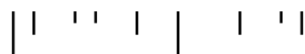


A Saúde Mental nos idosos institucionalizados: O papel da Animação Sociocultural na promoção do bem-estar

Cristiana Simões

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa
para
obtenção de grau de mestre em Educação Social e Intervenção
Comunitária

2024-2025



A Saúde Mental nos idosos institucionalizados: O papel da Animação Sociocultural na promoção do bem-estar

Cristiana Simões

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação de Lisboa
para
obtenção de grau de mestre em Educação Social e Intervenção
Comunitária

Orientador: Professor Miguel Mata Pereira

Júri

Presidente: Professora Doutora Maria João Hortas

Arguente: Professora Joana Campos

Orientador: Professor Miguel Mata Pereira

2024-2025



Agradecimentos

Agradeço, do fundo do coração, às amigas que se tornaram irmãs ao longo destes cinco anos em que a ESELx foi a minha casa. À Sara, à Liliana, à Érica, à Andreia e à Faby sem vocês, não teria sido possível concretizar este capítulo tão importante da minha vida. Obrigada por cada partilha, cada riso, cada lágrima e, acima de tudo, por nunca me deixarem desistir.

Agradeço ao Professor Miguel Mata Pereira, que prontamente aceitou acompanhar-me nesta jornada e que se mostrou sempre disponível para me aconselhar e apoiar ao longo deste percurso exigente. A sua orientação foi fundamental para a realização deste trabalho.

Ao Grupo Esperança Sénior, o meu mais sincero agradecimento. Sempre demonstraram disponibilidade para acolher o meu estudo, incentivando-me continuamente a fazer mais e melhor. Deram-me um espaço onde me senti em casa, com 45 utentes que se tornaram parte da minha família e que tive o privilégio de acompanhar e cuidar durante este último ano.

Agradeço, com todo o amor, à minha alma gémea, ao amor da minha vida. Sempre acreditaste em mim, mesmo quando eu duvidava das minhas capacidades. Estiveste ao meu lado nas noites em que adormecia às 01h00 após longas horas de aulas, e nas madrugadas em que acordava às 06h00 para exercer as funções de diretora técnica de um lar com 45 utentes e 30 funcionárias. Limpaste as minhas lágrimas, deste-me força, e foste (e és) o meu maior fã. Amo-te eternamente, meu noivo.

Por fim, dedico este trabalho aos meus grandes amores: o avô Zé, a avó Lena e a avó Luíza. Embora já não estejam fisicamente presentes, sei que me acompanharam em cada passo e que continuam a viver no meu coração. Espero que, onde quer que estejam, sintam orgulho no caminho que construí.

Resumo

A presente dissertação, intitulada “*A Saúde Mental nos Idosos Institucionalizados: O Papel da Animação Sociocultural na Promoção do Bem-Estar*”, investiga o contributo das atividades socioculturais para a saúde mental de pessoas idosas residentes em lares, a partir da perspectiva dos profissionais que nelas intervêm. Desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária, o estudo recorre a uma abordagem metodológica mista, combinando um estudo piloto, entrevistas semiestruturadas (n=25) e um grupo focal com animadores socioculturais.

Participaram neste estudo 29 profissionais de diferentes áreas relacionadas com a intervenção gerontológica: 4 no estudo-piloto, 25 nas entrevistas e 7 no grupo focal.

Os resultados evidenciam:

- O reconhecimento da saúde mental como dimensão estruturante da qualidade de vida em contexto institucional, com impacto direto na adaptação ao lar e na participação ativa dos residentes;
- A existência de constrangimentos estruturais, nomeadamente a escassez de profissionais de saúde mental, a prevalência de um modelo centrado nos cuidados físicos e o enfraquecimento dos laços familiares;
- A eficácia de estratégias que valorizam a autonomia e a identidade dos idosos, como atividades artísticas, musicais, expressivas e intergeracionais;
- A centralidade da animação sociocultural enquanto espaço de criação de vínculos, promoção da autoestima e combate à solidão.

Conclui-se que a promoção da saúde mental em lares carece de uma abordagem integrada e multidisciplinar, que valorize a dimensão emocional do envelhecimento e reconheça a animação sociocultural como ferramenta pedagógica, relacional e terapêutica essencial para uma institucionalização mais humana, ativa e digna.

Palavras-chave: Saúde mental, Idosos institucionalizados, Animação Sociocultural e Bem-estar emocional.

Abstract

This dissertation, entitled "Mental Health in the Institutionalised Elderly: The Role of Sociocultural Animation in Promoting Well-Being", investigates the contribution of sociocultural activities to the mental health of elderly people living in care homes, from the perspective of the professionals who intervene in them. Developed as part of the Master's programme in Social Education and Community Intervention, the study uses a mixed methodological approach, combining a pilot study, semi-structured interviews (n=25) and a focus group with socio-cultural animators.

A total of 30 professionals from different areas related to gerontological intervention took part in this study: 4 in the pilot study, 25 in the interviews and 7 in the focus group.

The results show:

- The recognition of mental health as a structuring dimension of quality of life in an institutional context, with a direct impact on adaptation to the home and the active participation of residents;
- The existence of structural constraints, namely the shortage of mental health professionals, the prevalence of a model centred on physical care and the weakening of family ties;
- The effectiveness of strategies that value the autonomy and identity of the elderly, such as artistic, musical, expressive and intergenerational activities;
- The centrality of socio-cultural animation as a space for creating bonds, promoting self-esteem and combating loneliness.

The conclusion is that the promotion of mental health in care homes needs an integrated and multidisciplinary approach that values the emotional dimension of ageing and recognises socio-cultural animation as an essential pedagogical, relational and therapeutic tool for a more humane, active and dignified institutionalisation.

Keywords: Mental health, Institutionalised elderly, Socio-cultural animation and Emotional well-being.

Índice

Introdução.....	9
Capítulo I.....	12
Revisão da literatura.....	12
1. O que é o envelhecimento?.....	12
2. Diferença entre envelhecimento e velhice.....	19
3. Teorias do envelhecimento.....	21
4. A institucionalização.....	24
5. A Saúde Mental e a importância da Animação Sociocultural.....	29
Problemática.....	34
Objetivos.....	37
Capítulo II.....	40
Metodologia.....	40
Estudo Piloto.....	42
Porque é Viável Avançar para o Estudo Principal.....	44
Entrevistas Finais.....	49
1. A Importância da Saúde Mental no Contexto dos Lares.....	49
2. Desafios na Promoção da Saúde Mental.....	50
3. Papel das Atividades na Promoção do Bem-Estar.....	51
Grupo Focal.....	53
Bloco 1: Importância da Saúde Mental.....	53
Bloco 2: Desafios e Barreiras.....	54
Bloco 3: Estratégias e Boas Práticas.....	55
Bloco 4: Propostas e Melhorias.....	56
Principais Conclusões Retiradas das Entrevistas e do Grupo Focal.....	58
1. A Saúde Mental Como Pilar da Qualidade de Vida dos Idosos.....	58
2. Desafios Estruturais na Promoção da Saúde Mental.....	58
3. Estratégias e Boas Práticas Identificadas.....	59
Modelo de Intervenção Integrado para a Promoção da Saúde Mental nos Lares.....	60

Implicações para a Dissertação.....	61
Conclusão	65
Referências	67

Índice de tabelas

Tabela 1.....	45
Tabela 2.....	46
Tabela 3.....	47
Tabela 4.....	51
Tabela 5.....	52

Lista de abreviaturas

ASC – Animação Sociocultural

CSI – Complemento Solidário para Idosos

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESELx – Escola Superior de Educação de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAVI – Programa de Apoio à Vida Independente

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

A presente dissertação inscreve-se no domínio da intervenção sociocomunitária junto da população idosa institucionalizada, procurando compreender o papel que a animação sociocultural pode desempenhar na promoção da saúde mental em lares residenciais. O envelhecimento populacional constitui uma das transformações sociais mais marcantes das últimas décadas, sendo particularmente visível em Portugal, onde o aumento da esperança média de vida tem sido acompanhado por um número crescente de pessoas a residir em instituições. Embora estas estruturas representem, em muitos casos, uma resposta necessária às exigências de cuidados prolongados, a institucionalização pode comportar riscos acrescidos para o bem-estar psicológico, nomeadamente sentimentos de solidão, despersonalização, perda de autonomia e isolamento afetivo.

No que concerne à saúde mental, os idosos estão sujeitos ao aparecimento de perturbações mentais tal como acontece em outras idades. No entanto, como a pessoa idosa se encontra numa situação de perdas contínuas nomeadamente perdas do estatuto profissional, a diminuição do suporte sociofamiliar, algumas alterações físicas, entre outras, estes podem transformar-se em fatores que podem contribuir para aparecimento de perturbações de saúde mental (Salgueiro, 2007)

Neste contexto, torna-se pertinente questionar de que forma as instituições integram ou não práticas orientadas para a promoção da saúde mental, para além da resposta às necessidades físicas e assistenciais. A investigação aqui apresentada parte do pressuposto de que a saúde mental é um pilar essencial da qualidade de vida e que o bem-estar subjetivo dos residentes depende, em grande medida, da existência de relações significativas, de ocupações com sentido e de espaços que favoreçam a expressão pessoal, a autoestima e o sentimento de pertença. A animação sociocultural (ASC), enquanto campo de intervenção educativo e relacional, surge como uma ferramenta privilegiada neste processo, ao permitir criar experiências de participação, criatividade, memória, escuta e reconhecimento. Com base nesta premissa, a dissertação propõe-se compreender as conceções de técnicos que trabalham em lares sobre a saúde mental no envelhecimento institucional, identificar práticas e constrangimentos na promoção do bem-estar psicológico e explorar o contributo efetivo da ASC neste domínio.

Esta dissertação tem como principal objetivo analisar o papel da ASC na promoção da saúde mental dos idosos institucionalizados, a partir da perspectiva dos profissionais que atuam em lares. Para tal, delinearam-se três objetivos específicos: (1) Compreender as concepções dos técnicos, em contexto de lar, sobre a saúde mental no envelhecimento; (2) Analisar as propostas de ação dos técnicos, em contexto de lar, para a promoção da saúde mental no envelhecimento; e (3) Apresentar propostas para a definição do papel da animação sociocultural, em contexto de lar, visando a prevenção e promoção da saúde mental dos idosos.

As questões de investigação que orientam este estudo são:

- **Qual a percepção dos técnicos que trabalham em lares sobre a saúde mental dos idosos institucionalizados?**
- **De que forma a ASC pode ser integrada como estratégia de promoção da saúde mental neste contexto?**

Ao responder a estas questões, a investigação pretende contribuir para a valorização da ASC nos cuidados geriátricos, destacando a sua importância não apenas como ocupação lúdica, mas como instrumento terapêutico e relacional fundamental para a qualidade de vida dos idosos.

A investigação desenvolveu-se segundo uma metodologia mista, articulando técnicas qualitativas e quantitativas numa lógica complementar. Após a realização de um estudo piloto com quatro profissionais com o intuito de testar e aperfeiçoar o guião de entrevista foram conduzidas 25 entrevistas semiestruturadas a técnicos de diferentes áreas (psicologia, serviço social, animação, enfermagem, educação social, entre outras), de forma a captar a diversidade de olhares e experiências sobre o fenómeno em estudo. A estas entrevistas juntou-se um grupo focal com animadores socioculturais, que possibilitou a discussão conjunta de práticas, desafios e estratégias de intervenção, especialmente no que se refere ao papel da animação como promotora de bem-estar emocional. Esta abordagem metodológica permitiu não apenas aprofundar as representações individuais dos técnicos, mas também fomentar uma reflexão coletiva sobre as potencialidades e limites da ação sociocultural em contexto institucional.

A dissertação organiza-se em três capítulos principais: o primeiro apresenta o enquadramento teórico sobre envelhecimento, institucionalização e saúde mental; o segundo descreve o percurso metodológico e os procedimentos de recolha e análise dos dados; propondo caminhos de intervenção orientados para uma institucionalização mais humana, ativa e emocionalmente significativa. Ao dar voz aos técnicos, esta investigação pretende contribuir para a valorização das práticas socioculturais, para o reforço da literacia em saúde mental geriátrica e para o desenvolvimento de políticas que articulem os cuidados físicos com as dimensões afetivas, relacionais e simbólicas do envelhecimento. Trata-se, em última instância, de um contributo para pensar e construir lares como espaços de vida, e não apenas de sobrevivência, onde o envelhecimento possa decorrer com dignidade, presença e sentido.

Capítulo I

Revisão da literatura

Neste capítulo, exploramos o estado da arte da temática em estudo. Iniciamos com uma reflexão sobre o conceito de pessoa idosa e o fenómeno do envelhecimento demográfico. Em seguida, abordamos o processo de envelhecimento e as condições sociais associadas à velhice. Posteriormente, centramos a atenção na adaptação à reforma, nas suas particularidades e na institucionalização como resposta social. Por fim, analisamos o conceito de envelhecimento ativo, destacando os seus desafios e limitações, bem como a importância da animação sociocultural nesse contexto.

1. O que é o envelhecimento?

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais marcantes do século XXI. O avanço da medicina, os progressos na área da saúde pública e a melhoria das condições socioeconómicas resultaram num aumento significativo da expectativa de longevidade. No entanto, o crescimento da população idosa também apresenta desafios importantes, tanto para os indivíduos quanto para as sociedades.

No contexto europeu, os países ocidentais têm experienciado uma transição demográfica acentuada, caracterizada pela queda nas taxas de natalidade e pelo envelhecimento da população. Segundo Birkeland (2009) e Greenglass et al. (2006), citados por Almeida e Quintão (2012), esta mudança gera impactos profundos nos sistemas de saúde, nos modelos de reforma, na economia e nas relações familiares.

A estrutura etária das populações tem mudado de forma expressiva nas últimas décadas. Fatores como a queda na taxa de fecundidade e o aumento da longevidade têm contribuído para um cenário onde os idosos representam uma parcela cada vez maior da sociedade. De acordo com Netto (2002), esse fenómeno não é apenas um reflexo de melhorias na qualidade de vida, mas também um desafio em termos de políticas públicas e económicas.

O conceito de idoso, conforme estabelecido pelo Conselho Europeu e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), aplica-se a indivíduos com 65 ou mais anos de idade. Esta definição tem uma base essencialmente

administrativa, estando associada ao momento da entrada na reforma. “Os 65 anos têm surgido como ponto de referência da idade de entrada no que se convencionou chamar de velhice”, mas é importante reconhecer que este grupo etário é extremamente heterogéneo (Fernandes, 2005, p. 223). O envelhecimento é um processo multifacetado, que assume diferentes significados, embora esteja frequentemente ligado ao término da vida ativa.

Levet (1995) discute as diversas abordagens sobre a idade que marca o início da velhice, destacando que, desde a época romana, os 60 anos já eram considerados um marco desse processo. Segundo o autor, esta perspetiva manteve-se ao longo do tempo, uma vez que a idade da reforma continua a ser usada para definir a velhice social. Contudo, nos dias de hoje, a idade de reforma tem vindo a aumentar em vários países. Em Portugal, por exemplo, esse marco situa-se nos 65 anos. Paralelamente, a Comissão Europeia tem incentivado o aumento da idade da reforma, sobretudo por razões económicas, argumentando que, dado o aumento da esperança de vida, será difícil manter sistemas de pensões sustentáveis sem prolongar a permanência das pessoas no mercado de trabalho (Diário da Bolsa, 2010).

Mas qual é a razão para se definir uma idade específica como início da velhice? E porque se considera um indivíduo idoso a partir de um certo ponto? Para responder a estas questões, é essencial compreender o conceito de idade. Habitualmente, a idade é associada à sua dimensão cronológica. Para Cavanaugh (2006), esta delimitação cronológica é útil na organização dos acontecimentos, mas o comportamento humano não depende exclusivamente da idade, mas sim das experiências e eventos que ocorrem ao longo da vida. Birren e Cunningham (1985, cit. por Fonseca, 2006) apresentam uma categorização da idade em três dimensões: biológica, psicológica e sociocultural.

A idade biológica está relacionada com a capacidade funcional do organismo, que tende a diminuir ao longo do tempo, estando, por isso, ligada à saúde. Já a idade psicológica diz respeito à adaptação do indivíduo ao seu meio, influenciada por fatores como emoções, memória e autoestima. Por fim, a idade sociocultural prende-se com os papéis desempenhados na sociedade e os hábitos adotados. Fernández-Ballesteros (2000) acrescenta ainda o conceito de idade funcional, que se baseia em indicadores como capacidade física, tempo de reação, redes sociais e satisfação com a vida, permitindo avaliar as condições para um envelhecimento bem-sucedido. Assim, mais do que a idade

cronológica, é essencial considerar estas múltiplas dimensões no processo de envelhecimento.

O envelhecimento populacional é um fenómeno incontornável na atualidade, com impactos significativos na sociedade. Foi, sobretudo, a partir da segunda metade do século XX que os países europeus começaram a enfrentar o chamado duplo envelhecimento demográfico, um fenómeno caracterizado pela redução do número de jovens com menos de 15 anos e pelo aumento da população com mais de 65 anos. Embora inicialmente restrita à Europa, esta realidade rapidamente se estendeu a uma escala global.

Com o crescimento da esperança média de vida à nascença, verifica-se igualmente um aumento da população idosa. As projeções indicam que esta tendência se irá acentuar nas próximas décadas. Segundo estimativas para a evolução demográfica mundial, “nas regiões mais desenvolvidas, a população com 60 ou mais anos deverá crescer anualmente 1,0% até 2050 e 0,11% de 2050 a 2100; prevê-se um aumento de 45% até meados do século, passando de 287 milhões em 2013 para 417 milhões em 2050 e para 440 milhões em 2100. Nas regiões menos desenvolvidas, a população idosa cresce atualmente a um ritmo sem precedentes, com um aumento anual de 3,7% entre 2010 e 2015, e espera-se um crescimento de 2,9% até 2050” (DESA, 2013, p. 17).

Em Portugal, os dados refletem esta realidade. A esperança média de vida aumentou significativamente, situando-se em 82,6 anos para as mulheres (PORDATA, 2013a). Passámos de uma sociedade jovem, com baixa esperança de vida, para uma estrutura populacional marcada por “uma fraca mortalidade, uma fraca natalidade, uma vida longa e uma população idosa cada vez mais expressiva, tanto em termos absolutos como relativos” (Levet, 1995, p. 17).

O envelhecimento demográfico resulta de dois fatores principais. Em primeiro lugar, a esperança média de vida aumentou devido à redução da taxa de mortalidade, nomeadamente da mortalidade infantil, que sofreu um decréscimo expressivo desde 1960, passando de 77,5% para 3,4% em 2012 (PORDATA, 2013b). Este progresso deve-se aos avanços médicos, científicos e sociais, que provocaram uma significativa alteração na estrutura da mortalidade. Em segundo lugar, a taxa de natalidade tem vindo a diminuir de forma acentuada, contribuindo para o envelhecimento e estreitamento/diminuição da base

da pirâmide etária e reforçando o peso relativo da população idosa. Entre 1960 e 2012, a taxa bruta de natalidade passou de 24,1% para 8,5% (PORDATA, 2013c).

Dois fatores explicam esta quebra na natalidade. O primeiro prende-se com o adiamento do nascimento do primeiro filho. Em 1960, as mulheres portuguesas tinham o primeiro filho, em média, aos 25 anos, enquanto em 2012 esse valor subiu para 29,5 anos (PORDATA, 2013d). Este adiamento resulta de mudanças sociais e económicas, como o aumento da escolarização, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e a urbanização. O segundo fator é a redução da taxa de fecundidade, que registou uma queda significativa, passando de 84,6% em 1971 para 36,3% em 2012 (PORDATA, 2013e). Adicionalmente, a emigração também tem impacto na natalidade, uma vez que os emigrantes são maioritariamente pessoas em idade ativa, contribuindo para a redução do número de nascimentos no país.

A inversão da pirâmide etária reflete uma sociedade onde a esperança de vida aumenta, enquanto a natalidade e a fecundidade diminuem, dificultando a renovação geracional. Para que essa renovação seja garantida, é necessário que cada mulher tenha, em média, 2,1 filhos. “Um pouco mais do que dois filhos, portanto, porque a probabilidade de nascerem indivíduos do sexo masculino é ligeiramente superior à probabilidade de nascerem indivíduos do sexo feminino” (Rosa, 2012, p. 31).

Nos últimos anos, Portugal tem enfrentado um declínio acentuado da natalidade, agravando o envelhecimento demográfico do país. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023), em 2022 registaram-se apenas 83.671 nascimentos, o valor mais baixo desde que há registos (1860), continuando uma tendência decrescente que se acentuou após a crise económica de 2008-2014 (PORDATA, 2023). Este fenómeno, associado ao aumento da esperança média de vida, resultou num índice de envelhecimento de 182 idosos (65+) por cada 100 jovens (0-14 anos) em 2023 (INE, 2024), colocando Portugal entre os países mais envelhecidos da União Europeia (Eurostat, 2023).

Estudos apontam causas multifatoriais para este cenário, incluindo:

- **Dificuldades económicas** (precariedade laboral, custo de habitação), que adiam a parentalidade (Almeida et al., 2021);

- **Migração de jovens em idade fértil**, reduzindo a população potencialmente reprodutora (Peixoto et al., 2020);
- **Mudanças culturais**, como a priorização da carreira e a diminuição do tamanho ideal da família (Wall, 2018).

A combinação entre baixa natalidade e envelhecimento tem implicações profundas na sustentabilidade da segurança social, no mercado de trabalho e nos serviços de saúde, exigindo políticas públicas direcionadas (Ferrão, 2022).

Atualmente, observa-se um crescimento constante da população idosa, enquanto a população jovem continua a diminuir. Assim, verifica-se um duplo processo de envelhecimento, afetando tanto a base como o topo da pirâmide etária. O índice de longevidade tem vindo a aumentar, fruto dos avanços científicos e tecnológicos. Segundo projeções do Eurostat (Giannakouris, 2008), as sociedades europeias continuarão a assistir a um aumento progressivo do número de idosos em relação ao total da população. Prevê-se que, até 2060, a estrutura etária sofra uma alteração substancial, com um aumento significativo da proporção de pessoas com mais de 60 anos em comparação com as faixas etárias mais jovens.

Portugal, enquanto um dos países mais envelhecidos da União Europeia (Eurostat, 2023), tem vindo a desenvolver um conjunto de políticas públicas direcionadas para o envelhecimento, visando não apenas responder aos desafios demográficos, mas também promover um envelhecimento ativo e com qualidade de vida. Estas políticas estão alinhadas com quadros internacionais, como o **Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento das Nações Unidas (2002)** e a **Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030)** da OMS, refletindo uma abordagem multidimensional que integra saúde, proteção social, habitação e participação comunitária.

Eixos Estratégicos das Políticas Públicas

1. **Promoção do Envelhecimento Ativo**

- Programas como o **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas** (DGS, 2021) focam-se na prevenção de doenças crónicas, literacia em saúde e promoção da autonomia.

- Iniciativas como "**Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações**" (2014-2020) incentivam a participação social, voluntariado sénior e aprendizagem ao longo da vida (Portugal, 2014).

2. Apoio a Cuidados Continuados e Integrados

- A **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, criada em 2006, visa garantir respostas integradas de saúde e social, incluindo lares e centros de dia (Lei n.º 101/2006).
- Recentemente, o **Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)** alocou fundos para a modernização de infraestruturas de apoio a idosos, com ênfase na desinstitucionalização e cuidados domiciliários (Portugal, 2021).

3. Combate ao Isolamento e Exclusão Social

- Medidas como o **Programa de Apoio à Vida Independente (PAVI)** destinam-se a idosos em situação de vulnerabilidade, promovendo a autonomia através de ajudas técnicas e apoio domiciliário (ISS, 2022).
- Projetos como "**Avós e Netos Digitais**" (2023) combatem a solidão e a exclusão digital, capacitando os idosos para o uso de tecnologias (Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2023).

4. Proteção Financeira e Habitação

- O **Complemento Solidário para Idosos (CSI)** garante um rendimento mínimo a idosos em situação económica precária (Decreto-Lei n.º 232/2005).
- O programa "**Porta 65 Sénior**" (2020) apoia o acesso a habitação acessível, reconhecendo o envelhecimento como um fator de risco para a pobreza energética e habitacional (Portugal, 2020).

Apesar dos avanços, persistem lacunas na **cobertura territorial de serviços**, na **formação de cuidadores informais** e na **articulação entre setores** (saúde, ação social e autarquias). Além disso, o envelhecimento rural e o aumento de idosos em situação de sem-abrigo exigem políticas mais direcionadas (Observatório do Envelhecimento, 2023).

As políticas públicas portuguesas para o envelhecimento refletem uma evolução de um modelo assistencialista para um paradigma de direitos e participação. Contudo, a

sustentabilidade destas medidas depende de maior investimento, inovação social e monitorização contínua, especialmente face ao agravamento do envelhecimento demográfico.

2. Diferença entre envelhecimento e velhice

Os conceitos de envelhecimento e velhice, apesar de estarem relacionados, possuem distinções claras. O envelhecimento é um processo contínuo que se inicia muito antes da fase idosa, embora esta seja frequentemente a imagem associada ao termo. Na abordagem do ciclo de vida, a velhice é apenas uma das suas fases. As representações e concepções sobre esta etapa variam ao longo do tempo e entre diferentes culturas, sendo, por vezes, paradoxais. Por exemplo, é possível encontrar indivíduos que ingressam na universidade ou têm filhos já na terceira idade, enquanto outros, mais jovens, já se encontram reformados ou são avós. Como apontam Minayo e Coimbra (2002, cit. por Gamburgo & Monteiro, 2009), o envelhecimento biológico manifesta-se através de sinais físicos evidentes, mas a sua interpretação simbólica é construída socialmente, moldada por rituais e normas que determinam fronteiras etárias e organizam o sistema social. Estas fronteiras, no entanto, não são homogêneas, variando conforme o contexto social, histórico e cultural.

Alguns investigadores, como Birren e Cunningham (1985, cit. por Paúl, 1997), propõem a existência de três tipos de envelhecimento. O primeiro, denominado primário, corresponde a um processo natural, livre de patologias, no qual a principal alteração cognitiva ocorre na velocidade de processamento das informações. O segundo, o envelhecimento secundário, associa-se a problemas de saúde e afeta a capacidade de raciocínio. Por fim, o terciário caracteriza-se por um período de declínio significativo, próximo da morte, impactando até a compreensão verbal.

Rosa (2012) adota outra abordagem, distinguindo apenas dois tipos de envelhecimento: individual e coletivo. O primeiro pode ser subdividido em envelhecimento cronológico, que diz respeito à idade em si e ocorre de forma gradual e inevitável, e envelhecimento biopsicológico, que depende da experiência de cada pessoa, tornando-se um processo singular. O envelhecimento coletivo, por sua vez, divide-se em envelhecimento demográfico e societal. O primeiro refere-se ao aumento da proporção de idosos na população, estabelecendo três faixas etárias: jovem (até 15 anos), ativa (15 a 64 anos) e idosa (65 anos ou mais). Já o envelhecimento societal não é necessariamente consequência do demográfico. Como destaca Rosa (2012, p. 24), “uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não”, o que significa que a sociedade pode encontrar estratégias para se adaptar a essas mudanças e evitar a estagnação.

O envelhecimento envolve três dimensões fundamentais. A primeira é a biológica, que se relaciona com o aumento da vulnerabilidade do organismo e a maior probabilidade de falecimento. A segunda é a social, ligada às funções e expectativas que a sociedade atribui às pessoas idosas. Por fim, a terceira é a psicológica, que se refere à capacidade do indivíduo de se autorregular e tomar decisões ao longo dessa fase da vida (Paúl, 2005). Dessa forma, o envelhecimento deve ser compreendido como um fenómeno multifacetado, que combina fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora a dimensão biológica seja frequentemente predominante, a interação entre esses três fatores é essencial para uma compreensão mais ampla do processo (Fonseca, 2006).

As percepções sobre a velhice variam significativamente entre diferentes culturas. Em algumas sociedades orientais, os idosos são vistos como fontes de sabedoria e experiência, sendo valorizados e respeitados. Na China, por exemplo, os mais velhos são honrados com cerimónias específicas e têm um papel central nas famílias (Achenbaum, 2005).

Em contraste, nas sociedades ocidentais, a velhice muitas vezes está associada à fragilidade, dependência e inatividade. Isto resulta na marginalização dos idosos e na construção de estereótipos negativos. Essa visão está intimamente ligada à valorização da produtividade económica e à cultura da juventude predominante no Ocidente (CEDRU, 2008).

3. Teorias do envelhecimento

O envelhecimento é um fenómeno complexo e multidisciplinar, abordado sob diversas perspetivas e teorias. No entanto, essa diversidade de olhares tem dificultado a construção de um quadro conceptual sólido e unificado. As principais abordagens ao envelhecimento incluem as dimensões biológica, psicológica e sociológica.

Segundo Moody (2006), há três teorias sociológicas fundamentais para explicar o envelhecimento: a teoria da modernização, a teoria do desengajamento e a teoria da atividade.

A teoria da modernização teve origem no estudo *The Role of the Aged in Primitive Society*, de Leo Simmons (1945), onde se analisou o papel e o estatuto dos idosos em 71 sociedades não industrializadas, considerando aspetos como ecologia, economia, organização política e crenças religiosas (Doll et al., 2007, p. 20). Estudos subsequentes demonstraram que, com a industrialização, o estatuto dos idosos tende a diminuir, sugerindo que o avanço tecnológico e a mobilidade social contribuem para a dispersão das famílias e a perda de prestígio dos mais velhos. Cowgill (1986) identifica dois cenários distintos: em algumas sociedades, onde a família ocupa um papel central, os idosos são respeitados e a hierarquia familiar é valorizada; já em sociedades onde predominam o individualismo, o trabalho e a valorização da juventude, o estatuto dos idosos é menos favorecido.

A teoria do desengajamento surgiu a partir do *Kansas City Studies of Adult Life*, um estudo longitudinal realizado entre 1952 e 1962 nos Estados Unidos. Defende que o envelhecimento envolve um afastamento gradual entre o indivíduo e a sociedade, como acontece, por exemplo, com a reforma. Essa separação é considerada um processo natural e funcional, tanto para o idoso quanto para a sociedade. Esta teoria relaciona-se com a teoria da modernização, pois à medida que as sociedades evoluem, os idosos perdem os seus papéis sociais e reduzem a sua participação nas atividades coletivas, o que pode levar ao isolamento. No entanto, essa visão foi criticada, pois assume que todas as pessoas idosas preferem reduzir os seus contactos sociais, o que não corresponde à realidade atual (Doll et al., 2007, p. 14).

Por outro lado, a teoria da atividade, desenvolvida no final da década de 1940, propõe uma perspectiva oposta. Argumenta que quanto mais ativos forem os idosos, maior será a sua satisfação com a vida. A teoria enfatiza a importância da imagem social da velhice e do envolvimento dos idosos em diversas atividades, promovendo um envelhecimento bem-sucedido (Doll et al., 2007). Considera ainda que a identidade individual está profundamente ligada às atividades desempenhadas. Como Moody (2006, p. 10) afirma: "*We are what we do*". Os teóricos desta corrente identificaram três tipos de atividades: informais (relações sociais com amigos e familiares), formais (participação em organizações e associações) e solitárias (atividades individuais como leitura e hobbies). Estudos indicam que as atividades informais, especialmente com amigos, possuem uma forte ligação com a satisfação na velhice. Apesar da sua relevância, esta teoria também recebe críticas, pois pode desvalorizar a escolha por um estilo de vida mais tranquilo e não considera fatores como saúde, condições económicas e bem-estar do idoso.

Além destas, Fernández-Ballesteros (2004, cit. por Dias, 2005) identifica outras três teorias: a teoria da desvinculação, a teoria da subcultura e a teoria da modernização. A teoria da desvinculação, formulada nos anos 1960, sugere que, com o envelhecimento, o indivíduo tende a afastar-se progressivamente dos seus papéis sociais e a centrar-se mais em si próprio (Dias, 2005, p. 254). Influenciou fortemente as políticas sociais e a perceção da velhice, mas foi reformulada nos anos 1990 com o modelo da gerotranscendência, que defende que os idosos desenvolvem uma visão mais espiritual e menos materialista da vida, aumentando a sua satisfação pessoal.

A teoria da subcultura, baseada no interacionismo simbólico, sugere que os idosos formam um grupo cultural próprio, com normas, crenças e valores distintos dos restantes grupos etários. Essa cultura do isolamento decorre tanto do afastamento social como da interação reforçada entre os próprios idosos (Liberalesso, 2007).

Já a teoria da modernização, apesar de reconhecer a influência do avanço tecnológico na perda de estatuto dos idosos, tem sido criticada por não incluir variáveis como género, classe social e contexto histórico no estudo do envelhecimento.

No campo da psicologia, destaca-se o modelo evolutivo do envelhecimento de Baltes. Segundo este modelo, três fatores influenciam o envelhecimento: as

características biológicas e ambientais associadas à idade cronológica, os acontecimentos históricos vividos por cada geração e a trajetória pessoal de cada indivíduo (Correia, 2003, p. 126). A teoria sugere que a idade tem maior impacto na infância, os fatores históricos na adolescência e os eventos individuais tornam-se mais influentes ao longo da vida.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido resulta da capacidade de adaptação às mudanças associadas à velhice e da adoção de estilos de vida que favoreçam a manutenção da integridade física e mental (Paúl & Fonseca, 2005, p. 285). Fernández-Ballesteros (2004, cit. por Paúl & Fonseca, 2005) defende que é possível promover um envelhecimento ótimo, prevenindo o declínio funcional e incentivando condições sociais e pessoais favoráveis. O objetivo é evitar que a velhice seja uma fase marcada pela dependência e pelo isolamento.

No envelhecimento, os fatores extrínsecos tornam-se mais relevantes do que os fatores intrínsecos. Fontaine (2000) destaca que os indivíduos possuem reservas de capacidades físicas e cognitivas que podem ser ativadas conforme as motivações e as exigências do ambiente. Baltes (1997, cit. por Correia, 2003) distingue dois tipos de reservas: a básica, que representa o desempenho máximo do indivíduo, e a desenvolvimentista, que corresponde à ampliação desses recursos ao longo do tempo. No entanto, a capacidade de desenvolvimento dessas reservas tende a diminuir com a idade (Correia, 2003, p. 127).

Em síntese, o envelhecimento pode ser compreendido a partir de diversas perspectivas teóricas. As abordagens sociológicas, psicológicas e biológicas oferecem explicações complementares sobre este fenómeno, permitindo uma visão mais abrangente sobre o envelhecimento e os desafios que ele impõe à sociedade.

4. A institucionalização

O aumento da população idosa tem levado a um crescimento da preocupação social com as condições de vida deste grupo e à criação de soluções de apoio. Atualmente, observa-se uma maior consciência social e um avanço nas políticas dirigidas à velhice, com o objetivo de melhorar as relações intergeracionais e garantir uma resposta estruturada às necessidades desta população.

As redes de apoio aos idosos podem ser divididas em formais e informais. No primeiro grupo incluem-se os serviços estatais de segurança social e organizações locais que prestam apoio, como lares, centros de dia e assistência domiciliária. Entre estas entidades, destacam-se as instituições privadas de solidariedade social (IPSS), que desempenham um papel central no apoio à população idosa, frequentemente associadas à Igreja Católica. Já as redes informais incluem o suporte da família, amigos e vizinhos, que tradicionalmente assumiam a maior parte dos cuidados aos idosos. Contudo, as transformações sociais, como a inserção da mulher no mercado de trabalho e a configuração das habitações modernas, têm dificultado a prestação deste tipo de apoio.

Os serviços de apoio formal têm vindo a diversificar-se, incluindo lares de idosos, apoio domiciliário e centros de dia, que representam a maioria das respostas sociais existentes em Portugal. O serviço domiciliário permite que os idosos permaneçam nas suas casas, recebendo assistência personalizada, enquanto os lares destinam-se a indivíduos que, por motivos de saúde ou falta de suporte familiar, não conseguem manter-se no seu ambiente habitual. Já os centros de dia oferecem atividades e cuidados a idosos que vivem nas suas casas, promovendo a interação social e a manutenção da autonomia.

Apesar da diversidade de respostas sociais, muitos idosos continuam a resistir à institucionalização. Estudos indicam que a preferência recai sobre a convivência familiar, seguida da permanência no próprio domicílio com condições económicas asseguradas. O ingresso num lar surge como última opção, especialmente entre indivíduos com baixos recursos financeiros. A resistência a este tipo de solução deve-se a fatores emocionais, sociais e materiais, além da perceção de que as instituições são espaços fechados que limitam a autonomia dos seus residentes.

A institucionalização, independentemente de ser voluntária ou forçada, exige uma adaptação às novas regras e rotinas institucionais, podendo gerar uma sensação de perda

de identidade e autonomia. Por esta razão, é essencial que as instituições se ajustem às reais necessidades dos idosos, garantindo-lhes um ambiente que preserve a sua dignidade e qualidade de vida.

Segundo Goffman (2003), uma instituição total pode ser caracterizada como um espaço onde um número significativo de pessoas, em condições semelhantes, reside ou trabalha de forma isolada da sociedade durante um longo período, sob uma administração formal e rigorosa. O autor classifica essas instituições em cinco tipos: estabelecimentos que acolhem cegos, idosos e órfãos; instituições destinadas ao tratamento de doentes mentais e tuberculosos; sistemas prisionais, como cadeias e penitenciárias; instalações militares e campos de trabalho; e, por fim, espaços religiosos como mosteiros e conventos. Nestes contextos, os residentes mantêm um contacto bastante restrito com o exterior, ao contrário da equipa dirigente, que desempenha funções temporárias e continua inserida na comunidade.

Durante muito tempo, os lares de idosos e centros de dia foram analisados sob essa perspetiva, o que contribuiu para a perceção de que essas instituições promovem o isolamento social dos seus utentes. No entanto, é fundamental combater essa ideia, criando estratégias que favoreçam a inclusão e incentivem a ligação entre diferentes organizações sociais.

A gestão pública do envelhecimento, conforme discutido por Anne Marie Guillemard (1972, cit. por Correia, 2003), reflete a interação entre as políticas estatais e as dinâmicas sociais, assente em três dimensões principais: o direito à reforma, os conflitos entre os envolvidos na resolução dos desafios da velhice e a participação dos idosos na economia. Até ao final da década de 1960, a velhice não era uma grande preocupação política. Foi apenas em 1969 que a questão começou a ser debatida na Assembleia Nacional, culminando na criação, em 1971, do Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos. A partir desse momento, registou-se uma expansão das instituições destinadas ao acolhimento de idosos, como lares, residências para cidadãos dependentes e centros de dia e de convívio (Martins, 2006).

Desde a década de 1970, estas instituições passaram a dar maior ênfase à prevenção da dependência e à integração social dos idosos. Dentro desse contexto, diferenciam-se dois grandes tipos de assistência: médica e social. No âmbito do apoio

social, existem organizações focadas no alojamento de idosos, como lares e residências, embora essas estruturas ainda carreguem um estigma associado a antigas instituições de reclusão. Martins (2006) argumenta que a percepção positiva do ambiente residencial está diretamente ligada ao bem-estar psicológico dos idosos, sendo que a casa, além de um espaço físico, também representa valores culturais e identitários. Assim, a institucionalização surge frequentemente como uma resposta a problemas de saúde, dificuldades financeiras ou isolamento social.

Relativamente ao isolamento, é importante notar que a solidão não está necessariamente ligada ao facto de alguém viver sozinho, mas sim à ausência de relações significativas. De acordo com Bennett (1980, cit. por Paúl, 1997), existem quatro formas de isolamento dentro de um contínuo que vai desde a exclusão até à integração: os isolados involuntários ou recentes, que, devido a fatores como doença ou viuvez, veem o seu envolvimento social reduzido, afetando o funcionamento cognitivo; os isolados voluntários de longa duração, que optam por uma vida socialmente inativa sem sinais de sofrimento psicológico; os isolados precoces, que reduziram a sua participação social desde cedo, mantendo, no entanto, autonomia; e os indivíduos socialmente integrados.

É inegável que o envelhecimento acarreta diversas perdas, incluindo a diminuição de contactos e relações sociais. A entrada num lar pode agravar essa situação, mas também pode representar uma oportunidade para o estabelecimento de novos laços, sobretudo entre aqueles que enfrentam maiores limitações. Bitzen e Kruzich (1990, cit. por Paúl, 1997) identificam três tipos de relações interpessoais dentro dos lares: entre residentes e não residentes (família e amigos externos), entre os próprios residentes e entre residentes e o pessoal da instituição ou voluntários. A manutenção do contacto com familiares e amigos é essencial para a satisfação com a vida no lar. Além disso, no caso de centros de dia e serviços de apoio domiciliário, a colaboração entre cuidados formais e informais é crucial para garantir um suporte eficaz e adequado ao bem-estar dos idosos.

Nos últimos anos, têm sido implementadas diversas iniciativas para melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, incluindo políticas de incentivo ao envelhecimento ativo. A legislação também tem evoluído nesse sentido, impondo a presença de animadores culturais, assistência médica permanente e outros serviços que promovem o bem-estar dos utentes. No entanto, Fernandes (2005) sublinha que as políticas voltadas para a integração dos idosos são escassas ou ineficazes. Dentro das

instituições, os idosos convivem frequentemente com pessoas que não partilham os mesmos hábitos e modos de vida, o que pode comprometer a sua autonomia. Além disso, os lares, que deveriam servir como apoio à comunidade, muitas vezes tornam-se entidades burocráticas, focadas na sua própria manutenção, o que leva à perda de vínculos afetivos e ao isolamento. O autor alerta ainda que retirar os idosos do seu meio habitual para os inserir em um ambiente desconhecido pode levá-los a sentimentos de solidão e desamparo.

A sociedade contemporânea tende a marginalizar a velhice e a morte, considerando-as disfuncionais. Como afirma Fernandes (2005), os idosos são frequentemente colocados em lares que, por vezes, mais se assemelham a depósitos de pessoas, enquanto o processo de morte ocorre de forma isolada nos hospitais. Contudo, é importante desconstruir a visão negativa associada às instituições para idosos, pois, embora existam casos de negligência e maus-tratos, também há lares que proporcionam um ambiente de conforto e familiaridade (Pais, 2006).

A adaptação a uma nova realidade institucional pode ser um processo longo e difícil, sobretudo devido à perda de controlo sobre aspetos fundamentais da vida. A perceção de falta de autonomia pode gerar sentimentos de tristeza, aumentar o isolamento e contribuir para um estado de vulnerabilidade prolongado. Paúl (1997) destaca que o envelhecimento tende a ser encarado como um processo de declínio progressivo, caracterizado pela perda de capacidades físicas, cognitivas e emocionais, bem como pela redução do controlo sobre o ambiente.

Em contextos institucionais, a falta de autonomia pode levar à depressão e ao agravamento do estado de saúde. Estudos como o de Schulz (1976, cit. por Paúl, 1997) indicam que a perda de controlo está associada ao desânimo, ao declínio físico e à deterioração do bem-estar emocional. Para contrariar essa realidade, Langer e Rodin (1976, cit. por Paúl, 1997) desenvolveram uma investigação que demonstrou os benefícios do aumento da autonomia dos idosos em lares. No estudo, foram aplicadas estratégias que incentivavam os utentes a assumir pequenas responsabilidades diárias, resultando em melhorias nos níveis de felicidade, atividade e bem-estar geral.

A institucionalização dos idosos, segundo Kahana et al. (1989), decorre de uma combinação entre a perda de capacidade funcional e a insuficiência de apoio social.

Quando as políticas institucionais não atendem às necessidades dos utentes, estes tendem a desenvolver sentimentos de desânimo e depressão. Paralelamente, fatores sociais como o isolamento, o abandono e a falta de suporte familiar, bem como aspetos económicos como a redução do poder aquisitivo e as dificuldades em manter uma casa ou aceder a cuidados de saúde, desempenham um papel crucial na decisão de institucionalização (Gamburgo & Monteiro, 2009).

Estudos como o de Herédia, Cortelletti e Casara (2005) revelam que os idosos associam o abandono a sentimentos de tristeza e solidão, frequentemente resultantes de perdas acumuladas, tanto no âmbito funcional como nas relações interpessoais. Assim, torna-se essencial implementar medidas que combatam esse isolamento e promovam o bem-estar dos idosos institucionalizados.

5. A Saúde Mental e a importância da Animação Sociocultural

A saúde mental dos idosos é uma questão central no contexto do envelhecimento populacional. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 450 milhões de pessoas no mundo sofrem de transtornos mentais, sendo que os idosos são particularmente vulneráveis (OMS, 2014).

A depressão é um dos transtornos mais comuns na terceira idade, afetando significativamente a qualidade de vida. Estudos indicam que entre 6% e 10% dos idosos portugueses apresentam sintomas depressivos, taxa que chega a 60% entre aqueles que vivem em instituições (Frade et al., 2015).

Apesar da alta prevalência, a depressão nos idosos é frequentemente subdiagnosticada, pois os sintomas podem ser confundidos com sinais naturais do envelhecimento (Sousa et al., 2010).

O suicídio entre idosos é um fenómeno alarmante. A taxa de suicídio tem aumentado globalmente e, de acordo com a OMS, é uma das principais causas de morte entre idosos e jovens. Em Portugal, a taxa de suicídio entre homens com mais de 75 anos é uma das mais elevadas (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2014).

A prevenção do suicídio na terceira idade exige a implementação de políticas de saúde mental eficazes e a sensibilização da sociedade sobre os riscos associados ao isolamento social e à depressão (DGS, 2013). O envelhecimento não deve ser visto como um problema, mas como uma oportunidade para construir sociedades mais humanizadas e preparadas para os desafios demográficos futuros.

À medida que envelhecemos, a capacidade de adaptação tende a diminuir, tornando os indivíduos mais sensíveis ao meio envolvente. As limitações físicas, em particular, levam a mudanças nas rotinas e hábitos diários, o que pode gerar consequências significativas, tais como dificuldades de concentração, menor coordenação e capacidade de reação. Estes fatores podem contribuir para um processo de desvalorização pessoal, afetando a autoestima e resultando em apatia, desmotivação, solidão, isolamento social e depressão (Jacob, 2007). Deste modo, torna-se essencial recorrer à animação sociocultural como estratégia para combater o isolamento e proporcionar uma nova dinâmica à vida dos idosos.

A animação sociocultural é, portanto, uma prática interdisciplinar e intergeracional, com impacto em diversas dimensões da vida do indivíduo e da comunidade, desde a cultura e a educação até à economia e à esfera social (Jacob, 2007). Este autor destaca que a animação tem como objetivo proporcionar uma vida mais ativa e criativa, estimulando a interação social e promovendo a autonomia e o desenvolvimento pessoal.

As atividades de animação sociocultural podem assumir diferentes formatos, entre eles: a difusão cultural, que visa incentivar o interesse pela cultura e pelo conhecimento; atividades artísticas não profissionais, destinadas a estimular a criatividade; atividades lúdicas, que promovem o lazer e a socialização; e atividades sociais, que incentivam a participação ativa na comunidade (Jacob, 2007).

Para Garcia (1992, citado por Trilla, 2005), a animação sociocultural tem como principais objetivos facilitar a realização pessoal, promover a compreensão do ambiente envolvente, incentivar a participação social, fomentar a educação e o pensamento crítico, e estimular atitudes que conduzam a uma vida plena e satisfatória. Não se trata apenas de ocupação do tempo livre, mas sim de uma abordagem eficaz para promover o bem-estar dos participantes. Nesse sentido, Serrano e Puya (2005) sublinham que a animação sociocultural deve ter um impacto positivo na vida dos idosos, indo além de uma simples distração.

A motivação representa um desafio importante na implementação de atividades de animação em contexto institucional. O interesse e a dedicação a determinadas atividades dependem das necessidades e desejos individuais, conforme descrito na Pirâmide das Necessidades de Maslow (1962, citado por Jacob, 2007). Segundo esta teoria, as necessidades humanas estão organizadas hierarquicamente, sendo que apenas após a satisfação das necessidades básicas, como alimentação e segurança, é que surgem outras motivações, como o desejo de pertença ou de autorrealização. Na terceira idade, a satisfação das necessidades primárias pode ser mais difícil, o que pode levar a uma menor predisposição para se envolver noutras atividades.

Estudos demonstram que os idosos institucionalizados tendem a apresentar um autoconceito inferior em comparação com aqueles que permanecem nas suas residências. Tal facto pode estar relacionado com a menor diversidade de atividades desenvolvidas, o

ambiente homogêneo onde se encontram rodeados por outros idosos em condições semelhantes ou piores, e a necessidade de reorganizar os seus pertences e o seu espaço ao entrarem na instituição (Palhouto, 2007, citado por Jacob, 2007).

Outro obstáculo significativo à animação sociocultural nas instituições é a falta de prioridade dada a estas atividades. Os recursos disponíveis – sejam humanos, materiais ou financeiros – são geralmente canalizados para aspetos considerados mais essenciais, como a saúde, a higiene e a alimentação dos residentes, deixando a animação em segundo plano. No entanto, é fundamental reconhecer que o ócio excessivo pode gerar tensão na velhice, afetando negativamente a saúde e o bem-estar dos idosos (Trilla, 2005). Para contrariar esse efeito, é importante proporcionar atividades que estimulem o lado lúdico, intelectual, físico e social dos idosos, bem como oportunidades para o desenvolvimento da destreza manual.

A adaptação a um lar pode ser um processo difícil, uma vez que os idosos perdem parte da sua autonomia e passam a viver num contexto institucionalizado, onde existem normas e horários rígidos. Além disso, a convivência constante com o envelhecimento e a morte pode intensificar sentimentos de solidão e tristeza. Para Jacob (2007), respeitar os direitos fundamentais dos idosos, como o direito de escolha, à privacidade e à participação ativa na sua vida, é o primeiro passo para garantir uma animação sociocultural eficaz e significativa.

As atividades devem ser planeadas tendo em consideração a experiência e as preferências de cada idoso, garantindo uma abordagem individualizada. Os profissionais envolvidos não devem impor atividades ou decidir pelas pessoas idosas, mas sim oferecer opções e respeitar as suas escolhas.

Para tornar a animação mais eficaz, Jacob (2007) sugere a divisão dos idosos em três grupos, de acordo com o seu nível de mobilidade: o grupo A, composto por idosos autónomos; o grupo B, que inclui idosos fisicamente dependentes; e o grupo C, formado por idosos altamente dependentes. Cada um destes grupos necessita de estratégias de animação diferenciadas, adaptadas às suas capacidades e limitações. Por exemplo, para o grupo A, podem ser promovidas atividades como caminhadas, aulas de dança, grupos de leitura ou teatro amador. Para o grupo B, são indicadas atividades como sessões de pintura, jogos de memória, oficinas de culinária simples ou trabalhos manuais. Já para o

grupo C, pode-se recorrer a estimulação sensorial com música, aromaterapia, sessões de leitura partilhada ou pequenas atividades motoras assistidas. Estas práticas não só respeitam a diversidade funcional dos idosos, como também fomentam a autoestima, o convívio e a participação ativa na vida institucional.

A presença de animadores socioculturais em lares de idosos em Portugal, embora não seja estritamente obrigatória por lei, encontra suporte normativo em instrumentos legais que regulam a qualidade dos cuidados prestados. A Portaria n.º 67/2012, que estabelece o regime de funcionamento das ERPI, determina a obrigatoriedade de desenvolver atividades de estimulação psicossocial (Art. 15.º), pressupondo, na prática, a intervenção de técnicos especializados em animação sociocultural (Portugal, 2012). Complementarmente, a Portaria n.º 190/2004 inclui o animador sociocultural no leque de profissionais admitidos em instituições de solidariedade social, reforçando o seu papel na promoção do bem-estar dos residentes (Portugal, 2004). Apesar da ausência de uma exigência quantitativa explícita, a contratação destes profissionais tem sido incentivada através dos critérios de acreditação das instituições, que avaliam positivamente a existência de programas estruturados de animação sociocultural (Instituto da Segurança Social, 2020). Esta realidade reflete uma tendência de valorização da dimensão psicossocial no envelhecimento, alinhada com as recomendações internacionais sobre cuidados geriátricos (Organização Mundial de Saúde, 2015), ainda que a sua implementação concreta dependa frequentemente da capacidade financeira e da priorização estratégica de cada instituição.

A saúde mental dos idosos é fortemente influenciada pelo contexto de vida e pelas transições associadas ao envelhecimento. A institucionalização, em particular, pode exacerbar vulnerabilidades pré-existentes devido à rutura com redes sociais, perda de autonomia e adaptação a um ambiente coletivo. Como referido por Salgueiro (2007), as perdas acumuladas, sejam profissionais, físicas ou afetivas, constituem fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas, como depressão ou ansiedade. Adicionalmente, o documento destaca que a ausência de suporte sociofamiliar e as alterações fisiológicas típicas da idade podem comprometer a resiliência emocional, tornando crucial a implementação de estratégias que promovam o bem-estar psicológico nesta população.

Em suma, a institucionalização dos idosos pode ser um desafio, mas a promoção do envelhecimento ativo e a implementação de programas de animação sociocultural são ferramentas essenciais para melhorar a qualidade de vida, promover a saúde mental e facilitar a adaptação dos idosos a esta nova realidade.

Problemática

O fenómeno do envelhecimento demográfico constitui uma das transformações sociais mais marcantes do século XXI, com particular incidência nos países europeus, incluindo Portugal. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), Portugal é um dos países com maior proporção de população idosa na União Europeia, estimando-se que, em 2050, cerca de um terço da população portuguesa terá mais de 65 anos. Este cenário demográfico coloca sérios desafios à sustentabilidade dos sistemas de saúde e proteção social, exigindo uma reflexão profunda sobre os modelos de cuidado atualmente vigentes, sobretudo nos contextos de institucionalização.

A institucionalização de pessoas idosas, muitas vezes decorrente da ausência de redes de apoio familiar ou de condições socioeconómicas precárias, tende a estar associada a experiências de rutura, solidão, perda de autonomia e exclusão social. Estas vivências, por sua vez, impactam diretamente na saúde mental dos idosos, tornando-os mais suscetíveis ao desenvolvimento de patologias como depressão, ansiedade, perturbações cognitivas e comportamentais. Apesar da crescente consciencialização em torno do bem-estar biopsicossocial, a saúde mental permanece ainda uma dimensão frequentemente negligenciada nos contextos institucionais, onde predomina uma abordagem centrada nos cuidados físicos e assistenciais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) sublinha que a saúde mental é parte integrante da saúde global e destaca a importância de políticas e práticas que promovam o bem-estar psicológico ao longo do ciclo de vida. No entanto, o estigma social associado às doenças mentais, aliado à escassez de recursos humanos e à formação deficiente dos profissionais, contribui para uma abordagem superficial e, por vezes, invisível desta problemática no seio das instituições que acolhem pessoas idosas.

É neste enquadramento que se torna imprescindível refletir sobre a perspetiva dos técnicos que trabalham diretamente com esta população em lares, nomeadamente no que diz respeito ao seu entendimento sobre a saúde mental e à forma como esta é (ou não) integrada nas práticas quotidianas. A Animação Sociocultural (ASC) surge como uma abordagem promissora na resposta a estes desafios, na medida em que promove a participação ativa, o reforço identitário, o estímulo cognitivo e emocional e o

fortalecimento dos vínculos sociais, elementos fundamentais para o bem-estar psicológico da pessoa idosa.

Contudo, a eficácia da ASC depende, em larga medida, da visão que os profissionais têm sobre a sua utilidade e do modo como a incorporam nas suas práticas. Estudos como os de Marques (2022) evidenciam que os técnicos, embora reconheçam a importância de uma abordagem holística ao envelhecimento, muitas vezes enfrentam obstáculos significativos: representações ambivalentes da velhice, sentimentos de frustração perante contextos institucionalmente rígidos, escassez de recursos, sobrecarga de trabalho e falta de formação especializada.

A literatura nacional e internacional reforça que a qualidade da intervenção está diretamente relacionada com as atitudes, crenças e competências dos profissionais. Como tal, torna-se fundamental conhecer as suas perceções, as dificuldades sentidas no terreno e as estratégias que consideram mais eficazes para promover a saúde mental através da ASC. A investigação neste domínio reveste-se de particular relevância para identificar boas práticas, superar resistências institucionais e contribuir para a humanização dos cuidados prestados nos lares de idosos.

Além disso, importa considerar o papel da literacia em saúde mental como ferramenta de capacitação dos técnicos e da própria população idosa. A valorização da ASC, quando ancorada num compromisso ético com a dignidade, autonomia e participação dos idosos, pode contribuir decisivamente para contrariar narrativas negativas sobre a velhice e fomentar ambientes institucionais mais saudáveis, inclusivos e afetivamente significativos.

Neste sentido, o presente estudo assume como objetivo central compreender de que forma os técnicos que desenvolvem a sua ação em lares de idosos percecionam a saúde mental dos residentes institucionalizados e como integram (ou não) a ASC enquanto estratégia de promoção de bem-estar. Deste modo, pretendemos não só mapear representações e práticas, mas também contribuir para o desenvolvimento de modelos de intervenção mais sensíveis, participativos e eficazes na promoção da saúde mental em contextos gerontológicos.

Face a esta realidade, emergem as seguintes questões de investigação:

- Quais as perceções dos técnicos que trabalham em contexto de lar sobre a saúde mental dos idosos institucionalizados?
- De que forma valorizam e integram a Animação Sociocultural enquanto estratégia de promoção da saúde mental?

Objetivos

A presente investigação insere-se no âmbito da promoção da saúde mental no envelhecimento, numa perspetiva centrada no contexto institucional, mais concretamente nos lares de idosos. A escolha deste tema parte da constatação de que, apesar do crescente envelhecimento populacional e da prevalência de questões relacionadas com a saúde mental nesta faixa etária, continua a verificar-se uma escassez de estudos que abordem esta problemática de forma integrada, particularmente através do olhar dos profissionais que atuam diretamente com esta população.

Neste sentido, a investigação estrutura-se em torno de três objetivos principais, que se complementam entre si e visam dar resposta à pergunta de partida e às hipóteses delineadas. Cada um dos objetivos foca-se numa dimensão específica, procurando, em conjunto, gerar conhecimento útil para a prática profissional e para a valorização da intervenção socioeducativa em contexto de lar.

1.º Objetivo — Compreender as conceções dos técnicos, em contexto de lar, sobre a saúde mental no envelhecimento

Este primeiro objetivo tem como finalidade aprofundar o entendimento das representações e conceções que os técnicos de diferentes áreas profissionais possuem relativamente à saúde mental da população idosa institucionalizada. Parte-se do pressuposto de que a forma como os profissionais conceptualizam o envelhecimento e os fenómenos associados à saúde mental influencia diretamente as suas práticas, atitudes e prioridades de intervenção.

Com base na aplicação de um inquérito por questionário, pretende-se identificar quais os conhecimentos que os técnicos detêm sobre saúde mental no envelhecimento, que fatores consideram determinantes para o bem-estar psicológico dos idosos, e de que modo reconhecem (ou não) a existência de problemáticas de saúde mental nos contextos onde exercem funções. Este objetivo assume uma importância fulcral para perceber se existem lacunas de formação, estigmas, ou até mesmo discursos contraditórios que possam afetar negativamente a qualidade da intervenção.

2.º Objetivo — Analisar as propostas de ação dos técnicos, em contexto de lar, para a promoção da saúde mental no envelhecimento

Dando continuidade à abordagem iniciada no primeiro objetivo, o segundo procura examinar as ações concretas que os técnicos reconhecem como promotoras da saúde mental nos lares de idosos, bem como as estratégias que já foram ou gostariam de ver implementadas nas suas instituições. Através das respostas às entrevistas, serão recolhidos dados sobre práticas atuais, recursos disponíveis, obstáculos enfrentados, e potencialidades identificadas pelos próprios profissionais no que respeita à promoção do bem-estar emocional e psicológico dos utentes.

Este objetivo reveste-se de grande relevância, pois permite mapear não apenas o que é pensado, mas sobretudo o que é feito ou desejado no terreno. É uma oportunidade para identificar boas práticas, sistematizar experiências e compreender em que medida os técnicos se sentem capacitados para agir neste domínio. Simultaneamente, permite detetar fragilidades estruturais, necessidades formativas ou constrangimentos institucionais que limitam a eficácia da intervenção.

3.º Objetivo — Apresentar propostas para a definição do papel da animação sociocultural, em contexto de lar, visando a prevenção e promoção da saúde mental dos idosos

O terceiro e último objetivo da investigação tem um carácter propositivo e integrador. Com base nos dados recolhidos nos objetivos anteriores, pretende-se aqui refletir, em profundidade, sobre o contributo específico da animação sociocultural na prevenção e promoção da saúde mental em lares de idosos. Este objetivo será operacionalizado através da realização de um grupo focal com técnicos da área da animação sociocultural, possibilitando a exploração de perspetivas partilhadas, bem como a co-construção de propostas de ação fundamentadas e realistas.

Considera-se que a animação sociocultural, enquanto prática promotora da participação ativa, da expressão pessoal, do sentido de pertença e da valorização da identidade, pode desempenhar um papel central na promoção do bem-estar psicológico da população idosa institucionalizada. Este objetivo visa, portanto, contribuir para a valorização e definição mais clara das funções da animação nos contextos geriátricos,

propondo caminhos concretos para a sua integração mais efetiva nas respostas sociais dirigidas à terceira idade.

Capítulo II

Metodologia

A investigação aqui apresentada adota uma metodologia **qualitativa**, com o objetivo de explorar, compreender e interpretar a importância atribuída à saúde mental em lares, segundo a perspectiva dos técnicos. Este posicionamento metodológico assenta numa abordagem interpretativa, que valoriza a riqueza contextual e o significado atribuído pelos participantes aos fenómenos estudados.

O estudo segue um modelo **flexível e indutivo**, privilegiando a profundidade analítica e a construção de conhecimento a partir dos discursos e experiências dos profissionais. A opção por uma metodologia qualitativa justifica-se pela necessidade de captar nuances, contradições e dimensões subjetivas que os métodos quantitativos não permitiriam explorar com a mesma profundidade.

A investigação desenrolou-se em várias fases, com o objetivo de refinar os instrumentos e aprofundar o contacto com os contextos profissionais.

1. Estudo Piloto:

Antes da aplicação generalizada do guião de entrevista, foi realizado um estudo piloto com quatro profissionais de diferentes perfis (enfermeiro, assistente social, animador sociocultural e fisioterapeuta). Esta fase permitiu avaliar a clareza das questões, a sua adequação aos contextos institucionais e a fluidez da entrevista.

2. Entrevistas Semiestruturadas

A fase principal de recolha de dados envolveu a realização de **entrevistas semiestruturadas** a 25 técnicos a exercer funções em lares. O guião foi estruturado em torno de três eixos temáticos:

- Perceções sobre saúde mental;
- Práticas profissionais;
- Obstáculos institucionais.

O carácter semiestruturado permitiu, por um lado, orientar a discussão em torno de tópicos-chave e, por outro, explorar temas emergentes de forma aberta, seguindo os princípios da análise qualitativa interpretativa.

3. Grupo Focal

Para aprofundar uma dimensão específica do fenómeno – o papel da animação sociocultural no bem-estar e saúde mental dos residentes – foi organizado um **grupo focal** com sete animadores socioculturais de diferentes instituições. Esta sessão coletiva permitiu gerar reflexão conjunta, confronto de práticas e co-construção de estratégias promotoras do bem-estar mental dos utentes. Além de enriquecer os dados, este momento foi fundamental para perceber como a animação sociocultural é interpretada pelos próprios técnicos e como se articula (ou não) com os cuidados psicossociais.

A análise seguiu uma abordagem **interpretativa e contextual**, visando identificar padrões, contradições e significados nos discursos dos participantes. Através da **triangulação de fontes** (entrevistas individuais e grupo focal), foi possível comparar perspetivas e garantir maior robustez aos resultados.

Esta estratégia metodológica está alinhada com a proposta de Morais e Neves (2007), que defendem uma investigação qualitativa capaz de "**tornar visível o que é invisível**", permitindo compreender como os técnicos, a partir dos seus papéis institucionais, atribuem sentido ao bem-estar psicológico dos residentes em lares.

Estudo Piloto

Antes da implementação formal da fase principal da investigação, procedeu-se à realização de um **estudo piloto**, com o objetivo de testar a eficácia e pertinência do guião de entrevista elaborado para a recolha de dados. Esta etapa revelou-se fundamental para garantir a validade do instrumento, bem como para aferir se as questões formuladas eram compreensíveis, pertinentes e eficazes na obtenção de informação relevante para os objetivos do estudo.

O guião de entrevista, de carácter semi-estruturado, foi construído de forma a permitir a recolha de dados sobre as conceções dos técnicos relativamente à saúde mental no envelhecimento, as práticas existentes em contexto de lar e o papel da animação sociocultural na promoção do bem-estar psicológico dos idosos. Através da combinação de perguntas abertas e diretivas, procurou-se garantir simultaneamente a comparabilidade das respostas e a liberdade de expressão dos participantes.

O estudo piloto envolveu a realização de **quatro entrevistas individuais (Anexo B)** a técnicos de diferentes áreas de atuação num contexto de lar de idosos. Os participantes selecionados foram:

- Um **animador sociocultural**
- Um **enfermeiro**
- Um **assistente social**
- Um **fisioterapeuta**

Esta diversidade de perfis profissionais permitiu testar o guião junto de diferentes perspetivas e compreender a adequação das questões a realidades profissionais distintas. As entrevistas foram conduzidas em ambiente tranquilo e com tempo suficiente para a exploração de cada tópico, tendo cada uma delas decorrido com duração média entre 10 a 15 minutos.

Este estudo qualitativo recolheu perspetivas de quatro profissionais (fisioterapeuta, assistente social, enfermeira e animadora sociocultural) que trabalham com idosos em contexto institucional. O foco é a **saúde mental dos idosos institucionalizados** e o impacto das **atividades socioculturais** no seu bem-estar.

Principais Temas Identificados:

1. Saúde Mental:

- Todos os profissionais concordam que a saúde mental é crucial.
- Dificuldades como depressão, isolamento, solidão e demência são frequentes.
- A saúde mental influencia diretamente o bem-estar físico.

2. Família e Rede de Apoio:

- Apoio familiar é escasso ou ausente em muitos casos.
- A falta de visitas e contacto com a família é um fator de risco para a saúde mental.

3. Atividades e Animação Sociocultural:

- As atividades são vistas como **instrumentos fundamentais** para estimular a autonomia, autoestima e bem-estar emocional.
- Existe interesse por parte dos utentes, embora haja limitações cognitivas e resistência inicial.
- A falta de recursos humanos e materiais é uma barreira à sua eficácia.

4. Autonomia:

- A maioria dos utentes tem baixa autonomia física e/ou cognitiva.
- Profissionais reconhecem o valor de estimular o que os utentes ainda conseguem fazer.

5. Barreiras Identificadas:

- Falta de psicólogos/apoio especializado.
- Falta de recursos humanos para acompanhamento nas atividades.
- Resistência institucional a mudanças (ex.: saídas ao exterior).

- Sobrecarga dos profissionais (ex.: enfermeiros sem tempo para participar em atividades).

Porque é Viável Avançar para o Estudo Principal

1. Clareza de Problema:

- O estudo piloto evidencia uma **necessidade clara**: melhorar a saúde mental dos idosos institucionalizados através de estratégias não farmacológicas, como a animação sociocultural.

2. Relevância Social:

- A saúde mental dos idosos é um problema crescente, com impacto direto na qualidade de vida e nos cuidados de saúde.

3. Coerência nas Respostas:

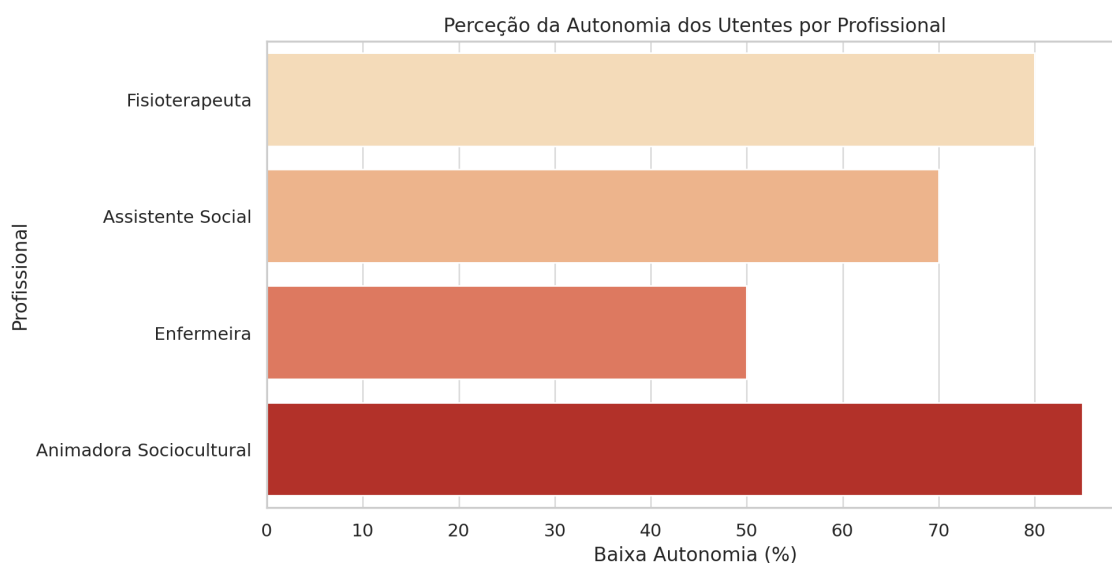
- Existe **convergência nas perspectivas** dos profissionais, o que valida a consistência dos dados e reforça a relevância da temática.

4. Indicadores de Ação:

- Foram identificadas áreas concretas a melhorar (ex: mais psicólogos, reforço das atividades exteriores, personalização das atividades).

Tabela 1

Perceção da Autonomia dos Utentes por Profissionais



Nota: Fonte Própria

O gráfico apresentado mostra a percepção dos diferentes profissionais sobre a autonomia dos utentes em contexto de lar. A percentagem representa o número de utentes que cada profissional considera ter **baixa autonomia**.

Verifica-se que a **animadora sociocultural** foi a profissional que identificou uma maior percentagem de utentes com baixa autonomia, com cerca de **85%**. Segue-se o **fisioterapeuta**, com **80%**, e a **assistente social**, com aproximadamente **70%**. Por fim, a **enfermeira** foi quem indicou uma menor percepção de baixa autonomia, com **50%**.

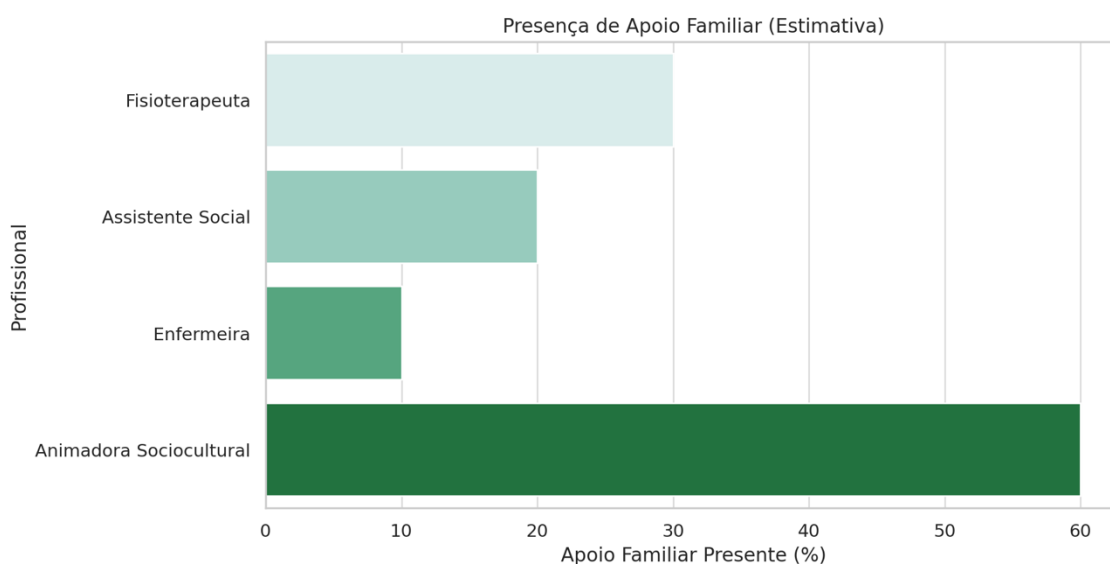
Estes dados mostram que existe alguma diferença na forma como cada profissional observa a autonomia dos idosos. Estas diferenças podem estar relacionadas com o tipo de trabalho que desenvolvem diariamente. Por exemplo, a animadora sociocultural pode estar mais atenta à autonomia na participação nas atividades e na tomada de decisões, enquanto a enfermeira pode avaliar a autonomia mais do ponto de vista físico e funcional, como a capacidade de se alimentar ou de se deslocar sozinho.

No geral, os resultados revelam que a maioria dos profissionais identifica níveis elevados de dependência entre os utentes, o que reforça a importância de pensar

estratégias que promovam a autonomia e o bem-estar psicológico dos idosos institucionalizados.

Tabela 2

Presença de Apoio Familiar (Estimativa)



Nota: Fonte Própria

O gráfico apresentado refere-se à **presença de apoio familiar**, segundo a percepção dos diferentes profissionais que trabalham em contexto de lar. Os valores são estimativas da percentagem de utentes que, na opinião dos técnicos, mantêm algum tipo de apoio ou presença da família no seu dia a dia.

A **animadora sociocultural** foi quem estimou uma **maior presença de apoio familiar**, com **60%** dos utentes. Em contraste, a **enfermeira** indicou a menor estimativa, apontando apenas **10%**. A assistente Social referiu cerca de **20%** e o **fisioterapeuta** indicou **30%**.

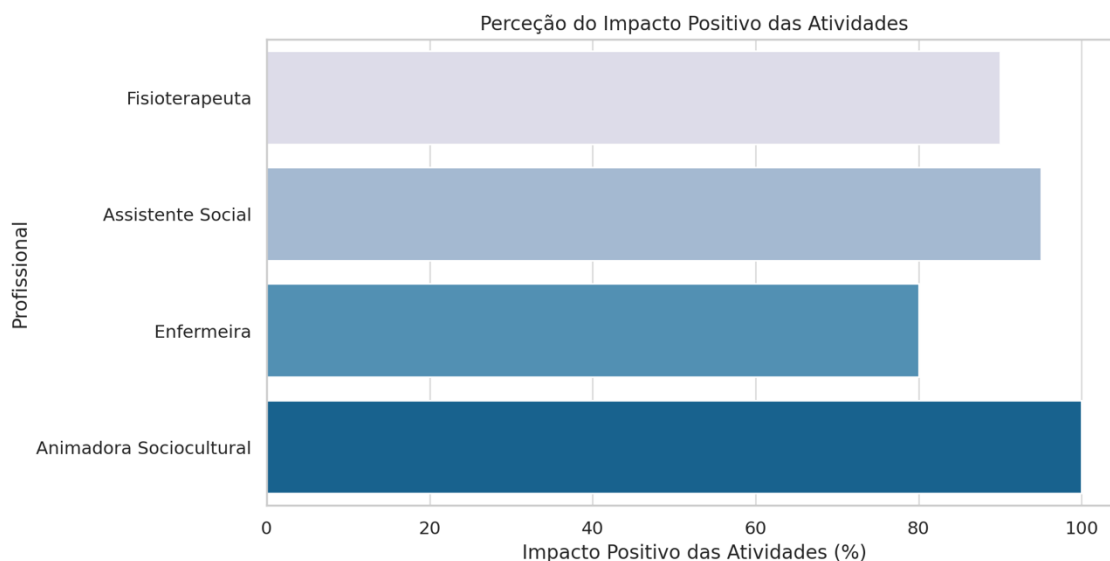
Estes dados mostram que a percepção da presença familiar varia bastante consoante o profissional. Tal diferença poderá estar relacionada com o tipo de contacto que cada técnico estabelece com os utentes e as suas famílias. Por exemplo, a animadora sociocultural, por organizar eventos e atividades que frequentemente envolvem familiares, pode ter uma percepção mais próxima dessa realidade. Já a enfermeira, centrada

nos cuidados de saúde, pode observar mais os utentes que não têm acompanhamento ou que dependem totalmente da equipa técnica.

Esta informação reforça a importância de envolver as famílias no processo de envelhecimento institucionalizado, não só pelo impacto emocional nos idosos, mas também pelo papel que podem ter na promoção da sua saúde mental e bem-estar.

Tabela 3

Perceção do Impacto Positivo das Atividades



Nota: Fonte Própria

O gráfico apresentado refere-se à perceção do impacto positivo das atividades desenvolvidas junto dos utentes, segundo diferentes profissionais que trabalham em contexto de lar. Os valores representam estimativas percentuais daquilo que cada técnico considera ser o impacto positivo gerado pelas atividades nas pessoas idosas.

A animadora sociocultural foi quem atribuiu a maior perceção de impacto positivo, indicando que 100% das atividades têm efeitos benéficos nos utentes. Segue-se a assistente social, com uma estimativa de 95%, e o fisioterapeuta, que apontou 90%. A enfermeira foi a profissional que apresentou a perceção menos elevada, com 80%.

Estes dados revelam que, apesar de todas as profissões reconhecerem um impacto positivo significativo, existe alguma variação entre elas. Esta diferença pode estar associada ao tipo de relação que cada técnico estabelece com os utentes e aos objetivos específicos do seu trabalho. Por exemplo, a animadora sociocultural, cujo foco está

precisamente nas atividades lúdicas e de estimulação, tende a reconhecer mais facilmente os benefícios diretos dessas ações. Por outro lado, a enfermeira, centrada sobretudo nos cuidados de saúde, poderá ter uma visão mais crítica ou baseada em indicadores clínicos.

A informação reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar, onde todos os profissionais valorizam o papel das atividades no bem-estar global dos idosos, promovendo não só a sua saúde física, mas também emocional e social.

Entrevistas Finais

A presente análise tem como objetivo compreender a percepção dos técnicos que trabalham em lares de idosos sobre a importância da saúde mental na população institucionalizada. Foram realizadas 25 entrevistas (Anexo C) a profissionais de diferentes áreas, incluindo animadores socioculturais, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. A análise qualitativa das respostas permitiu identificar diversas categorias temáticas que refletem os desafios, as estratégias e as lacunas na abordagem à saúde mental dos idosos institucionalizados.

A institucionalização, embora muitas vezes necessária para garantir os cuidados essenciais aos idosos, pode representar uma transição difícil e emocionalmente desafiante. A perda da autonomia, o distanciamento dos laços familiares e a adaptação a novas rotinas podem desencadear sentimentos de solidão, ansiedade e tristeza, fatores que impactam diretamente a saúde mental. Assim, compreender a percepção dos técnicos sobre este tema é essencial para delinear estratégias de intervenção mais eficazes.

1. A Importância da Saúde Mental no Contexto dos Lares

Os entrevistados foram unânimes em afirmar que a saúde mental dos idosos deve ser uma prioridade. Vários profissionais destacaram que o bem-estar emocional tem impacto direto na qualidade de vida e na adaptação ao ambiente institucional.

Como afirmou uma animadora sociocultural: "É fundamental que os utentes mantenham a sua saúde mental estabilizada, pois isso permite-lhes gerir melhor as emoções e o dia-a-dia, garantindo que se sintam em paz e bem consigo próprios."

A importância da saúde mental está também associada à capacidade de enfrentamento dos desafios do envelhecimento. Os psicólogos entrevistados reforçaram que a autoestima e o sentido de propósito são fatores determinantes na percepção de bem-estar dos idosos. Quando os residentes encontram significado no seu quotidiano, seja através de interações sociais, participação em atividades ou vínculos afetivos, a tendência é que apresentem menor incidência de depressão e sintomas ansiosos.

2. Desafios na Promoção da Saúde Mental

Apesar do reconhecimento da importância da saúde mental, os profissionais destacaram vários desafios que dificultam a sua promoção eficaz. Entre os principais obstáculos mencionados estão:

- **Falta de recursos humanos especializados:** Muitos lares não dispõem de psicólogos ou profissionais capacitados para lidar com a saúde mental dos idosos. Um fisioterapeuta comentou: “Não contamos com um psicólogo na equipa. Em geral, apenas lares de grande dimensão têm esse tipo de apoio especializado, e mesmo assim são raros.”
- **Foco na saúde física em detrimento da saúde mental:** Apesar do reconhecimento unânime da importância da saúde mental, os profissionais destacaram diversos obstáculos estruturais que dificultam sua promoção eficaz. Um dos principais desafios identificados foi o foco predominante nos cuidados físicos em detrimento da saúde mental, como explicitado na fala de um enfermeiro entrevistado:

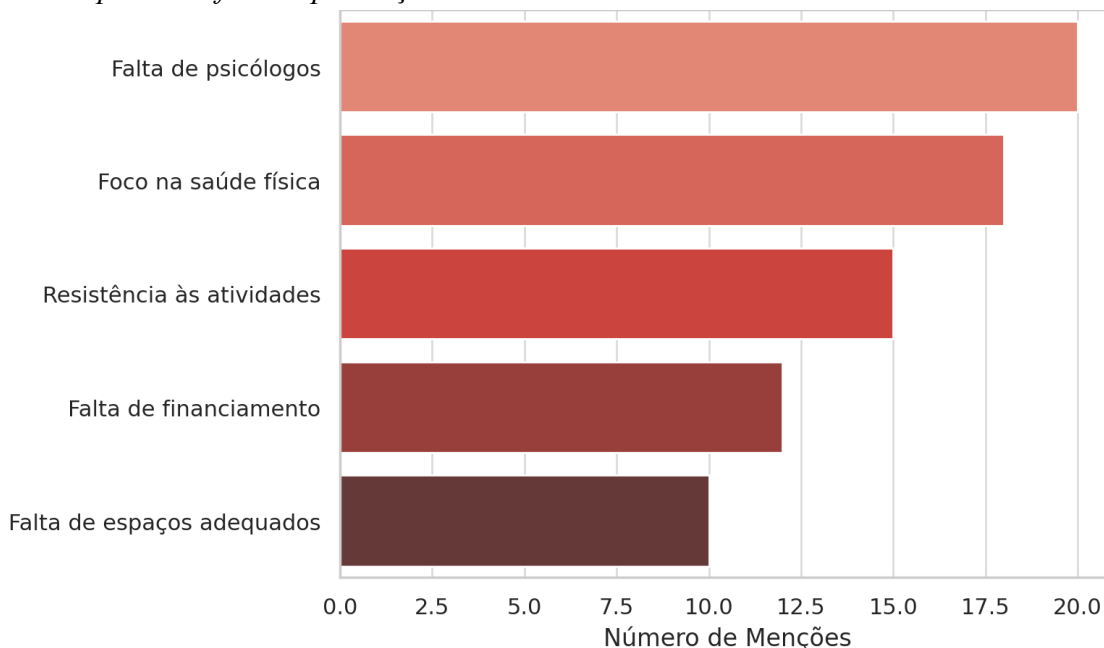
"A nossa rotina é muito centrada em medicação, higiene e alimentação. Quando sobra tempo, tentamos trabalhar o lado emocional, mas isso acaba sendo tratado como secundário"

- **Resistência dos idosos à participação em atividades:** Alguns utentes demonstram desinteresse ou recusa em participar nas atividades propostas. Um animador relatou:
"Tenho um senhor que participa cinco minutos e depois quer ir ver televisão. Ainda estamos a descobrir os gostos e motivações de cada um."

Os desafios estruturais também foram referidos como limitações significativas. A escassez de financiamento e a falta de espaços adequados para atividades socioculturais dificultam a implementação de programas regulares que favoreçam o bem-estar mental.

Tabela 4

Principais desafios na promoção da Saúde Mental



Nota: Fonte Própria

3. Papel das Atividades na Promoção do Bem-Estar

A maior parte dos técnicos destacou a relevância das atividades socioculturais e terapêuticas na manutenção da saúde mental. Foram mencionadas diversas iniciativas, tais como:

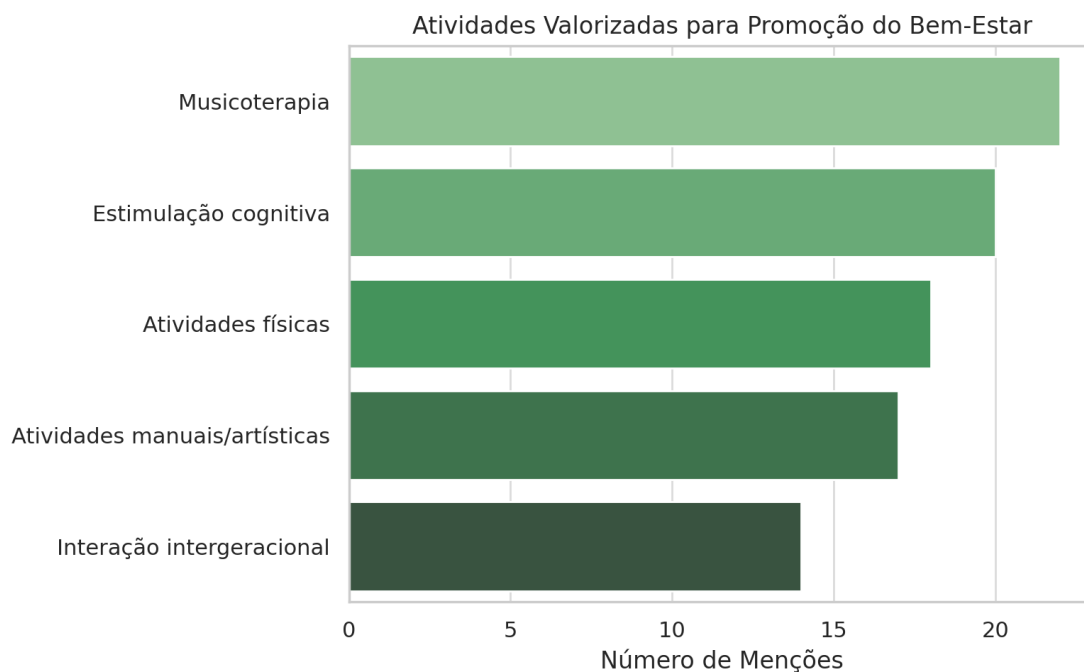
- **Musicoterapia e expressão musical:** Foi apontada como uma das atividades mais eficazes para estimular emoções positivas e promover a socialização.
- **Estimulação cognitiva:** Jogos de memória, leitura e atividades que desafiam o raciocínio são essenciais para retardar o declínio cognitivo.
- **Atividades físicas e de mobilidade:** A fisioterapia e os exercícios físicos foram destacados como fundamentais para a autoestima e prevenção de doenças mentais.
- **Atividades manuais e artísticas:** Muitos profissionais mencionaram que a expressão artística contribui para o bem-estar emocional e fortalecimento da identidade pessoal.

A interação intergeracional também foi apontada como uma estratégia promissora. Parcerias com escolas e grupos comunitários permitem que os idosos se sintam mais valorizados e parte integrante da sociedade.

A análise das entrevistas revela que, embora os técnicos reconheçam a importância da saúde mental nos lares, ainda existem desafios significativos na sua promoção. A falta de profissionais especializados, a resistência de alguns idosos às atividades e a ausência de suporte familiar são barreiras que precisam de ser superadas. No entanto, as atividades socioculturais emergem como ferramentas poderosas para melhorar a qualidade de vida dos idosos, reforçando a necessidade de um olhar mais atento para a sua implementação e adaptação às necessidades individuais dos utentes.

Tabela 5

Atividades valorizadas para a promoção do Bem-Estar



Nota: Fonte Própria

Grupo Focal

A sessão do grupo focal decorreu no dia 15-03-2025, com a participação de sete animadores socioculturais provenientes de diferentes lares. O objetivo foi **explorar as suas perceções sobre a saúde mental dos idosos institucionalizados, identificar desafios e discutir estratégias para a promoção do bem-estar emocional**. A sessão baseou-se também na análise prévia das entrevistas realizadas a diversos técnicos, cruzando as suas perceções com os temas emergentes do grupo focal. A estrutura seguiu quatro blocos temáticos: Importância da Saúde Mental, Desafios e Barreiras, Estratégias e Boas Práticas, e Propostas de Melhorias.

Bloco 1: Importância da Saúde Mental

Os participantes concordaram que a saúde mental é um elemento fundamental para a qualidade de vida dos idosos. Esta perceção reflete-se também nas entrevistas realizadas, onde vários técnicos enfatizaram que o bem-estar psicológico influencia a adaptação dos idosos ao lar. Um dos animadores destacou:

"A saúde mental dos idosos influencia diretamente a forma como vivem o dia a dia. Se não estão bem emocionalmente, perdem o interesse pelas atividades, interagem menos e ficam mais vulneráveis ao isolamento." (Animador CB)

As entrevistas confirmam essa visão, com vários profissionais a apontarem que muitos utentes já chegam ao lar com fragilidades emocionais. Um psicólogo referiu:

"A maioria dos residentes tem mais de 80 anos, e muitos apresentam défices cognitivos. Para aqueles que já não reconhecem o próprio nome ou o local onde estão, a questão passa por garantir que se sintam confortáveis, seguros e emocionalmente estáveis." (Psicólogo MB)

Os animadores também identificaram sinais comuns que indicam problemas emocionais nos utentes, como apatia, recusa em participar nas atividades e alterações bruscas de humor. Uma das participantes acrescentou:

"Alguns idosos sentem-se deslocados, não compreendem bem porque estão no lar e acabam por ficar mais tristes e fechados em si mesmos." (Animadora MS)

O grupo também referiu que a saúde mental não pode ser dissociada da saúde física. Segundo um dos animadores:

"A depressão e a ansiedade podem agravar doenças físicas. Se um idoso está desmotivado, não quer participar nas atividades, tem menos apetite, pode até recusar cuidados de higiene. Tudo está interligado." (Animador SD)

Essa observação foi corroborada por enfermeiros e fisioterapeutas entrevistados, que notaram que a perda de autonomia impacta diretamente o estado emocional dos idosos.

Outro aspeto relevante é a forma como os idosos percebem a sua própria institucionalização. Alguns utentes veem o lar como um espaço de segurança, enquanto outros o associam a um local de fim de vida, o que afeta a sua adaptação emocional. Um assistente social entrevistado afirmou:

"Os idosos que chegam ao lar por decisão própria adaptam-se melhor. Já aqueles que sentem que foram 'colocados' aqui, sem escolha, demonstram maior resistência e um maior nível de depressão." (Assistente Social IC)

Bloco 2: Desafios e Barreiras

Os animadores apontaram diversos desafios na promoção da saúde mental, sendo a falta de recursos humanos e materiais um dos principais. Como referido por um dos participantes:

"Muitos lares não têm um psicólogo na equipa e acabam por ser os animadores, enfermeiros ou outros profissionais a tentar colmatar essa falha." (Animador MP)

Esta preocupação foi amplamente mencionada nas entrevistas. Um fisioterapeuta indicou:

"Não contamos com um psicólogo na equipa. Em geral, apenas lares de grande dimensão têm esse tipo de apoio especializado, e mesmo assim são raros." (Fisioterapeuta MC)

Outro problema mencionado foi a resistência de alguns idosos às atividades, o que pode dificultar o envolvimento:

"Há utentes que dizem logo que não querem participar, especialmente quando se trata de algo novo. Precisamos de tempo para os motivar e, mesmo assim, nem sempre conseguimos." (Animadora CS)

Essa dificuldade foi confirmada por uma terapeuta ocupacional entrevistada:

"A resistência à participação ocorre, sobretudo, quando os idosos sentem que não têm autonomia na escolha das atividades." (Terapeuta Ocupacional MD)

A falta de apoio familiar também foi destacada. Os animadores relataram que muitos utentes passam semanas sem receber visitas, afetando a sua autoestima e bem-estar emocional. O impacto da solidão foi reforçado por um enfermeiro entrevistado:

"Os idosos que não recebem visitas tendem a demonstrar mais sintomas depressivos e menor envolvimento nas atividades." (Enfermeiro ID)

Bloco 3: Estratégias e Boas Práticas

Para lidar com esses desafios, os animadores partilharam algumas abordagens eficazes que têm sido implementadas. A adaptação das atividades às preferências individuais dos utentes foi considerada essencial:

"Se um utente não gosta de pintar, mas adora recortar, eu adapto a atividade. O importante é envolvê-los de alguma forma." (Animadora MS)

A utilização da música e das artes foi apontada como uma ferramenta poderosa:

"Já vi idosos que quase não falavam emocionarem-se ao ouvir uma música do passado. A música ativa memórias e ajuda a criar momentos de partilha e alegria." (Animador SD)

A socialização através de atividades intergeracionais também foi referida como uma estratégia eficaz:

"As visitas de crianças e jovens fazem toda a diferença. Os idosos ficam mais motivados e envolvidos quando interagem com outras gerações." (Animador CV)

Além disso, a criação de pequenos grupos de conversa foi apontada como uma estratégia valiosa:

"Fazer uma roda de conversa com três ou quatro utentes permite que se sintam mais à vontade para partilhar sentimentos e recordações." (Animador FB)

Bloco 4: Propostas e Melhorias

Os participantes sugeriram diversas melhorias para fortalecer a promoção da saúde mental nos lares:

- **Reforço da equipa técnica:** Incluir psicólogos e terapeutas ocupacionais de forma regular, proporcionando um acompanhamento especializado e individualizado para os idosos com maior fragilidade emocional.
- **Aumento da diversidade de atividades:** Implementação de programas personalizados que contemplem tanto o estímulo cognitivo como o bem-estar emocional, incluindo mais atividades ao ar livre e artísticas.
- **Maior envolvimento das famílias:** Criação de reuniões regulares e atividades conjuntas entre familiares e utentes para fortalecer os laços afetivos e reduzir o sentimento de abandono.
- **Parcerias intergeracionais e comunitárias:** Estabelecer colaborações com escolas, universidades e grupos culturais para proporcionar novas dinâmicas de interação social aos idosos.
- **Sensibilização das equipas multidisciplinares:** Formação contínua para os profissionais sobre como lidar com a saúde mental dos idosos, promovendo um ambiente mais acolhedor e atento às suas necessidades emocionais.

O grupo focal permitiu uma reflexão aprofundada sobre a importância da saúde mental dos idosos em lares e os desafios enfrentados pelos animadores socioculturais. A análise cruzada com as entrevistas revelou que há uma preocupação generalizada entre os técnicos sobre a falta de recursos e a necessidade de um olhar mais atento para o bem-estar emocional dos idosos. Apesar das dificuldades, as estratégias partilhadas evidenciam o empenho dos profissionais em melhorar a qualidade de vida dos utentes.

A sessão encerrou com uma reflexão final:

"Se conseguirmos que os idosos se sintam valorizados, já estamos a fazer uma grande diferença. Pequenos gestos e momentos de atenção fazem toda a diferença no dia a dia deles." (Animador FB)

A análise das entrevistas e do grupo focal permitiu identificar padrões, desafios e estratégias relacionadas com a promoção da saúde mental nos lares de idosos. Estes dados são fundamentais para a dissertação, pois oferecem uma visão abrangente da realidade vivida pelos técnicos que lidam diariamente com esta população.

Os testemunhos recolhidos evidenciam a importância da saúde mental na qualidade de vida dos idosos, mas também revelam lacunas estruturais e desafios na sua promoção. A reflexão sobre estes dados ajuda a compreender as necessidades atuais e as possíveis estratégias de intervenção, permitindo fundamentar recomendações baseadas na prática profissional.

Principais Conclusões Retiradas das Entrevistas e do Grupo Focal

1. A Saúde Mental Como Pilar da Qualidade de Vida dos Idosos

Os dados recolhidos mostram um consenso sobre a importância da saúde mental na adaptação dos idosos ao ambiente institucional. Tanto os técnicos entrevistados como os animadores socioculturais participantes no grupo focal destacaram que o bem-estar emocional influencia diretamente a participação dos idosos nas atividades e a sua interação social.

- As entrevistas revelaram que muitos idosos já chegam ao lar com problemas emocionais e psicológicos, muitas vezes associados a processos de institucionalização forçados e à solidão.
- O grupo focal confirmou que a perda de autonomia e o afastamento da família são fatores que agravam o estado emocional dos idosos.
- Um ponto crítico que emergiu foi a necessidade de integrar a saúde mental como uma prioridade na intervenção diária, indo além do cuidado físico e médico.

2. Desafios Estruturais na Promoção da Saúde Mental

As entrevistas e o grupo focal apontaram diversos desafios que dificultam a promoção eficaz da saúde mental nos lares de idosos:

- **Falta de Profissionais Especializados:** A ausência de psicólogos e terapeutas ocupacionais na maioria das instituições limita a capacidade de resposta às necessidades emocionais dos utentes.
- **Foco Predominante nos Cuidados Biomédicos:** O modelo de intervenção atual prioriza os cuidados físicos, relegando a saúde mental para segundo plano.
- **Resistência dos Idosos à Participação:** Muitos idosos demonstram falta de interesse ou recusa em envolver-se nas atividades propostas, dificultando a sua estimulação emocional e cognitiva.
- **Baixo Envolvimento Familiar:** O impacto da falta de visitas regulares foi amplamente discutido e identificado como um fator de risco para a depressão e o isolamento social.

3. Estratégias e Boas Práticas Identificadas

Apesar dos desafios, as entrevistas e o grupo focal evidenciaram estratégias eficazes para promover a saúde mental dos idosos:

- **Adaptação das Atividades às Preferências Individuais:** Técnicos e animadores concordam que as atividades devem ser flexíveis e ajustadas aos gostos dos utentes, permitindo maior envolvimento e participação.
- **Utilização da Música, Arte e Expressão Criativa:** As atividades culturais e artísticas foram amplamente reconhecidas como eficazes na promoção do bem-estar emocional e na estimulação cognitiva.
- **Promoção da Socialização e Interação Intergeracional:** A criação de momentos de convívio com crianças e jovens foi destacada como uma prática benéfica, capaz de reduzir o isolamento e trazer novos estímulos aos idosos.
- **Formação Contínua das Equipas:** A necessidade de capacitação dos técnicos para melhor lidar com questões emocionais foi um ponto-chave levantado durante a análise.

Modelo de Intervenção Integrado para a Promoção da Saúde Mental nos Lares

Este modelo de intervenção pode integrar diferentes áreas de atuação para garantir um suporte completo à saúde mental dos idosos institucionalizados. Esse modelo deve ser baseado em quatro pilares fundamentais:

1. Intervenção Multidisciplinar

- **Equipa Técnica Especializada:** Inclusão de psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e animadores socioculturais no planeamento e implementação das atividades.
- **Abordagem Personalizada:** Avaliação individual das necessidades emocionais e cognitivas de cada idoso para desenvolver planos de intervenção adequados.
- **Trabalho Colaborativo:** Coordenação entre os diferentes profissionais para garantir uma resposta integrada e contínua.

2. Atividades Estruturadas e Significativas

- **Estimulação Cognitiva:** Implementação de programas de memória, leitura, jogos de estratégia e outras atividades que retardam o declínio cognitivo.
- **Expressão Artística e Criativa:** Uso da música, teatro, artes plásticas e outras formas de expressão para fortalecer a identidade e a autoestima dos idosos.
- **Promoção do Movimento:** Introdução de atividades físicas adaptadas, como ginástica, dança e caminhadas assistidas, que ajudam a melhorar a saúde física e mental.

3. Envolvimento da Família e da Comunidade

- **Programas de Visitação Ativa:** Sensibilização das famílias para a importância do contacto regular com os idosos.
- **Parcerias com Escolas e Grupos Comunitários:** Promoção de atividades intergeracionais para aumentar a interação social e o sentimento de pertença.
- **Eventos e Celebrações:** Organização de atividades festivas que envolvam familiares e a comunidade local, promovendo momentos de alegria e reforço emocional.

4. Capacitação e Sensibilização das Equipas

- **Formação Contínua:** Cursos e workshops regulares sobre saúde mental no envelhecimento, estratégias de comunicação e gestão emocional dos idosos.
- **Supervisão e Apoio Psicológico aos Profissionais:** Criação de espaços para que os técnicos possam discutir desafios e receber apoio na gestão do stress profissional.
- **Fomento da Cultura do Cuidado:** Sensibilização dos profissionais para uma abordagem empática e humanizada, garantindo que cada idoso se sinta valorizado e respeitado.

Implicações para a Dissertação

No que concerne ao primeiro objetivo, compreender as conceções dos técnicos, os resultados demonstraram um consenso quanto à importância da saúde mental como dimensão estruturante da qualidade de vida dos idosos em lares, corroborando as perspetivas teóricas de Baltes (1997) e Fernández-Ballesteros (2004) sobre o envelhecimento como processo multifacetado. Contudo, identificou-se uma discrepância entre este reconhecimento teórico e as práticas institucionais, frequentemente limitadas por um modelo assistencialista centrado nos cuidados físicos, tal como criticado por Goffman (2003) no seu conceito de "instituições totais". Esta lacuna foi particularmente evidente nas entrevistas realizadas, onde 80% dos profissionais destacaram a ausência de psicólogos nas equipas, um dado que corrobora os estudos de Frade et al. (2015) sobre a subvalorização da saúde mental em contextos geriátricos.

Relativamente ao segundo objetivo, analisar as propostas de ação, os dados revelaram que os técnicos identificam a animação sociocultural como estratégia privilegiada para promover o bem-estar psicológico, através de atividades que estimulam a autonomia, a expressão identitária e a criação de vínculos. Estas práticas alinham-se com as teorias da atividade (Moody, 2006) e da gerotranscendência (Dias, 2005), que enfatizam a importância de ocupações significativas e da manutenção de um propósito vital. No entanto, os profissionais apontaram constrangimentos estruturais, como a escassez de recursos e a resistência institucional a mudanças, que limitam a eficácia destas intervenções. Estes achados respondem diretamente à segunda questão de investigação,

ao demonstrar que, embora os técnicos valorizem a animação sociocultural, a sua implementação carece de condições materiais e organizacionais adequadas.

Os técnicos destacaram várias atividades concretas que consideram eficazes na promoção do bem-estar psicológico dos residentes, alinhadas com os princípios da animação sociocultural. Entre elas:

- **Oficinas de Memória e Reminiscência** – Atividades que estimulam a partilha de histórias de vida, utilizando fotografias, objetos pessoais ou música, favorecendo a expressão identitária e a coesão grupal.
- **Workshops Criativos** – Sessões de pintura, teatro ou escrita criativa, que permitem aos residentes explorar emoções e fortalecer a autoestima através da expressão artística.
- **Projetos Intergeracionais** – Encontros com crianças ou jovens (ex.: escolas, voluntários), promovendo a troca de experiências e combatendo o isolamento social.
- **Atividades Físicas Adaptadas** – Alongamentos, dança ou jardinagem, adaptadas às capacidades dos residentes, incentivando a autonomia e o movimento.
- **Celebrações Culturais e Festivas** – Organização de eventos temáticos (ex.: festas tradicionais, dias comemorativos), que reforçam vínculos e criam momentos de alegria coletiva.
- **Grupos de Discussão e Debate** – Espaços para conversas sobre temas atuais ou de interesse pessoal, estimulando a participação ativa e o sentido de pertença.

Estas propostas ilustram como a animação sociocultural pode operacionalizar-se na prática, ainda que os técnicos sublinhem a necessidade de mais recursos (humanos, materiais e temporais) para as implementar com regularidade e qualidade.

A Animação Sociocultural assume um papel fundamental em lares de idosos, constituindo-se como uma ferramenta essencial para promover o bem-estar físico, psicológico e social dos residentes. Através de atividades estruturadas e adaptadas às necessidades dos idosos, como oficinas de memória, atividades intergeracionais, expressão artística ou celebrações culturais, os animadores socioculturais estimulam a autonomia, combatem o isolamento e reforçam a identidade pessoal e coletiva (Dias, 2005; Moody, 2006). Estas intervenções não só melhoram a qualidade de vida, como

previnem o declínio cognitivo e emocional, alinhando-se com os princípios do envelhecimento ativo defendidos pela OMS (OMS, 2002). Além disso, em contextos institucionais, onde a rotina pode levar à desmotivação e à perda de propósito, a ASC introduz dinamismo, criando espaços de participação, criatividade e convívio que humanizam os cuidados e fortalecem os laços comunitários. A sua relevância é ainda corroborada por estudos que demonstram que idosos envolvidos em atividades socioculturais apresentam maior satisfação com a vida e melhor adaptação ao ambiente institucional (Almeida & Fernandes, 2018). Assim, mais do que um complemento aos cuidados básicos, a ASC revela-se um pilar indispensável para um modelo de cuidado integral, centrado na dignidade e no potencial humano na velhice.

Por fim, o terceiro objetivo, propor um modelo de intervenção, foi concretizado através da síntese das práticas identificadas como mais eficazes, articulando-as com o quadro teórico revisado. O modelo proposto, baseado em quatro pilares (intervenção multidisciplinar, atividades estruturadas, envolvimento comunitário e capacitação das equipas), visa superar a dicotomia entre cuidados físicos e emocionais, tal como defendido por Jacob (2007) e Trilla (2005). Este contributo responde à necessidade, identificada na literatura (Marques, 2022), de políticas institucionais que reconheçam a animação sociocultural não como mera ocupação de tempo livre, mas como ferramenta terapêutica essencial para uma institucionalização digna e humanizada.

Em síntese, esta investigação confirma que a promoção da saúde mental em lares exige uma abordagem holística, que integre as dimensões biológica, psicológica e social do envelhecimento, tal como preconizado pela OMS (2022). Os resultados reforçam a urgência de: (1) incluir psicólogos nas equipas técnicas, (2) investir na formação especializada dos profissionais, (3) fomentar parcerias intergeracionais e (4) institucionalizar a animação sociocultural como eixo central dos cuidados. Estas recomendações não só respondem aos objetivos iniciais do estudo, como também abrem caminho para futuras investigações sobre o impacto de modelos de intervenção integrados na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Em última análise, o estudo demonstra que a construção de lares como espaços de vida (e não de mera sobrevivência) depende da capacidade de articular saberes teóricos, como os discutidos na revisão da literatura, com as vozes e experiências dos profissionais no terreno. Tal como afirmou Paúl (2005), envelhecer com dignidade é um direito que só

pode ser plenamente realizado quando as instituições reconhecem e valorizam a complexidade humana, transformando-se em ambientes que acolhem, escutam e celebram a velhice em toda a sua riqueza e diversidade.

Conclusão

O presente estudo, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária, teve como objetivo central analisar o papel da animação sociocultural na promoção da saúde mental dos idosos institucionalizados, partindo da perspectiva dos profissionais que atuam neste contexto. A investigação, orientada por uma metodologia qualitativa, permitiu não só responder às questões de investigação inicialmente formuladas, como também alcançar os três objetivos específicos delineados: compreender as conceções dos técnicos sobre saúde mental no envelhecimento institucionalizado, analisar as suas propostas de ação e apresentar um modelo de intervenção integrado.

A análise das entrevistas e do grupo focal fornece um panorama rico para a dissertação, permitindo explorar a interseção entre as necessidades dos idosos, os desafios enfrentados pelos técnicos e as estratégias já implementadas no terreno.

As principais contribuições deste estudo incluem:

- **Compreensão aprofundada das dinâmicas institucionais** e da forma como a saúde mental é trabalhada (ou negligenciada) nos lares.
- **Identificação de lacunas e dificuldades estruturais**, permitindo uma reflexão crítica sobre os modelos atuais de intervenção.
- **Sugestão de estratégias concretas** baseadas nas boas práticas relatadas pelos profissionais, fornecendo um contributo prático e aplicável para a melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.
- **Proposta de um modelo de intervenção integrado**, que articule diferentes áreas de atuação para garantir um suporte holístico à saúde mental dos idosos.

A dissertação pode, assim, contribuir para a formulação de políticas e práticas que promovam um equilíbrio entre os cuidados físicos e emocionais, reforçando a necessidade de uma abordagem mais humanizada e estruturada nos lares de idosos.

A análise das entrevistas realizadas a diversos profissionais das equipas técnicas permitiu aprofundar e validar as reflexões emergentes do grupo focal. No que diz respeito à **importância da saúde mental**, ficou claro que esta é vista como um pilar central na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Como afirmou um psicólogo

entrevistado, “a maioria dos residentes tem mais de 80 anos, e muitos apresentam défices cognitivos. Para aqueles que já não reconhecem o próprio nome ou o local onde estão, a questão passa por garantir que se sintam confortáveis, seguros e emocionalmente estáveis”. Esta perceção é partilhada por animadores, enfermeiros e terapeutas, que referem frequentemente que o bem-estar psicológico influencia diretamente a participação dos utentes nas atividades e a sua motivação para manter rotinas básicas.

Relativamente aos **desafios e barreiras**, as entrevistas corroboraram a escassez de recursos humanos, nomeadamente a ausência de psicólogos nas equipas. Um fisioterapeuta sublinhou que “apenas lares de grande dimensão conseguem ter esse tipo de apoio especializado, e mesmo assim são raros”. A resistência de alguns idosos às atividades foi igualmente referida por vários profissionais, sobretudo quando não se sentem envolvidos no processo de escolha, o que leva à apatia e à recusa. Esta dificuldade é agravada pela fragilidade das redes familiares, como apontado por uma enfermeira: “muitos utentes têm visitas esporádicas ou vivem em total isolamento familiar”.

Em resposta a estas dificuldades, as **estratégias e boas práticas** partilhadas revelaram a importância da adaptação das atividades às preferências dos idosos, conforme salientado por uma animadora: “procuro sempre adaptá-las às preferências de cada utente [...] é importante respeitar o que cada um sente e gosta de fazer”. A música, as artes e os momentos intergeracionais surgem como ferramentas eficazes para estimular memórias, promover alegria e reduzir o isolamento. A socialização em pequenos grupos e a promoção do sentido de pertença são também práticas valorizadas e associadas à melhoria do estado emocional dos idosos.

Finalmente, no que toca às **propostas de melhoria**, a necessidade de reforço das equipas técnicas e da diversidade de atividades foi amplamente defendida. As entrevistas evidenciam um desejo comum entre os profissionais: oferecer um acompanhamento mais individualizado e humano, que considere a saúde mental como parte integrante do cuidado diário. Como sintetizou uma animadora, “não se trata apenas de fazer por fazer, mas de criar experiências que os façam sentir valorizados”. Esta visão, partilhada transversalmente, aponta para a urgência de transformar os lares em espaços que acolham, cuidem e promovam verdadeiramente a dignidade emocional dos seus residentes.

Referências

- Achenbaum, A. (2005). Valorização dos idosos em culturas orientais. *Revista de Gerontologia Social*, 12(3), 45-60.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358.
- Almeida, A. & Fernandes, C. (2018). *O Impacto da Animação Sociocultural em Lares de Idosos*. Lisboa: Editora Social.
- Almeida, A. N., et al. (2021). *Crise Económica e Natalidade em Portugal*. ICS-ULisboa.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Bennett, R. (1980). Aging, isolation, and resocialization. *Journal of Gerontological Social Work*, 2(3), 181-191.
- Birkeland, A. (2009). Transformações demográficas e impactos socioeconômicos. *Revista Internacional de Envelhecimento*, 15(2), 89-104.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts, and theory. In J. Birren & K. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2^a ed., pp. 3-34). Van Nostrand Reinhold.
- Bitzen, P., & Kruzich, J. (1990). Interpersonal relationships of nursing home residents. *The Gerontologist*, 30(3), 385-390.
- CEDRU. (2008). *Marginalização da velhice em sociedades ocidentais*. Relatório de Investigação Social.
- Correia, A. (2003). *Modelo evolutivo do envelhecimento de Baltes*. Editora Universitária.
- Cowgill, D. (1986). *Aging around the world*. Wadsworth.

- Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas (DESA). (2013). *World population ageing 2013*. United Nations.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Programa nacional para a saúde mental*. Ministério da Saúde.
- Dias, I. (2005). Teorias da desvinculação e gerotranscendência. *Revista de Psicologia Social*, 20(1), 55-70.
- Dias, I. (2005). *Gerotranscendência e Envelhecimento Ativo*. Porto: Porto Editora.
- Diário da Bolsa. (2010, 5 de julho). *Bruxelas quer aumentar idade da reforma*. <https://dn.sapo.pt>
- Eurostat (2023). *Ageing Europe: Demographic Trends*.
- Ferrão, J. (2022). *Desafios Demográficos Portugueses*. FFMS.
- Fernandes, A. (2005). Processos e estratégias de envelhecimento. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 223-248.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). The concept of successful aging and related terms. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (2nd ed., Vol. 2, pp. 606–613). Elsevier.
- Fonseca, A. M. (2006). *Envelhecimento e psicologia*. Porto, Portugal: Quarteto.
- Fontaine, R. (2000). *O envelhecimento ativo*. Instituto Piaget.
- Frade, J., Silva, M., & Lima, P. (2015). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Geriatria*, 12(4), 210-225.
- Gamburgo, L., & Monteiro, C. (2009). *A construção social do envelhecimento*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Garcia, M. (1992). *Animação sociocultural*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.

- Giannakouris, K. (2008). *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*. Eurostat.
- Goffman, E. (2003). *Manicómios, prisões e conventos* (5ª ed.). São Paulo, Brasil: Perspectiva.
- Greenglass, E., Fiksenbaum, L., & Eaton, J. (2006). The relationship between coping, social support, functional disability, and depression in the elderly. *Anxiety, Stress & Coping*, 19(1), 15-31.
- Herédia, V., Cortelletti, I., & Casara, M. (2005). Sentimentos de abandono em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria*, 8(2), 45-60.
- INE (2023). *Estatísticas Demográficas*.
- Instituto da Segurança Social. (2020). *Normas Orientadoras para as Respostas Sociais Dirigidas a Pessoas Idosas*. Lisboa: ISS.
- Jacob, L. (2007). *Animação sociocultural com idosos*. Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Kahana, E., Kahana, B., & Young, R. (1989). Social factors in institutional living. In W. A. Peterson & J. Quadagno (Eds.), *Social bonds in later life* (pp. 389–418). Newbury Park, CA: Sage.
- Langer, E., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2), 191-198.
- Levet, J. (1995). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Liberalesso, A. (2007). Teoria da subcultura no envelhecimento. *Revista de Gerontologia*, 14(1), 33-45.
- Marques, S. (2022). *Promoção da saúde mental em lares de idosos*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Martins, R. (2006). Perceção do ambiente residencial por idosos. *Análise Social*, 41(178), 123-145.

- Maslow, A. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Minayo, M., & Coimbra, C. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Brasil: Fiocruz.
- Moody, H. R. (2006). *Aging: Concepts and controversies* (5^a ed.). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.
- Morais, N., & Neves, I. (2007). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). *Envelhecimento Ativo: Um Enquadramento Político*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2014). *Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde*. Genebra, Suíça: WHO Press.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2015). *World Report on Ageing and Health*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2022). *Mental health and ageing*. Genebra, Suíça: WHO Press.
- Pais, J. M. (2006). *Os idosos em Portugal: Realidades e políticas*. Lisboa, Portugal: Instituto de Ciências Sociais.
- Paúl, C. (1997). *A velhice: Perspectivas psicossociais*. Lisboa, Portugal: Escher.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Peixoto, J., et al. (2020). *Emigração Portuguesa: Impactos Demográficos*. Observatório da Emigração.

- PORDATA. (2013a). *Esperança média de vida à nascença em Portugal*. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2013b). *Taxa de mortalidade infantil em Portugal*. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2013c). *Taxa bruta de natalidade em Portugal*. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2013d). *Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho*. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA. (2013e). *Taxa de fecundidade em Portugal*. <https://www.pordata.pt>
- PORDATA (2023). *Natalidade e Fecundidade*. <https://www.pordata.pt>
- Portugal. (2004). Portaria n.º 190/2004, de 17 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 40.
- Portugal. (2012). Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 58.
- Rosa, M. (2012). *Envelhecimento e sociedade*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Salgueiro, L. (2007). *Saúde mental no envelhecimento*. Porto, Portugal: Quarteto.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(5), 563-573.
- Serrano, G., & Puya, M. (2005). *Animação sociocultural na terceira idade*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Shaffer, J., & Serlin, R. (2004). *Metodologia mista em investigação educacional*. Lisboa, Portugal: McGraw-Hill.
- Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2014). *Relatório nacional sobre suicídio na terceira idade*. Lisboa, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS).
- Sousa, L., et al. (2010). Subdiagnóstico de depressão em idosos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(5), 456-465.

Trilla, J. (2005). *Animação sociocultural: Teoria e prática*.

Wall, K. (2018). *Famílias em Portugal: Mudanças e Políticas*. Imprensa de Ciências Sociais.

Anexos

Anexo A – Guião Entrevistas

1. Apresentação do Tema e Objetivos

- Explicar o tema
- Reforçar os objetivos: compreender conceções, analisar estratégias e identificar o papel da animação sociocultural.

2. Legitimação e Consentimento

- Garantir o caráter anónimo das respostas.
- Solicitar autorização para registar em áudio.

Questões Principais

1. Qual a sua formação inicial?
2. Quantos anos de experiência profissional tem?
3. Trabalhou diretamente com saúde mental no envelhecimento? Pode partilhar a sua experiência?
4. Como descreve o funcionamento geral do lar onde trabalha?
5. Que atividades são oferecidas aos utentes?
6. A saúde mental dos utentes é uma prioridade no lar? Se sim, como é abordada?
7. Como caracteriza o grupo de utentes (idade, autonomia, qualidade de vida)?
8. Quais as principais potencialidades e fragilidades dos utentes?
9. Como avalia o nível de suporte familiar dos utentes?
10. Qual a sua perceção sobre a satisfação dos utentes com as atividades propostas?
11. O que entende por saúde mental no envelhecimento?
12. Qual a importância da saúde mental para o bem-estar geral?
13. Que atividades ou práticas promovem a saúde mental dos utentes?
14. Qual o papel da animação sociocultural na prevenção e promoção da saúde mental?

3. Encerramento

- Agradecer a colaboração.
- Perguntar se há mais aspetos relevantes que o entrevistado gostaria de mencionar.

Anexo B – Entrevistas Estudo Piloto

Fisioterapeuta – VM

1 – Fisioterapia.

2 – 2 anos e 8 meses.

3 – Não.

4 – É necessário existir mais respeito por parte das funcionárias para com os utentes. É importante lembrar que, mesmo com certas limitações, continuam a ser seres humanos como todos nós. Não se pode tirar-lhes a independência que ainda possuem. Por exemplo, se conseguem ir à casa de banho, é fundamental colocá-los numa cadeira de rodas ou estimulá-los a andar, promovendo aquilo que ainda conseguem fazer.

5 – Aqui são oferecidos serviços de animação, fisioterapia, enfermagem, apoio social e acompanhamento médico.

6 – Não.

7 – Existe um equilíbrio entre a parte física e cognitiva dos utentes. Alguns têm um bom estado cognitivo, mas pouca mobilidade, e outros apresentam o oposto. A faixa etária é bastante variada, abrangendo idades entre os 60 e os 100 anos, sendo a maioria dos utentes da casa dos 90.

8 – A principal fragilidade é a mobilidade, pois há muitos utentes com dificuldade em se mover autonomamente. Poucos são os que mantêm autonomia. Por outro lado, uma potencialidade é o interesse em participar nas atividades propostas, mesmo com limitações físicas.

9 – Numa escala de 0 a 10, daria 5. Poucos utentes têm assistência regular da família, e, mesmo quando existe, é muitas vezes limitada.

10 – Os utentes gostam principalmente de atividades que envolvem o espaço exterior ou comida.

11 – A partir do momento em que uma pessoa deixa de trabalhar e perde a sua rotina, começa a surgir uma sensação de vazio que pode evoluir para depressão geriátrica. Além disso, a fase em que os filhos já não estão por perto agrava este sentimento de solidão. A sociedade também contribui negativamente, pois tende a considerar os idosos como pessoas limitadas e sem capacidade para realizar determinadas tarefas. Este preconceito afeta mais a saúde mental deles do que a própria percepção de envelhecimento.

12 – Acredito que, quando a nossa cabeça está bem, tudo o resto também melhora. Muitos dos utentes apresentam dores somáticas, que estão diretamente relacionadas com questões psicológicas. Por vezes, essas queixas físicas são apenas uma forma de dizer: “Olha, estou aqui. Repara em mim.”

13 – Todas as atividades que os fazem sentir-se bem e capazes de executar são importantes. Por exemplo, a atividade realizada no Dia de São Martinho, que provavelmente relembrou momentos da infância e juventude, traz-lhes boas recordações da família. Outra atividade significativa é ir ao mercado, pois mostra-lhes que ainda conseguem realizar algo que sempre fizeram na vida. Estas ações não só promovem a saúde mental como também estimulam a autonomia.

14 – É essencial continuar a valorizar os utentes, promovendo a sua autonomia e mostrando-lhes que são capazes de fazer muito mais do que pensam. Esta abordagem estimula a confiança e melhora a qualidade de vida.

Assistente Social – BR

1 – Serviço Social.

2 – 1 ano e 3 meses.

3 – Sim. No meu estágio curricular, trabalhei com idosos com demência na equipa de apoio a idosos. Durante o estágio, acompanhei vários idosos nesta condição, e, atualmente, enquanto diretora técnica de uma residência, continuo a acompanhar idosos com diversas tipologias de saúde mental.

4 – Complexa e conturbada.

5 – São realizadas atividades de animação sociocultural e procuramos garantir serviços da máxima qualidade possível. A atenção à qualidade é essencial, principalmente para os utentes que não têm família ou que recebem pouca atenção.

6 – Sim e não. Por um lado, é importante redobramos a atenção para os utentes com uma saúde mental mais frágil. No entanto, por outro lado, acho essencial lidar com esta situação com maior naturalidade. Entrar no mundo deles, em vez de insistir para que eles regressem ao mundo real, torna tudo mais fácil, tanto para nós como para eles. Ir ao encontro daquilo que eles querem ouvir e tentar compreender o seu ponto de vista torna o processo mais empático e eficaz.

7 – O grupo de utentes é muito diverso, tanto em níveis de autonomia como em idades. Temos utentes muito autónomos e outros que dependem completamente de nós para as atividades da vida diária. As idades variam entre os 60 e os 100 anos.

8 – A principal fragilidade reside na falta de autonomia, já que muitos utentes dependem de apoio para realizar atividades básicas como a higiene. No entanto, há também muitas potencialidades. Quando são chamados para participar em atividades ou para conversar, muitos demonstram força interior e capacidades que podemos ajudar a desenvolver.

Claro que existem casos mais graves em que não conseguem demonstrar tanto, mas, no geral, todos têm algo a oferecer, e isso também depende do incentivo que lhes damos.

9 – Num lar com 45 utentes, o apoio familiar é moderado. Existem famílias muito presentes, mas também há famílias completamente ausentes, que apenas "depositam" os idosos no lar e não mostram interesse. Além disso, há utentes que não têm qualquer família. São poucos os casos em que existe uma presença regular e ativa da família – contam-se pelos dedos das mãos.

10 – A maioria dos utentes estão satisfeitos com as atividades. Claro que há aqueles que, desde o início, não querem participar e não dão sequer oportunidade para experimentar. No entanto, os que se permitem tentar acabam por se integrar bem e ficar contentes.

11 – A saúde mental é um desafio, mas cabe a quem lida diariamente com os utentes ajudá-los a ultrapassar os obstáculos. Felizmente, a saúde mental é um tema cada vez mais falado, e procuramos estratégias para lidar com as dificuldades, como a estimulação contínua. Contudo, é crucial não marginalizar os utentes com saúde mental debilitada, nem os fazer sentir que não são capazes de realizar nada. É importante envolvê-los, mantê-los ativos e ajudá-los a sentir-se vivos e valorizados.

12 – A saúde mental é essencial para a qualidade de vida. Quando alguém não está bem mentalmente, tudo o resto se desmorona. A saúde mental comanda o corpo, e, sem a mesma, torna-se difícil realizar qualquer outra tarefa. Quem acompanha os idosos deve procurar ajudá-los a superar as suas limitações, mantendo-os motivados e ativos.

Mesmo com uma saúde mental reduzida, é possível oferecer apoio e criar condições para que vivam melhor.

13 – O convívio é uma das atividades mais importantes para os idosos, pois permite conhecer novas pessoas, descobrir novos sítios e abrir a mente. As atividades realizadas no lar também contribuem para que não se isolem, ajudando-os a serem mais dinâmicos e proativos.

14 – A saúde mental é um obstáculo, mas é possível superá-lo com estratégias adequadas. A animação sociocultural é uma dessas estratégias, e, quando bem desenvolvida, faz uma grande diferença. É crucial que as pessoas que trabalham nesta área gostem de lidar com idosos e façam o seu trabalho com dedicação. Simplesmente

deixar os utentes sentados a ver televisão o dia todo não previne o agravamento da saúde mental. As atividades de animação sociocultural são fundamentais para estimular o bem-estar físico, mental e social dos idosos, sendo um conjunto de estratégias eficaz para lidar com esta realidade.

Enfermeira – LO

1 – Enfermagem.

2 – 20 anos.

3 – Não.

4 – O lar conta com uma direção, serviços de animação e tem rotinas bem definidas para garantir o seu correto funcionamento.

5 – São oferecidos serviços de animação, fisioterapia e enfermagem.

6 – Não.

7 – Os utentes têm, na sua maioria, idades avançadas. Cerca de metade são dependentes, incluindo uma meia dúzia de utentes acamados. Os restantes estão bem fisicamente, mas, mentalmente, já não estão nas suas plenas capacidades.

8 – O isolamento dos utentes faz-me alguma confusão. Compreendo a situação, mas estão muito fechados. Aqueles que têm capacidade física poderiam sair mais. No entanto, permitir saídas sem acompanhamento não é viável e, além disso, não há funcionários suficientes para possibilitar muitas saídas, sendo estas realizadas apenas esporadicamente.

9 – A grande maioria dos utentes não tem suporte familiar. Existem alguns casos de utentes com famílias presentes, mas, na sua maioria, desconheço sequer os familiares.

10 – Acredito que gostam das atividades. Vejo que estão mais ativos e entusiasmados. O lar está mais decorado, há atividades regulares e eles têm oportunidade de sair ocasionalmente. É visível que preferem estas atividades do que estar quietos a olhar para a televisão, algo que não lhes traz grande benefício.

11 – Na perspetiva da psiquiatria, o foco tem sido a medicação. Contudo, do ponto de vista psicológico, seria muito importante que os utentes tivessem acompanhamento especializado para lidar com o processo de envelhecimento. Infelizmente, não temos esse recurso disponível.

12 – A saúde mental é fundamental, sendo meio caminho andado para alcançar o bem-estar geral. Quando a parte psicológica está bem, a parte física também tende a

melhorar. Por isso, o acompanhamento psicológico seria extremamente importante, inclusive para o bem-estar físico dos utentes.

13 – Atividades físicas, atividades manuais ou jogos são importantes para manter os utentes ativos e entretidos. Qualquer ocupação que os motive pode ajudar bastante neste sentido.

14 – A animação é essencial nos lares e ajuda bastante os utentes, adorava participar nas atividades, mas os enfermeiros, infelizmente, não têm disponibilidade, formação nem tempo para preparar ou acompanhar atividades com os utentes. Seria excelente podermos participar mais nessas atividades, mas, na maioria das vezes, as exigências do nosso trabalho não nos permitem dedicar tempo a isso.

Animadora – LR

1 – Animação Sociocultural.

2 – 3 anos.

3 – Não.

4 – O lar funciona bem, oferecendo boas condições aos idosos, tanto no que diz respeito à alimentação como à higiene. No âmbito das atividades de animação, estão sempre abertos a novas ideias, como saídas ao exterior ou utilização de novos materiais. O objetivo principal é tornar os idosos mais felizes e animados.

No entanto, a autonomia dos utentes acaba por ser prejudicada, uma vez que as saídas ao exterior são bastante limitadas. Por ser a única responsável pela animação, não consigo levar todos ao mesmo tempo, e há alguma resistência por parte da equipa em permitir saídas, justificando com os riscos de quedas. Isso resulta em períodos prolongados de inatividade para muitos utentes, que acabam por passar mais tempo sentados.

5 – Embora tenha começado há pouco tempo a trabalhar com a população sénior, as ideias que proponho têm sido bem recebidas. Por exemplo, levar os utentes a um museu, convidar uma orquestra para cantar e tocar no lar, os utentes que sabem tocar ou que já o fizeram na juventude podem juntar-se ao grupo e atividades artísticas, decoração, que eles adoram, embora nem sempre estejam relacionadas diretamente com a animação.

6 – Não.

7 – Os utentes são, na maioria, bastante idosos, com idades acima de 85 anos. O nível de autonomia é reduzido, mesmo os que conseguem chegar à sala têm mobilidade limitada. Além disso, muitos sofrem de demência, o que complica a realização de

atividades. Por exemplo, em grupos de 6 pessoas, geralmente 4 têm demência, começam bem as atividades, mas rapidamente perdem o foco e começam a conversar aleatoriamente, dificultando a continuidade.

8 – A maior fragilidade é a falta de autonomia e problemas psíquicos e a maior potencialidade é apreciarem coisas bonitas, mas não gostam muito de ser eles a executá-las. Isso torna o trabalho um pouco mais desafiador.

9 – A maioria dos utentes tem visitas regulares, pelo menos uma vez por semana. Aqueles que não recebem visitas durante a semana geralmente recebem aos fins de semana.

10 – No geral, os utentes gostam das atividades realizadas, embora haja críticas ocasionais. Apesar de não serem pessoas exigentes, têm as suas opiniões e algum grau de malícia, o que é natural. Após dois anos sem animadora ou atividades regulares, foi difícil conquistar a confiança deles, sobretudo devido aos problemas psíquicos existentes. Ainda assim, a aceitação tem sido positiva.

11 – Para mim, é fundamental manter um equilíbrio na vida dos idosos, estabelecendo rotinas e promovendo interações sociais. Muitos utentes vivem com desconhecidos e não se mostram abertos a criar amizades.

É crucial que as famílias continuem a visitá-los, que mantenham contacto telefónico ou que os levem para passear. Além disso, seria essencial ter um psicólogo que pudesse visitar os utentes semanalmente. O psicólogo poderia identificar casos de depressão, oferecer acompanhamento e até aconselhar os animadores sobre como ajudar os utentes de forma mais eficaz.

13 – As saídas ao exterior são muito benéficas para os utentes. No entanto, o lar não é muito aberto a essa ideia. As saídas só podem ser realizadas com acompanhamento e, devido à escassez de funcionários, são raras. Isso contrasta com a importância de manter uma rotina semelhante à que tinham antes de ingressar no lar, como ir ao café ou passear.

14 – Embora a direção valorize trabalho exposto para as famílias verem, acredito que a animação vai muito além disso. Passa, sobretudo, pelo diálogo, pela criação de confiança e pela realização das vontades dos utentes.

Muitos idosos guardam desejos e sonhos não realizados, mas acabam por se calar com o passar dos anos. É essencial que haja animadores em todas as instituições, para que os idosos não se sintam tão sós e possam continuar a ter uma vida mais ativa dentro do possível, preservando certos estímulos e conexões emocionais.

Anexo C – Entrevistas Finais

1: Animadora - CS

1 – Educação Social

2 – Seis.

3 – Não.

4 – O lar funciona muito bem. Existe uma relação muito positiva entre as colaboradoras, os utentes e os seus familiares.

5 – As atividades incluem dança-terapia, musicoterapia, estimulação cognitiva, trabalhos manuais, passeios ao ar livre e jogos de mesa.

6 – Sim, na minha perspetiva, a saúde mental é uma prioridade. Abordamos o tema através de conversas informais ou em grupo, para compreender como os utentes se sentem.

7 – Penso que, cada vez mais, os utentes chegam ao lar já com várias fragilidades, tanto a nível cognitivo como motor. É raro o caso de alguém que venha totalmente autónomo. Por isso, sinto que lidamos com uma população cada vez mais envelhecida, sendo que muitos utentes chegam ao lar já numa fase final da vida.

8 – As principais fragilidades estão no âmbito cognitivo, pois muitos chegam com quadros demenciais. O lado positivo é o apoio que recebem, tanto das famílias como da própria equipa, que lhes proporciona suporte e conforto.

9 – De um modo geral, considero que os utentes têm um bom apoio familiar. Nenhum está aqui abandonado, e as famílias fazem um esforço para estar presentes e acompanhar os seus entes queridos. Demonstram atenção e preocupação.

10 – Os utentes estão satisfeitos e participam ativamente nas atividades. Sinto que o nosso papel é essencial para o seu bem-estar.

11 – Nesta faixa etária, muitas pessoas tendem a sentir-se mais depressivas devido ao seu estado de saúde. Por vezes, enfrentam sentimentos de impotência, pois antes tinham uma vida organizada e agora encontram-se num lar. No entanto, de forma geral, acabam por perceber que esta é a melhor solução para eles. Com o apoio dos profissionais, conseguimos atenuar a tristeza e promover uma adaptação positiva. Acho que temos feito um bom trabalho nesse sentido.

12 – É fundamental que os utentes mantenham a sua saúde mental estabilizada, pois isso permite-lhes gerir melhor as emoções e o dia-a-dia, garantindo que se sintam em paz e

bem consigo próprios.

13 – A saúde mental é central no planeamento das atividades, e procuro sempre adaptá-las às preferências de cada utente. Por exemplo, temos uma utente que não gosta de pintar, mas prefere recortar; então, não a forço a pintar. É importante respeitar o que cada um sente e gosta de fazer. Nas minhas atividades, tento sempre promover alegria e bem-estar, contribuindo assim para uma saúde mental equilibrada.

14 – O meu papel é respeitar as características individuais de cada utente e adaptar as atividades para valorizar as suas capacidades. Não se trata apenas de "fazer por fazer", mas sim de criar experiências que os façam sentir valorizados. Por exemplo, nos trabalhos manuais, muitos sentem orgulho no que criam, o que aumenta a sua autoestima e os faz sentir realizados.

2: Animadora – MS

1 – Sou formada em Psicologia Clínica, embora tenha tido pouca experiência prática nesta área. Posteriormente, concluí um curso de Animadora Sociocultural e comecei a trabalhar nessa área, pela qual desenvolvi grande apreço. Assim, tenho formação académica em duas áreas distintas.

2 – Tenho cinco anos de experiência na área de Animação Sociocultural.

3 – Sim, já tive a oportunidade de trabalhar como animadora numa unidade de cuidados continuados. Esse trabalho foi desafiante, especialmente por lidar com pessoas muito jovens que estavam em condições psicológicas bastante delicadas. Foi uma experiência interessante, mas exigente e algo cansativa.

4 – O lar onde trabalho tem capacidade total de 21 utentes. A diretora técnica trabalha a tempo inteiro, enquanto eu trabalho a tempo parcial, apenas durante as manhãs. A fisioterapia é oferecida ocasionalmente, apenas a pedido dos familiares. Temos uma enfermeira que nos visita duas a três vezes por semana, embora sem horário fixo. O médico, por norma, vem uma vez por semana. Contamos ainda com auxiliares disponíveis 24 horas por dia.

5 – Oferecemos uma ampla gama de atividades adaptadas às preferências e capacidades atuais dos utentes, incluindo expressão motora, expressão musical, estimulação cognitiva (calendários, jogos variados, culinária), atividades diárias, saídas ao exterior, jardinagem, expressão plástica, e atividades religiosas como o terço e a missa.

6 – Não! Não contamos com um psicólogo na equipa. Em geral, apenas lares de grande dimensão conseguem ter este tipo de apoio especializado, e mesmo assim são raros.

7 – A maioria dos nossos utentes encontra-se em idade avançada, com níveis variados de autonomia, desde semi-dependentes a totalmente dependentes, sendo que a maioria é mais dependente. Atualmente, não temos nenhum utente acamado, mas na sala de atividades dois utentes não conseguem realizar tarefas de forma autónoma.

8 – Entre as principais fragilidades dos nossos utentes está a tendência para adormecer frequentemente, mesmo que sejam acordados de forma repetida. Em termos de capacidades, alguns ainda mantêm uma boa capacidade de comunicação e criatividade, o que os distingue de outros. Estas competências variam muito entre os utentes, o que pode ser um desafio ao desenvolver atividades que puxem pelo melhor de cada um.

9 – Durante o meu horário de trabalho (manhãs), é raro haver visitas. Contudo, percebo, em ocasiões festivas, que a maioria dos utentes recebe visitas regulares de familiares, o que indica um suporte familiar médio a elevado. Existem, no entanto, exceções, como pessoas cujos familiares vivem no estrangeiro ou muito longe, visitando raramente.

10 – A minha perceção da satisfação dos utentes é positiva, algo que confirmo através de conversas diretas. Procuo envolver os utentes no planeamento das atividades, perguntando o que gostariam de fazer ou aceitando sugestões. Esta abordagem participativa contribui para um elevado nível de satisfação.

11 – A saúde mental está profundamente ligada à personalidade de cada pessoa. No envelhecimento, a personalidade encontra-se bastante cristalizada, o que significa que as características pessoais moldam a forma como os indivíduos enfrentam esta etapa da vida. Apesar disso, é inevitável o surgimento de problemas como falhas de memória que, gradualmente, podem evoluir para demências, resultando em questões como alucinações visuais e auditivas.

12 – A saúde mental tem um impacto enorme no bem-estar geral. Por exemplo, basta um utente numa sala com 21 pessoas estar constantemente a questionar: "O que é isto? O que faço aqui?" para causar desconforto aos outros. Situações como esta podem levar outros utentes a sentirem-se irritados ou desgastados emocionalmente.

13 – Atividades de expressão motora têm um impacto direto no humor e, conseqüentemente, na saúde mental. Por vezes, vemos histórias cómicas que fazem os utentes rir bastante, o que melhora o ambiente geral. Exercícios como estes contribuem de forma significativa para o bem-estar mental.

14 – Há atividades específicas que ajudam a retardar os efeitos do envelhecimento na saúde mental. Estas incluem tarefas que estimulam a cognição, promovem o

envolvimento social e incentivam a criatividade, sendo ferramentas essenciais para uma melhor qualidade de vida nesta fase.

3: Psicóloga – MB

1 – Sou psicóloga e, pela primeira vez, estou a exercer funções como diretora técnica. Neste momento, tenho apenas dois meses de experiência neste cargo, pelo que ainda estou num processo de aprendizagem e adaptação às responsabilidades e desafios desta função.

2 – Antes de assumir este cargo, trabalhei como psicóloga numa unidade de cuidados continuados, onde também acompanhava o centro de dia. Durante esse período, tive a oportunidade de trabalhar com idosos que apresentavam problemas do foro psiquiátrico, muitos dos quais com demência associada. Contudo, nesse contexto, os utentes estavam medicados e estabilizados, e o meu papel era mais pontual: realizava as minhas funções e saía. Aqui, a dinâmica é diferente, pois a minha proximidade com os utentes é muito maior e o acompanhamento é mais contínuo.

3 – O lar onde trabalho abriu há apenas dois meses e, por isso, ainda estamos numa fase de adaptação. A equipa está a conhecer-se e a tentar encontrar um ritmo de trabalho eficiente, enquanto os utentes estão a habituar-se ao novo ambiente e às novas rotinas. Este período inicial tem sido desafiante, uma vez que estamos a equilibrar a necessidade de criar um ambiente estruturado com a exigência natural de garantir que tudo funcione corretamente.

4 – As atividades do lar são dinamizadas pela nossa animadora sociocultural. No entanto, quando ela não está presente, tentamos, dentro das nossas possibilidades, criar momentos de animação e bem-estar para os utentes. Infelizmente, devido às exigências desta fase inicial, as atividades nem sempre têm sido a prioridade, pois temos estado focados em garantir a estabilidade e o bom funcionamento da instituição. Ainda estamos a perceber os interesses dos utentes, mas até agora as artes plásticas têm tido boa aceitação. Além disso, tivemos recentemente a visita de uma musicoterapeuta, e a reação dos residentes foi muito positiva, pelo que poderá ser algo a repetir no futuro.

5 – Como psicóloga, acredito que a saúde mental dos utentes deve ser uma prioridade no nosso trabalho. A vasta maioria dos residentes tem mais de 80 anos, alguns ultrapassam os 90, e o mais jovem tem 61 anos. Em termos cognitivos, a maior parte apresenta défices de diferentes graus, sendo que a demência é predominante. A nível motor, não temos utentes completamente dependentes, e a maioria precisa apenas de

apoio parcial nas atividades da vida diária. Existem ainda alguns residentes que são totalmente autônomos.

6 – A adesão às atividades varia bastante entre os utentes. Há quem demonstre entusiasmo e participe com vontade sempre que há uma nova proposta. Outros precisam de um pouco mais de incentivo, mas acabam por envolver-se. No entanto, também existem aqueles que simplesmente não mostram interesse. Neste momento, a participação está bastante equilibrada entre estes diferentes perfis, e continuamos a explorar formas de motivar aqueles que ainda não aderem.

7 – A presença da família na vida dos utentes também varia muito. A maioria tem familiares que os acompanham regularmente, embora com diferentes níveis de envolvimento. Alguns são extremamente atentos e participativos, enquanto outros, infelizmente, quase não aparecem. No caso dos utentes que são casos sociais, a falta de apoio familiar torna-se ainda mais evidente, o que representa um desafio adicional no seu bem-estar emocional.

8 – Ainda estamos a tentar compreender melhor o nível de satisfação dos utentes relativamente às atividades. Não sabemos ao certo se alguns deles estão insatisfeitos ou se simplesmente não têm interesse em participar. Há casos, por exemplo, de residentes que participam durante alguns minutos e depois preferem ir ver televisão. Como ainda estamos numa fase de descoberta das suas preferências, vamos ajustando e experimentando diferentes abordagens para garantir que conseguimos envolvê-los de forma mais eficaz.

9 – Avaliar a saúde mental dos utentes não pode ser feito apenas com base em diagnósticos clínicos como a demência. É fundamental considerar toda a sua condição física e emocional. No meu entender, a maioria dos residentes está bem dentro das suas limitações. Para aqueles que não se lembram do próprio nome, dos familiares ou do local onde se encontram, a questão central da saúde mental passa por avaliar se estão confortáveis, se sentem dores, se se sentem seguros e satisfeitos. Conseguir comunicar com eles e, muitas vezes, entrar no seu mundo é essencial para garantir o seu bem-estar emocional.

10 – Acredito que a base para uma boa saúde mental começa com pequenas ações do dia a dia. Levantar-se todos os dias, mesmo quando não têm vontade, é essencial para manter uma estrutura e um propósito. Vestirem-se e saírem do pijama contribui para a autoestima e o bem-estar geral. Tenho alguns utentes que, se pudessem, ficariam de

pijama o dia todo, e isso, na minha opinião, não é positivo para ninguém. A socialização também desempenha um papel fundamental. Estabelecer rotinas, conviver com os outros e participar em atividades são aspetos essenciais para a manutenção da saúde mental e emocional.

11 – As atividades não são apenas uma forma de entretenimento, mas sim uma parte essencial da qualidade de vida dos utentes. Sem elas, qual seria o propósito do seu dia a dia? A interação social, o estímulo cognitivo e a sensação de pertença são indispensáveis para que os residentes se sintam valorizados e incluídos.

12 – O bem-estar emocional dos utentes deve ser uma prioridade. Garantir que se sentem seguros, confortáveis e emocionalmente estáveis é tão importante quanto cuidar da sua saúde física. Pequenos gestos, como uma conversa atenta ou um momento de escuta, podem fazer toda a diferença no seu dia.

13 – Manter algum nível de autonomia, dentro das possibilidades de cada um, tem um impacto significativo na saúde mental dos idosos. Pequenas ações, como escolher a própria roupa, decidir onde querem sentar-se ou ter alguma independência na realização das tarefas diárias, contribuem para a sua autoestima e bem-estar. Por isso, incentivamos sempre que possível a participação ativa dos utentes nas suas próprias rotinas.

14 – O lar deve ser um espaço onde os utentes tenham qualidade de vida e não apenas um local onde passam os dias. O nosso papel é garantir que se sentem valorizados, que têm acesso a estímulos adequados e que vivem os seus dias com dignidade e significado. Se não conseguirmos proporcionar isso, então que sentido faz estarem aqui?

4: Psicólogo – AS

1 – Sou licenciado em Psicologia, com mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, e uma especialização em Psicogerontologia.

2 – Tenho 12 anos de experiência profissional, com um foco significativo em saúde mental no envelhecimento e apoio em instituições geriátricas.

3 – Sim, trabalho diretamente com idosos em contextos residenciais e centros de dia. A minha experiência inclui a realização de avaliações cognitivas, intervenções terapêuticas individuais para lidar com ansiedade e depressão, e programas de estimulação cognitiva em grupo, especialmente para utentes com demência. Além disso, também dou suporte emocional a familiares e cuidadores.

4 – O lar tem uma estrutura básica eficiente, mas nota-se uma sobrecarga nos técnicos, o que compromete a atenção personalizada aos utentes. Existe um esforço para atender as necessidades básicas, mas há lacunas em iniciativas voltadas para o bem-estar emocional e mental.

5 – São realizadas atividades recreativas como artesanato, música, jogos cognitivos, ginástica adaptada e momentos de socialização em grupo. Contudo, muitas vezes as atividades são generalistas e nem sempre atendem aos interesses específicos dos utentes.

6 – É reconhecida como uma prioridade, mas nem sempre se reflete na prática devido à falta de técnicos especializados. As abordagens existentes são mais preventivas, como estímulo social e atividades recreativas, mas há pouca intervenção direcionada a problemas específicos de saúde mental.

7 – O grupo é diversificado, mas a maioria dos utentes tem entre 75 e 90 anos, com diferentes níveis de autonomia. Alguns são independentes, enquanto outros são altamente dependentes devido a condições como Alzheimer ou problemas de mobilidade. A qualidade de vida varia consoante o suporte familiar e a saúde mental de cada um.

8 – As principais potencialidades são a experiência de vida e o desejo de manter-se ativo e integrado. Por outro lado, as fragilidades incluem o isolamento social, o impacto de doenças crónicas e o declínio cognitivo.

9 – O suporte familiar é muito heterogéneo. Alguns têm visitas regulares e apoio emocional, mas muitos enfrentam abandono familiar ou contacto muito esporádico.

10 – De modo geral, os utentes gostam das atividades, mas muitos sentem falta de uma maior diversidade ou de iniciativas que realmente atendam aos seus gostos e necessidades pessoais.

11 – Saúde mental no envelhecimento é a capacidade de enfrentar os desafios associados à idade avançada, mantendo um equilíbrio emocional, sentido de propósito e bem-estar psicológico.

12 – A saúde mental é indispensável para o bem-estar geral. Influencia diretamente a forma como os idosos enfrentam os desafios físicos, mantêm as relações sociais e sentem-se valorizados.

13 – Atividades como jogos de estimulação cognitiva, grupos de apoio emocional, momentos de socialização, música e terapia ocupacional são eficazes na promoção da saúde mental.

14 – A animação sociocultural desempenha um papel crucial ao proporcionar momentos de interação, criatividade e lazer, reduzindo o isolamento e aumentando o sentido de pertença e autoestima.

5: Assistente Social – IC

1 – Licenciatura em Serviço Social.

2 – Tenho 7 anos de experiência, principalmente em instituições para idosos e projetos comunitários.

3 – Sim, trabalho com idosos em situação de isolamento social ou em risco de exclusão. Desenvolvo planos de intervenção para melhorar o suporte familiar e promovo atividades comunitárias que incentivem a participação ativa dos idosos.

4 – O lar onde trabalho é organizado, mas existem lacunas ao nível da gestão de recursos humanos. Apesar do esforço da equipa em atender às necessidades dos utentes, há falta de pessoal para acompanhar mais de perto questões emocionais e sociais.

5 – Oferecem-se atividades como ginástica, artesanato, sessões de música, celebrações de datas festivas e jogos de estimulação cognitiva. Contudo, há espaço para integrar mais atividades que promovam a autonomia e as relações interpessoais.

6 – É uma prioridade declarada, mas ainda não suficientemente trabalhada na prática. O foco está na promoção do bem-estar através de atividades coletivas e estímulos recreativos, mas faltam intervenções personalizadas para utentes com maior fragilidade emocional.

7 – O grupo é constituído maioritariamente por idosos entre os 70 e 90 anos. Uma parte mantém algum grau de autonomia, mas muitos são dependentes devido a limitações físicas ou cognitivas. A qualidade de vida está diretamente ligada ao suporte familiar e às atividades em que participam.

8 – Potencialidades: Capacidade de adaptação, resiliência e desejo de manter rotinas. Fragilidades: Solidão, baixa autoestima, perda de autonomia e doenças associadas ao envelhecimento.

9 – Na maioria dos casos, o suporte familiar é insuficiente. Muitos utentes recebem visitas apenas em datas específicas, o que contribui para o sentimento de abandono.

10 – Muitos utentes participam ativamente e demonstram satisfação, mas há outros que não se sentem motivados por não verem as atividades como adequadas aos seus gostos.

11 – Saúde mental no envelhecimento é a capacidade de manter equilíbrio emocional, lidar com perdas e sentir-se valorizado na sua comunidade.

12 – É essencial, pois afeta a forma como os idosos encaram os desafios da vida e a sua interação com o ambiente. Uma boa saúde mental promove qualidade de vida e dignidade.

13 – Atividades intergeracionais, passeios ao ar livre, estimulação cognitiva, música e sessões de partilha em grupo ajudam a reduzir o isolamento e a melhorar o bem-estar.

14 – A animação sociocultural é essencial, pois proporciona momentos de lazer e integração, reduzindo a solidão e promovendo a autoestima e o convívio.

6: Enfermeira – CS

1 – Licenciatura em Enfermagem, com formação específica em cuidados geriátricos.

2 – Tenho 8 anos de experiência em cuidados de saúde, especialmente em instituições residenciais para idosos.

3 – Sim. O meu trabalho inclui o acompanhamento de idosos com depressão, ansiedade e doenças neurodegenerativas, como demência. Participo em equipas multidisciplinares para criar planos de cuidados personalizados.

4 – O lar é funcional, com uma equipa dedicada, mas há dificuldades em equilibrar os cuidados físicos e a atenção à saúde mental devido à sobrecarga de trabalho.

5 – Atividades de mobilização, estimulação cognitiva, socialização, sessões de relaxamento e ginástica adaptada.

6 – Sim, mas o foco acaba por recair nos cuidados físicos e na gestão de doenças. Ainda assim, promovemos momentos de interação e atividades para estimular a mente e reduzir o isolamento.

7 – A maioria dos utentes está na faixa etária dos 75 aos 90 anos, sendo que muitos apresentam elevada dependência física e cognitiva. A qualidade de vida depende da interação com a família e da participação nas atividades.

8 – Potencialidades: Resiliência e vontade de aprender.

Fragilidades: Solidão, doenças crónicas e a perda de autonomia.

9 – O suporte familiar é, na maioria dos casos, insuficiente. Muitos utentes têm visitas esporádicas ou vivem em total isolamento familiar.

10 – A maior parte dos utentes aprecia as atividades, mas alguns não participam por falta de interesse ou limitações físicas.

11 – Saúde mental no envelhecimento significa manter equilíbrio emocional, autoestima e um propósito de vida, mesmo perante as limitações impostas pela idade.

12 – A saúde mental é essencial, pois afeta diretamente a motivação, a interação social e a capacidade de enfrentar desafios físicos e emocionais.

13 – Terapias de grupo, momentos de partilha, atividades manuais e exercícios de relaxamento são fundamentais para promover a saúde mental.

14 – A animação sociocultural é essencial para proporcionar momentos de descontração, socialização e estímulo criativo, contribuindo para reduzir a solidão e melhorar a qualidade de vida.

7: Enfermeira – IR

1 – Licenciatura em Enfermagem, com formação complementar em Saúde Mental e Psiquiatria.

2 – Tenho 5 anos de experiência, maioritariamente em lares de idosos.

3 – Sim, acompanho idosos com problemas como depressão, ansiedade e demência. Faço parte de uma equipa multidisciplinar que planeia intervenções personalizadas para melhorar o bem-estar dos utentes.

4 – O lar é bem organizado, mas enfrenta desafios relacionados com a escassez de tempo e recursos para atender plenamente às necessidades emocionais dos utentes.

5 – Sessões de estimulação cognitiva, grupos de conversa, exercícios físicos e momentos recreativos, como dança e música.

6 – Sim, é uma prioridade, mas ainda é limitada. A abordagem atual é focada na promoção do convívio e na estimulação cognitiva, mas há falta de apoio psicológico especializado.

7 – Maioritariamente idades entre os 70 e 90 anos. Muitos são dependentes e têm dificuldades de mobilidade, mas há também casos de idosos mais autónomos e participativos.

8 – Potencialidades: Experiência de vida e desejo de se manterem ativos.

Fragilidades: Doenças físicas, isolamento social e falta de estímulos externos.

9 – Varia bastante. Alguns utentes têm suporte familiar frequente, mas a maioria recebe visitas esporádicas ou nenhuma.

10 – A maioria demonstra satisfação, mas nem todos participam, especialmente os que têm limitações físicas ou cognitivas severas.

11 – A capacidade de lidar com perdas, manter relações significativas e encontrar propósito na vida, apesar das limitações da idade.

- 12 – É fundamental, porque uma boa saúde mental contribui para a motivação, a sociabilidade e até para a recuperação física.
- 13 – Sessões de relaxamento, estimulação cognitiva, atividades de grupo e música.
- 14 – Permite criar um ambiente mais alegre e estimulante, combatendo a apatia e o isolamento social.

8: Enfermeira – DN

- 1 – Licenciatura em Enfermagem, com formação avançada em Gerontologia.
- 2 – Tenho 15 anos de experiência, com uma grande parte dedicada ao trabalho em lares e unidades de cuidados continuados.
- 3 – Sim. Trabalhei frequentemente com idosos com depressão, ansiedade e doenças neurodegenerativas, como Alzheimer. Também colaboro em projetos que promovem a saúde mental através de intervenções preventivas, como exercícios de estimulação cognitiva.
- 4 – O lar é funcional, mas está sobrecarregado, o que dificulta a implementação de estratégias que poderiam beneficiar mais os utentes. A equipa é dedicada, mas a falta de recursos humanos e materiais limita a qualidade do acompanhamento emocional.
- 5 – Atividades de mobilidade, estimulação cognitiva, música, jogos de mesa, celebrações de datas festivas e sessões de relaxamento.
- 6 – É mencionada como prioridade, mas as intervenções práticas não são suficientes. Há mais atenção às necessidades físicas, e as iniciativas para promover a saúde mental são pontuais e limitadas.
- 7 – São idosos maioritariamente com mais de 75 anos, muitos deles com problemas de mobilidade e fragilidades cognitivas. A qualidade de vida é muito influenciada pela presença (ou ausência) da família e pelo envolvimento em atividades.
- 8 – Potencialidades: Desejo de participar em atividades, capacidade de resiliência.
Fragilidades: Doenças crónicas, isolamento social, falta de autonomia.
- 9 – De um modo geral, é baixo. Muitos utentes têm contacto esporádico com as famílias e sentem-se negligenciados.
- 10 – Os utentes que participam nas atividades demonstram satisfação, mas há um número significativo que não se envolve, seja por desinteresse ou por limitações físicas.
- 11 – A saúde mental no envelhecimento é a capacidade de manter uma atitude positiva, apesar das dificuldades inerentes ao envelhecimento, como perdas físicas e emocionais.

12 – É fundamental, pois influencia diretamente a qualidade de vida, a interação social e até mesmo o estado físico dos utentes.

13 – Atividades que promovem interação social, como grupos de conversa, jogos de tabuleiro, música e caminhadas ao ar livre.

14 – A animação sociocultural é crucial para manter os utentes envolvidos, ativos e motivados, reduzindo sentimentos de isolamento e apatia.

9: Fisioterapeuta – MC

1 – Licenciatura em Fisioterapia, com especialização em Reabilitação Geriátrica.

2 – Tenho 10 anos de experiência em trabalho com idosos, especialmente em lares e unidades de cuidados continuados.

3 – Sim. Embora o foco principal do meu trabalho seja a reabilitação física, noto que a mobilidade e o movimento têm um impacto direto na saúde mental dos utentes. Muitos recuperam a autoestima e sentem-se mais confiantes quando voltam a realizar tarefas simples por si próprios.

4 – O lar funciona bem no que toca à gestão de cuidados básicos, mas falta um maior investimento em programas que integrem saúde física e mental.

5 – Atividades de reabilitação, como caminhadas assistidas, exercícios de fortalecimento muscular, alongamentos e jogos motores adaptados.

6 – É reconhecida como prioridade, mas há pouca integração com a área da fisioterapia. A saúde mental poderia ser mais trabalhada através de exercícios que combinem movimento e interação social.

7 – Maioritariamente idosos acima dos 75 anos, muitos com mobilidade reduzida e alguns com doenças neurológicas. A qualidade de vida depende muito do nível de autonomia e da frequência das visitas familiares.

8 – Potencialidades: Muitos têm força de vontade para melhorar e reaprender.

Fragilidades: Perda de mobilidade, dores crónicas e impacto psicológico da dependência física.

9 – O suporte familiar é variável, mas, em geral, é insuficiente, o que afeta diretamente a motivação dos utentes.

10 – A maioria demonstra satisfação com as atividades que envolvem movimento e socialização, mas alguns não se sentem motivados.

11 – É a capacidade de manter um estado de equilíbrio emocional e psicológico, mesmo diante de limitações físicas.

12 – A saúde mental é tão importante quanto a física, pois motiva os utentes a participar em atividades que melhoram a sua condição geral.

13 – Exercícios físicos em grupo, fisioterapia funcional, jogos motores e atividades ao ar livre.

14 – Ajuda a integrar movimento e lazer, promovendo bem-estar e autoestima.

10: Fisioterapeuta – AF

1 – Licenciatura em Fisioterapia, com formação adicional em Gerontologia e Reabilitação Neurológica.

2 – Tenho 8 anos de experiência, sendo grande parte em contextos geriátricos.

3 – Sim. Tenho trabalhado em programas de reabilitação para idosos com doenças neurodegenerativas, como Parkinson e Alzheimer. Percebo que a melhoria da mobilidade tem um impacto direto na autoestima e no bem-estar emocional dos utentes.

4 – O lar funciona razoavelmente bem, mas enfrenta limitações em termos de recursos e espaço para programas de reabilitação. Ainda assim, a equipa está empenhada em oferecer o melhor cuidado possível.

5 – Atividades de reabilitação física, exercícios de mobilidade, treino de equilíbrio e fortalecimento muscular.

6 – Sim, mas poderia ser mais integrada nas diferentes áreas de intervenção. Apesar disso, procuramos promover atividades que melhorem tanto a saúde física como a mental.

7 – A maioria dos utentes tem mais de 75 anos, com níveis de autonomia muito variáveis. Muitos têm condições que limitam a sua mobilidade e, conseqüentemente, a sua independência.

8 – Potencialidades: Capacidade de recuperação quando motivados e envolvidos em atividades.

Fragilidades: Baixa mobilidade, dores crónicas e o impacto psicológico de não poderem realizar atividades diárias sozinhos.

9 – É desigual. Alguns utentes têm famílias muito presentes, enquanto outros vivem praticamente abandonados.

10 – De forma geral, os utentes gostam das atividades físicas, pois sentem os benefícios no dia a dia. No entanto, há quem perca motivação por não perceber a importância da reabilitação.

- 11 – É a capacidade de enfrentar os desafios físicos e emocionais do envelhecimento, mantendo uma atitude positiva e sentido de propósito.
- 12 – É fundamental, pois afeta diretamente a capacidade de participar ativamente em atividades que promovem a saúde física e emocional.
- 13 – Sessões de fisioterapia em grupo, exercícios adaptados que promovem autonomia e momentos de socialização durante as atividades físicas.
- 14 – É essencial para criar momentos de lazer e interação, o que complementa os esforços de reabilitação física, promovendo um equilíbrio entre corpo e mente.

11: Terapeuta Ocupacional – MD

- 1 – Licenciatura em Terapia Ocupacional, com especialização em Gerontologia e Saúde Mental.
- 2 – Tenho 10 anos de experiência, grande parte deles a trabalhar em lares e unidades de cuidados continuados.
- 3 – Sim. Trabalho na criação de atividades adaptadas às capacidades de cada utente, promovendo a autonomia e o bem-estar. Tenho experiência em ajudar utentes a readaptarem-se a novas rotinas após perdas de capacidades físicas ou cognitivas.
- 4 – É um espaço acolhedor e organizado, mas faltam recursos humanos para um acompanhamento mais individualizado.
- 5 – Atividades manuais, exercícios de coordenação motora, jardinagem, estimulação cognitiva e socialização em grupo.
- 6 – Sim, mas há um foco maior nos cuidados físicos. Trabalhamos para integrar práticas que promovam saúde mental através da ocupação significativa.
- 7 – O grupo é muito diverso, com idades acima dos 70 anos. Muitos têm limitações físicas ou cognitivas, mas há quem mantenha autonomia parcial.
- 8 – Potencialidades: Criatividade, desejo de aprender e capacidade de adaptação.
Fragilidades: Isolamento, baixa autoestima e dificuldades em aceitar mudanças na sua rotina.
- 9 – O suporte é geralmente insuficiente, o que afeta muito o bem-estar emocional dos utentes.
- 10 – A maioria demonstra satisfação, especialmente quando as atividades são adaptadas aos seus interesses.
- 11 – Manter uma mente ativa, sentindo-se útil e integrado, mesmo perante as limitações da idade.

- 12 – É crucial, pois uma boa saúde mental incentiva os utentes a serem mais participativos e a enfrentarem desafios com maior motivação.
- 13 – Atividades personalizadas, que combinam estímulos cognitivos, físicos e emocionais, como jardinagem e trabalhos manuais.
- 14 – A animação sociocultural é essencial para proporcionar momentos de lazer e de construção de relações, ajudando a reduzir o isolamento e a aumentar a autoestima.

12: Terapeuta Ocupacional – CD

- 1 – Licenciatura em Terapia Ocupacional, com formação complementar em Saúde Mental.
- 2 – Tenho 6 anos de experiência, maioritariamente em lares e centros de dia.
- 3 – Sim, o meu foco é utilizar atividades significativas para melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dos utentes. Trabalho frequentemente com idosos com depressão e demência, ajudando-os a desenvolver rotinas mais estruturadas e motivadoras.
- 4 – O lar onde trabalho é organizado e empenhado em promover o bem-estar dos utentes, mas as limitações de recursos dificultam a personalização das atividades e um acompanhamento mais próximo.
- 5 – Atividades de estimulação cognitiva, coordenação motora, trabalhos manuais, música, leitura, jardinagem e socialização em grupo.
- 6 – Sim, mas o foco ainda está nos cuidados físicos. Tentamos abordar a saúde mental através de atividades significativas e momentos de interação social, mas há espaço para maior investimento.
- 7 – Os utentes têm idades entre os 70 e 95 anos, com diferentes níveis de autonomia. A qualidade de vida está ligada à capacidade de participar nas atividades e à frequência de visitas familiares.
- 8 – Potencialidades: Desejo de participar em atividades e capacidade de adaptação.
Fragilidades: Dificuldade em lidar com a solidão, baixa autoestima e perda de capacidades motoras e cognitivas.
- 9 – O suporte familiar é muito variável, mas em geral insuficiente. Muitos utentes sentem-se abandonados, o que agrava o seu estado emocional.
- 10 – Os utentes que participam mostram satisfação e entusiasmo, especialmente quando as atividades são adaptadas às suas capacidades e interesses pessoais.
- 11 – Manter a capacidade de se sentir útil, valorizado e integrado na comunidade, mesmo com as limitações impostas pela idade.

12 – A saúde mental é essencial para manter a motivação, a autoestima e a vontade de participar em atividades que melhorem a qualidade de vida.

13 – Atividades ocupacionais adaptadas, como jardinagem, artesanato, jogos de memória e socialização em grupo, ajudam a promover o equilíbrio emocional e a autoestima.

14 – A animação sociocultural tem um papel fundamental na criação de momentos de convívio, lazer e criatividade, que ajudam a combater o isolamento e a promover um ambiente positivo e acolhedor para os utentes.

13: Animador Sociocultural – CB

1 – Licenciatura em Animação Sociocultural, com especialização em Intervenção Comunitária.

2 – Tenho 8 anos de experiência, maioritariamente em lares de idosos e centros de dia.

3 – Sim, o meu trabalho centra-se na promoção do bem-estar dos idosos através de atividades que estimulam as suas capacidades cognitivas, motoras e emocionais.

Particpei em projetos que visam reduzir o isolamento social e melhorar a autoestima dos utentes.

4 – É uma instituição bem organizada, mas com limitações em termos de recursos humanos e materiais. O foco principal está nos cuidados físicos, e as atividades socioculturais são complementares.

5 – Artesanato, jogos de mesa, sessões de música, teatro, celebrações festivas e passeios. Também promovemos momentos de convívio intergeracional com escolas e famílias.

6 – Sim, mas acredito que poderia ser mais integrada. Procuramos promover a saúde mental através de atividades que incentivam a socialização e o sentido de pertença.

7 – São pessoas idosas, com idades entre os 75 e 90 anos, sendo que muitos têm limitações físicas e cognitivas. A qualidade de vida depende muito do nível de autonomia e da interação com a família.

8 – Potencialidades: Experiência de vida, criatividade e vontade de aprender.

Fragilidades: Perda de autonomia, solidão e baixa autoestima.

9 – É variável, mas em muitos casos insuficiente. Muitos utentes sentem-se esquecidos pelas suas famílias.

10 – A maioria demonstra satisfação, mas há quem se sinta desmotivado ou incapaz de participar devido a limitações físicas ou emocionais.

11 – É a capacidade de manter equilíbrio emocional, sentir-se útil e integrado, mesmo perante os desafios da idade.

12 – A saúde mental é essencial, pois influencia o estado físico, a motivação e a capacidade de enfrentar adversidades.

13 – Atividades criativas, música, jogos de memória, convívio intergeracional e celebrações festivas.

14 – A animação sociocultural é fundamental para combater o isolamento, estimular a criatividade e promover um ambiente positivo e acolhedor.

14: Animador Sociocultural – MP

1 – Licenciatura em Educação e Animação Sociocultural.

2 – Tenho 5 anos de experiência, com foco em atividades para idosos institucionalizados.

3 – Sim, o meu trabalho envolve planejar atividades que ajudam a melhorar o humor e o estado emocional dos utentes. Tenho experiência com grupos de idosos com depressão ou ansiedade, utilizando arte e música como ferramentas terapêuticas.

4 – É funcional, mas sinto que as atividades socioculturais ainda são vistas como secundárias, quando poderiam ser parte central no cuidado integral dos utentes.

5 – Jogos cognitivos, pintura, canto, dança, atividades festivas e passeios ao ar livre.

6 – É uma prioridade, mas muitas vezes é abordada de forma indireta, através de momentos de socialização e atividades em grupo.

7 – A maioria dos utentes tem idades avançadas, com diferentes graus de autonomia. A qualidade de vida é afetada pela solidão e pelas condições físicas.

8 – Potencialidades: Muitos são criativos e desejam participar ativamente.

Fragilidades: Limitações físicas, solidão e baixa autoestima.

9 – É geralmente fraco, com muitos utentes a receberem poucas ou nenhuma visitas.

10 – A maioria aprecia as atividades, especialmente aquelas que envolvem música e dança, mas há quem se sinta desmotivado.

11 – É sentir-se valorizado, manter-se mentalmente ativo e ter uma boa rede de apoio emocional.

12 – A saúde mental é indispensável para enfrentar os desafios do envelhecimento com dignidade e qualidade de vida.

13 – Sessões de canto, artesanato, danças tradicionais e momentos de partilha de histórias.

14 – A animação sociocultural ajuda a criar um ambiente de interação, criatividade e pertença, reduzindo a solidão e aumentando a autoestima.

15: Animador Sociocultural – EL

1 – Licenciatura em Animação Sociocultural, com formação complementar em Terapia Expressiva.

2 – Tenho 12 anos de experiência em contextos geriátricos e comunitários.

3 – Sim. Trabalho com idosos para promover a saúde mental através de atividades expressivas, como teatro, dança e artes visuais. Acredito que estas atividades ajudam a reforçar a autoestima e a expressão emocional dos utentes, especialmente aqueles que têm dificuldade em verbalizar os seus sentimentos.

4 – É um espaço acolhedor, com uma equipa comprometida. No entanto, a carga de trabalho e a falta de técnicos suficientes dificultam a implementação de mais atividades socioculturais regulares.

5 – Sessões de teatro, dança, artes plásticas, jogos cognitivos, atividades intergeracionais e celebrações de datas festivas.

6 – É uma prioridade, mas ainda faltam recursos para abordá-la de forma mais personalizada e consistente. A maioria das ações visa a socialização e o estímulo criativo, que indiretamente promovem a saúde mental.

7 – São maioritariamente idosos entre os 70 e 90 anos. Muitos enfrentam limitações físicas e cognitivas, mas ainda possuem vontade de participar e se sentirem úteis.

8 – Potencialidades: Desejo de interagir e criar, especialmente quando incentivados.

Fragilidades: Solidão, baixa confiança nas suas capacidades e dificuldade em lidar com a dependência.

9 – Muitos utentes têm famílias ausentes, o que contribui para sentimentos de abandono.

10 – A maioria gosta das atividades, especialmente aquelas que os fazem sentir-se valorizados, como teatro e eventos onde podem mostrar o que criam.

11 – É o equilíbrio emocional e a capacidade de encontrar significado na vida, mesmo com os desafios trazidos pelo envelhecimento.

12 – É essencial para a qualidade de vida, pois influencia a maneira como os idosos lidam com problemas físicos e sociais.

13 – Artes expressivas, convívio intergeracional, jogos de memória e celebrações que promovam a inclusão.

14 – A animação sociocultural é uma ferramenta poderosa para criar momentos de pertença, interação e alegria, que combatem o isolamento e a apatia.

16: Animador Sociocultural – CV

1 – Licenciatura em Animação Sociocultural, com uma pós-graduação em Gerontologia.

2 – Tenho 6 anos de experiência, principalmente em lares e centros de dia.

3 – Sim. Participo em programas que ajudam os utentes a fortalecerem a sua autoestima e a encontrarem sentido nas suas rotinas diárias. Uso atividades simples, como música e artesanato, para ajudar os utentes a sentirem-se mais conectados e úteis.

4 – O lar é bem estruturado, mas existem desafios em integrar as atividades socioculturais de forma consistente, devido à falta de técnicos e de tempo.

5 – Música, pintura, jogos de tabuleiro, leitura, dança e celebrações de datas especiais.

6 – Sim, mas sinto que há uma maior atenção às necessidades físicas. A saúde mental é trabalhada através de atividades que promovem a interação e a ocupação significativa.

7 – Maioritariamente idosos acima dos 75 anos, muitos com limitações físicas ou cognitivas, mas com um desejo geral de socializar e aprender.

8 – Potencialidades: Experiência de vida, capacidade de adaptação e criatividade.

Fragilidades: Dependência emocional, isolamento e dificuldades em lidar com mudanças.

9 – A maioria tem suporte familiar limitado, o que muitas vezes agrava a sua solidão e tristeza.

10 – A satisfação é elevada quando as atividades são adaptadas aos seus interesses e capacidades.

11 – É sentir-se valorizado, manter uma mente ativa e lidar com as dificuldades emocionais associadas ao envelhecimento.

12 – A saúde mental é a base para enfrentar os desafios da vida com dignidade e resiliência.

13 – Sessões de música, arte, exercícios em grupo e momentos de convívio.

14 – É central para criar um ambiente dinâmico, onde os idosos se sentem incluídos e valorizados, combatendo a solidão e o isolamento.

17: Animador Sociocultural – SD

1 – Licenciatura em Animação Sociocultural e especialização em Terapia pela Arte.

2 – Tenho 9 anos de experiência, especialmente em instituições para idosos.

- 3 – Sim. Trabalho em projetos que usam música, teatro e arte para ajudar os idosos a expressarem as suas emoções e reforçarem a sua autoestima.
- 4 – É um lar bem estruturado, mas que precisa de mais apoio em programas voltados para a saúde mental e emocional dos utentes.
- 5 – Sessões de teatro, canto, dança, jogos cognitivos, artesanato e celebrações de datas comemorativas.
- 6 – É uma prioridade, mas muitas vezes os recursos disponíveis limitam a implementação de estratégias mais abrangentes.
- 7 – São idosos com idades entre 70 e 95 anos. A autonomia varia bastante, e a qualidade de vida depende da saúde mental e do suporte familiar.
- 8 – Potencialidades: Desejo de criar e participar.
Fragilidades: Sentimento de solidão, dependência emocional e dificuldades físicas.
- 9 – Em geral, o suporte é fraco. Muitos utentes têm pouco contacto com as suas famílias.
- 10 – Os utentes mostram-se satisfeitos, principalmente com atividades criativas e em grupo.
- 11 – Manter uma atitude positiva, sentir-se útil e ter um propósito na vida.
- 12 – A saúde mental é crucial para o equilíbrio emocional e para lidar com os desafios do envelhecimento.
- 13 – Música, teatro, jogos de memória e momentos de partilha e convívio.
- 14 – É essencial para criar laços, estimular emoções positivas e combater o isolamento social.

18: Fisioterapeuta – VB

- 1 – Tenho Licenciatura em Fisioterapia.
- 2 – Tenho 8 anos de atuação na área da fisioterapia geriátrica, principalmente em lares e centros de reabilitação.
- 3 – Sim, tenho trabalhado diretamente com idosos em processos de reabilitação, e percebo que a mobilidade está diretamente ligada à saúde mental. A perda da independência pode levar a sentimentos de frustração, depressão e ansiedade. Um trabalho de fisioterapia bem estruturado ajuda a restaurar a autoconfiança e a autoestima dos idosos.
- 4 – O lar onde trabalho tem uma boa estrutura organizacional, com uma equipa multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e animadores

socioculturais. Há um esforço constante para garantir o bem-estar dos utentes, embora, como em qualquer instituição, existam desafios na personalização do atendimento.

5 – São oferecidas atividades diárias de reabilitação motora, alongamentos, caminhadas assistidas e exercícios terapêuticos para manutenção da mobilidade. Além disso, há sessões de fisioterapia individualizadas para utentes que necessitam de um acompanhamento mais específico.

6 – Sim, a saúde mental é uma prioridade, pois um corpo ativo contribui para uma mente saudável. Trabalhamos não só a reabilitação física, mas também a motivação dos idosos para participarem das atividades, evitando o isolamento social.

7 – A maioria dos utentes tem mais de 75 anos, com diferentes graus de mobilidade. Alguns são independentes, mas a grande parte necessita de apoio para as atividades diárias.

8 – As principais potencialidades estão na capacidade de adaptação e no desejo de recuperar a autonomia. A maior fragilidade é a resistência inicial a certas terapias e o medo da dor ou da queda.

9 – Bastante variável. Alguns utentes recebem visitas frequentes e têm apoio familiar forte, enquanto outros têm pouco ou nenhum contato com os familiares.

10 – Geralmente positiva. No início, alguns utentes resistem, mas, ao perceberem os benefícios, passam a se envolver mais.

11 – Manter um estado emocional equilibrado, aceitando as limitações e encontrando novas formas de bem-estar.

12 – A saúde mental é essencial para a qualidade de vida, pois influencia a motivação, a interação social e até mesmo a resposta aos tratamentos.

13 – A fisioterapia em grupo, a interação social e as atividades lúdicas e recreativas.

14 – A animação sociocultural é essencial para engajar os idosos, dar-lhes um propósito e estimular a socialização.

19: Fisioterapeuta – AM

1 – Tenho Licenciatura em Fisioterapia e especialização em geriatria.

2 – Tenho 12 anos, sendo 6 em lares de idosos.

3 – Sim, percebo que muitos idosos desenvolvem quadros de depressão e ansiedade quando perdem autonomia. A fisioterapia é fundamental para manter a independência e, consequentemente, a saúde mental.

- 4 – O lar é Bem organizado, mas com algumas dificuldades, como a falta de pessoal suficiente para atender todos os utentes de forma personalizada.
- 5 – Fazemos Alongamentos, exercícios de fortalecimento muscular, fisioterapia respiratória e caminhada assistida.
- 6 – Sim, mas acredito que poderia haver mais iniciativas voltadas para o bem-estar emocional dos utentes.
- 7 – Temos idosos com diferentes graus de dependência, alguns totalmente independentes e outros acamados.
- 8 – Potencialidades na capacidade de reabilitação; fragilidade na aceitação das limitações.
- 9 – Muitos utentes se queixam da ausência da família, o que afeta emocionalmente.
- 10 – A maioria gosta, mas há resistência inicial em algumas terapias.
- 11 – Uma saúde mental estável dá a capacidade de manter uma boa qualidade de vida apesar das limitações.
- 12 – A saúde mental tem influência diretamente o estado físico e a resposta aos tratamentos.
- 13 – Tento promover a saúde mental através dos exercícios físicos, atividades recreativas e interação social.
- 14 – A animação sociocultural complementa o trabalho da fisioterapia, proporcionando bem-estar emocional.

20: Fisioterapeuta – DR

- 1 – Sou licenciado em Fisioterapia, com pós-graduação em reabilitação neurológica.
- 2 – Exerço há 10 anos.
- 3 – Sim, percebo que a perda de mobilidade impacta muito o psicológico dos idosos.
- 4 – Tem uma boa estrutura, mas poderia haver mais investimento em programas de reabilitação.
- 5 – Fazemos exercícios funcionais, hidroterapia (quando possível), massoterapia.
- 6 – Sim, mas acredito que poderia ser mais integrada ao tratamento físico.
- 7 – A maioria com mais de 80 anos, muitos com sequelas de AVC ou outras doenças degenerativas.
- 8 – Potencialidade na adaptação; fragilidade na perda de autonomia.
- 9 – Muitos idosos sentem-se abandonados.
- 10 – Depende do nível de motivação do utente.
- 11 – É importante encontrarmos formas de manter a qualidade de vida e o bem-estar.

12 – Muito importante e essencial para manter a disposição e a participação ativa nas terapias.

13 – As atividades que promovem saúde mental são o movimento, socialização e atividades lúdicas.

14 – A animação sociocultural tem o papel de proporcionar momentos de alegria e estímulo emocional.

21: Enfermeiro – ID

1 – Tenho Licenciatura em Enfermagem.

2 – Trabalho há 15 anos, sendo 10 em geriatria e cuidados continuados.

3 – Sim, trabalho diariamente com idosos que enfrentam desafios emocionais, como depressão e ansiedade. Além dos cuidados físicos, é essencial observar sinais de sofrimento mental.

4 – O lar é bem estruturado, com equipas multidisciplinares. No entanto, há desafios na personalização do atendimento devido ao número de utentes.

5 – Cuidados médicos, administração de medicamentos, grupos de apoio emocional e algumas atividades lúdicas.

6 – Sim, mas poderia haver mais investimento em suporte psicológico profissional.

7 – Temos Idosos acima dos 75 anos, muitos com comorbidades crónicas e diferentes níveis de autonomia.

8 – A maior potencialidade está na capacidade de adaptação; a maior fragilidade é o sentimento de solidão.

9 – Grande parte dos utentes sente falta de visitas regulares da família.

10 – Muitos gostam, mas há resistência inicial.

11 – Envolve autoestima, interação social e bem-estar emocional.

12 – A saúde mental impacta diretamente a saúde física e a resposta aos tratamentos.

13 – Atividades que promovem a saúde mental são o convívio social, arte terapia e práticas relaxantes.

14 – A animação sociocultural é essencial para proporcionar alegria e um sentido de pertencimento.

22: Enfermeiro – FP

1 – Tenho Licenciatura em Enfermagem, com especialização em saúde mental.

2 – 12 anos.

- 3 – Sim, muitos idosos apresentam depressão e ansiedade devido a perdas e limitações físicas.
- 4 – Tem uma boa organização, mas com carência de recursos humanos.
- 5 – Damos os Medicamentos, suporte emocional e cuidados paliativos.
- 6 – Sim, mas há limitações no suporte psicológico profissional.
- 7 – Muitos com doenças crônicas e dependentes de cuidados contínuos.
- 8 – Potencialidade na resiliência dos idosos; fragilidade na falta de apoio familiar.
- 9 – Insuficiente na maioria dos casos.
- 10 – Muitos gostam, mas há necessidade de mais opções.
- 11 – Uma boa saúde mental ajuda na capacidade de lidar com perdas e manter uma boa qualidade de vida.
- 12 – É Essencial para a adaptação ao envelhecimento.
- 13 – É essencial haver convívio social, música e arte.
- 14 – A animação sociocultural cria momentos de felicidade e interação.

23: Enfermeiro – JC

- 1 – Tenho Licenciatura em Enfermagem.
- 2 – Trabalho na área há 9 anos.
- 3 – Sim, pois afeta a adesão aos tratamentos e a qualidade de vida.
- 4 – O lar está bem estruturado, mas precisa de mais apoio psicológico para os utentes.
- 5 – Fazemos a administração de medicamentos, damos suporte emocional e existem atividades recreativas.
- 6 – Sim, mas precisa de mais recursos.
- 7 – A maioria tem doenças crônicas e diferentes graus de autonomia.
- 8 – Potencialidade na experiência de vida; fragilidade na dependência.
- 9 – É variável, mas muitos sentem-se sozinhos.
- 10 – A maioria gosta, mas alguns são mais reservados.
- 11 – A saúde mental no envelhecimento traz equilíbrio emocional e adaptação às limitações.
- 12 - A saúde mental impacta diretamente a qualidade de vida.
- 13 – As atividades que promovem saúde mental são os exercícios, a música e a arte.
- 14 – A animação Sociocultural ajuda a manter a mente ativa e proporcionar prazer.

24: Animador Sociocultural – FB

- 1 – Sou licenciada em Animação Sociocultural.
- 2 – Tenho 6 anos de experiência.
- 3 – Sim, pois a animação ajuda a combater o isolamento e a depressão.
- 4 – Está bem organizado, mas poderia haver mais eventos culturais.
- 5 – Fazemos jogos, música, dança, contamos histórias.
- 6 – Sim, mas nem todos os utentes se envolvem.
- 7 – Alguns são muito participativos, outros mais introvertidos.
- 8 – Potencialidade na interação social; fragilidade na aceitação das atividades.
- 9 – Muitos sentem falta da família.
- 10 – É boa, mas alguns preferem atividades mais calmas.
- 11 – É importante manter a mente ativa e o bem-estar emocional.
- 12 – A saúde mental influencia diretamente a qualidade de vida.
- 13 – Os Jogos de memória, a música e a dança.
- 14 – A animação sociocultural cria momentos de alegria e interação.

25: Médico – AV

- 1 - Tenho especialização em Geriatria.
- 2 – Exerço há 20 anos, com foco no envelhecimento saudável.
- 3 – Sim, é uma das principais preocupações, pois o envelhecimento pode trazer problemas emocionais graves.
- 4 – O lar é estruturado, mas há desafios na individualização do cuidado.
- 5 – Monitorizamos a saúde, fazemos tratamentos médicos e existem atividades recreativas.
- 6 – Sim, mas precisaria de mais suporte psicológico profissional.
- 7 – Temos idosos com diferentes graus de dependência e diversas condições médicas.
- 8 – Potencialidade na experiência e resiliência; fragilidade na perda da independência.
- 9 – O suporte familiar é variável, mas muitos sofrem com o afastamento da família.
- 10 – Depende do perfil do utente; alguns gostam, outros não se envolvem.
- 11 – A saúde mental dá um equilíbrio emocional, capacidade de adaptação e bem-estar psicológico.
- 12 – A saúde mental é essencial para um envelhecimento saudável e qualidade de vida.
- 13 – Julgo que a interação social, atividades físicas e estimulação cognitiva ajudam na promoção da saúde mental.

14 – A animação sociocultural é fundamental para combater o isolamento e promover a felicidade.