favorabilidade das pessoas" e pelo quotidiano preenchido.

5.8.2. Influência da institucionalização e principais causas de solidão

O ambiente institucional pode potencializar ou atenuar o isolamento social. A residente nº 4 afirma que a ERPI é um agente facilitador do convívio e a residente nº 9 descreve-o como "(...) mais amplo, mais aberto (...)" comparativamente ao apartamento onde vivia, isolada da sociedade pelo facto de se situar num terceiro andar sem elevador. Não obstante, o residente nº 3 sente o ambiente institucional como hostil e desrespeitoso, e a residente nº 11 isolou-se no quarto que refere nunca sair. O Residente nº 7 recusa-se a participar na vida social da ERPI; preferindo a solidão do quarto ao compartilhar do convívio cujo não se identifica. A ERPI oferece espaços de sociabilidade, mas este não parecem ser utilizados por todos pelo facto de muitos residentes não se identificarem com a heterogeneidade de pessoas em idade avançada que partilham esses mesmos lugares.

Com o levantamento dos dados foi possível identificar-se três causas principais da solidão. A primeira conecta-se com a perda de familiares próximos: "(...) a minha família era uma família muito grande. Mas infelizmente já poucos restam", lamenta a residente nº 4. A segunda é a ausência de visitas, como refere a residente nº 10, que declara: "Não

tenho visitas de ninguém". A terceira é a perda da liberdade, da conexão com a vida civil e dos papéis sociais vividos em alturas anteriores da vida, como refere o residente nº 7. Assim a longevidade expõe as pessoas de idade avançada à possibilidade de sofrer com sentimentos de solidão, (Benavente, 2002, cit. em Martins, 2023).

5.9 Estratégias de *coping*, resiliência e sugestões para melhorar o bem-estar

Os residentes, como agentes ativos na gestão do seu bem-estar emocional, desenvolveram estratégias diversas para lidar com a solidão.

Em primeiro lugar é notável a reestruturação cognitiva como mecanismo de defesa. A residente nº 2 revela uma abordagem ativa e resiliente, que consiste no movimento consciente da recusa do "desânimo": "Eu sacudo, como costumo dizer. (...) Quando estou apertada, que há qualquer coisa que me aflija, eu digo assim, não, não pode ser. Viro as costas, vou fazer qualquer coisa". Quando a saudade pelo passado ataca, "Fui feliz, tenho dois filhos maravilhosos e de repente fico apanhada", aplica o mecanismo de "sacudir-se" como um olhar crítico sobre os próprios pensamentos: "Não, não tenho razão de queixa. Sacode-te". A filosofia de vida descrita pela mesma resumia-se no pragmatismo: "Não penso em coisas más, nunca fui medrosa. Resolvo a minha vida sem me aborrecer. Tenho que pensar de outra maneira".

A residente nº 2 revela que quando tinha potencialidade física usava a mobilidade como forma de escape à solidão: "Arranjava-me e ia à rua. E assim ia passear. Quando deixei de trabalhar". A saída para o exterior funciona como uma forma de interrupção com o ciclo de pensamento negativo. A residente nº 9 partilha uma lógica semelhante: "Se estiver aqui a fazer recados, eu gosto de ir para a rua. Se não estiver aqui a fazer um recado, ou a fazer qualquer coisa, não vale a pena. Não gosto de me sentar num café ali, a fazer o que faço, ou de estar ali uma tarde inteira com muitas senhoras". Para esta, fazer um recado ou uma tarefa cria o sentimento de utilidade que necessita para sair.

A tecnologia torna-se numa ponte para o exterior, quando esta é impossibilitada pela institucionalização e a distância das redes sociais e familiares. O residente nº 5, de 88 anos, recorre ao uso das tecnologias digitais para manter a sua rede de contactos e preencher o tempo: "Uso muito o computador e a Internet. (...) Faço o meu diário no

computador. As coisas que aconteceram". Adaptando o tipo de letra no seu dispositivo móvel, lê as notícias e mantem-se atualizado: "Leio, leio as notícias no computador. Aumento e consigo ler. (...) A televisão, vejo televisão", o seu tempo é "(...) muito preenchido, bastante preenchido(...)". A espiritualidade é referida como o refúgio interior para os residentes.

O residente nº 8 encontra a fé como a sua principal âncora: "Porque existe o meu Deus... E existe a literatura... E existe tomar café. Café". O mesmo refere que a conexão com Deus, a literatura e o café, funciona como um ritual diário que estrutura o seu tempo e o protege dos pensamentos mais solitários. Também ouve o noticiário na televisão e, quando podia, lia: "(...) antigamente é que lia. Quando estava melhor. Agora não leio. Agora vejo televisão, também não dava tempo com as atividades". O residente nº 7, confinado no seu quarto, encontra refúgio nos programas de televisão que o filho lhe proporcionou: "Ver o futebol. Ver o filme de ação. Este aqui é muito divertido. É o Aqui não há quem viva". Graças à antena específica comprada pelo filho, o residente detém a possibilidade de ver todos os canais, um gesto de cuidado que atravessa a distância física.

As sugestões dos residentes para melhorar o bem-estar geral revelam a necessidade profunda de realizar partilhas. A residente nº 2 sintetiza o desejo coletivo: "Que nos estimasse. Que fossem amigos os velhinhos. Que é muito importante". A residente nº 9 encontrou na ERPI "mais amigos" e um ambiente que a faz "(...) perder a noção do tempo". A residente nº 6 gostava de mais atenção personalizada: "Há muito pouco pessoal, eles não têm tempo para prestar atenção às pessoas, que deviam ter". A residente nº 2 valoriza até a solidão desejada: "Não, não, eu gosto de estar sozinha. De vez em quando tenho necessidade da solidão. É uma coisa boa", demonstrando que estar sozinha por escolha é também uma forma de autonomia. Como refere a literatura a estimulação em qualquer idade é fundamental para o ganho de autoestima, capacidade cognitiva e social e para que potencialidade de resinificação da vida com nova "experiência de crescimentos" (Leuschner, 2019, cit. em Martins, 2023); (Zimerman, 2020).

5.10 Participação em Atividades Oferta institucional, Motivação e Barreiras

A oferta de atividades na ERPI constitui um dos principais instrumentos institucionais para mitigação da solidão do isolamento. Como refere a literatura, "(...) os seus estímulos são a sua vida, a família, os amigos, manter atividades, criar, ter lazer, querer ver mais e aprender mais" (Zimerman, 2020, p. 135). As atividades expressivas funcionam como resistência à mortificação do "eu" que a instituição pode produzir.

O teatro é a atividade que desperta mais interesse para com os residentes, sendo que seis dos onze entrevistados participam na mesma. A residente nº 10 frequenta-a todas as segundas e quintas-feiras, e afirma: "Gosto de teatro, gosto de acompanhar as atividades. (...) Gostava de ir mais vezes". A residente nº 4 é atriz do teatro da ERPI desde a sua origem: "Participo como atriz nos teatros, da (Nome da Animadora Sociocultural), sempre participei, há muitos anos. E nesses teatros, sempre fui eu que fiz a apresentação das peças". A residente nº 6 é a mais crítica para com a atividade porque, para ela, existe um grupo mais heterogéneo de pessoas com ritmos de aprendizagem diferentes, "(...) chateiam-me porque, para mim, dois ensaios ou três já eram o suficiente". Porém, reconhece a necessidade das atividades: "São, as atividades são necessárias, são. Senão as pessoas ficam moribundas".

O teatro cria a oportunidade de as pessoas mais velhas explorarem personagens, independentemente da idade, comprometerem-se com um objetivo comum e socializar com o restante grupo, criando momentos de afeto e partilha antes e depois dos ensaios. A valorização pessoal é o principal objetivo do teatro proporcionado pela ERPI.

A música é compreendida como estímulo cognitivo e vínculo social. O residente nº 5 frequenta a música "todas as quartas" por iniciativa própria. A residente nº 4 também frequenta esta atividade apreciando as aulas onde a poesia das músicas é trabalhada e compreendida de diversas formas. A musicoterapia na ERPI baseia-se em músicas que recorrem às memórias dos residentes: para não esquecer as experiências passadas é fundamental manter a recordação viva (Zimerman, 2020). O programa inclui exercícios de respiração e relaxamento, trabalho de memória através de canções e utilização de instrumentos para promover a socialização.

A motivação varia significativamente entre os residentes entrevistados. O residente nº 5 mantém a sua autonomia então participa por iniciativa própria nas atividades oferecidas: “Não, vou por iniciativa própria”. A residente nº 1, pelo contrário, depende do chamamento: “Não, alguém diz vamos ter isto hoje, se não eu também não adivinho”. Não obstante, a residente nº 4 revela a positiva na facultatividade das atividades: “Não sendo obrigatórias, acho que é interessante. Se fossem obrigatórias, não queria”.

As barreiras narradas pelos residentes podem ser organizadas de ordem física, ambiental e motivacional. O residente nº 7 refere problemas acerca da sua mobilidade: “Precisava andar acompanhado de alguém”, isso não o agrada pois sente-se como um problema logístico quando necessita da ajuda das técnicas para conseguir chegar ao local onde são feitas as atividades. A residente nº 4 desgosta do barulho do ambiente: “Às vezes com pouco agrado, porque são lá em baixo, é muito barulho”. A residente nº 9 deseja que os outros residentes que não participam nas atividades se tornassem mais proativos: “Há pessoas que em vez de estarem especadas a ver televisão, podem estar aqui a fazer qualquer coisa”.

5.11 Significado atribuído à velhice e a satisfação global com a ERPI

A compreensão dos entrevistados em relação à velhice varia entre a aceitação serena, a resignificação e o sofrimento. O residente nº 4 descreve-a como “(...) uma coisa normal que vai sucedendo”. O residente nº 5 define como “uma passagem” que “(...) tem tudo para eu ser feliz até o dia em que o Criador me chamar”. A residente nº 9 rejeita a associação entre idade biológica e espírito: “Eu sou velha, mas não sou velha de espírito”. No polo oposto, o residente nº 8 afirma: “É uma penitência. (...) Porque tenho que aguentar. Tenho que aguentar o contexto em que eu vivo, aqui dentro”. A residente nº 2 associa o envelhecimento à perda: “Na última fase fiquei muito triste, fiquei muito velhinha com a doença do meu marido”. A residente nº 6, com bom humor, narra: “Não me sinto velha, só me sinto velha quando olho para o espelho. Eu faço o possível para não olhar para ele”.

A satisfação global com a instituição é no geral positiva, mas com críticas concretas a determinados aspetos da mesma. O residente nº 5 oferece a avaliação mais positiva entre os entrevistados e remata a entrevista como duas palavras que saíram do seu dicionário desde a sua institucionalização: "Aqui não sinto tédio, nem sinto preocupações". A residente nº 4 também se declara satisfeita: "Muito boa. Porque andamos muito bem, não nos falta nada".

Não obstante, as críticas concretas existirem, a residente nº 6 gostava de receber mais atenção: "Ganhava mais atenção. Mais atenção. Há muito pouco pessoal", ou seja, a possibilidade de ter cuidados personalizados. A residente nº 1 manifesta o desejo de "Era conversar assim. Conversar. Conversar" e "Gostava de poder sair e de me deixarem andar". A Residente nº 9 resume a ambivalência: "Estou bem na minha paz. Não é que me deixem... Que não me criem problemas".

5.12 Contributo para prática profissionais e recomendação de ação

Os dados empíricos recolhidos evidenciam que as intervenções sociológicas e institucionais têm de privilegiar a superação do paradigma biomédico e assistencialista. Crispim (2020a) sublinha que embora o modelo de cuidados contemples dispositivos formais inovadores, a participação efetiva tende frequentemente a diluir-se numa renúncia voluntaria das pessoas mais velhas em entrevir nas decisões institucionais. Os discursos dos profissionais inquiridos corroboram esta leitura, realçando como a escassez de recursos humanos como o principal entrave à prestação de cuidados personalizados. Conforme salientam Froster e Walker (2015, cit. em Crispim, 2020a), as práticas das equipas multidisciplinares são fundamentais para desenhar projetos de vida biopsicossociais e promotores de bem-estar em contexto residencial. Para a operacionalizar um modelo centrado na pessoa e promotor de bem-estar na velhice institucionalizada, formulam-se as seguintes recomendações:

1. Superação do assistencialismo e combate ao "desânimo aprendido", com a flexibilização das rotinas quotidianas (horários de refeição de modo a sustentar a agência moral e contrariar a passividade institucionalizada (Seligman, 1975, cit. em Paúl, 2005);

2. Adaptar as atividades expressivas à grande heterogeneidade cognitiva e motora da população residente, transformando estes momentos em espaços de escuta biográfica e validação emocional, e não em meras práticas ocupacionais massificadas:
3. Integrar ativamente as famílias e os agentes locais na dinâmica quotidiana da ERPI, promovendo saídas ao exterior e desmistificando o isolamento da instituição face à sociedade envolvente.
4. Recomenda-se a revisão da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, na sua redação atual (alterada pela Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro), no sentido de superar a inadequação dos rácios de pessoal e a escassez de profissionais. É de realçar que, embora a recente alteração legislativa tenha introduzido avanços, como a existência obrigatória e avaliada de PICs, a legislação continua a não responder ao profundo desfasamento entre as necessidades crescentes dos residentes e os recursos humanos disponíveis;
5. Valorização da equipa multidisciplinar com o alargamento do leque de profissionais habilitados e com a definição de reconhecimentos mínimos e qualificação na área da gerontologia;
6. Acerca do espaço físico e número de residentes será imprescindível a definição de limites máximos de capacidade por ERPI e a promoção de unidades de pequena dimensão, que permitam um modelo de cuidado mais humanizado e centrado na pessoa, com o objetivo de criar qualidade nas relações interpessoais. Os espaços físicos devem ser amplos, com configurações horizontais e de pequena dimensão, com acesso a espaços verdes e jardins, de forma a promover a mobilidade, a estimulação sensorial e contacto com a natureza, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico dos residentes.

CONCLUSÃO

Importa assinalar as limitações inerentes ao desenho deste estudo. Esta investigação trata-se de uma investigação assente num estudo de caso único, circunscrito a uma ERPI do distrito do Porto e com um período de observação intensiva focalizada no primeiro mês de estágio, os resultados não são passíveis de generalização estatística direta.

Adicionalmente, por condicionamento deontológicos e de salvaguarda dos participantes, a seleção dos residentes entrevistados foi mediada pela avalização de capacidade cognitiva pela psicóloga da instituição, circunscrevendo a inquirição verbal aos utentes com funções cognitivas preservadas. Como perspetivas para a investigação futura, sugiro o desenvolvimento de estudos comparativos entre ERPI de cariz cooperativo/IPSS e unidades privadas, bem como a aplicação de metodologias etnográficas longitudinais que possam avaliar de forma sustentável o impacto das atividades de carater artístico na vivência de solidão das pessoas mais velhas institucionalizadas.

O presente relatório de estágio teve por base a seguinte pergunta principal: Como as redes de apoio comunitárias e as práticas desenvolvidas pela equipa multidisciplinar da ERPI em estudo estruturam as experiências de solidão e isolamento social entre as pessoas em idade avançada? Esta questão orientou todo o trabalho de campo, incluindo a observação direta durante o primeiro mês e estágio e a realização de entrevistas semiestruturas a onze residentes e a nove profissionais da equipa multidisciplinar.

O objetivo geral passa por compreender de que forma as redes de apoio comunitário e as práticas desenvolvidas pela equipa multidisciplinar na ERPI em estudo estruturam as experiências de solidão e o isolamento social entre as pessoas mais velhas. O primeiro objetivo específico constitui em analisar as atuações das equipas multidisciplinares na prestação de apoio biopsicossocial, identificando práticas institucionais que medeiam os processos de autonomia e integração social dos residentes. A observação direta evidencia que a ERPI funciona como um espaço de socialização institucional onde a produção do bem-estar e da autonomia está subjugada pela articulação entre ambiente físico, a mediação profissional e o perfil relacional das atividades. As sessões observadas revelam que a participação dos residentes não é um dado fixo, ou seja, depende do tipo da intervenção, do grau de personalização e do enquadramento proposto pela equipa. Num dos primeiros momentos observados, uma sessão de arteterapia, a dinâmica social revelou-se predominantemente individual: os residentes procuravam falar com os responsáveis pela atividade, mas a interação entre si era praticamente nula. Esta

observação ilustra que a simples presença de várias pessoas no mesmo espaço não equivale automaticamente a integração social.

Nas áreas comuns, as dinâmicas sociais revelam-se frequentemente pouco expressivas. Esta configuração evidencia a importância e a necessidade de um papel ativo da equipa para promover a socialização. Contudo, a intervenção da equipa multidisciplinar, revelou-se determinadora. Em termos de ilustração, a animadora sociocultural II não se limita a organizar as atividades, explica as regras da mesma, adapta o ritmo às diferentes necessidades dos residentes, incentiva à participação, media conflitos e auxilia em apoio físico pontualmente. Os registos do diário de campo demonstram que "(....) a animadora demonstra afeto físico e vocal para com os residentes, prestando atenção individual a cada um (....)", dimensão essencial para reduzir a sensação de despersonalização no contexto residencial.

O psicólogo da instituição estabeleceu uma ligação direta entre o isolamento, estimulação e declínio cognitivo, sublinhando que estímulo não se resume a atividade lúdicas, mas abrange gestos do quotidiano. Reforça assim a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa para além da dimensão física do cuidado.

O segundo objetivo consistiu em mapear as dinâmicas de integração social resultantes das intervenções existentes, avaliando o seu contributo para a mitigação do sentimento de solidão e para o fortalecimento dos laços afetivos e do sentimento de pertença à comunidade institucional. As atividades expressivas demonstraram funcional como meios de participação social ao permitirem aos residentes comunicar através da ação, da memória e da emoção. O Teatro constitui a atividade que despertou maior interesse. Este é fundamental para criar um senso de importância e valorização pessoal nas pessoas que nela participem instaurando um sonho de conseguir preformar da melhor maneira possível para uma plateia.

Contudo a análise das entrevistas revelou que a integração social não é uniforme. A perceção da instituição revelou-se heterogénea: enquanto alguns dos residentes descrevem a ERPI como um espaço facilitador do convívio, outras referiram sentir o ambiente hostil ou desrespeitoso, evidenciado o que a literatura designa por

“tratamento de bloco”. A residente nº 6 refere uma limitação crítica relacionada com a escassez dos recursos humanos, o que dificulta a prestação de cuidados personalizados. A residente nº 11 recusa-se a sair do quarto e o residente nº 7 recusa-se a participar na vida social da ERPI, preferindo a solidão do quarto ao convívio com pessoas cujo não se identificam. Estes relatos evidenciam que embora a ERPI oferece espaços de sociabilidade, estes não são utilizados por todos, uma vez que muitos residentes não se identificam com a heterogeneidade de pessoas com quem partilham esses mesmos lugares.

As entrevistas permitiram identificar três causas principais de solidão: a perda de familiares próximos, a ausência de visitas familiares e a perda de liberdade dos papéis sociais desempenhados em fases anteriores da vida. A análise demonstrou que a maioria dos residentes não recebe visitas regulares: apenas três dos residentes afirmam receber visitas praticamente diárias, enquanto seis referem receber visitas esporadicamente, sendo que um deles afirmou só ver a família no Natal.

No que diz respeito ao fortalecimento dos laços afetivos e ou sentimento de pertença, as narrativas oscilam entre a integração positiva e o isolamento deliberado. Algumas residentes descreveram estratégias ativas de criação vínculos, como procurar sentar-se junto de pessoas com quem se identificam. Outras revelaram mecanismos de reestruturação cognitiva e resiliência perante a adversidade, nomeadamente o movimento consciente de recusa do desânimo. Não obstante, assinalam-se casos em que a solidão se manifesta como uma condição existencial profunda, associada à perda de contacto familiar e à privação de liberdade.

Outro resultado significativo emergiu da distinção, feita pela própria psicóloga, quando distingue três fenómenos que o modelo operacional da ERPI tende a confundir: estar acompanhado (proximidade física), não estar sozinho (vigilância institucional) e comunicar (vínculo social). O modelo operacional garante os dois primeiros, mas falha no terceiro. A psicóloga reflete num fenómeno de “isolamento em grupo”, afirmando que as pessoas nunca estão sozinhas, mas estão apáticas à comunicação entre pares. Esta constatação é central para a análise porque revela que a lógica institucional, ao

agrupar pessoas no mesmo espaços, procurando acabar com o isolamento objetivo não resolver o sentimento subjetivo de solidão e pode criar a ilusão de companhia.

A animadora sociocultural salienta que as atividades, só por si, não anulam a solidão existencial dos residentes. Por sua vez, o psicólogo introduz a dimensão política do fenómeno, sustentando que a transferência estatal de responsabilidades sem o devido financiamento condiciona a capacidade de inovação da ERPI e agrava o isolamento vivido.

Respondendo à segunda pergunta de partida, a reconfiguração das intervenções socioculturais em prol de um envelhecimento ativo e saudável exige transcender o assistencialismo higienista. A evidência recolhida aponta para a urgência de flexibilizar rotinas institucionais, individualizar as atividades expressivas face à heterogeneidade cognitiva dos residentes e estreitar os laços com a malha comunitária exterior. Conforme problematizado no ponto 5.12, estas transformações requerem um compromisso estrutural que passa pela revisão dos rácios de recursos humanos da Portaria n.º 67/2012 e pelo incentivo a modelos residenciais de pequena escala, capazes de garantir cuidados centrados na dignidade, na agência moral e na preservação identitária da pessoa em idade avançada.

Em suma, os dados recolhidos permitem concluir que as práticas institucionais e a atuação a equipa multidisciplinar na ERPI em estudo têm um impacto ambivalente nas experiências de solidão e isolamento social dos residentes. As atividades expressivas, a mediação afetiva da equipa e a própria estrutura da instituição oferecem oportunidades de sociabilização de criação e manutenção de vínculos. Não obstante, a rigidez do modelo operacional, a heterogeneidade das necessidades dos residentes e a carência de recursos humanos limitam a capacidade de resposta ao isolamento, em especial em casos com maior vulnerabilidade. A grande reflexão após a realização deste relatório de estágio é a importância da qualidade das interações, a personalização dos cuidados e a valorização da história de vida de cada residente que se encontram as oportunidades para reduzir a solidão e promover o envelhecimento ativo e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbenante, S., Calore, T., Pereira, V. A. G., Iorio, R. C., García, I. R., Olivieri, S., & Pedone, A. (2020). Orientações para intervenções em arteterapia e arte como terapia para vítimas de violência baseada no género: Práticas e metodologias de arteterapia utilizadas no tratamento de vítimas de abuso e violência. *European Commission / Erasmus+ Project Reports.*

Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social*, *26*(1), 207-232.

Abrantes, P. (2011). Para uma teoria da socialização. Sociologia: *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 21, 121-139.*

Afonso, C., Morais, C., & de Almeida, M. D. V. (2012). Manual de Gerontologia-Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. *Lisboa: LIDEL.*

Amândio, S. L. (2004). O lugar social das emoções na investigação em ciências sociais: reflexão em torno de uma diligência em sociologia. *In Fórum Sociológico* (Vol. 11, No. 2ª série, pp. 363-372).

Barros, P. P., & Santos, C. (2024). Relatório de envelhecimento: Envelhecimento populacional, proteção financeira e envelhecimento ativo em Portugal. *Nova School of Business and Economics.*

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., de Sousa Fialho, J., & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Povos E Culturas, (16), 13-32.

Carvalho, M. I. (2011). Serviço social no envelhecimento. *Pactor.*

Carvalho, M. I., & Almeida, M. J. (2014). Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal. *Sociedade Portuguesa de Geriatria e de Gerontologia*, 1-11.

CNPD. (2022). Orientações aos investigadores sobre proteção de dados pessoas em investigação

Crispim, R. (2020). Velhice (s) e participação em estruturas residenciais para idosos percecionadas por pessoas idosas e assistentes sociais: um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS*, *6*(1), 81-96.

Crispim, R. (2021a). A intervenção do/a assistente social com pessoas idosas que residem em estruturas residenciais. Um estudo qualitativo a propósito das lógicas de projeto de vida. *Revista Temas Sociais*, (1), 148-169.

Crispim, R. (2021b). 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.

Cruz, P. (2009). *Envelhecimento ativo e qualidade de vida: Contributos para uma abordagem sociológica*. Universidade Lusíada Editora.

Cunha, R. (2007). M*usicoterapia na abordagem do portador de doença de Alzheimer: Intervenção e cognição*. Editora Memória Contemporânea.

Dantas de Macena, V., Bandeira, C. A. L., Silva, F. F. B., Souza, A. I. N., & Silva, F. M. (2016). A utilização da musicoterapia no tratamento da depressão em idosos institucionalizados.

Dias, M. A., & Paúl, C. (2014a). Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia. Kairos Revista Da Faculdade De Ciencias Humanas E Saude Issn 2176 901x.

Dias, I. (2006). Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas. José Machado Pais, Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas, *Porto, Âmbar, 2006. Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 16, 281-286.*

Pais, J. M. (2006). *Nos rastos da solidão: Deambulações sociológicas*. Âmbar.

Dias, S. L. A. E. S. (2014b). *Programação em artes performativas para idosos nos serviços educativos das redes culturais* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de

Educação de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa] http://hdl.handle.net/10400.21/4214

Dias, I. (2022). Violência e suicídio na velhice: Representações e discursos. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, *32*, 125–148.

Doll, J. (2006). Bem-estar na velhice: mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia na pós-modernidade. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1).

Dores, A. P. (2011). Medo e vergonha: Emoções comunitárias e emoções sociais. *Revista Angolana de Sociologia*, (7), 43–54. https://doi.org/10.4000/ras.1174

EAPN Portugal – Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza (2025). Pobreza e Exclusão Social em Portugal: Relatório 2025. EAPN Portugal.

Elias, N. (2010). O processo civilizador: Formação do estado e civilização (Vol. 2). *Jorge Zahar Editor.*

Elias, N. (2011). O processo civilizador: Uma história dos costumes (Vol. 1). *Jorge Zahar Editor.*

Ferreira, J. E. de S., & Carvalho, M. M. (2022). Arteterapia como ferramenta de acolhimento, cuidado e (re)criação de vidas: Relato de experiência formativa em uma instituição psiquiátrica https://orcid.org/0000-0001-9839-0235

Ferreira, P., & Marques, T. (2012). Redes sociais e envelhecimento. In Actas do VII *Congresso Português de Sociologia, Sociedade, Crise e Reconfigurações.*

Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. Geriatria & Gerontologia, 2(1), 32-37.

Freak-Poli, R., Htun, H. L., Teshale, A. B., & Kung, C. (2025). Understanding loneliness after widowhood: The role of social isolation, social support, self-efficacy, and health-related factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 129.

Freire, J. (2020). Trabalho fabril e observação participante: Comentário ao livro Entre a fábrica e a comunidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (66), 173–178.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). PORDATA: Dia mundial da população 2024: https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf

Giddens, A. (1992). The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies. *Stanford University Press.*

Goffman, E. (2001). Manicômios, prisões e conventos. *Perspectiva*.

Goffman, E. (2011). A representação do eu na vida cotidiana. *Vozes.*

Gonçalves, N., & Anica, A. F. S. (2018). Contributos do teatro para o envelhecimento (cri) ativo.

Holm, A. L., Severinsson, E., & Berland, A. K. (2019). The meaning of bereavement following spousal loss: A qualitative study of the experiences of older adults*. SAGE Open*, 9(4). https://doi.org/10.1177/2158244019894273

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Estimativas de população residente, Portugal, NUTS I, II e III e municípios exercício ad hoc 2020 e 2021 - Portugal.

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Censos 2021resultados definitivos - Portugal.

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Em 2023, a taxa de pobreza da população idosa era de 21,1% - Portugal.

Instituto Nacional De Estatística [INE] (2022). Pressão demográfica sobre a população em idade ativa mantém-se, com o índice de dependência total a continuar a aumentar - Portugal.

José, J. D. S. (2025). A Sociologia da velhice e do envelhecimento em Portugal: Uma análise socio-histórica. Sociologia *On Line, (37),* 1–25.

José, J. S., & Coelho, P. (2024). O suicídio na velhice em Portugal: Da confirmação de padrões já conhecidos à revelação de novos padrões*. Forum Sociológico*, (44), 13–23.

Lopes, A. C. (2022). O quotidiano e as práticas de cuidado em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Desafios à intervenção centrada na pessoa

[Dissertação de mestrado*]. Faculdade de Letras da Universidade do Porto / Repositório Aberto da U.Porto.*

Lopes, C. D. D. J., André, R., Sousa, L. M. M., Oliveira, I., & Silveira, T. (2019). Benefícios da musicoterapia no idoso com demência: revisão integrativa da literatura. Revista *Investigação Enfermagem, série II (26),* 45-59.

Lopes, I., & Carvalho, B. (2011). Serviço social e envelhecimento ativo: Teorias, práticas e dilemas profissionais. Universidade Lusíada de Lisboa

Magalhães, C. P., Antão, C., Bemposta, M. C. M., & Cruz, J. R. M. D. (2025). Envelhecimento demográfico-problema ou desafio?. *Atena Editora*

Marques, M. F. P. L. (2016). A felicidade não tem idade: Projeto de teatro e comunidade com seniores [*Trabalho de projeto de mestrado, Escola Superior de Teatro e Cinema, Instituto Politécnico de Lisboa].*

Marques, R. F. R., & Graeff, B. (2022). Análise Temática Reflexiva: interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte. MOTRICIDADES: *Revista da Sociedade de Pesquisa Qualitativa em Motricidade Humana,* 6(2), 115-130.

Martins, I. M. O., Almeida, I. M., & Carreira, I. F. (2023). A Solidão na velhice e a intervenção social em Portugal. *RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 4.*

Monteiro, I. S. (2023). Health (dis) equalities and social isolation and loneliness in the older people: a qualitative study (Master's thesis, *Instituto Politécnico do Porto (Portugal)).*

Morando, E. M. G., Schmitt, J. C., Ferreira, M. E. C., & Mármora, C. H. C. (2018). O conceito de estigma de Goffman aplicado à velhice. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, (2), 21-32.

Moreira, M. J. G. (2020). Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo. *Fundação Francisco Manuel dos Santos.*

Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: Desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós: Gerontologia*, *20*(4), 49–71.

Nunes, B. F. (2020). Design para a Musicoterapia (Master's thesis, Universidade do Porto (Portugal)).

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020). Linhas de orientação para a prática profissional: Intervenção psicológica com adultos mais velhos. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/lopp_intervencao_psicologica_com_adultos_mais_velhos.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Estados Unidos, 30, 12. https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf

Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Sociologia: *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto,* 15.

Pires, C. L., Duarte, N., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2020). Costs of informal caregiving in dementia. *Acta Médica Portuguesa*, 33(13).

PORDATA. População residente por sexo e grupo etário. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/relacao-de-masculinidade-por-grupo-etario

PORDATA. Relação de masculinidade por grupo etário. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/relacao-de-masculinidade-por-grupo-etario

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). Manual de investigação em ciências sociais *(2.ª ed.). Gradiva.*

Rapeli, A. R. R. (2024). Envelhecer: A solidão de existir?. Jornal de Psicanálise, 57(107), 257-266. 19

Relatório de envelhecimento. (2024.). Cátedra BPI | *Fundação "La Caixa" em Economia da Saúde.*

Ribeiro, A. P. F. F. (2022). *Idade D'Ouro Ativa (Mente): Um projeto de educação e intervenção social com pessoas adultas mais velhas* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto].

Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento "ativo" e os constrangimentos da sua definição. Sociologia: *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, (2), 33-52.

Rosa, M. J. V. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 1183-1198.

Santos, J. E. S., Nunes, L. V. P., & Granetto, L. F. (2024). Instituições totais: Há validade no conceito de mortificação do eu proposto por Goffman na atualidade? Aracê, 6(2).

Santos, R.M., Sousa, J.G. & Luís, L.F.S. (2018). Efeitos de sessões individuais de estimulação multissensorial em idosos dependentes institucionalizados*. Res Net Health* 4, 1-9.

Silva, A. (2025). Estruturas residenciais para pessoas idosas e modelos de cuidado: Um estudo sociológico. *Sociologia On Line*, *(31)*, 89–112.

Serviço Nacional de Saúde. (2017). Envelhecimento ativo e saudável. https://www.sns.gov.pt/sns/envelhecimento-ativo-e-saudavel/

Sousa, J., et al. (2021). O estudo de caso na investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*.

Toldy, T. M. (2004). Transformações da intimidade de Giddens à luz de alguns conceitos fundamentais de Max Weber. *Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UFP*

Trading Economics. (2026). Portugal: People at risk of poverty or social exclusion (65 years or over). https://tradingeconomics.com/portugal/people-at-risk-of-poverty-or-social-exclusion-65-years-or-over-eurostat-data.html

Urban, A. (2018). Velhice (envelhecimento) e dissociação-valor: linhas gerais para uma teoria crítica da velhice e do envelhecimento na sociedade produtora de mercadorias. *O Beco, Lisboa, abr*.

Vargas, D. R. M., Ferreira, L. B., & Rezende, L. V. (2013). A influência da musicoterapia na autoestima de idosos que vivem em uma instituição de longa permanência em Araguaína-to. *Revista Cereus*, *5*(1), 62-62.

Veiga, M. (2014). Legislação da União Europeia para o envelhecimento. *Debater a Europa*, *11*, 373-394.

Venâncio, J. F. N. (2016). *Estimulação multissensorial através da arte e de estratégias de mindfulness em idosos* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro].

Vieira, K. C., de Abreu Vieira, S., de Souza, A. C., de Lira Silva, M., & Bezerra, Y. C. P. (2025). O impacto da solidão e o isolamento social na saúde mental dos idosos. *Revista Contemporânea, 5(7)*, e8659-e8659.

Wacquant, L. (2006). A estigmatização territorial na idade da marginalidade avançada. Sociologia: *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 16.

Wengorovius, R., & Aguiar, R. (2014). Teatro e comunidade: projeto de investigação com seniores. *Escola Superior de Teatro e Cinema e a Câmara Municipal da Amadora (2012-2014)*

Zimerman, G. I. (2020). Velhice: aspectos biopsicossociais. *Porto Alegre*: Artmed, 2000.

Anexos

Anexo nº 1 – Caracterização sociodemográfica dos residentes entrevistados

Residente	Género	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Dependência
R. nº 1	Feminino	88	Viúva	n/d	Independente
R. nº 2	Feminino	93	Viúva	n/d	Moderada
R. nº 3	Feminino	90	Viúva	Sabe ler e escrever	Total
R. nº 4	Feminino	95	Casada	4.ª classe	Independente
R. nº 5	Masculino	88	Casado	Licenciatura	Independente
R. nº 6	Feminino	92	Viúva	4.ª classe	Independente
R. nº 7	Masculino	91	Viúvo	Ensino preparatório	Ligeira
R. nº 8	Masculino	80	Divorciado	Licenciado	Moderada
R. nº 9	Feminino	89	Solteira	4.ª classe	Independente
R. nº 10	Feminino	82	Solteira	4.ª classe	Ligeira
R. nº 11	Feminino	91	Viúva	Ensino secundário	Ligeira

Anexo nº 2 – Caracterização da equipa multidisciplinar entrevistada

Residente	Género	Escolaridade	Escalão de Antiguidade
Animadora Sociocultural	Feminino	Ensino secundário.	Mais de 25 anos.
Animadora Sociocultural II	Feminino	Licenciatura.	Menos de 10 anos.
Psicóloga (interna)	Feminino	Licenciatura em psicólogo e mestrado em psicologia Clínica e da Saúde	Mais de 20 anos.
Psicólogo (externo, membro de um projeto)	Masculino	Licenciatura em psicólogo e mestrado em psicologia Clínica e da Saúde	Menos de 5 anos.
Administrativa (anteriormente Técnica de Ação Direta)	Feminino	Ensino secundário, curso profissional de gestão	Mais de 20 anos.

Diretora	Feminino	Licenciatura em Enfermagem, especialidade em saúde e da doença e mestrado em saúde infantil e pediátrica	Mais de 35 anos.
Técnica de Ação Direta	Feminino	Ensino preparatório	Mais que 15 anos.
Enfermeira	Feminino	Licenciatura em Enfermagem	Mais que 5 anos
Educadora Social	Feminino	Licenciatura em Educação Social	Mais que 5 anos

Anexo nº 3 – Grelha de análise das observações nº 1

Frequências de intervenção	**Qualidades das interações**	**Expressões físicas/emocionais**	**Equipa multidisciplinar (quem atuou)**	**Indicadores de isolamento**
Baixa				0. Com isolamento
Moderada			.	1. Algum isolamento
Alta				2. Sem Isolamento

Anexo nº 4 – Grelha de análise das observações nº 2

Dimensão	Indicadores de análise
Ambiente físico	
Qualidade das interações	
Expressões físicas e emocionais	
Equipa multidisciplinar	
Participação segundo género	
Materiais utilizados	
Participação segundo graus de dependência	
Indicadores de isolamento	

Anexo nº 5 – Grelha de análise das entrevistas à equipa multidisciplinar

Dimensão/categoria	Indicadores/ Subcategoria	Objetivo da Investigação	Excertos de referência
Enquadramento profissional • Qual é a sua formação académica? • Há quanto tempo exerce funções nesta instituição? • Quais são as suas principais responsabilidades?	Perfil e função da equipa	Formação académica, tempo de serviço na instituição e responsabilidade principais	
Funcionamento institucional • Como descreveria o funcionamento geral da residência? • Como se dá a organização articulada entre os diferentes profissionais da equipa? • Como é feita a avaliação das necessidades dos residentes? Como são avaliados individualmente?	Modelo operacional	Funcionamento geral da residência e articulação entre profissionais. Avaliação das necessidades e avaliação individual dos residentes.	
Intervenção profissional • No quotidiano da residência quais são as principais responsabilidades da sua função? • Que tipo de atividades/intervenções desenvolve com os residentes? • Como adapta as intervenções às diferentes capacidades	Práticas Diárias	Responsabilidades diárias e tipo de atividades desenvolvidas. Estratégias de adaptação às capacidades físicas e cognitivas dos residentes.	

físicas e cognitivas dos residentes?			
Trabalho de Equipa • Como avalia o trabalho em equipa da residência? • Considera que existe uma abordagem verdadeiramente interdisciplinar? • Quais são os maiores desafios no trabalho multidisciplinar, que combinam ação social, saúde, psicologia e gerontologia? • Quais são as estratégias de comunicação utilizadas para a comunicação fluir com diversos códigos de linguagem próprios de cada área de atuação?	Dinâmica Multidisciplinar	Qualidade do trabalho de equipa e nível de interdisciplinaridade- Desafios na colaboração (social, saúde, psicologia, gerontologia) e estratégias de comunicação.	
Bem-estar do residente • Como classifica, na soa opinião, o bem-estar da maioria dos residentes em idade avançada? • Como é trabalhada a participação ativa e a autonomia dos residentes? • Quais são as intervenções e os fatores essenciais para garantir a	Qualidade de Vida	Perceção do bem-estar, autonomia e participação ativa dos residentes. Fatores de preservação do bem-estar e estratégias de inclusão social.	

preservação do bem-estar, físico, social e psicológico dos residentes? • Considera que todos os residentes são tratados de forma a que se sintam incluídos nas atividades do lar? • A quantidade de pessoas que residem na instituição trás problemas adjacentes ao funcionamento pleno das atividades do dia a dia?			
Desafios Laborais • Quais os maiores desafios em trabalhar em contexto institucional de pessoas com idade avançada? • Existe outro tipo de formação continua que seja essencial para o funcionamento futuro da sua atividade na residência? • Existem recursos humanos e matérias necessários para o funcionamento da sua função? • Deseja poder melhorar ou criar algo diferente na instituição futuramente?	Recursos e Gestão	Impacto da lotação/número de residentes no funcionamento. Desafios específico de trabalho institucional com pessoas mais velhas.	

Impacto pessoal • Em que medida as tarefas que a sua profissão exige moldam a sua maneira de viver? Qual o impacto emocional adjacente? • Quais são as maiores satisfações que este trabalho lhe proporciona? • Pretende continuar a trabalhar com pessoas com idade avançada? Porque?	Reflexão Profissional	Impacto das tarefas na vida pessoal e carga emocional. Motivação, satisfação profissional e perspetivas futuras na área.	

Anexo nº 6 – Grelha de análise das entrevistas aos residentes da ERPI

Dimensão/categoria	Indicadores/ Subcategoria	Objetivo da Investigação	Excertos de referência
História de vida: pré institucionalização • Como foi a sua relação com a sua família ao longo da vida? • Sentia-se apoiado pela comunidade e a rede de amigos durante a sua vida? • Participava em atividades sociais, religiosas ou comunitárias? • Como descreveria o seu papel na família e na comunidade?	Dinâmicas familiares, apoio da comunidade, participação social, religiosa ou comunitária.	Estabelecer o perfil basal e identificar fatores de vulnerabilidade prévios à institucionalização.	
Processo de Institucionalização • Como aconteceu a decisão de vir para esta instituição? Foi uma decisão sua, da família, ou conjunta? • Como se sentiu nesse momento? Sentiu que perdeu ou ganhou alguma coisa no processo?	Decisão (agência do residente vs. família), impacto emocional imediato, perceção de perda ou ganho.	Compreender o contexto da transição e a autonomia do residente no processo de mudança.	

Relações Interpessoais • Como é a sua relação com os outros residentes? E com os profissionais da instituição? • Com que frequência recebe visitas?	Relação com outros residentes e profissionais, frequências de visitas, qualidade da rede de suporte.	Avaliar a qualidade da rede social atual e o papel da residência na mediação dos afetos.	
Isolamento Social e Solidão • Sente que mantém contacto suficiente com as pessoas que são importantes para si? • Alguma vez se sentiu sozinho, mesmo estando rodeado de pessoas? O que contribui para se sentir assim? • O ambiente no ERPI facilita o convívio entre residentes? • Sente solidão? Se sim, a solidão que sente hoje é diferente da que possa ter sentido noutras fases da vida? • A solidão que sente afeta-o/a em que sentido? Se é que o/a afeta de todo? • Sente mais ou menos solidão do que antes de entrar	Compreender o sentimento subjetivo da solidão, comparação com fases anteriores da vida, influencia do ambiente na ERPI.	Identificar as causas da solidão e verificar se o ambiente institucional atenua ou potencia o isolamento.	

no ERPI? O que contribui para esse sentimento?			
Envolvimento em Atividades • Participa nas atividades fornecidas pela instituição? Em que atividades participa? E com que frequência? • Vai por iniciativa própria a essas atividades ou por incentivo de alguém? b) Grau de Satisfação Grau de Satisfação (se participar) • Sente-se satisfeito com as atividades que a instituição oferece? • O que é que mais gosta nas atividades? Quais são as suas preferidas? (se não participar) • Por que razão não participa nas atividades propostas pelo ERPI? • As atividades não são	Tipologia de participação, motivação (Iniciativa própria vs. incentivo), satisfação barreiras à participação	Avaliar a adequação das atividades não satisfeitas dos residentes.	"O yoga, aquela atrapalhada toda, eu gosto da atividade."

adequadas aos seus interesses ou tem outras razões para não participar? • Acha que as atividades existentes são necessárias? Que tipo de atividades gostaria que existissem no futuro? Tem sugestões?			
Estratégias de *Coping* e Bem-Estar • Que estratégias individuais encontra para passar o seu tempo? • De que forma combate o sentimento de solidão quando ele aparece no seu dia a dia? • O que poderia ser feito para que se sentisse mais acompanhado? • Como descreveria esta fase da sua vida?	Estratégias individuais de ocupação, gestão da solidão no quotidiano, sugestões de melhoria.	Explorar mecanismos de resiliência e identificar intervenções que provocam o bem-estar dos residentes.	
Envelhecimento e Velhice • O que gostaria que as pessoas soubessem sobre si?			

• Se pudesse mudar algo na sua situação atual, o que mudaria? • Há algo mais que gostaria de partilhar?			

Anexo nº 7 – Consentimento informado para a equipa

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

(Informação para a equipa multidisciplinar)

Eu,_____,
declaro aceitar, voluntariamente, participar do estudo, que se insere-se no âmbito da realização de um relatório de estágio de Mestrado em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto e tem como objetivo principal: compreender como pessoas em idade avançada em contexto de residencial, vivenciam e atribuem significado à solidão e ao isolamento social, analisando os seus impactos no bem-estar, na autonomia e na inclusão social.

Este estudo procura (1) Analisar a atuação das equipas multidisciplinares (nas áreas de saúde e do social) na prestação de apoio biopsicossocial, identificando as práticas institucionais que medeiam os processos de autonomia e integração social dos residentes; (2) Mapear as dinâmicas de integração social resultantes das intervenções existentes, avaliando o seu contributo para a mitigação do sentimento de solidão e para o fortalecimento dos laços afetivos e do sentimento de pertença à comunidade institucional; (3) Coproduzir, com as pessoas mais velhas e os profissionais que atuam na área, novas estratégias socioculturais que ampliem as oportunidades de participação e fortaleçam a identidade coletiva das pessoas em idade avançada.

Afirmo que li este documento, com a atenção devida, interiorizando o que esperar acerca da minha participação do estudo. A entrevistadora forneceu-me tempo e um folheto informativo antes da entrega do documento de consentimento, potencializando a oportunidade de colocar preguntas referentes à minha participação no estudo em causa. Obtive as respostas de forma clara esclarecendo assim todas as minhas dúvidas.

A entrevistadora garante o direito total de recusar a qualquer momento participar na realização desta entrevista e preserva o anonimato e a confidencialidade

após a transcrição da mesma. A saída da participação no estudo, ou a não resposta a qualquer uma das perguntas colocadas, em nada me prejudica. As entrevistas serão gravadas em dispositivos sem ligação a rede, e guardadas em ficheiros encriptados. Após a transcrição, feita no máximo até 48 horas, o ficheiro de áudio será eliminado.

Porto,_____de_____de 2026.

_____ (Assinatura da entrevistadora)

Anexo nº 8 – Consentimento informado para residentes

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

(Informação para os residentes da ERPI)

Eu,_____,
declaro aceitar, voluntariamente, participar do estudo, que se insere-se no âmbito da realização de um relatório de estágio do Mestrado em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto e tem como objetivo principal: compreender como pessoas em idade avançada em contexto de residencial, vivenciam e atribuem significado ao sentimento de solidão e ao isolamento social, analisando os seus impactos no bem-estar, na autonomia e na inclusão social.

Este estudo procura (1) Analisar a atuação das equipas multidisciplinares (nas áreas de saúde e do social) na prestação de apoio biopsicossocial, identificando as práticas institucionais que medeiam os processos de autonomia e integração social dos residentes; (2) Mapear as dinâmicas de integração social resultantes das intervenções existentes, avaliando o seu contributo para a mitigação do sentimento de solidão e para o fortalecimento dos laços afetivos e do sentimento de pertença à comunidade institucional; (3) Coproduzir, com as pessoas mais velhas e os profissionais que atuam na área, novas estratégias socioculturais que ampliem as oportunidades de participação e fortaleçam a identidade coletiva das pessoas em idade avançada.

Afirmo que li este documento, com a atenção devida, interiorizando o que esperar acerca da minha participação do estudo. A entrevistadora forneceu-me tempo e um folheto informativo antes da entrega do documento de consentimento, potencializando a oportunidade de colocar preguntas referentes à minha participação no estudo em causa. Obtive as respostas de forma clara esclarecendo assim todas as minhas dúvidas.

A entrevistadora garante o direito total de recusar a qualquer momento participar na realização desta entrevista e preserva o anonimato e a confidencialidade

após a transcrição da mesma. A saída da participação no estudo, ou a não resposta a qualquer uma das perguntas colocadas, em nada me prejudica. As entrevistas serão gravadas em dispositivos sem ligação a rede, e guardadas em ficheiros encriptados. Após a transcrição, feita no máximo até 48 horas, o ficheiro de áudio será eliminado.

Porto,_____de_____de 2026.

_____ (Assinatura da entrevistadora)

Anexo nº 9 – Guião de entrevista: pessoas em idade avançada residentes na ERPI

Guião de entrevista: pessoas em idade avançada residentes na ERPI

Título do projeto de estágio: A solidão e o Isolamento social no meio de tanta gente
Mestrado em Sociologia, FLUP, 2026

1. História de Vida:

a) Antes da institucionalização:

- Como foi a sua relação com a sua família ao longo da vida?
- Sentia-se apoiado pela comunidade e a rede de amigos durante a sua vida?
- Participava em atividades sociais, religiosas ou comunitárias?
- Como descreveria o seu papel na família e na comunidade?

b) Processo de Institucionalização:

- Como aconteceu a decisão de vir para esta instituição? Foi uma decisão sua, da família, ou conjunta?
- Como se sentiu nesse momento? Sentiu que perdeu ou ganhou alguma coisa no processo?

2. Experiência Atual na Instituição:

a) Relações Interpessoais

- Como é a sua relação com os outros residentes? E com os profissionais da instituição?
- Com que frequência recebe visitas?

b) Isolamento Social

- Sente que mantém contacto suficiente com as pessoas que são importantes para si?
- Alguma vez se sentiu sozinho, mesmo estando rodeado de pessoas? O que contribui para se sentir assim?
- O ambiente no ERPI facilita o convívio entre residentes?

c) Solidão:

- Sente solidão? Se sim, a solidão que sente hoje é diferente da que possa ter sentido noutras fases da vida?
- A solidão que sente afeta-o/a em que sentido? Se é que o/a afeta de todo?
- Sente mais ou menos solidão do que antes de entrar no ERPI? O que contribui para esse sentimento?

3. Atividades

a) Participação nas atividades:

- Participa nas atividades fornecidas pela instituição? Em que atividades participa? E com que frequência?
- Vai por iniciativa própria a essas atividades ou por incentivo de alguém?

b) Grau de Satisfação

(se participar)

- Sente-se satisfeito com as atividades que a instituição oferece?
- O que é que mais gosta nas atividades? Quais são as suas preferidas?

(se não participar)

- Por que razão não participa nas atividades propostas pelo ERPI?
- As atividades não são adequadas aos seus interesses ou tem outras razões para não participar?
- Acha que as atividades existentes são necessárias? Que tipo de atividades gostaria que existissem no futuro? Tem sugestões?

4. Estratégias de Coping e Bem-Estar:

- Que estratégias individuais encontra para passar o seu tempo?
- De que forma combate o sentimento de solidão quando ele aparece no seu dia a dia?
- O que poderia ser feito para que se sentisse mais acompanhado?

5. Reflexões finais

- Como descreveria esta fase da sua vida?
- O que gostaria que as pessoas soubessem sobre si?
- Se pudesse mudar algo na sua situação atual, o que mudaria?
- Há algo mais que gostaria de partilhar?

Anexo nº 10 – Guião de entrevista: equipa multidisciplinar

Guião de entrevista: equipa multidisciplinar que labora na ERPI

Título do projeto de estágio: A solidão e o Isolamento social no meio de tanta gente
Mestrado em Sociologia, FLUP, 2026

1. Enquadramento profissional

- Qual é a sua formação académica?
- Há quanto tempo exerce funções nesta instituição?
- Quais são as suas principais responsabilidades?

2. Planeamento das Atividades

- Como descreveria o funcionamento geral da residência?
- Como se dá a organização articulada entre os diferentes profissionais da equipa?
- Como é feita a avaliação das necessidades dos residentes? Como são avaliados individualmente?

3. Intervenção profissional

- No quotidiano da residência quais são as principais responsabilidades da sua função?
- Que tipo de atividades/intervenções desenvolve com os residentes?
- Como adapta as intervenções às diferentes capacidades físicas e cognitivas dos residentes?

4. Trabalho da equipa multidisciplinar

- Como avalia o trabalho em equipa da residência?
- Considera que existe uma abordagem verdadeiramente interdisciplinar?
- Quais são os maiores desafios no trabalho multidisciplinar, que combinam ação social, saúde, psicologia e gerontologia?

5. Quais as estratégias de comunicação utilizadas para a comunicação fluir com diversos códigos de linguagem próprios de cada área de atuação

6. Bem-estar dos residentes

- Como classifica, na soa opinião, o bem-estar da maioria dos residentes em idade avançada?
- Como é trabalhada a participação ativa e a autonomia dos residentes?
- Quais são as intervenções e os fatores essenciais para garantir a preservação do bem-estar, físico, social e psicológico dos residentes?
- Considera que todos os residentes são tratados de forma a que se sintam incluídos nas atividades do lar?
- A quantidade de pessoas que residem na instituição trás problemas adjacentes ao funcionamento pleno das atividades do dia a dia?

7. Desafios laborais

- Quais os maiores desafios em trabalhar em contexto institucional de pessoas com idade avançada?
- Existe outro tipo de formação continua que seja essencial para o funcionamento futuro da sua atividade na residência?
- Existem recursos humanos e matérias necessários para o funcionamento da sua função?
- Deseja poder melhorar ou criar algo diferente na instituição futuramente?

8. Impacto da profissão na vida pessoal

- Em que medida as tarefas que a sua profissão exige moldam a sua maneira de viver? Qual o impacto emocional adjacente?
- Quais são as maiores satisfações que este trabalho lhe proporciona?
- Pretende continuar a trabalhar com pessoas com idade avançada? Porque?

Anexo nº 11 – Folheto de informação

U.PORTO
FLUP FACULDADE DE LETRAS
UNIVERSIDADE DO PORTO

FOLHETO DE INFORMAÇÃO

As entrevistas a realizar por parte dos participantes que recebem este folheto de informação inserem-se na realização de um relatório de estágio do Mestrado em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto. O objetivo principal é: compreender como pessoas em idade avançada em contexto residencial, vivenciam e atribuem significado ao sentimento de solidão e ao isolamento social, analisando os seus impactos no bem-estar, na autonomia e na inclusão social. Este objetivo desenrola-se em três objetivos específicos: (1) Analisar a atuação das equipas multidisciplinares (nas áreas de saúde e do social) na prestação de apoio biopsicossocial, identificando as práticas institucionais que medeiam os processos de autonomia e integração social dos residentes; (2) Mapear as dinâmicas de integração social resultantes das intervenções existentes, avaliando o seu contributo para a mitigação do sentimento de solidão e para o fortalecimento dos laços afetivos e do sentimento de pertença à comunidade institucional; (3) Coproduzir, com as pessoas mais velhas e os profissionais que atuam na área, novas estratégias socioculturais que ampliem as oportunidades de participação e fortaleçam a identidade coletiva das pessoas em idade avançada.

O presente estudo procura colocar como pedra angular os agentes sociais que residem na ERPI, propondo emancipar a sua proatividade no desenvolvimento de conhecimento científico acerca do tema. Para este efeito é fundamental a conversação com a equipa multidisciplinar que trabalha diretamente com estratégias de combate ao isolamento social e ao sentimento de solidão que possam existir na instituição. Procura-se compreender as perceções acerca do isolamento social e a solidão, as suas consequências diretas e os mecanismos de superação, tanto as próprias como as oferecidas pela equipa multidisciplinar da ERPI.

Este folheto, entregue previamente à realização da entrevista, pretende o esclarecimento das informações essências para a participação na recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas. A recolha dos dados será feita tendo em conta entrevistas de história de vida às pessoas residentes da ERPI, procurando compreender como foi o processo de institucionalização, as experiências atuais na instituição, a participação das atividades e o seu grau de satisfação acerca destas, quais as estratégias de *Coping* e bem-estar próprios para combater a solidão e o Isolamento social e a reflecção critica sobre viver em idade avançada.

Procura-se realizar entrevistas à equipa multidisciplinar que trabalha na ERPI tendo em conta a organização e funcionamento da instituição, a intervenção profissional, trabalho em equipa multidisciplinar, o bem-estar e a qualidade de vida dos residentes, os desafios laborais e o impacto da profissão na vida pessoal.

Após a leitura do folheto informativo, a investigadora terá que responder a todas questões necessárias acerca da participação no estudo em causa. Nos momentos que precedem à realização das entrevistas o documento de consentimento informado terá de ser assinado, tanto pelo participante como pela investigadora responsável pela realização da entrevista.

A entrevistadora garante o anonimato e a confidencialidade, tal como o direito total de recusar a participação a qualquer momento. A saída da participação no estudo, ou a não resposta a qualquer uma das perguntas colocadas, em nada prejudicará os participantes. As entrevistas serão gravadas em dispositivos sem ligação a rede, e guardadas em ficheiros encriptados. Após a transcrição, feita no máximo até 48 horas, o ficheiro de áudio será eliminado.

Anexo nº 12 – Caracterização sociodemográfica dos residentes

Idade	Contagem	Percentagem
58 a 64 anos	8	7,3%
65 a 74 anos	18	16,4%
75 a 84 anos	26	23,6%
85 a 94 anos	41	37,3%
95 ou mais anos	17	15,5%

Tabela nº 1 – Idade dos residentes da ERPI

Do total de 110 residentes da ERPI, a distribuição etária evidencia uma clara concentração nas idades mais avançadas. O grupo modal compreende os indivíduos entre os 85 e os 94 anos (37,3%), seguido pelo escalão dos 75 aos 84 anos (23,6%) e pelo escalão com 95 ou mais anos (15,5%). As faixas relativamente mais jovens representam contingentes minoritários: 16,4% entre os 65 e os 74 anos, e 7,3% no escalão dos 58 aos 64 anos. A média situa-se nos 83,2 anos e a mediana nos 85,5 anos, confirmando uma distribuição com assimetria negativa. Em termos de amplitude, a idade mínima é de 58 anos e a máxima de 101 anos. A população é maioritariamente feminina, com 84 mulheres (76,4%), enquanto os homens representam 26 residentes (23,6%). A mediana é superior à média, 85,5 e 83,2 anos respetivamente, o que sugere uma distribuição com uma ligeira assimetria negativa. A maior parte dos residentes encontra-se concentrada nas faixas etárias mais avançadas, estando mais de metade dos residentes acima dos 85 anos de idade. Em termos de amplitude a análise dos dados representa uma heterogeneidade significativa na idade. O residente mais novo tem 58 anos enquanto mais velho 101 anos de idade, o que corrobora o argumento que a instituição acolhe perfis etários muito distintos: desde indivíduos com necessidades de cuidados em idades mais precoce. O desvio-padrão[5] indica que, embora exista um agrupamento em terno da média, há uma variabilidade considerável, o que exige que a instituição tenha

[5] 10,7 anos.

capacidade de reposta para diferentes estádios de envelhecimento e necessidades de saúde associadas às diversas faixas etárias.

Género	Contagem	Percentagem
Feminino	84	76,4%
Masculino	26	23,6%
Total	110	100%

Tabela nº 2 – Divisão por género dos residentes da ERPI

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que 37 residentes (33,6%) estão classificados como "n/d"[6], e outros 37 (33,6%) encontram-se no 3º ano de ensino básico. Em conjunto, estes dois grupos representam mais de dois terços da amostra. No polo oposto, os níveis de escolaridade mais elevados são pouco frequentes: apenas 8 pessoas (7,3%) dos 101 possuem licenciatura e apenas 1 (0.9%) bacharelato. O ensino secundário oi registado em 6 casos (5,5%), enquanto o ensino técnico-profissional aprece em 4 (3,6%). As categorias intermedias (ensino preparatório com 3 pessoas, 2,7%; 2º e 4º classe com 2 cada 1,8%) apresentam valores residuais. Nenhum dos residentes apresenta como concluído a 1ª classe.

Habilitação	Contagem	Percentagem
n/d	37	33,6%
Não sabe ler nem escrever	5	4,5%
Sabe ler e escrever	5	4,5%
Ensino Básico – 1ª classe	0	0%
Ensino Básico – 2ª classe	2	1,8%
Ensino Básico – 3ª classe	37	33,6%

[6] não disponível

Ensino Básico – 4ª classe	2	1,8%
Ensino preparatório	3	2,7%
Ensino técnico – profissional	4	3,6%
Ensino secundário	6	5,5%
Licenciatura	8	7,3%
Bacharelato	1	0,9%

Tabela nº 3 – Habilitações Literárias dos residentes da ERPI

No que diz respeito ao grau de dependência dos residentes da ERPI, observa-se que 10 indivíduos (9,1%) apresentam um nível de independência. A dependência ligeira abrange 30 residentes (27,3%), enquanto a dependência moderada contabiliza 25 residentes (22,7%). Relativamente aos níveis de maior compromisso, a dependência severa inclui 6 residentes (5,5%) e a dependência total engloba 39 residentes (35,5%).

Dependência	Contagem	Percentagem
Independência	10	9,1%
Dependência ligeira	30	27,3%
Dependência moderada	25	22,7%
Dependência severa	6	5,5%
Dependência Total	39	35,5%

Tabela nº 4 – Grau de dependência dos residentes da ERPI

Quanto ao estado civil, a maioria dos residentes é solteira, com 46 indivíduos (41,8%). Seguem-se os residentes viúvos com 33 (30%), os divorciados com 16 (14,5%) e, por fim, os casados com 15 (13,6%).

Estado Civil	Contagem	Percentagem
Solteiro	46	41,8%
Casado	15	13,6%
Divorciado	16	14,5%
Viúvo	33	30%

Tabela nº 5 – Estado civil dos residentes da ERPI

Em conclusão no que concerne ao contexto social e educativo, a maioria dos residentes possui níveis de escolaridade básicos (33,6%), sendo que apenas 7,3% detêm um curso superior. O estado civil sublinha uma fragilidade na rede de suporte familiar, com 41,8% dos residentes sem cônjuge. Esta necessidade de apoio é corroborada pelos níveis de dependência, onde cerca de 35,5% dos utentes apresentam um nível de dependência total (nível 5), exigindo cuidados intensivos e contínuos.

A ocupação dos pisos da ERPI revela uma concentração significativa nos pisos inferiores e intermédios, o que pode ter implicações diretas na logística de cuidados e na circulação das equipas de enfermagem. O 3º piso destaca-se como a área com maior ocupação, acolhendo 35 residentes (31,8%), seguindo de perto pelo 1º piso (28,2%) e pelo 2º piso (20,9%). Quando somados, estes três pisos concentram cerca de 80,9% da população residente. Em contraste, os pisos 4º e 5º apresentam uma ocupação muito mais reduzida, com 11 (10%) e 10 (9,1%) residentes respetivamente. Esta distribuição sugere uma gestão de espaço onde a maioria dos utentes está centralizada, o que pode facilitar a vigilância e a prestação de cuidados diretos, mas que também exige uma gestão eficiente dos fluxos de pessoas e de recursos nesses andares mais densamente povoados. acamados e dependência total

Piso	Contagem	Percentagem
1	31	28,2%
2	23	20,9%
3	35	31,8%
4	11	10%
5	10	9,1%

Tabela nº 6 – Distribuição dos residentes da ERPI por piso (Escala de Barthel)

A distribuição física, demonstra uma centralização nos pisos inferires e intermédios, pela gestão otimizada dos recursos humanos de cuidados diretos e a existência de suites nos pisos 4º e 5º, onde residem os clientes privados em menor número do que os clientes abrangidos por Acordo de Cooperação[7] e vagas Extra Acordo[8] abrangidas pelo financiamento de Instituto de Segurança Social. O 1º e o 2º isso são compostos pelos residentes que possuem AC com todos os graus de dependência aferidos anteriormente. No 3º piso os residentes encontram-se acamados, ou seja, indivíduos com mobilidade muito reduzida ou nula. Esta disposição impõe desafios de logística e circulação para garantir a qualidade do apoio prestado numa estrutura com uma população maioritariamente dependente.

Inscrição	Contagem	Percentagem
1998 – 2007	3	2,7%
2008 – 2017	21	19,1%
2018 – 2026	86	78,2%

Tabela nº 7 – Intervalo de anos por inscrição dos residentes na ERPI

A análise de período de inscrição oferece uma visão clara sobre a renovação da população da instituição, evidenciando uma entrada massiva de novos residentes num

[7] AC
[8] EA

período de tempo relativamente curto. A vasta maioria da população atual, composta por 86 residentes (78,2%) iniciou o processo residencial na ERPI entre 2018 e 2026. Este dado sugere que existe elevada rotatividade ou uma expansão da capacidade de instalação nos últimos anos. Em comparação, a parcela de residentes que se encontra instalada com uma permanência mais longa é residual: apenas 21 residentes (19,1%) foram inscritos ente 2008 e 2017, e um número muito reduzido, apenas 3 residentes (2,7%), entrou entre 1998 e 2007. Este perfil da população residente impõe desafios específicos à instituição, nomeadamente na adaptação dos novos utentes à cultura institucional, bem como, na necessidade de a equipa técnica integrar rapidamente todos os novos residentes tal como as suas características próprias, necessidades e histórias de vida particulares.

A mediana de 2022 é um dado revelador. Indica que metade dos atuais residentes ingressou na instituição nos últimos quatro anos. Com a análise do valor do desvio-padrão (4,88 anos), relativamente baixo, confirma que a grande massa dos residentes está “agrupada” em torno do período de entrada recente (2018 – 2026). A diferença entre o mínimo (1998) e o máximo (2026) demonstra que, embora a maioria seja residente recente, a instituição possui um núcleo de habitantes de longa duração (com cerca de 28 anos de permanência), que contrastam com as entradas recentes.

Em suma, a ERPI caracteriza-se por ser uma estrutura que acolhe, na sua maioria mulheres com idade avançada, com níveis de dependência que requerem cuidados especializados, e que enfrenta o desafio de integrar um volume significativo de novos utentes num curto espaço de tempo, gerindo a sua ocupação de forma centrada nos pisos intermédios da unidade.