



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Habitat da velhice: um estudo sociológico do envelhecimento ativo
numa residência assistida

Carla Alexandra da Costa Guerra

Mestrado em Sociologia

Orientador:

Doutor Rodrigo Vieira de Assis, Professor Auxiliar
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Habitat da velhice: um estudo sociológico do envelhecimento ativo
numa residência assistida

Carla Alexandra da Costa Guerra

Mestrado em Sociologia

Orientador:

Doutor Rodrigo Vieira de Assis, Professor Auxiliar
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2025

À memória de minha avó e bisavó

AGRADECIMENTOS

Este momento marca a conclusão de uma fase inestimável, resultado de um intenso esforço e dedicação de quem nunca aceita um desafio sem buscar alcançar o melhor resultado possível.

O meu primeiro agradecimento vai para a minha parceira de vida, pelo apoio incansável, paciência e incentivo ao longo deste percurso académico. Com amor e carinho, fez-me sempre acreditar que poderia alcançar tudo aquilo que sempre desejei, nunca permitindo que baixasse a guarda e, mesmo quando as palavras me faltavam, relembrava-me de quão forte consigo ser.

Agradeço também aos meus pais, irmãs e ao meu sobrinho, ainda tão jovem, por compreenderem a minha ausência nos momentos familiares, fruto da dedicação a este percurso académico, e por me oferecerem sempre o amor e o apoio incondicional, fundamentais para que eu pudesse dedicar-me plenamente a esta dissertação.

Devo um agradecimento igualmente sentido à minha melhor amiga, a irmã que escolhi, que sempre acompanhou de perto todas as minhas trajetórias de vida. Muitas vezes, trocou as saudades que sentia pelo incentivo necessário para que eu pudesse terminar esta fase. Ela, juntamente com os seus dois filhos, meus sobrinhos, fazem parte da família que escolhi para celebrar esta conquista.

Apesar de não estarem fisicamente presentes, agradeço à minha avó e à minha bisavó, a quem dedico esta dissertação, por me transmitirem valores e experiências que me fizeram olhar para a velhice como uma fase inspiradora, despertando em mim o interesse pelo tema do envelhecimento e a vontade de contribuir para melhorar a vida das pessoas idosas, frequentemente negligenciada no mundo contemporâneo – etapa da vida que, possivelmente, todos nós atingiremos.

Agradeço também ao meu orientador e Professor Doutor Rodrigo Vieira de Assis, pela generosa partilha de conhecimento, pela astúcia e serenidade com que sempre me guiou nos momentos de maior ansiedade, valorizando as minhas capacidades enquanto discente, e encorajando-me a acreditar no meu potencial sem nunca permitir que duvidasse de mim mesma.

Um último agradecimento, mas não menos importante, à instituição que serviu de campo empírico para a presente investigação, mas principalmente, aos seus residentes por me receberem como se eu fosse uma “residente” permitindo acompanhá-los diariamente nos seus quotidianos. Sem estes, a minha dissertação jamais teria sido possível. Apesar dos nomes fictícios utilizados na dissertação, jamais esquecerei aqueles que deram, literalmente, vida a este trabalho.

RESUMO

O envelhecimento populacional coloca desafios crescentes às sociedades contemporâneas, sobretudo no que diz respeito à garantia de condições dignas de vida para pessoas idosas em contextos de vulnerabilidade social. A crescente necessidade de respostas habitacionais que articulem cuidado, autonomia e integração social exige modelos que superem a lógica da institucionalização tradicional e valorizem a participação ativa na velhice.

Esta investigação tem como objetivo compreender de que modo a residência assistida se traduz numa solução habitacional promotora do envelhecimento ativo, ao oferecer suporte formal sem comprometer a autonomia dos residentes. Com recurso a uma abordagem qualitativa, centrada na condução de entrevistas em profundidade com pessoas idosas e na observação participante do quotidiano de uma residência assistida, a análise permitiu explorar trajetórias de vida marcadas por insegurança habitacional, pobreza e isolamento, bem como os processos de transição e adaptação ao novo contexto habitacional.

Os resultados revelam formas diversas de apropriação dos espaços, utilização seletiva dos serviços disponíveis e construção de vínculos sociais, evidenciando que o envelhecimento ativo pode ser promovido mesmo em ambientes institucionais, desde que respeitada a individualidade, a continuidade biográfica e a capacidade de escolha. A residência assistida emerge, assim, como uma resposta social com potencial para mitigar desigualdades acumuladas ao longo da vida e promover um envelhecimento mais justo, autónomo e integrado.

Palavras-chave: Envelhecimento; vulnerabilidade social; residência assistida; envelhecimento ativo

ABSTRACT

Population ageing presents growing challenges to contemporary societies, particularly regarding the assurance of dignified living conditions for older people in contexts of social vulnerability. The increasing demand for housing solutions that combine care, autonomy, and social integration calls for models that go beyond traditional institutionalisation and value active participation in later life.

This research aims to understand how assisted living can serve as a housing solution that promotes active ageing by providing formal support without compromising residents' autonomy. Using a qualitative approach, based on semi-structured interviews with older individuals and participant observation of daily life in an assisted living facility, the analysis explores life trajectories marked by housing insecurity, poverty, and social isolation, as well as the processes of transition and adaptation to the new residential context.

The findings reveal diverse ways of appropriating space, selective use of available services, and the building of social bonds, highlighting that active ageing can be fostered even in institutional settings, provided that individuality, biographical continuity, and the capacity for choice are respected. Assisted living thus emerges as a social response with the potential to mitigate lifelong inequalities and promote a fairer, more autonomous, and integrated ageing process.

Keywords: Ageing; social vulnerability; assisted living; active ageing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL	15
1.1. Envelhecimento da população portuguesa	15
1.2. Os desafios da velhice: da longevidade à vulnerabilidade	16
1.3. A noção de envelhecimento ativo	17
CAPÍTULO 2 – A RESIDÊNCIA ASSISTIDA ENQUANTO OBJETO SOCIOLOGICO	20
2.1. Habitar na velhice: os desafios contemporâneos	20
2.2. A residência assistida em Portugal.....	21
2.3. Um estudo de caso numa residência assistida.....	23
CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	25
3.1. Desenho de pesquisa.....	25
3.2. Metodologia e técnicas de recolha de dados.....	27
3.3. O trabalho de campo: observar e entrevistar	27
3.4. Caracterização da amostra	28
CAPÍTULO 4 – RESIDÊNCIA ASSISTIDA: UMA NOVA FORMA DE HABITAR A VELHICE?	29
4.1. Trajetórias e contextos de vulnerabilidade anteriores à residência assistida	29
4.1.1. Insegurança habitacional.....	29
4.1.2. Ausência de redes sociais e de apoio (in)formal.....	30
4.1.3. Desproteção financeira na velhice	32
4.1.4. A condição de saúde e as “maleitas habituais da velhice”	33
4.2. O processo de transição para a residência assistida	34
4.2.1. A decisão de ingresso	34
4.2.2. Adaptação ao contexto habitacional.....	36
4.3. A vivência quotidiana na residência assistida	37
4.3.1. Rotinas quotidianas	37
4.3.2. Utilização dos serviços disponíveis.....	38
4.3.4. Apropriação dos espaços físicos.....	41
4.4. Sentidos da velhice e percepções sobre o envelhecimento na residência assistida	42
4.4.1. Envelhecer nas vozes dos residentes	42
4.4.2. O envelhecimento na residência assistida: aspectos positivos e negativos	43
4.4.3. Institucionalização tradicional: o último recurso	44

4.5. A residência assistida e os pilares do envelhecimento ativo	45
4.5.1. Saúde	45
4.5.2. Participação social	46
4.5.3. Segurança	48
CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	59
Anexo A – Guião das entrevistas	59
Anexo C – Consentimento informado	61
Anexo D – Grelhas de análise	62
Grelha de análise 1 - Trajetórias e contextos de vulnerabilidade social	62
Grelha de análise 2 - Transição e vivência na residência assistida	67
Grelha de análise 3 - Perceções sobre o envelhecimento na residência assistida	72

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico tem vindo a alcançar recordes históricos no mundo contemporâneo, assumindo contornos particularmente expressivos na sociedade portuguesa, que se encontra entre as mais envelhecidas da Europa e, consequentemente, a nível mundial. Apesar de ser reconhecido como uma conquista civilizacional, fruto dos avanços científicos, tecnológicos e sociais, o aumento da longevidade, decorrente da conjugação entre a redução da fecundidade e da mortalidade, implica desafios complexos e multidimensionais, com impactos profundos nas esferas política, social, económica e cultural (Rosa, 2012; Cabral, et al., 2013).

Para os indivíduos, viver uma vida mais longa implica transformações significativas, especialmente na esfera da saúde e da participação social (Machado, 2012). Entre as principais vulnerabilidades enfrentadas pelos idosos destacam-se o aumento do risco de doenças crónicas, a dependência física, mental e económica, a solidão, o risco de pobreza e a experiência de discriminação etária, fatores que contribuem para a intensificação das desigualdades sociais nesta fase da vida (Cabral, et al., 2013).

Ao nível da sociedade, o envelhecimento demográfico é, por muitos, entendido como uma “ameaça” por colocar em causa a sobrevivência cultural, a renovação das gerações, a produtividade económica, e a sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social (Rosa, 2012, p. 80).

No entanto, é fundamental evitar uma visão catastrofista do envelhecimento populacional. O desafio consiste em desenvolver estratégias que potenciem o papel social dos idosos, reconheçam as suas competências e contribuições e promovam o seu bem-estar e qualidade de vida (Rosa, 2012).

Estas estratégias devem considerar as transformações nos modos tradicionais de viver a velhice. Nos quadros sociais atuais, a velhice já não é, exclusivamente, vivenciada no seio dos núcleos familiares ou em formas de conjugalidade (Torres, 2001; Aboim, 2003): a perda daqueles com quem viviam (como o caso da viuvez), o divórcio, a ausência de rede familiar, a reconfiguração das formas familiares e a valorização da autonomia individual são algumas das várias razões que contribuem para o aumento da proporção de seniores a residir sós (Mauritti, 2011) ou em contextos não familiares (Pastalan, 1990).

Contudo, quando a autonomia e a capacidade funcional ainda se mantêm, mas surgem situações de vulnerabilidade social – como fragilidade financeira, ausência de redes de apoio, isolamento – a institucionalização em Lares de idosos apresenta-se, muitas vezes, como a única opção, embora desajustada, impondo ambientes que condicionam a autonomia dos indivíduos (Goffman, 1961).

Perante este cenário, têm surgido novos modelos habitacionais que procuram articular o apoio institucional com a preservação da autonomia e da individualidade. No entanto, a oferta destas soluções é ainda limitada no âmbito da rede pública e solidária, restringindo o acesso sobretudo aos idosos com uma maior capacidade económica. Neste sentido, torna-se pertinente repensar as formas

de habitar a velhice, criando soluções habitacionais que promovam o envelhecimento ativo dos portugueses, sobretudo dos que se encontram em contextos de vulnerabilidade social.

Como tal, através de um estudo de caso, esta dissertação tem como objetivo compreender de que modo a residência assistida pode ser entendida como uma solução habitacional promotora do envelhecimento ativo, especialmente entre pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. A investigação adota uma abordagem qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas aos residentes de uma residência assistida da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), complementadas por observação participante, permitindo uma análise aprofundada das narrativas dos residentes sobre a sua vida antes do ingresso na residência, bem como das práticas, experiências e significados atribuídos ao quotidiano neste modelo habitacional. Assim, os objetivos específicos deste estudo são os seguintes: 1) identificar, a partir das trajetórias de vida dos residentes, as dimensões de vulnerabilidade social que conduziram à sua admissão na residência assistida; 2) analisar a transição e a vivência do quotidiano na residência assistida; 3) explorar as percepções dos residentes sobre o envelhecimento, avaliando os significados atribuídos à velhice e à institucionalização, bem como a contribuição da residência assistida para a promoção do envelhecimento ativo.

Dada a escassez de investigações, nas ciências sociais, que exploram o tema, esta pesquisa visa preencher uma lacuna importante na sociologia e contribuir para fundamentar propostas de adaptação e expansão das residências assistidas enquanto resposta social para a habitação de pessoas idosas, sobretudo das que se encontram em contextos de vulnerabilidade social. Para além disso, contribui para o debate académico e político sobre formas de promover o envelhecimento ativo.

O presente estudo está dividido em duas partes. Na primeira parte, realiza-se o enquadramento teórico, onde é efetuada a revisão do estado da arte e da literatura sobre o tema investigado. O primeiro capítulo é dedicado à análise do envelhecimento da população portuguesa, explorando os principais desafios daí decorrentes. Ainda neste capítulo, explora-se o conceito de envelhecimento ativo. A partir de uma perspetiva sociológica, o segundo capítulo centra-se nos atuais modos de habitar a velhice, explorando as residências assistidas enquanto modelo habitacional. Neste capítulo, procede-se, ainda, à apresentação do estudo de caso que servirá de suporte à presente investigação.

A segunda parte da dissertação diz respeito à análise empírica. O terceiro capítulo descreve as opções metodológicas que orientaram o presente estudo de caso. No quarto capítulo, apresentam-se e discutem-se os resultados. Inicialmente, a partir das trajetórias de vida dos residentes, são identificadas as dimensões de vulnerabilidade social que conduziram à sua admissão na residência assistida. Num segundo momento da análise, considera-se o processo de transição, bem como as suas vivências quotidianas neste contexto habitacional. Por fim, são exploradas as percepções dos residentes sobre o envelhecimento, bem como a contribuição da residência assistida para a promoção do envelhecimento ativo, com base nos pilares da saúde, participação e segurança.

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL

1.1. Envelhecimento da população portuguesa

O envelhecimento da população consiste num processo demográfico que traduz a transformação da estrutura etária de uma população, expressando o aumento da proporção de pessoas em idades mais avançadas e a diminuição da proporção de pessoas em idades mais jovens (Eurostat, 2024). Este fenómeno ganhou especial expressão a partir da segunda metade do século XX, conferindo às sociedades um perfil cada vez mais envelhecido à escala global, com especial incidência na Europa (Rosa, 2012). A sociedade portuguesa não constitui, de forma alguma, uma exceção a esta tendência.

Segundo dados das Nações Unidas¹, em 1950 a idade média na Europa rondava os 29,7 anos, enquanto em Portugal não ultrapassava os 26 anos. Mais de 70 anos depois, em 2024, a idade média na Europa ascendeu aos 44,7 anos e, em Portugal, aos 47,7 anos (Eurostat, 2025a).

De uma sociedade com estrutura etária mais jovem do que a maioria das regiões da Europa, Portugal tem hoje, a segunda população mais envelhecida da Europa e a quarta mais envelhecida do mundo (Eurostat, 2025; FFMS, 2024²). Estas alterações devem-se, por um lado, ao aumento da proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos), impulsionado pelo aumento da probabilidade de sobrevivência até idades mais avançadas, em resultado da diminuição da mortalidade, e da redução da fecundidade, de que resultou a diminuição do número de nascimentos (Rosa, 2025).

Num passado, não muito longínquo, atingir os 65 anos constituía um feito histórico (Rosa, 2012). De facto, nas últimas décadas, a esperança de vida à nascença em Portugal era mais baixa, situando-se em mais de metade dos valores atuais: em 1950, por exemplo, os homens tinham uma esperança de vida de cerca de 36 anos e as mulheres de 40 anos (Rosa, 2012). Atualmente, passados 70 anos, no triénio de 2022-2024 a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 78,73 anos para os homens e 83,96 anos para as mulheres, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024a).

O outro fator que impulsionou esta mudança demográfica foi o declínio da fecundidade. Portugal passou de uma média superior a 3 filhos por mulher em 1960 para 1,40 filhos por mulher em 2024, ao passo que seria necessária uma média de 2,1 filhos por mulher para garantir a substituição de gerações (INE, 2025) – valor que o país não alcança desde 1981 (INE, 2024). No mesmo ano, em 2024, a taxa bruta de natalidade foi de apenas 7,9 nados-vivos por mil habitantes (INE, 2025).

Apesar do saldo migratório positivo ter atenuado o saldo natural negativo (INE, 2025), este modelo de fecundidade e mortalidade reduzidas intensificou o envelhecimento da população, com o índice a atingir 192,4 idosos por cada 100 jovens em 2024 (INE, 2025). Projeta-se que este indicador continue a crescer, ultrapassando os 300 idosos por cada 100 jovens em 2080 (INE, 2019).

¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009).

² Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS).

Esta transformação demográfica origina desafios económicos, sociais, políticos e culturais exigindo uma reflexão crítica sobre as condições em que a velhice é vivenciada pelos portugueses.

1.2. Os desafios da velhice: da longevidade à vulnerabilidade

Se é verdade que o envelhecimento populacional constitui uma conquista civilizacional, não é menos verdade que este fenómeno impõe novos desafios às sociedades contemporâneas, nomeadamente no que respeita à sustentabilidade socioeconómica dos sistemas de saúde e segurança social (Rosa, 2012).

À partida, as faixas etárias mais idosas consomem mais serviços de saúde, comparativamente a outras faixas etárias, uma vez que recorrem com maior frequência aos serviços de saúde, registam internamentos mais longos e mais constantes, e são afetadas por doenças prolongadas, que exigem acompanhamento contínuo e cuidados permanentes (Bäckström, 2012).

Contudo, dir-se-ia que, se ampliação do tempo de vida estiver associada a um estilo de vida saudável os seniores podem continuar ativos no mercado de trabalho, participar na sociedade e manter a sua autonomia por mais tempo (EC, 2002)³. Além do mais, uma longevidade associada a melhores níveis de saúde poderá mitigar os impactos do envelhecimento nas despesas em saúde (Barros & Santos, 2024). Todavia, ainda existe um longo caminho a percorrer neste sentido.

O *Relatório de Envelhecimento* (2024) apurou que os seniores portugueses sofrem uma enorme desproteção financeira promovendo o aumento (e risco) de pobreza⁴ deste segmento da população. Os acessos a cuidados de saúde variam de acordo com os níveis de educação e rendimento: os seniores com baixos níveis de educação e com rendimentos mais reduzidos possuem maiores dificuldades em alcançar os cuidados de saúde necessários enfrentando uma maior desproteção financeira, já que utilizam todos os seus rendimentos em despesas de saúde (Barros & Santos, 2024).

O estatuto socioeconómico dos idosos varia, sobretudo, de acordo com a trajetórias profissionais percorridas até atingirem a fase da reforma. Longos períodos de desemprego, empregos precários e descontos irregulares para a segurança social são algumas das condições que explicam as baixas pensões auferidas pelos idosos afetando a sua condição social na velhice (Machado, 2012).

Em 2023, 70% dos pensionistas portugueses recebia pensões de velhice até aos 1 000 euros, e a sua maioria abaixo dos 600 euros (INE, 2024b) – vivendo abaixo do limiar de pobreza⁵. Além disso, após a reforma, 13,2% dos pensionistas continuam a exercer pelo menos uma atividade profissional, sendo que destes, 46,5% continuaram a trabalhar por questões financeiras (INE, 2024b).

Além do estatuto socioeconómico, outra vertente fundamental na vida dos idosos são as relações de sociabilidades estabelecidas com os familiares, amigos e vizinhos (Machado, 2012).

³ European Commission (EC).

⁴ Em 2023, 21,1% da população idosa vivia em risco de pobreza (INE, 2025a).

⁵ O limiar de pobreza indica o rendimento mínimo abaixo do qual se considera que uma família se encontra em risco de pobreza. Em 2023, este valor correspondia a 632,33 euros mensais (INE, 2023).

Os processos de envelhecimento tendem a levar ao arrefecimento destes laços sociais, intensificando a solidão e o isolamento social nesta fase da vida (Machado, 2012; Cabral et al., 2013). Na edição de 2024 da operação “Censos Sénior”, a Guarda Nacional Republicana (GNR) sinalizou, 42 873 idosos “que vivem sozinhos e/ou isolados, ou em situação de vulnerabilidade” (GNR, 2024). Segundo o último momento censitário em Portugal, cerca de metade das pessoas que vivem sozinhas têm 65 ou mais anos, ou seja, 517.146 seniores portugueses (INE, 2022). A par destas situações, este grupo etário é ainda alvo de estigmatização associada à velhice, expressa em comportamentos preconceituosos com base na idade – *idadismo* – que tendem a aumentar à medida que a idade avança (APAV, 2020).

Para além de residirem sós, são muitos os seniores que residem em habitações sem condições mínimas de habitabilidade colocando em risco a sua vida e o seu bem-estar (Santos et al., 2024). A ausência de alternativas acessíveis obriga os mais velhos a permanecerem nestas habitações ou, por vezes, a acelerar a sua institucionalização (Coelho, 2025).

A longevidade nem sempre se traduz numa melhoria da qualidade dos anos vividos. Ainda assim, não é a idade que determina a vulnerabilidade de um indivíduo: esta depende sobretudo da condição de saúde, das oportunidades de participação e da percepção de segurança – dimensões centrais aos pilares do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

1.3. A noção de envelhecimento ativo

Em 2002, a OMS avançou uma abordagem mais abrangente para a noção de envelhecimento ativo, com recomendações que vão além da promoção de um envelhecimento saudável preconizado até então, incorporando fatores multidimensionais de natureza ambiental, psicológica, social e económica (WHO, 2002). Este novo modelo de envelhecimento ativo, relaciona a qualidade de vida e a saúde dos seniores, com a manutenção da sua autonomia e independência, promovendo a sua integração em ambientes seguros que promovam a sua capacidade funcional e participação social (WHO, 2002).

O termo “ativo” não está apenas relacionado com a capacidade de os indivíduos se manterem fisicamente ativos ou com a participação no mercado de trabalho, mas também com a participação contínua das pessoas idosas em atividades sociais, culturais, económicas, espirituais e cívicas (WHO, 2002, p. 12). Assim, definido como um “processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” o envelhecimento ativo requer ações orientadas três pilares (WHO, 2002, p. 12).

A saúde é entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (WHO, 2002). Quando os fatores de risco associados às doenças e ao declínio funcional são reduzidos, e os fatores de proteção são fortalecidos, observa-se uma melhoria na qualidade de vida (WHO, 2002). Nestas condições, as pessoas tendem a manter-se saudáveis, autónomas e capazes de realizar as suas atividades básicas do quotidiano ao longo dos processos de envelhecimento (WHO, 2002).

Até porque a doença, determina a alguns idosos mais jovens um envelhecimento menos ativo e, contrariamente, o que possibilita a alguns idosos mais velhos um envelhecimento mais ativo é a saúde que estes indivíduos gozam – não estando o envelhecimento ativo totalmente dependente da idade dos idosos (Machado, 2012). Neste contexto, a saúde não deve ser entendida de forma isolada, dado que o seu enfraquecimento compromete a participação e a segurança (WHO, 2002).

O segundo pilar, a participação social, refere-se à inclusão ativa das pessoas idosas nas atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas da sociedade e possui um papel preponderante para o bem-estar dos indivíduos (WHO, 2002) – ou não fossem os seres humanos seres sociais. As relações estabelecidas com a família, amigos, vizinhos, na comunidade, e nas instituições locais, são essenciais para garantir a participação ativa dos seniores, anulando a tendência para a progressiva quebra das redes sociais à medida que a idade avança e, principalmente, com a entrada da reforma (WHO, 2002). Assim, os seniores podem (e devem) contribuir para as suas comunidades de acordo com as suas capacidades, interesses e experiências (WHO, 2002). Esta participação promove a inclusão social e o sentimento de pertença mitigando os sentimentos de isolamento e exclusão social (WHO, 2002).

A segurança, o terceiro pilar, tem que ver com a proteção das pessoas idosas contra riscos e vulnerabilidades que possam comprometer sua qualidade de vida e dignidade (WHO, 2002). O acesso a recursos económicos adequados, a habitações seguras, a proteção contra violência e abusos, a sistemas de apoio em caso de dependência e vulnerabilidade social são essenciais para garantir a segurança na velhice (WHO, 2002). Segundo a OMS, envelhecer com segurança significa viver sem medo de negligência, exclusão ou insegurança financeira, onde o ambiente físico (seguro, acessível e inclusivo) e o ambiente social (solidário e protetor) são fatores centrais para este pilar (WHO, 2002).

A velhice deve ser vivida com a melhor qualidade de vida possível. Todavia, não existe uma receita para experienciar esta etapa, dado que o envelhecimento é um processo singular. Pela sua heterogeneidade, devem ser considerados um conjunto de fatores determinantes de origem comportamental, social, ambiental, pessoal, económica e relacionados com os sistemas de saúde e serviço social, reconhecendo que podem influenciar o envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Mais importante será adotar uma abordagem que respeite os determinantes transversais do envelhecimento ativo – o género e a cultura – por influenciarem os outros fatores determinantes. O género condiciona a experiência de vida e de envelhecimento, refletindo-se nas desigualdades económicas, de saúde e na esperança de vida entre homens e mulheres (WHO, 2002). Em Portugal, os homens ganham, em média, mais 16% do que as mulheres e estão menos expostos ao risco de pobreza (FFMS, 2025). Esta desigualdade acentua-se após os 65 anos⁶, reflexo do papel tradicional das mulheres como cuidadoras informais, afastando-as do mercado de trabalho.

⁶ “Uma em cada quatro mulheres com 65 anos ou mais se encontra em risco de pobreza” (FFMS, 2025, p. 9).

As pensões de velhice também evidenciam estas assimetrias: 9,0% das mulheres recebem até 300 euros, face a apenas 2,4% dos homens, e mais de metade (56,3%) situa-se entre os 300 e 600 euros, valor que apenas abrange 35,3% dos homens (INE, 2024b). Paralelamente, as desigualdades de género também se refletem na saúde e longevidade. Apesar de viverem menos anos do que as mulheres⁷ – em parte, pela maior exposição a comportamentos de risco, como o tabagismo e o alcoolismo – os homens tendem a usufruir de mais anos de vida saudável, enquanto as mulheres, embora tenham uma esperança de vida mais longa⁸, apresentam maior prevalência de problemas de saúde.

Por sua vez, a cultura constitui a base estruturante de qualquer sociedade. É através dos processos de socialização que a cultura é transmitida, assegurando a continuidade das normas, tradições, valores e práticas sociais que mantêm a coesão do grupo e possibilitam a sua reprodução cultural. Este conjunto de atributos culturais determinam como as sociedades e os próprios indivíduos encaram as pessoas idosas e os processos de envelhecimento (WHO, 2002). Ou seja, embora o envelhecimento seja um processo natural e universal da existência humana, as experiências associadas a essa etapa da vida – bem como as estratégias de adaptação e os recursos disponíveis – variam de acordo com a sociedade onde os indivíduos estão inseridos (WHO, 2002).

Dessa forma, a promoção do envelhecimento ativo exige a criação de contextos físicos e sociais que favoreçam a autonomia, a inclusão e o bem-estar, reconhecendo a diversidade de trajetórias e necessidades que caracterizam esta etapa da vida. Contudo, apesar da crescente valorização do envelhecimento ativo em Portugal, ainda persistem alguns dilemas, como aqueles que se prendem com as soluções habitacionais para pessoas idosas. Para aqueles que ainda mantêm uma autonomia relativa, mas que, devido a condições de vulnerabilidade, não podem residir de forma independente, as opções tendem a reduzir-se à institucionalização nos tradicionais Lares de idosos.

Segundo estudos sociológicos sobre a institucionalização, os Lares de idosos estão associados a conotações positivas e negativas. Por um lado, podem assumir significados positivos, enquanto rede de apoio que garante a assistência, os cuidados necessários e o enriquecimento dos laços sociais entre utentes e destes com os profissionais que trabalham na instituição. Por outro lado, surgem associados ao último recurso, quando entendidos como espaços onde os indivíduos são “separados da sociedade” e submetidos a uma vida “fechada” (Goffman, 1961, p. 11), afetando as suas identidades individuais.

Perante este paradoxo, torna-se essencial repensar as soluções habitacionais para idosos, sobretudo dos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, privilegiando modelos que conciliem apoio institucional e preservação da autonomia. Neste contexto, as residências assistidas surgem como uma alternativa intermédia, mais compatível com os princípios do envelhecimento ativo.

⁷ No período 2022-2024, uma mulher de 65 anos ainda tinha, em média, 21,35 anos de vida pela frente – cerca de três anos a mais do que um homem da mesma idade (INE, 2024a).

⁸ Em cada 100 mulheres entre os 70-74 anos apenas se registou um óbito, em 2023 (FFMS, 2025).

CAPÍTULO 2 – A RESIDÊNCIA ASSISTIDA ENQUANTO OBJETO SOCIOLOGICO

2.1. Habitar na velhice: os desafios contemporâneos

As transformações nas estruturas sociais, económicas e familiares ocorridas nas últimas décadas têm enfraquecido a função cuidadora da família (Torres, 2001). A tradicional convivência intergeracional, outrora característica das famílias extensas, foi gradualmente substituída por modelos de organização doméstica mais nucleares, o que reduziu o apoio familiar direto durante a velhice (Aboim, 2003). Esta realidade contribui para o aumento do número de pessoas idosas a viverem sozinhas ou em contextos não familiares, através da coabitação com pessoas sem laços de parentesco (Pastalan, 1990),

Quando confrontada com a interrogação “*onde habitar na velhice?*” grande parte da população idosa afirma que o melhor lugar para envelhecer é, justamente, aquele que lhe é familiar (Fonseca, 2022) – a sua própria casa. De facto, envelhecer no lugar onde se viveu a maior parte do tempo, e onde permanecem as principais referências dessas vivências e redes comunitárias, representa uma vantagem significativa para a preservação do sentido de continuidade, bem como para a manutenção da segurança emocional e do sentimento de pertença (Fonseca, 2022). Este equilíbrio é favorecido pela possibilidade de manter a segurança, a autonomia, a independência e a participação ativa na comunidade de origem, remetendo para o que OMS designa por *ageing in place*⁹ (WHO, 2015).

Contudo, “*envelhecer num lugar*” exige condições habitacionais que garantam o bem-estar e a qualidade de vida na velhice (Pastalan, 1990). O que nem sempre acontece, já que a insegurança habitacional é uma realidade vivenciada por uma parte dos seniores portugueses. Um estudo realizado na cidade do Porto, acerca das condições habitacionais dos idosos, revelou que 52,3% não dispõem de aquecimento, 17,2% viviam com infiltrações e/ou humidade, 8% não tinham acesso a luz natural e entre 17% e 33% enfrentavam uma forte insegurança ambiental (Santos et al., 2024). Paralelamente, mais de um quarto dos idosos em Portugal afirma não conseguir assegurar a climatização adequada da sua residência – uma realidade que afeta uma proporção maior nas regiões de Lisboa e Algarve (Azevedo, 2024). Muitos seniores ficam confinados a condições inadequadas de habitação devido às limitações financeiras – uma realidade que compromete o *ageing in place*, agrava situações de vulnerabilidade e, em alguns casos, conduz à institucionalização precoce (Coelho, 2025). Assim, quando a permanência no domicílio deixa de ser viável, e em casos que as funções, outrora, assumidas pela família são transferidas para o Estado, a resposta é a institucionalização em Lares de idosos.

Contudo, apesar desta solução habitacional garantir cuidados, nem sempre se adapta às necessidades emocionais, sociais e identitárias dos idosos, podendo gerar sentimentos de despersonalização (Guedes, 2008).

⁹ Sendo a sua tradução literal “*envelhecer num lugar*” (WHO, 2015).

Muitos idosos descrevem esta fase como uma espera acompanhada, mas solitária, num espaço onde prevalece o afastamento familiar e social (Guedes, 2008). No fundo, persiste o desejo de recuperar a autonomia e o sentido de continuidade com a vida passada (Fonseca, 2022).

Além do mais, importa salientar que viver só não tem de ser, necessariamente, sinónimo de solidão ou isolamento social, podendo traduzir-se numa escolha deliberada com base na autonomia e na construção identitária (Mauritti, 2011). Assim, o viver em habitações unipessoais deve ser entendido como um estilo de vida emergente nas sociedades contemporâneas, onde o viver só pode funcionar como espaço simbólico de liberdade (Mauritti, 2011).

Neste sentido, com o objetivo de defender os benefícios da habitação privada e retardar a institucionalização tradicional dos seniores que mantém uma autonomia relativa, surgiram formas de habitar na velhice que combinam o suporte institucional com a autonomia – as residências assistidas.

2.2. A residência assistida em Portugal

Sendo um modelo de habitação relativamente recente, as residências assistidas carecem ainda de uma designação oficial. Ainda assim, importa considerar a definição de “*residência*” adotada em 2006 pela Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança (DGSSFC), enquanto resposta social desenvolvida em estabelecimento, composta por apartamentos duplos ou individuais e por espaços e serviços de utilização comum, destinada a pessoas idosas com autonomia total ou parcial (DGSSFC, 2006). De acordo o website da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), esta configuração corresponde exatamente à definição de residência assistida (SCML, s.d.).

Este modelo habitacional visa proporcionar um espaço privado que respeite a autonomia, a independência, a individualidade e a história de vida de cada residente, enquanto assegura um conjunto de apoios e serviços multidisciplinares ajustados às necessidades de cada um (Regnier, 2002). Este tipo de estrutura procura preservar a capacidade funcional dos residentes, promovendo a saúde física e mental, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Regnier, 2002). Ao enumerar os objetivos desta forma de habitar na velhice, justifica-se associar as residências assistidas ao conceito de *ageing in place*, pela oportunidade de envelhecer no próprio domicílio e de adiar a institucionalização tradicional (Fonseca, 2022).

Segundo os dados apurados pela Via Sénior¹⁰, a residência assistida tem vindo a ganhar visibilidade, especialmente no setor privado-lucrativo. O *3.º Retrato das Residências Sénior em Portugal* (2025) – designação frequentemente utilizada como sinónimo de residências assistidas – revelou que, em dezembro de 2024, apenas 11% das residências sénior em Portugal tinham vagas disponíveis, com cerca de 70% a operarem com lotação máxima (Via Sénior, 2025).

¹⁰ Plataforma digital que disponibiliza informações sobre residências assistidas e outras instituições para idosos.

A procura supera a oferta, num setor que conta com cerca de 2.700 unidades e mais de 105 mil camas (Via Sénior, 2025) – ou seja, satisfazem apenas cerca de 4% das necessidades habitacionais da população idosa¹¹. A faixa etária mais representada entre os utentes é a dos 86 anos ou mais, que corresponde a 58% do total. Já os indivíduos entre os 65 e os 80 anos representam apenas 11% dos residentes (Via Sénior, 2025). Entre os serviços mais comuns nas residências sénior privadas incluem-se o acompanhamento de enfermagem, consultas médicas, fisioterapia, apoio nutricional, psicológico e terapias ocupacionais (Via Sénior, 2025). Estas residências podem ainda dispor de infraestruturas adicionais, como cabeleireiro, ginásio e piscina (Via Sénior, 2025). Esta elevada taxa de ocupação tem contribuído para o aumento dos preços que atualmente variam, em média, entre 1 315 (para quartos triplos) e 1 675 euros mensais (para quartos individuais), e para o crescimento das listas de espera: mais de 69% das instituições reportam tempos de espera para novas admissões (Via Sénior, 2025).

Relativamente à rede solidária e pública, não é possível realizar uma análise equivalente à apresentada para o setor privado-lucrativo. Isto porque, nos dados oficiais e institucionais, as residências (assistidas) são contabilizadas conjuntamente com os Lares de idosos tradicionais sob a designação genérica de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Ainda assim, foi possível verificar que em 2023 a taxa de cobertura – percentagem de lugares disponíveis em residências assistidas/Lares de idosos face à população que deles necessita – era, em média, de 8,7%. Já a taxa de utilização média – a percentagem de lugares efetivamente ocupados nas residências assistidas/Lares de idosos – situava-se em 92,5% (Carta Social, 2023). A evolução do indicador “Cobertura e Utilização de respostas para pessoas idosas” revela que, entre 2020 e 2023, a taxa de cobertura tem vindo a diminuir, enquanto a taxa de utilização tem aumentado, o que sugere que a oferta tem crescido a um ritmo inferior ao aumento da população que necessita deste tipo de resposta social (Carta Social, 2023).

Apesar de existirem alguns estudos sobre residências assistidas em Portugal – sobretudo no âmbito da Arquitetura –, a investigação acerca deste modelo habitacional permanece incipiente no campo da Sociologia, o que dificulta a avaliação do seu impacto efetivo na velhice, sobretudo porque a vivência neste modelo habitacional implica um conjunto significativo de alterações na vida dos indivíduos, em muitos aspetos semelhantes à institucionalização, exigindo a adaptação a um novo espaço físico, a reorganização das rotinas quotidianas e a reconfiguração de hábitos de vida acumulados ao longo do ciclo de vida (Guedes, 2008).

Neste sentido, procura-se explorar o contributo desta resposta habitacional para a promoção do envelhecimento ativo, com especial enfoque nas populações em situação de vulnerabilidade social.

¹¹ Em 2024 a população idosa (65 ou mais anos) era composta por cerca de 2,6 milhões de pessoas (INE, 2024c).

2.3. Um estudo de caso numa residência assistida

Em 2006 foi inaugurada, a primeira residência assistida da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) – a residência assistida Joaquim de Almeida¹². Em 2021, esta unidade foi reinstalada juntamente com os seus residentes, inaugurando o Centro Comunitário Vale Flores – o campo empírico do presente estudo de caso.

Este equipamento social, localizado na Grande Lisboa, constitui um espaço de apoio aberto à comunidade, que cumpre uma função social ampla, disponibilizando refeições, cuidados de higiene e assistência social aos membros da comunidade em situação de vulnerabilidade social.

O Centro Comunitário Vale Flores, inserido num edifício com cinco pisos, integra um refeitório com capacidade para preparar até 100 refeições diárias, uma sala de refeições, um Centro de Dia com capacidade para 60 pessoas e 12 residências assistidas localizadas no terceiro e quarto pisos – seis apartamentos individuais e três duplos, atualmente todas ocupadas. Os residentes beneficiam ainda do acesso a diversos espaços e serviços comuns. Para além disso, o Centro dispõe de salas de atividades que, através de protocolos com a Junta de Freguesia, a Câmara Municipal de Lisboa e outras instituições locais, são utilizadas para iniciativas diversas, permitindo a participação de pessoas da comunidade de diferentes idades e promovendo o envolvimento geracional.

A residência assistida do Centro Comunitário Vale Flores, doravante designada apenas por residência assistida, consiste num tipo de habitação destinada a acolher pessoas com 65 ou mais anos (ou, excepcionalmente, idade inferior) em situação de vulnerabilidade social. Conforme definido em regulamento próprio, estas situações incluem viver sem condições mínimas de habitabilidade, em contextos que coloquem em risco o bem-estar da pessoa; não dispor de recursos para adaptar o domicílio ou, em casos mais extremos, não ter habitação; enfrentar situações de carência económica; ser vítima de maus-tratos – físicos, psicológicos ou económicos – e, por fim, encontrar-se em situação de isolamento social, resultante da inexistência de familiares ou de uma rede de apoio formal e ou informal¹³ (SCML, 2021). Segundo o mesmo regulamento, para além da condição de vulnerabilidade social, a admissão na residência assistida está sujeita ao cumprimento cumulativo de outros critérios. Entre estes, destacam-se: residir no concelho de Lisboa; ter idade igual ou superior a 65 anos; manter independência funcional e capacidade de decisão; e não apresentar alterações comportamentais que possam comprometer a segurança ou o bem-estar dos restantes residentes (SCML, 2021).

¹² Por motivos de confidencialidade, o nome deste equipamento social é fictício.

¹³ Com o objetivo de diferenciar o apoio formal e informal, esta investigação recorreu à abordagem de Bulmer (1986), que define o apoio formal como aquele prestado por instituições e serviços organizados por profissionais, e o apoio informal como aquele baseado em laços afetivos, estabelecidos com familiares, amigos e vizinhos.”

Após a admissão, os residentes celebram com a SCML um contrato de alojamento e de acesso a serviços mediante o pagamento de uma comparticipação mensal, fixada com base no rendimento dos beneficiários, assegurando que o valor pago é proporcional às suas capacidades económicas (SCML, 2021). Este contrato assegura aos residentes o direito à habitação, assim como o acesso a um conjunto de serviços de apoio à vida diária, incluindo a limpeza do apartamento, o tratamento da roupa e o fornecimento de refeições. Para além disso, a residência assistida disponibiliza o acompanhamento psicossocial, intervenções terapêuticas, ações de informação e atividades socioculturais e de lazer, ajustadas à capacidade funcional de cada residente. No momento da admissão, é ainda constituído o processo individual de cada residente, o qual deve incluir a documentação legal, administrativa, clínica e social necessária ao seu acompanhamento (SCML, 2021).

A residência assistida é gerida pela direção do Centro Comunitário Vale Flores, em articulação com uma equipa multidisciplinar composta por profissionais das áreas do serviço social, psicologia, reabilitação, animação sociocultural e geriatria. Esta equipa assegura o acolhimento e o acompanhamento dos residentes, articula a ligação com as famílias e serviços externos e monitoriza a qualidade das atividades e dos serviços prestados tanto na residência assistida como no Centro de Dia.

O objetivo deste modelo habitacional é assegurar a segurança e o apoio das pessoas com 65 ou mais anos, que se encontram em situação de vulnerabilidade social, permitindo-lhes prosseguir o seu projeto de vida. Paralelamente, procura melhorar o bem-estar, a qualidade de vida e as relações sociais entre residentes, famílias, profissionais, e a comunidade, contribuindo para combater o isolamento social (SCML, 2021).

Com base nestes pressupostos, a presente investigação procura compreender de que modo este modelo habitacional, situado entre o domicílio e a institucionalização, contribui para a promoção do envelhecimento ativo, especialmente das pessoas idosas que se encontravam em contextos de vulnerabilidade social. O enfoque centra-se na capacidade dos residentes de manter o seu espaço privado, ao mesmo tempo que acedem a serviços e cuidados formais, numa forma de habitar a velhice alternativa à institucionalização tradicional, que lhes permite conservar a autonomia e beneficiar da capacidade funcional que ainda possuem.

CAPÍTULO 3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Desenho de pesquisa

A problemática deste estudo encontra-se associada à escassez de alternativas habitacionais para pessoas idosas, realidade que frequentemente conduz à institucionalização em Lares como a única solução disponível. Neste sentido, foi considerado fundamental compreender os desafios e potencialidades das residências assistidas enquanto forma de habitar na velhice.

Contudo, os estudos ao nível das ciências sociais sobre as novas formas de habitar na velhice permanecem ainda escassos. No caso das residências assistidas da rede solidária e pública, a investigação é ainda mais limitada em Portugal, tratando-se de um tema pouco explorado em Portugal. Esta dissertação tem como objetivo compreender de que modo a residência assistida pode ser entendida como uma solução habitacional promotora do envelhecimento ativo, especialmente entre pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. A escolha da abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de captar em profundidade as experiências, trajetórias e percepções dos residentes, que constituem o objeto central deste estudo. Com vista a orientar e estruturar a investigação, foram definidos três objetivos específicos.

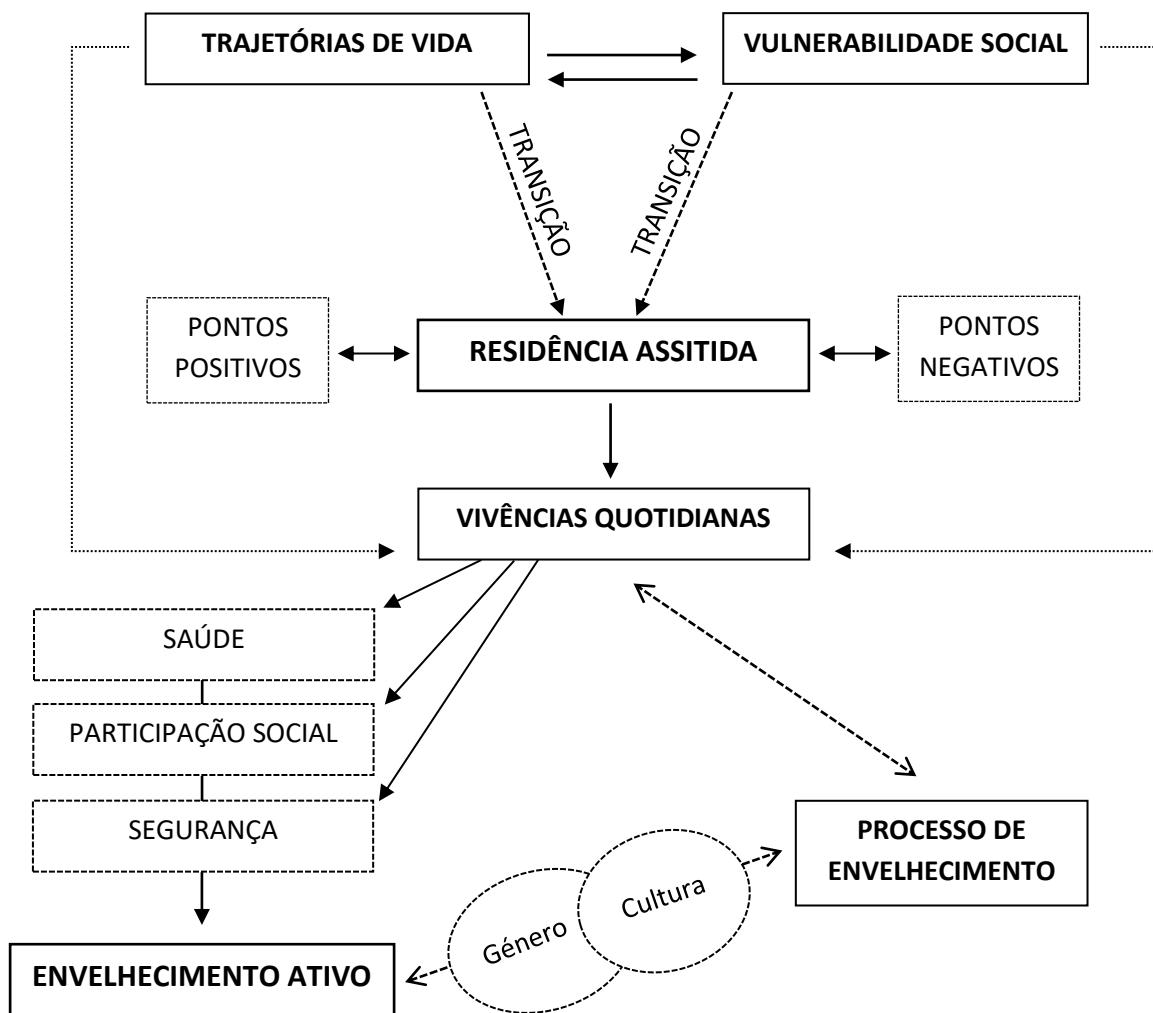
Primeiramente, procurou-se identificar, a partir das trajetórias de vida dos residentes, as dimensões de vulnerabilidade social que conduziram à sua admissão na residência assistida. O conceito de vulnerabilidade social foi operacionalizado com base nos critérios de acesso definidos pela SCML, que serviram de referência para a construção das seguintes dimensões de análise: condições habitacionais, redes de apoio (in)formal, recursos financeiros e condição de saúde e acesso a cuidados.

Em segundo lugar, analisou-se o processo de transição para a residência assistida, considerando a decisão de ingresso e a adaptação ao novo contexto habitacional. Este objetivo envolveu a observação e análise das rotinas quotidianas, do acesso e utilização dos serviços disponíveis, dos contextos de interação estabelecidos com os pares, profissionais e outros utilizadores do equipamento social, e da apropriação dos espaços físicos.

Em terceiro lugar, foram exploradas as percepções dos residentes sobre o envelhecimento, considerando os significados atribuídos à velhice, à institucionalização e à experiência vivida na residência assistida. Para compreender em que medida este modelo habitacional contribui para o envelhecimento ativo, foram examinadas as respostas dos entrevistados em relação às dimensões da saúde, da participação social e da segurança – os pilares do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

A partir destes três eixos analíticos, vulnerabilidade social, transição, e percepções sobre o envelhecimento, foi construído um modelo de análise que articula os dados empíricos com os princípios do envelhecimento ativo. Este modelo, apresentado na Figura 1, permite visualizar como as diferentes dimensões se interligam e contribuem para a promoção de um envelhecimento ativo.

Figura 1 - Modelo de análise do envelhecimento ativo na residência assistida.



Na parte superior do modelo, as trajetórias de vida e a vulnerabilidade social encontram-se em interação e conectadas, evidenciando que os percursos individuais são marcados por fatores estruturais que condicionam o acesso à residência assistida. Esta, por sua vez, ocupa uma posição central no diagrama, funcionando como ponto de convergência entre os fatores anteriores e as vivências atuais. A residência assistida é representada como espaço ambivalente, sobre o qual sentidos positivos e negativos coexistem, refletindo a diversidade de experiências relatadas pelos residentes. A partir da residência assistida, o modelo desdobra-se em duas direções: por um lado, para as vivências quotidianas, que incluem rotinas, serviços, interações e apropriação dos espaços. Por outro lado, para o processo de envelhecimento. As vivências quotidianas alimentam três dimensões centrais – saúde, participação social e segurança – que, articuladas, sustentam a construção do envelhecimento ativo conforme apresentado na revisão da literatura, agora visualizado como resultado possível deste modelo habitacional. Por fim, os determinantes transversais – o género e a cultura – influenciam o modo como se envelhece e as possibilidades de concretizar o envelhecimento ativo.

3.2. Metodologia e técnicas de recolha de dados

Esta investigação adotou uma abordagem qualitativa, com o objetivo de descrever a realidade “de dentro para fora”, valorizando a palavra dos residentes e considerando os diferentes contextos que integram a sua experiência individual na residência assistida (Flick et al., 2004, p. 3).

Em consonância com esta abordagem, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes, permitindo a máxima abertura para expressarem, de forma profunda e subjetiva, os seus pontos de vista. Assim, o guião das entrevistas¹⁴ foi construído a partir de perguntas abertas, aumentando progressivamente o seu grau de orientação para perguntas mais específicas, evitando que a matriz de referência “se imponha às opiniões dos entrevistados” (Flick, 2005, p.78).

Complementarmente, outra técnica de recolha de dados utilizada, nomeadamente a observação participante, que permitiu registar *in loco* as vivências dos residentes ao longo do trabalho de campo (Burgess, 1997). Os dados obtidos foram sistematizados em grelhas de observação¹⁵, o que contribuiu para refinar a análise sociológica e conferir maior rigor ao processo de observação.

Por último, procedeu-se à análise documental, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre esta forma de habitar a velhice. Para tal, foi utilizado o regulamento da residência assistida.

A articulação destas três técnicas de recolha de dados – entrevistas, observação direta e análise documental – permitiu a triangulação das informações obtidas, possibilitando confrontar os discursos dos participantes com as práticas observadas e as normas institucionais. Esta estratégia metodológica reforçou a validade e a profundidade da análise, em consonância com os objetivos do estudo.

3.3. O trabalho de campo: observar e entrevistar

O acesso ao campo de estudo revelou-se particularmente exigente, uma vez que as ferramentas metodológicas adotadas requeriam um contacto “mais próximo” e “mais intenso” com os participantes (Flick, 2005, p. 55). Esta dinâmica foi experienciada diretamente, desde logo porque a autorização para o acesso à residência assistida dependia, em primeiro lugar, da aprovação dos quadros da SCML e, posteriormente, da disponibilidade da direção da residência assistida, traduzindo-se num processo moroso e burocraticamente exigente.

No entanto, uma vez assegurado o acesso, o contacto com os participantes foi facilitado. A confiança destes foi conquistada através da presença contínua no terreno durante o trabalho de campo, realizado entre 5 e 30 de maio de 2025.

A observação participante teve lugar em diversos pontos estratégicos, dentro e fora da residência assistida. Assim, quando surgiam referências a atividades, foi possível compreender em que consistiam, dado que haviam sido previamente observadas.

¹⁴ O guião das entrevistas encontra-se disponível nos anexos (Anexo A).

¹⁵ A grelha de observação encontra-se disponível nos anexos (Anexo B).

No que se refere às entrevistas, estas tiveram uma duração média de 40 a 50 minutos e foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos participantes ao longo do trabalho de campo. Para salvaguardar a identidade dos entrevistados, foi lido e gravado em áudio o consentimento informado¹⁶ antes do início de cada entrevista, no qual os participantes autorizavam a gravação da entrevista. De igual modo, foram utilizados nomes fictícios para identificar os residentes.

3.4. Caracterização da amostra

O presente estudo recorreu a uma amostra não probabilística, selecionada por amostragem intencional, composta por nove participantes¹⁷, moradores da residência assistida, com 65 anos ou mais anos de idade. A partir das respostas recolhidas através das entrevistas, foi possível efetuar a caracterização dos participantes (Quadro 1). Para além das variáveis sociodemográficas, considerou-se pertinente incluir o tempo na residência neste modelo habitacional.

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados.

Nome	Género	Idade	Estado civil	Ensino *	Situação na profissão	Tempo na residência assistida **
Antónia	Feminino	85	Solteira	Secundário	Reformada	5 meses
Olga	Feminino	85	Solteira	Superior	Reformada	4 anos
Nuno	Masculino	66	Solteiro	Primário	Reformado	2 anos
Henrique	Masculino	77	Divorciado	Básico	Reformado	6 meses
Manuel	Masculino	65	Solteiro	Primário	Desempregado	5 meses
Beatriz	Feminino	89	Solteira	Primário	Reformada	4 anos
Benedita	Feminino	86	Divorciada	Primário	Reformada	2 anos
Gaspar	Masculino	83	Viúvo	Básico	Reformado	2 anos
Fátima	Feminino	83	Divorciada	Básico	Reformada	4 anos

Fonte: Dados da investigação.

* Os níveis de ensino foram agrupados em quatro graus: ensino primário (1.º ciclo), ensino básico (2.º e 3.º ciclo), ensino secundário e ensino superior.

** À exceção de Olga, Beatriz e Fátima, todos os entrevistados residem neste contexto habitacional pela primeira vez. Para estas três entrevistadas serão considerados os contextos de vida antes de integrarem, uma residência assistida pela primeira vez. No total, Olga vive neste modelo habitacional há 19 anos, Beatriz há 8 anos e Fátima há 15 anos.

¹⁶ O consentimento informado encontra-se disponível nos anexos (Anexo C).

¹⁷ A residência assistida selecionada para este estudo de caso é composta por 12 residentes. No entanto, um residente não aceitou participar no estudo por motivos pessoais, outro encontrava-se hospitalizado e um terceiro não integrava a faixa etária definida para a investigação, já que possuía 63 anos de idade.

CAPÍTULO 4 – RESIDÊNCIA ASSISTIDA: UMA NOVA FORMA DE HABITAR A VELHICE?

Este capítulo apresenta e discute os principais resultados empíricos da investigação. A análise centra-se nas vivências e percepções dos idosos, procurando compreender de que modo este modelo habitacional contribui para a promoção do envelhecimento ativo, sobretudo entre pessoas em situação de vulnerabilidade social. A discussão dos resultados organiza-se em torno de três eixos analíticos: (1) as trajetórias de vida e as vulnerabilidades sociais que conduziram à admissão na residência assistida; (2) o processo de transição ao novo contexto habitacional; e (3) os significados da velhice e da institucionalização, e a contribuição da residência assistida para o envelhecimento ativo. A interpretação dos dados baseia-se na análise de conteúdo das entrevistas, estruturada por grelhas de análise¹⁸ construídas a partir do enquadramento teórico e dos objetivos da investigação.

4.1. Trajetórias e contextos de vulnerabilidade anteriores à residência assistida

A forma como se envelhece está intrinsecamente ligada a trajetórias de vida que, influenciadas por fatores culturais, sociais, biológicos, económicos e ambientais, dão origem a quadros de envelhecimento heterogéneos. Neste sentido, a promoção do envelhecimento ativo deve considerar múltiplos fatores, reconhecendo que a qualidade de vida e o bem-estar na velhice dependem dos recursos acumulados ao longo da vida. Percursos marcados por contextos de vulnerabilidade podem condicionar significativamente a forma como se envelhece, limitando o acesso a oportunidades, redes de apoio e condições dignas de habitação. Para compreender as trajetórias de vida dos entrevistados e o percurso que os conduziu à admissão na residência assistida, é necessário considerar as dimensões de vulnerabilidade social que os condicionaram a residir neste modelo habitacional.

4.1.1. Insegurança habitacional

Todos os residentes entrevistados vivenciaram algum tipo de insegurança habitacional antes de integrarem a residência assistida. Os seus discursos revelam trajetórias habitacionais distintas, mas que convergem na vivência de situações de vulnerabilidade. As suas narrativas sobre as condições habitacionais corroboram a ideia de que a precariedade habitacional constitui uma realidade comum vivenciada pelos seniores portugueses (Santos et al., 2024; Coelho, 2025).

A habitação degradada surge como uma das expressões mais recorrentes da insegurança habitacional na velhice. Antes de integrarem a residência assistida, os entrevistados relatam habitações indignas e insalubres, como é o caso de Beatriz que residia numa habitação que, “*não tinha casa de banho. Tinha uma chaminé que não podia cozinar porque caía terra (...), apareciam lá baratas, [e] ratos às vezes*” ou de Benedita que relatou a falta de obras há mais de 50 anos na casa onde residia. Gaspar, por sua vez, enfrentava problemas de climatização, “*a casa era velha. Rapei muito frio*”.

¹⁸ As grelhas de análise encontram-se disponíveis nos anexos (Anexo D).

Estes testemunhos revelam como a deterioração física da habitação compromete não apenas o conforto, mas também a saúde e a dignidade dos idosos, tornando-se um fator de risco acrescido num momento da vida em que a vulnerabilidade física e emocional tende a intensificar-se.

Casos mais extremos de vulnerabilidade habitacional manifestam-se na ausência total de habitação, como evidencia Olga, que regressou a Portugal após emigrar para o Brasil e nunca possuiu habitação no país, ou Fátima, que aos 68 anos de idade residia numa tenda, “*no inverno aquela humidade escorria pela tenda. Os ossinhos não aguentavam.*” Estes relatos evidenciam situações de desproteção severa, onde o acesso à habitação digna é inexistente, expondo os idosos a condições de vida incompatíveis com os princípios de bem-estar e do envelhecimento ativo.

Para além do que dizem estes relatos, outros confirmam o que sustenta Pastalan (1990) ao salientar que, com o avançar da idade, torna-se frequente a coabitação com pessoas sem laços de parentesco. Esta realidade habitacional foi vivenciada por Manuel e Henrique, que para além de coabitarem com desconhecidos, residiam em habitações precárias.

Antónia, por sua vez, apesar de ter sido “*assaltada duas vezes*”, sempre gostou de viver sozinha. O seu testemunho vai ao encontro do que Mauritti (2011) defende, ao sublinhar que o viver só não deve ser entendido como expressão de solidão, mas também como o desejo de manter a autonomia. Este caso ilustra a ambivalência da vida solitária na velhice, que pode ser simultaneamente expressão de vulnerabilidade e de agência individual. A autonomia residencial, mesmo em contextos inseguros, pode representar uma forma de resistência à institucionalização precoce ou à dependência familiar.

Apesar das dificuldades habitacionais vivenciadas, em alguns dos testemunhos surge a noção do sentimento de pertença no local onde se viveu a maior parte do tempo e onde permanecem as principais referências dessas vivências, conforme defendido por Fonseca (2022). Neste sentido, Manuel, apesar de viver num quarto que “*não tinha condições*”, destacou uma forte ligação afetiva à comunidade onde cresceu e onde gostava de envelhecer. Por sua vez, Benedita, mesmo residindo numa casa velha, evidenciou o enraizamento na freguesia onde viveu durante mais de seis décadas, o que lhe permitiu consolidar uma forte rede comunitária, “*ainda hoje fui à rua e encontrei (...) vizinhos.*” Estes discursos revelam que o “*envelhecer num lugar*” não se restringe a um espaço físico, mas constitui também um recurso emocional e social que alimenta as vivências da velhice (Fonseca, 2022).

4.1.2. Ausência de redes sociais e de apoio (in)formal

No que às relações de sociabilidade diz respeito, foi possível corroborar o defendido por autores como Machado (2012) e Cabral, et al. (2013), quando estes afirmaram que os processos de envelhecimento tendem a levar ao arrefecimento dos laços sociais e ao isolamento na velhice.

Nos discursos dos entrevistados verifica-se que, independentemente das suas trajetórias familiares, emergem padrões comuns de fragilidade ao nível do suporte informal, sobretudo familiar,

quando residiam nos seus contextos habitacionais. Tal cenário evidencia que a existência de familiares não garante, por si só, o apoio nesta fase da vida, confirmando o enfraquecimento da função cuidadora da família durante velhice, conforme argumentam Torres (2001) e Aboim (2003).

Nuno, solteiro, com filhos, vivia isolado na sua habitação quando foi “*encontrado desmaiado, dois dias no chão.*” Já Benedita, divorciada e com três filhos, afirma que estes, “*depois de casarem, cada um foi para a sua casa*”. Presentes na maioria das narrativas dos entrevistados que possuem família, estes relatos evidenciam a transição de modelos intergeracionais para formas familiares mais nucleares, tal como defendido por Aboim (2003). Quando presente, o suporte familiar mostrava-se pontual. Nas narrativas, os entrevistados alegam que os familiares tinham a sua própria vida e reduzidas possibilidades de intervenção. Este cenário era evidenciado por Henrique e Fátima, que possuem filhos e netos, mas também por Beatriz, solteira e sem filhos, mas com familiares próximos, evitava “*sobreregar-lhos.*” A ausência ou fragilidade das redes familiares revela uma reconfiguração das responsabilidades de cuidado na velhice, onde o envelhecimento tende a ser vivido em contextos de autonomia forçada, mais do que desejada. A ideia de não querer sobreregar os familiares, como expressa Beatriz, aponta para uma interiorização da lógica que se passa como um tipo de independência, quando, na verdade, traduz-se em uma forma de isolamento.

Não somente o isolamento emerge das narrativas recolhidas. Sentimentos de desamparo, estão presentes nos discursos dos indivíduos investigados. Antónia, solteira, sem filhos e sem rede familiar próxima, revelava inquietação face ao futuro, “*se eu precisasse, quem é que me levava a um hospital?*”. Também Gaspar, viúvo e sem filhos, descreveu um quotidiano na velhice marcado pela ausência de suporte informal, “*vivia sozinho desde que a minha mulher morreu. Não tenho praticamente ninguém.*” A solidão, nestes casos, não é apenas uma condição afetiva, mas uma realidade estrutural que compromete o acesso a cuidados, segurança e bem-estar.

Uma forma de amenizar este sentimento surge ao nível das redes sociais informais. Nos discursos dos entrevistados, referências aos laços de vizinhança e amizade, mesmo que ténues, denotam um papel social importante. Beatriz recorda que, após uma operação, contou com a ajuda de uma amiga. De modo semelhante, Antónia reconhece o apoio de uma amiga no transporte das “*compras mais pesadas*”. Também Benedita refere o contacto frequente com os seus vizinhos, conforme referido anteriormente. O mesmo acontecia com Manuel, que contava com as suas amizades do “*bairro*” onde vivia, desde que ficou sem os pais. Paralelamente, Olga encontrou na Igreja Evangélica, uma forma de mitigar a ausência de redes de suporte informais, constituindo-se como espaço de pertença e de participação. Estes laços informais, mais ou menos duráveis, dão lugar a formas de sociabilidade que podem funcionar como redes de suporte afetivo e prático. Surgem como recursos relacionais que, mesmo não substituindo o apoio familiar, contribuem para a manutenção de alguma estabilidade emocional e funcional na velhice.

Paralelamente, as narrativas demonstraram ainda o papel das redes formais, já que antes de integrarem a residência assistida, alguns entrevistados recorreram à SCML, a Centros de Dia e a outras associações para usufruírem de serviços e dos recursos que estas disponibilizavam. Antónia e Benedita começaram a frequentar o Centro de Dia da residência assistida, onde viriam a ser admitidas, para efetuar as suas refeições e participar em atividades. Nuno beneficiava de apoio domiciliário através da SCML. Fátima, por sua vez, beneficiava de um apoio mensal da SCML, tal como Gaspar e Manuel.

Esta realidade demonstra que, em contextos de vulnerabilidade social, as redes formais assumem um papel fundamental no quotidiano da velhice, como complemento ou substituto das redes informais. A presença destas instituições revela a importância da intervenção pública e solidária na compensação das falhas familiares e comunitárias, oferecendo suporte material, relacional e simbólico. Em síntese, os testemunhos analisados revelam que o envelhecimento em contextos de vulnerabilidade social é marcado pela erosão das redes familiares, pela fragilidade dos laços comunitários e pela crescente dependência das redes formais.

4.1.3. Desproteção financeira na velhice

Relativamente ao estatuto socioeconómico, ainda que os entrevistados apresentem diferentes percursos profissionais, foi estabelecida uma relação, reforçando o que sugere Machado (2012), entre longos períodos de desemprego, empregos precários, descontos irregulares para a segurança social e as baixas pensões auferidas e, em alguns casos, situações de desproteção financeira na velhice. Assim, a maioria das narrativas reflete as estatísticas nacionais, que apontam para uma elevada proporção de idosos a viver perto ou abaixo do limiar de pobreza (INE, 2024b).

Beatriz, com o ensino primário, formou-se costureira de alfaiate, profissão que exerceu até se reformar por invalidez aos 40 anos. A modista relata ter vivido com “*muitas dificuldades*”, já que auferia cerca de 800 euros de pensão e pagava 600 euros de renda. Benedita, com o ensino primário, trabalhou numa fábrica de costura durante mais de 40 anos, até a empresa falir. Desempregada aos 58 anos, reformou-se aos 62 anos, ficando a auferir perto dos 500 euros. Segundo a própria, *o que a safava é que pagava uma renda antiga [10 euros]*. Manuel, com o ensino primário, pintor de profissão, relata um percurso marcado pela instabilidade laboral. Desempregado, depende do Rendimento Social de Inserção – um apoio destinado a pessoas em situação de pobreza – condizente com a sua realidade, “*às vezes comia... quando havia dinheiro, quando não havia, não havia*”. Também Fátima, com o ensino básico, interrompeu o seu percurso profissional como rececionista de uma clínica médica aos 32 anos para assumir o papel de cuidadora do lar. Esta trajetória resultou numa pensão reduzida, que mesmo com complemento solidário para idosos não chegava aos 600 euros, o que a conduziu a residir numa tenda – um percurso que revela a forma como o género influencia os modos de envelhecer (FFMS, 2025). Também Nuno, com o ensino primário, futebolista de carreira, foi

reformado por invalidez aos 39 anos devido a problemas de saúde. Recebendo na altura cerca de 200 euros de pensão, viu-se obrigado a viver “*de favor*” em casa de familiares. Já Gaspar, com o ensino básico, exerceu inúmeras profissões, algumas destas precárias. Reformado aos 62 anos vivia com uma pensão reduzida, insuficiente até para se alimentar, “*comia um pequeno-almoço grande e depois fazia só o jantar.*” Segundo o próprio, se não fosse o complemento da SCML, “*não conseguia comer.*”

Em contraste com os percursos anteriormente descritos, Antónia, que concluiu o ensino secundário, guarda a indemnização que recebeu por despedimento aos 53 anos na fábrica onde trabalhou grande parte da sua vida, juntamente com a herança da mãe, vivendo sem problemas financeiros – uma trajetória que reflete o contexto socioeconómico da sua infância e juventude. Já Henrique, com o ensino básico, refere um contexto socioeconómico diferente dos restantes na medida em que reconhece que viveu num meio privilegiado. O “*burguês*”, como se autointitula, refere que o pai perdeu todo o património e que isso o afetou porque trabalhou toda a vida no negócio da família, o que resultou numa pensão muito reduzida: “*a minha reforma ia para a renda do quarto, e a Santa Casa pagava-me o resto.*” Por sua vez, Olga, licenciada em mineralogia e com uma carreira distinta, também refere uma infância e juventude marcada por uma educação privilegiada, como filha de um “*membro do governo do Estado Novo*”. Viveu durante mais de 30 anos no Brasil em condições economicamente confortáveis, “*é lá [no Brasil] que tenho o meu património. Nunca me faltou dinheiro.*” Mas, ao regressar a Portugal, ficou sem habitação e passou a depender de uma pensão reduzida, porque se recusa a desfazer-se do seu património, mantendo a esperança de regressar.

4.1.4. A condição de saúde e as “maleitas habituais da velhice”

No que concerne à condição de saúde, observa-se a coexistência de doenças e limitações físicas, ao lado de percursos em que a saúde dos entrevistados se mantém relativamente preservada.

Entre os primeiros, destacam-se Beatriz, a entrevistada que soma mais anos de idade (89 anos), com próteses nas ancas e deformações na coluna, devido ao trabalho agrícola: “*fui [trabalhar] para o arroz. Aos 16 anos*” e como modista tinha de utilizar um ferro a carvão que “*pesava mais de 5 quilos*”. Fátima apresenta uma fragilidade óssea, resultado do período em que residiu numa tenda, exposta às condições adversas. Nuno, acumula múltiplos problemas de saúde, alguns deles começaram com a sua carreira de futebolista, “*tive algumas lesões, principalmente, nos joelhos. Depois comecei a tomar cortisona, para as dores, comecei a engordar. Agora sou obeso.*”

Entre aqueles que não apresentavam doenças graves nos seus contextos habitacionais encontram-se Benedita, que se considera saudável apesar das “*maleitas habituais da velhice*”, e Olga que apenas refere dificuldades de mobilidade devido a quedas, confirmando que um bom estado de saúde permite manter a autonomia independentemente da idade cronológica (cf. EC, 2002). Também Antónia, que sempre se manteve ativa apesar de problemas pontuais, revela como uma condição de

saúde favorável pode prolongar a autonomia, mitigando os efeitos adversos do envelhecimento, “*eu estou toda partida. Mas fazia ginástica três vezes por semana. Eu fazia a minha vida normal*”.

Gaspar, durante o período em que residia sozinho não manifestava limitações funcionais, como apresenta atualmente, mas vivenciou um período de enorme tristeza após a morte da sua mulher. Também Henrique ilustrou um quadro de ansiedade associado às dificuldades auditivas desde os seus 5 anos de idade, mas que piorou à medida que as suas condições de vida se foram deteriorando. Manuel, por sua vez, relatou a amputação de um dedo da mão que infetou gravemente, o que o impediu de trabalhar durante algum tempo, levando-o ao desemprego.

No que respeita ao acesso a cuidados de saúde, nas entrevistas realizadas não foi estabelecida uma relação direta entre os níveis de educação e os rendimentos, contrariamente ao defendido por Barros & Santos (2024). Apenas Manuel afirmou que nunca teve médico de família, recorrendo a ajuda informal quando necessitava, “*quando tinha problemas de saúde falava com pessoas conhecidas (...)*”.

Do mesmo modo, a continuidade laboral após a reforma, apontada na literatura e confirmada por dados do INE (2024b), verificou-se apenas no percurso de Nuno. Após a reforma, investiu na formação em jardinagem e exerceu a atividade, sobretudo por razões económicas. Todavia, a degradação progressiva do seu estado de saúde comprometeu a possibilidade de manter o trabalho, “*os patrões diziam: Ó Nuno, o que se passa consigo que você anda sempre a cair?*”

4.2. O processo de transição para a residência assistida

Ainda que se trate de uma solução habitacional que combina o suporte formal com a autonomia da habitação tradicional, a residência assistida não deixa de ser uma forma de habitar em contexto institucional. Neste sentido, o momento de transição para este modelo habitacional implica transformações significativas nas rotinas quotidianas, na relação com o espaço e na reconfiguração dos modos de vida estabelecidos ao longo das trajetórias dos indivíduos, à semelhança do que ocorre na institucionalização tradicional, conforme identificado por Guedes (2008).

Contudo, ao contrário dos modelos clássicos de institucionalização, a residência assistida propõe-se como uma resposta social que visa preservar a autonomia e garantir condições de vida dignas para idosos em situação de vulnerabilidade. Assim, com o intuito de compreender os processos de transição para este modelo habitacional, pretendeu-se analisar não apenas a decisão de ingresso, mas também os sentidos atribuídos à mudança e à adaptação vivenciados pelos residentes.

4.2.1. A decisão de ingresso

As narrativas, ainda que marcadas por diferentes percursos de vulnerabilidade social, encontraram na decisão de integrar a residência assistida uma forma de atenuar as fragilidades vivenciadas nos contextos habitacionais anteriores e, consequentemente, mitigar outras fragilidades provocadas pela situação de pobreza e pelos problemas de saúde.

A decisão de ingresso, em muitos casos, não se configura como uma escolha livre, mas como uma resposta necessária diante da ausência de alternativas habitacionais dignas. No caso de Antónia, o isolamento social que vivenciava e a ausência de redes de suporte informais foram determinantes para a decisão de integrar a residência assistida, em busca de condições que a permitiriam, segundo a própria, “*envelhecer com qualidade*”. Benedita, por sua vez, afirma que ingressou na residência assistida “*num abrir e fechar de olhos*”, uma vez que já se encontrava em lista de espera pelas condições habitacionais precárias que vivenciava.

Nos casos de Fátima e Olga, a entrada neste contexto habitacional ocorreu em 2006, coincidindo com a inauguração do primeiro modelo da SCML a integrar esta abordagem, a residência assistida Joaquim de Almeida, conforme descrita na primeira parte desta dissertação. Fátima, então a viver numa tenda, expressou a urgência de integrar este modelo habitacional, “*fui ter com a assistente social. Se havia esta oportunidade, eu não a podia perder*”. Olga também destacou o papel da SCML para aceder a esta alternativa habitacional. Ambas as entrevistadas vivem há 19 anos no contexto da residência assistida. Após 15 anos na residência Joaquim de Almeida, mudaram-se para a residência assistida do Centro Comunitário Vale Flores, onde residem há 4 anos. Também Beatriz, perante a sua condição de saúde associada a um contexto de insegurança habitacional, solicitou apoio junto da SCML para ingressar na residência Joaquim de Almeida. Apesar de não ter ingressado ao mesmo tempo que Fátima e Olga, permaneceu no local durante 4 anos, até ser transferida para inaugurar a atual residência assistida, onde permanece há 4 anos. Fátima, Olga e Beatriz foram as únicas entrevistadas que experienciaram outro contexto de residência assistida para além da residência assistida do Centro Comunitário Vale Flores. Estes casos revelam como este modelo habitacional pode funcionar como uma alternativa, capaz de interromper ciclos de precariedade e oferecer estabilidade habitacional e cuidados adequados. A continuidade entre diferentes unidades da SCML também sugere uma lógica de transição institucional que respeita, em parte, os vínculos estabelecidos pelos residentes.

Ao contrário dos relatos anteriores, Gaspar, Henrique e Nuno não procuraram ativamente a residência assistida. No caso de Gaspar, a entrada foi sugerida por uma assistente social da SCML que acompanhava o seu processo. Henrique foi admitido após seis meses de espera por falta de vagas. Por sua vez, Nuno teve uma entrada repentina na residência assistida, mediada por uma Associação de Solidariedade Social após ter sido encontrado desmaiado em casa. Nestes casos, a residência assistida surge como uma resposta emergencial, acionada por redes institucionais que identificam situações de risco e intervêm para garantir proteção. A ausência de procura ativa não invalida o valor da solução, mas evidencia a importância da articulação entre serviços sociais e respostas habitacionais.

Por fim, Manuel, de 65 anos, o residente mais jovem, assumiu ter recorrido à SCML por não dispor de alternativas, “*estou aqui porque preciso, porque tenho falta de condições*”. A sua narrativa revela como, em alguns casos, a residência assistida representa menos uma escolha e mais uma solução

imposta, no seu caso, pela situação de pobreza que vivenciava. A diversidade dos percursos de ingresso revela que, embora o modelo da residência assistida se proponha como uma alternativa promotora de envelhecimento ativo, o acesso a esta resposta social continua a ser mediado por fatores estruturais, como pobreza e ausência de redes de apoio, que condicionam a autonomia da decisão.

4.2.2. Adaptação ao contexto habitacional

Uma vez tomada a decisão de ingresso, o desafio seguinte consistiu na adaptação a este contexto institucional pelos motivos anteriormente partilhados.

De forma geral, os relatos revelam processos de adaptação positivos, com destaque, sobretudo, para a percepção da melhoria da qualidade de vida na velhice. Antónia afirma que se sentiu *“muito mais entretida”*. Beatriz valoriza a residência assistida, *“aqui estou muito bem”*. Gaspar associa a sua satisfação à diminuição das preocupações relacionadas com o seu anterior contexto habitacional, *“não tenho mais que me preocupar com a casa, nem com a comida”*, destacando ainda a possibilidade de ter levado consigo o seu animal de estimação. No caso de Benedita, a adaptação foi facilitada pelo facto de já conhecer alguns residentes do Centro de Dia, reforçando a continuidade comunitária, *“fiquei muito contente de poder continuar a viver na freguesia”*. De modo semelhante, Henrique descreve a entrada como motivo de satisfação, comparando com a sua experiência habitacional anterior, *“só dá valor quem já viveu num quarto”*. Nuno, embora reconheça estranheza inicial, descreve uma integração progressiva, *“nos primeiros dias a gente estranha. Mas depois adaptamo-nos.”* Estes relatos sugerem que a residência assistida, ao preservar elementos da vida comunitária, ao garantir segurança material e ao promover rotinas estruturadas, pode facilitar a adaptação e contribuir para o bem-estar dos residentes. A possibilidade de manter vínculos afetivos, de participar em atividades e de usufruir de cuidados sem perder a autonomia, como demonstrado na revisão da literatura, são elementos centrais para a promoção do envelhecimento ativo.

Porém, nem todos os percursos de adaptação foram lineares. Manuel, devido à sua condição de residente mais jovem, revela dificuldades em integrar-se num ambiente marcado pela diferença geracional, *“isto aqui é muito parado para mim... só é 80, 90 [anos]... eu só tenho 65 [anos]”*. Apesar desta limitação, reconhece que a sua vida melhorou bastante em termos de condições de subsistência básicas, *“a vida é outra. Eu aqui convivo com pessoas. Se precisar vou ao médico. a gente almoça aqui, temos um quarto”*. O caso de Olga ilustra de forma mais evidente uma adaptação ambivalente. Embora reconheça sentir-se bem, mantém uma visão nostálgica da sua experiência anterior na residência Joaquim de Almeida que, na sua percepção, promovia maior proximidade entre os pares e melhores condições, *“porque quando estávamos na Joaquim de Almeida era só residência assistida”*. A atual configuração, com Centro de Dia e respostas abertas à comunidade, é vista por si como um fator de distanciamento. Estes casos revelam que a adaptação à residência assistida é influenciada por fatores

geracionais, pela história institucional dos residentes e pela configuração espacial e social da unidade. A promoção do envelhecimento ativo exige que estas dimensões sejam consideradas na organização das respostas habitacionais, garantindo respostas aos desafios que se colocam ao nível da vida quotidiana na residência assistida, realidade na qual iremos adentrar na secção a seguir.

4.3. A vivência quotidiana na residência assistida

Conforme aponta a literatura, quando a permanência no domicílio privado se torna inviável pela ausência de condições que garantam a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida durante a velhice, torna-se necessário encontrar formas habitacionais que assegurem estas condições, adiando ao máximo a institucionalização tradicional (Pastalan, 1990; Fonseca, 2022).

Neste contexto, a residência assistida emerge como uma resposta social possivelmente inovadora, que procura articular o suporte institucional com a preservação da individualidade e da autonomia dos residentes. Com o propósito de perceber em que medida a residência assistida pode ser considerada uma solução habitacional face aos desafios contemporâneos de habitar a velhice, as dinâmicas na residência assistida foram organizadas em torno de quatro dimensões centrais: as rotinas quotidianas, o acesso e a utilização dos serviços disponíveis, os contextos de interação estabelecidos com pares, profissionais e outros utilizadores do equipamento social e a apropriação dos espaços físicos.

4.3.1. Rotinas quotidianas

A análise das rotinas quotidianas dos residentes evidenciou uma heterogeneidade significativa nas formas de viver o quotidiano institucional. Se para alguns residentes a participação ativa nas atividades coletivas propostas pela instituição constitui um recurso imprescindível para estruturar o dia a dia, para outros prevalece a independência e a valorização de hábitos individuais ou a manutenção de vínculos comunitários externos. Esta diversidade confirma que, ainda num contexto institucional, as formas de habitar a velhice na residência assistida são plurais, traduzindo diferentes modos de conciliar o espaço privado com autonomia, a integração comunitária e a individualidade, atestando o defendido por Regnier (2002). A observação direta permitiu captar nuances que complementam os discursos dos residentes, revelando práticas quotidianas que nem sempre são verbalizadas, mas que expressam formas de apropriação do tempo e do espaço.

Entre os residentes que mais se envolvem nas atividades coletivas promovidas pelo Centro Comunitário Vale Flores e que marcam presença diária nos espaços comuns destaca-se Henrique, cuja rotina é bastante dinâmica e raramente está no seu apartamento; Benedita, que para além das atividades em que está inscrita no Centro de Dia, realiza passeios pela freguesia; Nuno e Antónia, que referem a participação em várias atividades. Estes casos ilustram como a residência assistida pode funcionar como um espaço de socialização e de continuidade, onde os residentes têm oportunidades de estabelecer relações e de participar em atividades que conferem significado ao seu quotidiano.

A presença constante nos espaços comuns e a adesão às atividades sugerem que, para estes residentes, o envelhecimento ativo se concretiza na mobilização de recursos institucionais.

Esta presença assídua nas atividades coletivas contrasta com a postura de residentes como Fátima, que valoriza a independência e a realização autónoma das suas tarefas diárias. Para esta residente, cozinhar, limpar, tratar da roupa ou colocar em dias as suas práticas de leitura são aspectos que reforçam a percepção de autonomia. Também Olga, evidencia uma autonomia independente, manifestada nas deslocações, sobretudo à igreja que frequenta, e nas suas leituras no apartamento.

Nestes casos, a vivência quotidiana é marcada por uma lógica de autogestão, onde o espaço privado é valorizado como lugar de autonomia e introspeção. A observação direta confirmou que estas residentes mantêm rotinas estáveis e organizadas, com pouca presença nos espaços comuns, mas com forte apropriação do seu apartamento como espaço de vida.

Numa participação mais intermédia encontram-se Beatriz e Gaspar que, embora refiram utilizar os espaços comuns, mantêm rotinas mais adaptadas à sua capacidade funcional ou de carácter mais solitário. Beatriz realiza atividades por iniciativa própria, como a leitura ou os movimentos de ginástica matinal no seu apartamento. Gaspar, por sua vez, possui uma rotina mais solitária centrada no cuidado diário do seu animal de estimação, “*vou passear o Rocky quatro vezes por dia*” e nas sessões de fisioterapia que frequenta devido a um recente problema muscular no tornozelo, “*faço fisioterapia todos os dias.*” Ainda assim, procura diversificar os seus momentos de lazer no seu apartamento através da televisão e do computador. Estes casos revelam formas de envelhecimento que conciliam o cuidado com o corpo, o lazer e a autonomia, ainda que em registos mais reservados. A observação direta permitiu perceber que, embora menos visíveis nos espaços comuns, estes residentes mantêm rotinas estruturadas e investem na manutenção da funcionalidade e do bem-estar.

Contrariamente a todos os residentes, Manuel descreve um quotidiano monótono, sem envolvimento nas atividades institucionais. Para o residente, as rotinas diárias resumem-se sobretudo às refeições e cuidados básicos, “*o dia aqui é...a gente almoça... deita-se...tomamos banho...e é isto.*” A sua ausência de interesse pelas atividades coletivas é compensada pelas deslocações diárias ao bairro onde residia e onde mantém as suas redes comunitárias, “*não gosto de estar aqui parado. Gosto de apanhar o autocarro e ir lá.*” O caso de Manuel evidencia uma tensão entre a institucionalização e o desejo de manter vínculos com o território de origem. Durante as visitas à residência, notou-se a sua presença mais frequente fora da instituição, revelando que, para alguns residentes, o envelhecimento ativo passa pela manutenção de laços comunitários externos e pela mobilidade territorial.

4.3.2. Utilização dos serviços disponíveis

Relativamente à utilização dos serviços disponíveis, mesmo de forma diferenciada, todos os residentes recorrem a estes recursos, adequando-os às sua preferências e necessidades (Regnier, 2002).

Assim, apesar de todos os apartamentos se encontrarem totalmente equipados, a residência assistida disponibiliza um conjunto de serviços que incluem lavandaria e engomadaria, limpeza diária dos apartamentos e o fornecimento de refeições.

As narrativas evidenciaram o suporte disponibilizado pela residência assistida como um recurso essencial para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida na velhice, funcionando como um verdadeiro “alívio” na gestão das tarefas domésticas, conforme referiu Henrique, permitindo-lhes dedicar o tempo livre a atividades da sua preferência. A delegação de tarefas como a limpeza ou a alimentação não é apenas uma questão de comodidade, mas também uma forma de preservar energia, reduzir o esforço físico e reorganizar o tempo em função de interesses pessoais. Esta lógica é visível em residentes como Henrique, Benedita ou Antónia, que aproveitam o tempo livre para participar em atividades ou manter rotinas externas.

Dos nove residentes entrevistados, apenas Fátima e Olga não recorrem a todos os serviços disponibilizados. Fátima, embora não dispense a limpeza diária do apartamento, opta por cuidar da sua roupa e por preparar as suas refeições por não se ter adaptado à alimentação fornecida no refeitório. De forma semelhante, Olga restringe a utilização dos serviços ao essencial, como alimentação e limpeza, assumindo uma postura de autogestão que lhe permite cozinar algumas refeições para se sentir mais saciada e cuidar da sua roupa. A escolha de realizar tarefas domésticas por iniciativa própria pode ser interpretada como uma forma de resistência à dependência e como expressão de continuidade das práticas anteriores à institucionalização. A observação direta confirmou que Fátima e Olga mantêm rotinas domésticas estáveis e organizadas, com forte apropriação do espaço privado como lugar de autonomia. A cozinha, por exemplo, é utilizada por ambas com frequência, o que contrasta com a maioria dos residentes que opta pelo refeitório.

Os padrões revelam que a utilização dos serviços disponíveis é marcada por uma lógica de escolha e não de imposição, reforçando a ideia de que a residência assistida promove um modelo de institucionalização flexível, centrado na autonomia e na adaptação às preferências individuais. Esta flexibilidade é um dos elementos que distingue este modelo habitacional das formas tradicionais de institucionalização, permitindo aos residentes gerir o seu quotidiano de forma personalizada.

4.3.3. Contextos de interação

Os contextos de interação estabelecidos no interior da residência constituem uma dimensão essencial para a análise da vivência quotidiana neste modelo habitacional, uma vez que permitem compreender de que forma os residentes constroem laços sociais entre os seus pares, com os utentes do Centro de Dia, com membros da comunidade que frequentam o local e com os profissionais da instituição. A observação das dinâmicas relacionais, aliada aos testemunhos recolhidos, revelou que a frequência e a qualidade destas interações são heterogéneas, refletindo não apenas as oportunidades de convívio

disponibilizadas pela instituição, mas também as características pessoais de cada residente, os seus estilos de vida e as trajetórias sociais que os antecedem.

Entre os residentes que privilegiam um envolvimento com todas as pessoas que frequentam o equipamento social destacam-se Benedita, Henrique e Antónia, que refere práticas de sociabilidade significativas, sobretudo com aqueles que participam nas mesmas atividades. Beatriz também mantém uma postura positiva face ao convívio, valorizando as relações estabelecidas, sobretudo com os residentes da sua primeira residência assistida. Este discurso revela a importância das trajetórias comuns na construção de laços sociais. Nuno descreve igualmente relações positivas, embora matizadas pelo reconhecimento da sua personalidade, *“Dou-me bem com toda a gente. Tenho o meu feitio... sou resmungão.”* Nestes casos, a interação social é vivida como extensão da vida comunitária, onde o espaço institucional funciona como lugar de encontro, partilha e continuidade relacional.

Em contraste, surgem relatos cuja interação social assume contornos mais distanciados. Fátima, apesar de mencionar conviver com *“todos”*, expressa um menor interesse pelo convívio, preferindo passar o tempo no apartamento, *“ir ao Centro de Dia? Para quê? Tenho televisão aqui, tenho livros.”* Olga, por sua vez, adota uma postura ainda mais reservada, sem cultivar relações de proximidade, privilegiando um quotidiano mais individualizado no espaço do seu apartamento. Gaspar reforça uma vivência predominantemente solitária, mesmo reconhecendo a existência de uma rede de sociabilidade, *“conheço-os, e eles conhecem-me a mim. Mas convivência assim não há grande coisa.”* Ainda assim, valoriza a interação social face ao isolamento vivido anteriormente, *“aqui não vivo sozinho”*. A sua vivência revela uma articulação entre a necessidade relativa de proximidade e um estilo de vida mais reservado, onde o simples reconhecimento mútuo já representa uma forma de pertença.

Estes casos mostram que a interação social na residência assistida não se impõe como norma, mas como possibilidade, respeitando as preferências individuais. A observação direta permitiu perceber que, mesmo entre os residentes menos envolvidos nas atividades, há momentos de troca que contribuem para a construção de um ambiente relacional mínimo, mas significativo.

Por outro lado, Manuel relata uma diferença geracional entre ele e os demais residentes e, nas suas palavras, sente-se deslocado por ser o residente mais jovem, *“eles são velhotes... dão-se melhor uns com os outros”*. A diferença geracional, neste caso, funciona como barreira simbólica à integração plena, revelando que o envelhecimento ativo também depende da adequação entre o perfil dos residentes e a configuração social do espaço habitacional. A observação permitiu perceber que Manuel tende a circular fora da residência, mantendo vínculos com o bairro de origem, o que pode ser interpretado como uma estratégia face à ausência de identificação com o grupo residente.

A relação com os profissionais da instituição é reconhecida, por todos os entrevistados, como fundamental para a qualidade de vida que levam na residência assistida. Muitas vezes, a referência aos profissionais ultrapassa a dimensão do elogio da técnica do cuidado e se inscreve na construção

de um ambiente seguro e humanizado promovido por estes agentes. A presença e o acompanhamento diário da direção, da equipa multidisciplinar e das funcionárias é valorizada pelos residentes, que evidenciaram a confiança, a tranquilidade e o apoio que lhes proporcionam, fortalecendo o sentimento de bem-estar e a melhoria da qualidade de vida na velhice. A observação permitiu identificar gestos quotidianos de atenção, escuta e disponibilidade que reforçam o vínculo entre residentes e equipa, contribuindo para a consolidação de um modelo habitacional centrado na dignidade e na proximidade.

4.3.4. Apropriação dos espaços físicos

O modo como os residentes se apropriaram dos diferentes espaços da residência assistida – privados e coletivos – vai muito além do seu uso funcional, revelando formas distintas de vivenciar a velhice e de construir significados em torno do espaço habitacional. Relativamente ao espaço privado foi possível verificar que, enquanto alguns residentes revelam uma utilização unicamente funcional, outros constroem vínculos afetivos que reforçam a sua identidade, sentimento de pertença e a preservação do sentido de continuidade, permitindo estabelecer uma relação entre a vivência na residência assistida e o conceito de *ageing in place* (Fonseca, 2022).

A observação direta permitiu captar como os espaços são apropriados de forma singular, revelando práticas que não apenas expressam preferências individuais, mas também estratégias de afirmação da autonomia e de reconstrução simbólica da vida doméstica. Entre os casos de maiores níveis de apropriação encontra-se Antónia, que refere que vive no seu apartamento como vivia na sua casa, valorizando o facto de ter podido trazer algumas “*traquitanas*” pessoais. A personalização do espaço, visível nos objetos decorativos e na organização do ambiente, contribui para a reconstrução de um sentimento de pertença e para a continuidade biográfica. Beatriz partilha da mesma apropriação afetiva, referindo-se ao seu apartamento como “*a minha casinha*”.

Benedita revela também uma forte apropriação do espaço habitacional, por um lado, através das dinâmicas de negociação dentro da própria residência por ser partilhada com outra residente, “*Hoje é o meu dia de ver televisão (...) de escolher o que quero ver*”; por outro lado, através da valorização da proximidade física com a sua comunidade e com os transportes públicos. A sua narrativa articula o espaço privado com o território urbano, revelando que a apropriação do espaço não se limita ao interior da residência, mas se estende à envolvente comunitária. Fátima, por sua vez, valoriza exclusivamente o seu espaço privado, sobretudo pelo ambiente e pela privacidade que proporciona.

Gaspar e Henrique representam um nível de apropriação moderado, onde o espaço privado é reconhecido sobretudo pelas vantagens que proporciona. Gaspar valoriza poder partilhar o apartamento apenas com o seu animal de estimação. Henrique, para além de valorizar o seu apartamento, refere a apropriação frequente dos espaços comunitários no exterior. Nestes casos, a apropriação é marcada por elementos afetivos discretos, que revelam uma valorização da liberdade.

Por outro lado, Nuno utiliza de forma mais intensiva os espaços comuns, reservando o seu apartamento apenas para momentos básicos e funcionais. A observação direta confirmou que Nuno passa grande parte do tempo nos espaços coletivos, o que sugere que, para alguns residentes, o espaço privado pode não representar um lugar de refúgio, mas sim de transição.

Já Manuel ilustra uma experiência de não-apropriação, tanto do seu apartamento como das áreas comuns. A sua relação com o contexto da residência assistida é meramente funcional, sem qualquer investimento afetivo, “*uso o apartamento para dormir. Só...mais nada.*” A ausência de vínculo com o espaço físico reforça o seu distanciamento em relação ao contexto institucional no seu todo, revelando que a apropriação do espaço é também expressão da integração subjetiva no modelo habitacional.

Finalmente, Olga expressa frustração por não conseguir se apropriar do espaço como gostaria. O impedimento de personalizar as paredes – “*perguntei onde é que eu ponho este quadro. [Disseram] não pode, não pode pregar nada na parede!*” – é vivido como uma limitação à sua autonomia e à construção de um sentimento de pertença, contrastando com a experiência positiva de apropriação que refere ter vivido na residência assistida anterior. A sua narrativa ilustra os limites impostos pelas normas institucionais, que podem interferir na construção de um espaço vivido como próprio.

4.4. Sentidos da velhice e percepções sobre o envelhecimento na residência assistida

O presente subcapítulo tem como objetivo analisar as percepções dos residentes sobre o envelhecimento, abordando, primeiramente, os significados atribuídos à velhice e, em seguida, o envelhecimento no contexto da residência assistida, identificando os aspectos positivos e negativos. Para além disso, serão analisadas as percepções dos residentes relativamente à institucionalização tradicional, permitindo contrastar estas representações com a vivência na residência assistida.

4.4.1. Envelhecer nas vozes dos residentes

Conforme referido na literatura, o envelhecimento é um processo heterogéneo, vivenciado pelos indivíduos de forma singular, não existindo uma, “mas várias velhices” (Machado, 2012, p.19). Confrontados com a questão “*o que significa para si envelhecer*” os residentes atribuíram diferentes significados à velhice, através de representações pautadas entre a aceitação natural deste ciclo de vida e a percepção de perda, entre a resiliência e a nostalgia de um passado que não volta atrás, e entre a frustração pelas limitações vivenciadas e a capacidade de adaptação aos tempos atuais.

Para alguns residentes, envelhecer surge como mais uma etapa do ciclo de vida. Manuel assume esta perspetiva ao afirmar que, “*é a vida! É normal.*” Ainda assim recusa identificar-se com “*velhote*”. De forma semelhante, Antónia encara o envelhecimento com aceitação, que, reconhecendo as suas limitações, apenas deseja preservar a sua vitalidade, “*envelhecer? Ah, eu aceito bem isso. Eu quero é ter pernas e cabeça.*” Também Olga expressa esta visão demonstrando a leveza de uma fase da vida que se dissolveu nas suas trajetórias de vida, “*eu nem senti o envelhecimento.*” Já Benedita confessa

que quando era mais nova tinha “*pena da velhice*”, e que nunca esperou chegar aos 86 anos, “*nunca esperei chegar a esta idade.*” Contudo, encara o seu contexto atual de vida com serenidade e aceitação, “*eu não penso muito no envelhecimento. É um dia de cada vez.*” Gaspar, de forma distinta dos demais, recorre a uma citação de Selma Lagerlöf para se pronunciar relativamente ao envelhecimento, afirmando que “*cultura é o que nos resta quando esquecemos do que aprendemos.*” Nesse sentido, para si, a velhice surge associada à sabedoria cultural que persiste ao longo da vida.

Em sentido inverso, outros residentes associam o envelhecimento à doença e dependência, representando a velhice como um período marcado pelas limitações vivenciadas. É o caso de Fátima que associa a velhice à perda da vitalidade que detinha no passado, “*as palavras-chave da minha vida são a liberdade e a independência. Envelhecer é perder tudo isso.*” Para além disso, a sua percepção da velhice é atravessada pelo receio, “*tenho mais medo da velhice do que da morte.*” Beatriz partilha desta visão, ainda que de forma mais subtil. A octogenária afirma não se identificar com a idade cronológica que tem, “*eu olho para o espelho e não me sinto com a idade que tenho*”. No entanto, a sua condição de saúde não a permite alcançar um estado de completo bem-estar físico, “*as dores que eu tenho é que me incomodam muito*”. Henrique, por sua vez, associa o envelhecimento à perda de saúde, “*a [falta de] saúde é que nos põe velhos.*” E acrescenta que, “*todos foram embora, [morreram]*” revelando a forma como a velhice está também associada à perda dos seus entes queridos. Ainda assim, reconhece que “*tudo tem a ver com as nossas emoções*”.

4.4.2. O envelhecimento na residência assistida: aspetos positivos e negativos

No que respeita aos significados atribuídos à experiência de envelhecer na residência assistida, foram evidenciadas narrativas diversas marcadas por simbologias positivas e negativas. Por um lado, são muitos os residentes que enfatizam este modelo habitacional como uma solução digna para vivenciar a velhice. Contudo, a vivência neste contexto não está isenta de tensões.

Os serviços de apoio disponibilizados pela residência assistida constituem o aspeto mais valorizado por todos os residentes. Henrique enfatiza esta percepção ao afirmar que, “*aqui vive-se bem. É quase como se fosse um hotel.*” Antónia, com mais tempo livre devido à ausência das tarefas domésticas, passou a “*fazer coisas que nunca tinha feito*”, como por exemplo, teatro.

A segurança e a autonomia são também aspetos valorizados por todos os residentes. Olga sublinha a proteção oferecida pelo local, “*aqui é muito seguro, tem segurança lá em baixo*” Já Manuel evidencia a autonomia que a residência assegura, “*podemos sair à vontade.*”

Se, por um lado, as narrativas evidenciam a autonomia, a segurança e o apoio prestado neste contexto habitacional, por outro, revelam algumas tensões próprias da institucionalização.

Segundo grande parte dos residentes a alimentação surge como o elemento mais criticado, seja pela monotonia dos cardápios, seja pela falta de tempero.

As infraestruturais também surgem como alvo de críticas, sobretudo devido ao facto dos apartamentos da residência assistida se localizarem nos pisos superiores, o que requer o uso dos elevadores para os seus trajetos dentro do Centro Comunitário Vale Flores. Gaspar recorda episódios em que a avaria do elevador lhe trouxe dificuldades de mobilidade – um problema que foi solucionado com o apoio dos profissionais da instituição, “*uma vez vieram-me trazer a comida ao apartamento porque o elevador avariou, e eu estava mal de um joelho.*” Também Fátima sente algum desconforto relativamente à utilização dos elevadores, “*já fiquei presa e tudo.*”

Para além dos aspetos negativos enumerados, Gaspar acrescenta ainda a ausência de cuidados de saúde como uma limitação importante, mesmo que não a refira como crítica direta, “*devia haver mais cuidados de saúde aqui para quem precisa.*”

Benedita e Henrique são os únicos residentes que não apontam nenhum aspeto negativo, inclusive no que respeita à alimentação. Sobre o tema Henrique refere, “*aqui há pessoas que se queixam da comida. São esquisitas. Ou não sabem estimar, o que oferecem.*”

4.4.3. Institucionalização tradicional: o último recurso

Quando levados a refletir sobre como imaginam que seria a experiência de viver num Lar de idosos, os residentes construíram representações que marcam a distinção entre os dois contextos institucionais. Nas narrativas, o Lar é frequentemente descrito como um lugar de último recurso que está fortemente associado à perda da autonomia e onde “*a vida acaba*”. Por sua vez, a residência assistida surge como espaço de continuidade, menos marcado pela padronização institucional, onde se “*vive bem*”.

De forma bastante enfática, Fátima afirma, “*eu antes queria a morte! [O Lar] é onde as pessoas vão para morrer.*” A sua resistência evidencia a forma como a institucionalização permanece simbolicamente associada à última etapa da vida, corroborando as teorias defendidas por Goffman (1961). Também Manuel partilha esta visão, referindo que “*o Lar é só para pessoas acamadas. Estão ali à espera da morte.*” Ainda que não se identifique com a dinâmica da residência assistida, para Manuel o modelo habitacional onde vive constitui o oposto da imagem que tem sobre os Lares, “*Isto é melhor que um Lar.*” Henrique exprime a mesma oposição, “*foste para um Lar, a vida acaba!*”

Outros residentes têm consciência que, embora prefiram permanecer na residência assistida, a progressiva perda da capacidade funcional – um dos requisitos para integrar este modelo habitacional – poderá implicar a transição para um Lar. Gaspar evidencia essa noção, “*eu sei que as pessoas estão aqui até manterem um nível de autonomia. Depois lá teremos de ir para outro sítio.*” Antónia revela a mesma preocupação, “*se adoecer com uma doença grave, eu não fico aqui. Tenho de ir para um Lar de idosos.*” No entanto, relata alguma serenidade por acreditar que a residência assistida irá garantir essa transição, “*quando eu não puder estar aqui elas [profissionais] arranjam-me um sítio para envelhecer e tratarem de mim.*” Também Beatriz, declara preferência pela residência assistida, apesar

de ter consciência dos limites que esta impõe, “*enquanto eu puder, eu prefiro estar aqui.*” Também Olga expõe a sua posição, afirmando que, “*enquanto eu posso ir fazendo as minhas coisas.*”

Já Benedita contribui para esta discussão de forma bastante enriquecedora revelando a surpresa positiva relativamente à residência assistida, que contrasta com o estigma que a própria associava à institucionalização, “*não pensei que fosse assim, uma coisa tão jeitosa. Pensava que ia ser como no hospital, muitas camas seguidas.*”

Por último, Nuno, sublinha a diferença em termos de normas institucionais, “*os Lares têm mais regras do que aqui. Aqui podemos andar [na rua] até à meia-noite. Nos Lares não.*”

Apesar dos aspetos negativos enunciados anteriormente, quando comparada com o Lar – a forma mais tradicional da institucionalização – a residência assistida é encarada como uma solução habitacional digna para habitar a velhice.

4.5. A residência assistida e os pilares do envelhecimento ativo

Com o propósito de compreender de que forma os residentes vivenciam o envelhecimento ativo no contexto da residência assistida, recorreu-se a questões centradas no quotidiano dos indivíduos, permitindo identificar fatores que se articulam com as dimensões da saúde, da participação social e da segurança – pilares do envelhecimento ativo definidos pela OMS (WHO, 2002).

Adicionalmente, pretende-se estabelecer ligações entre os determinantes do envelhecimento ativo e as vivências dos residentes, retomando o enquadramento teórico. Embora não se tenham verificado relações diretas, alguns relatos revelam como o género e a cultura, enquanto determinantes transversais, moldam as experiências do envelhecimento ativo nas suas diferentes dimensões.

4.5.1. Saúde

No que ao contexto da saúde diz respeito, à exceção de Manuel, que só passou a ter acesso a cuidados médicos após a admissão na residência assistida (através dos serviços de saúde da SCML), todos os entrevistados dispõem de médico de família mesmo antes de integrarem este modelo habitacional. No entanto, apesar da existência de uma equipa multidisciplinar na residência assistida do Centro Comunitário Vale Flores, não existe uma resposta de saúde em termos de cuidados médicos e de enfermagem. Esta ausência é reconhecida pela maioria dos residentes, mas isso não os impede de desenvolver estratégias próprias de manutenção do seu bem-estar, indo ao encontro do que defende a OMS ao afirmar que quando os fatores de risco são reduzidos e os fatores de proteção da saúde são fortalecidos existe uma melhoria na qualidade da vida, permitindo aos idosos manterem a sua autonomia e realizarem as atividades básicas (WHO, 2002).

Antónia, de 85 anos, ilustra bem esta realidade ao sublinhar que continua a ser acompanhada pela sua médica de família e psiquiatra, “*vou duas vezes por ano ao psiquiatra. Toda a gente devia de ir.*” Ainda que reconheça algumas limitações físicas, assume que não possui problemas de saúde graves.

Essa percepção de estabilidade é partilhada por Gaspar, que com 83 anos, mantém medicação regular e acompanhamento fisioterapêutico devido ao seu recente problema muscular: “*tenho medicamentos que tomo em permanência, mas à parte disso não tenho assim mais nada de grave.*” Por outro lado, Nuno, com apenas 66 anos, mostra-se desgostoso pelos problemas de saúde crónicos que afetaram a sua capacidade funcional desde muito cedo, “*não estava à espera de ter estas complicações tão novo.*” Estas narrativas distintas corroboram o sugerido por Machado (2012) quando afirma que a doença determina aos idosos mais jovens um envelhecimento menos ativo e, contrariamente, o que possibilita a alguns idosos mais velhos um envelhecimento mais ativo é a saúde que estes gozam.

Alguns residentes demonstram, a capacidade de autocuidado e uma postura ativa relativamente à preservação da sua saúde. É o caso de Beatriz que mantém exercícios que favorecem a estimulação cognitiva, “*faz muito bem ler. Faz bem à cabeça!* Ajuda a prevenir o Alzheimer.” – um ponto de vista igualmente defendido por Fátima, Benedita, Henrique e Nuno. Olga, que se identifica como sendo “*rija*” também adota uma postura de autocuidado em relação à sua saúde. Adquiriu um aparelho para medir a tensão arterial e vigiar a sua saúde apesar de mencionar que, “*não tenho doença nenhuma.*”

Mesmo sem assistência médica no local, Henrique valoriza a prontidão da equipa de profissionais em situações de urgência, “*já fui para o hospital três vezes. Chamaram a ambulância e trataram de tudo.*” Também Nuno, defende uma monitorização frequente por parte das profissionais da instituição, “*as funcionárias dizem que tenho de beber muita água.*”

Em suma, apesar da ausência de cuidados médicos e de enfermagem na residência assistida, os residentes continuam a recorrer a serviços de saúde no exterior e complementam-nos com estratégias de autocuidado para manter o bem-estar físico, mental e social (WHO, 2002). No que se refere às diferenças entre género, observou-se ainda que as residentes mulheres apresentam maior envolvimento nas rotinas de autocuidado, comparativamente com os homens (WHO, 2002; Bäckström, 2012). No entanto, em termos de condição de saúde, não se verificou entre as mulheres residentes uma maior incidência de doenças relativamente aos homens, contrariando os dados nacionais que indicam que os homens desfrutam de maior saúde (FFMS, 2025). Na literatura, observou-se ainda que os homens tendem a estar mais expostos a situações de risco e a comportamentos prejudiciais à saúde (WHO, 2002). Esta tendência é confirmada nos relatos de Manuel e Henrique, que referem hábitos de tabagismo. Finalmente, também as práticas culturais influenciam a forma como os residentes cuidam da sua saúde, moldando hábitos, percepções de bem-estar e estratégias de autocuidado no quotidiano.

4.5.2. Participação social

Relativamente à participação social dos residentes, as narrativas recolhidas revelam uma diversidade quanto às formas de envolvimento social, que variam sobretudo, entre a participação nas atividades

organizadas pela instituição e as relações estabelecidas com familiares, vizinhos, amigos e comunidade. Seja como for, qualquer uma destas formas de inclusão social garante a participação ativa dos residentes, conforme reconhecido na literatura (WHO, 2002).

Antónia é um bom exemplo de participação social promovida pelo contexto institucional. Participa com grande entusiasmo nas atividades do Centro de Dia, ainda antes de residir na residência assistida. A octogenária descobriu novas atividades de lazer, como o teatro e a pintura a aguarela, que descreve com entusiasmo, “*gosto tanto de pintar a aguarela! É tão bonito.*” O envolvimento contribui também para combater o isolamento vivenciado no seu anterior contexto habitacional, “*eu estava sempre sozinha em casa.*” Beatriz, para além de referir que mantém uma boa relação com todos os residentes e de participar em jogos de tabuleiro, associa a participação social ao fortalecimento de laços familiares “*às vezes, vou almoçar fora com os meus sobrinhos*”. Benedita revela-se uma das residentes mais ativas da residência assistida, envolvendo-se em ginástica, zumba e atividades manuais. No entanto, o seu sentimento de pertença não se limita ao espaço institucional, já que possui a vantagem de permanecer ligada à comunidade onde vive há mais de 60 anos. Henrique também frequenta diariamente atividades físicas, cognitivas e culturais programadas pelo Centro de Dia, “*faço ginástica, inglês, tai chi, zumba, arteterapia*” e ainda costuma dar os seus passeios pela freguesia. Apesar das suas dificuldades auditivas, esforça-se por manter-se incluído, “*dou-me melhor com uma pessoa só ou com duas. Se for em grupo, é complicado, a audição não dá.*” Nuno também participa nas atividades propostas, “*faço algumas atividades, tai chi, inglês, formação de telemóveis, zumba.*” Para além disso, ainda mantém contacto com os seus amigos, ainda que à distância, “*não recebo visitas. Falo com eles [amigos de infância] todos os dias.*” Para si, a residência surge como espaço “*ocupação*” e de “*companhia*”.

Por outro lado, Fátima, Gaspar, Olga e Manuel adotam uma postura distinta da maioria dos residentes. Não obstante, mantêm uma participação ativa ajustada aos seus interesses, promovendo inclusão social e um sentimento de pertença (WHO, 2002). Fátima prefere gerir autonomamente o seu quotidiano, “*eu gosto de ficar em casa.*” Contudo, a residente destaca a importância das relações familiares, “*a minha filha e os meus netos vêm aqui visitar-me muitas vezes e às vezes ajudam-me*”. Já para Gaspar, a participação social envolve práticas mais individualistas, como os passeios com o seu cão, já que segundo o próprio, com a ida à fisioterapia não possui muito tempos para as atividades promovidas pela instituição. A ausência de laços familiares é reconhecida, contudo, não se sente sozinho, uma vez que neste contexto habitacional tem “*muitos vizinhos*” mitigando os sentimentos de isolamento (WHO, 2002). Olga, sem uma rede familiar próxima, também constrói a sua participação longe das atividades coletivas da instituição, e mais próxima da esfera religiosa, “*dou aulas. E tomei conta de um armazém da igreja para onde vai a comida que as pessoas doam.*” Por fim, Manuel apenas encontra um sentimento de pertença fora da residência assistida, no seu bairro de origem, que continua a frequentar, “*vou lá quase todos os dias. Tenho lá os meus amigos.*” Contudo, afirma não se

identificar com a comunidade onde está inserido atualmente, “*Este não é o meu bairro.*” Estes relatos evidenciam a sua fraca adesão às atividades coletivas, que considera desajustadas aos seus interesses.

Em síntese, o conjunto das narrativas revela que, mesmo com diferentes níveis de envolvimento, a residência assistida favorece a inclusão social, promovendo sentimento de pertença, convívio e ocupação do quotidiano dos residentes, em linha com os princípios do envelhecimento ativo (WHO, 2002). Não obstante, observou-se uma participação mais ativa entre as residentes mulheres, comparativamente com os homens evidenciando como o género influenciam a forma como se vive e se envelhece (WHO, 2002). No que respeita à cultura enquanto determinante transversal do envelhecimento ativo, o caso de Manuel ilustra como valores e normas culturais podem condicionar a participação social. As suas percepções de deslocamento, bem como as práticas subtils de *idadismo* em relação aos seus pares, revelam representações culturais que associam a velhice à diferença geracional e à fragilidade, limitando o seu envolvimento e sentimento de pertença. Por outro lado, valores culturais que privilegiam a autonomia e a independência manifestam-se nos relatos de residentes como Fátima e Olga, e até de Gaspar, que preferem organizar a sua vida social de forma mais individualizada.

4.5.3. Segurança

A segurança, entendida como a proteção dos idosos contra riscos que comprometem a sua qualidade de vida e dignidade, assume particular relevância na experiência dos residentes já que todos vivenciavam situações de vulnerabilidade social a este nível antes de integrarem este contexto habitacional. Assim, a entrada na residência assistida representou para muitos a conquista de uma habitação segura, em contraste com vivências anteriores de isolamento ou precariedade que colocavam em causa a segurança na velhice (WHO, 2002). No entanto, os relatos sobre os recursos económicos evidenciam uma situação de insegurança financeira, marcada por rendimentos limitados e pela pressão da comparticipação mensal estipulada pela SCML.

Antónia descreve a segurança sobretudo por poder contar com os serviços disponíveis, destacando que em casa já não conseguia realizar as suas tarefas domésticas, “*limpam-me as coisas e tratam da roupa*” e através da possibilidade de manter autonomia, “*faço a minha vida toda.*”

Beatriz, Henrique, Nuno e Olga associam a segurança à proteção proporcionada pela residência assistida. Beatriz sente-se protegida pela presença de um vigilante, “*temos a segurança de noite. Nunca estamos sozinhos.*” De forma semelhante, Henrique valoriza o ambiente físico, que permite manter a autonomia e garante segurança mesmo no seu apartamento, “*se no duche me sentir mal basta puxar um fio que está à volta da casa de banho.*” Nuno destaca, igualmente, a vigilância permanente e os mecanismos de emergência, “*temos um fio [de emergência], temos segurança, temos tudo*”, enquanto Olga sublinha de forma geral a sensação de proteção, “*Aqui é seguro, tem segurança.*”

Apesar da segurança física e social proporcionada pela residência assistida, a insegurança financeira permanece um aspeto relevante a considerar na questão do envelhecimento ativo, já que viver com segurança significa possuir acesso a recursos económicos adequados (WHO, 2002). Fátima indica que metade dos seus rendimentos se destina ao pagamento da comparticipação mensal. Contudo, apesar de referir que “*não sobra muito*”, até considera que a quantia não é tão elevada tendo em conta a pressão imobiliária em Portugal, “*eu pago 300 e tal euros o que é bom, porque um quarto, até para os estudantes, é logo 600 euros*”. Henrique, por sua vez, refere que dispõe de tudo o que necessita na residência assistida, ainda assim, assume não ter rendimentos disponíveis para adquirir um aparelho auditivo, “*custa 1500 ou 1600 euros. Tenho pena de não ter esse dinheiro de momento.*” Nuno relata a dificuldade em adquirir produtos alimentares para além das refeições que efetua na residência assistida, “*fico com 110, 120 [euros]. Isto aqui está muito caro, principalmente a fruta.*” Manuel, embora refira pagar metade do que recebe do Rendimento Social de Inserção, encontra estabilidade habitacional já que esse valor não lhe permite encontrar outra habitação, “*aqui pago 230 euros, metade do que recebo, mas tenho onde viver.*” Por fim, Olga apesar de recorrer ao refeitório para realizar as suas refeições, evidencia insegurança económica, restando-lhe pouco para necessidades adicionais, “*sobra pouco. Não dá para comprar muito. Fico com 50, 60, 80 euros.*”

As narrativas de alguns dos entrevistados permitiram ainda percecionar o sentimento de pertença e integração social no contexto da residência assistida, que contribui para a segurança emocional. Antónia e Beatriz destacam a convivência com os utentes do Centro de Dia como fator de segurança e ocupação diária. Já Manuel apesar de referir que se sente mais acompanhado na residência, para este residente o fator privilegiado é a independência que detém, “*vou para onde quero!*”

Em suma, as narrativas revelam que a segurança na residência assistida se manifesta em múltiplas dimensões: social, física, emocional e financeira (WHO, 2002). A existência de serviços de apoio e um ambiente protegido garante autonomia e tranquilidade no quotidiano, contrastando com experiências habitacionais anteriores. Ao mesmo tempo, as práticas culturais influenciam a forma como os residentes percebem a segurança, organizam os seus recursos e lidam com desafios financeiros, enquanto a insegurança económica persiste como um desafio relevante. Ainda assim, os testemunhos recolhidos neste âmbito não revelam padrões de desigualdade económica de género consistentes com os dados estatísticos nacionais, que indicam que as mulheres idosas tendem a usufruir de pensões mais baixas em consequência das trajetórias laborais predominantemente interrompidas ou descontínuas, uma vez que das cinco residentes apenas Fátima relatou ter interrompido a sua carreira profissional para desempenhar o papel de cuidadora do lar (FFMS, 2025).

CONCLUSÃO

Esta dissertação procurou compreender a partir de um estudo de caso, de que modo a residência assistida pode ser concebida como uma solução habitacional promotora do envelhecimento ativo, especialmente entre idosos em situação de vulnerabilidade social.

Para tal, analisaram-se as trajetórias de vida dos residentes, o processo de transição e as vivências quotidianas neste modelo habitacional, as percepções em torno da velhice, da institucionalização tradicional e da experiência vivida na residência assistida e, finalmente, recorreu-se a questões centradas no quotidiano dos indivíduos, permitindo identificar fatores que se articulam com as dimensões da saúde, da participação social e da segurança – os pilares do envelhecimento ativo definidos pela OMS (WHO, 2002).

Os resultados recolhidos através de uma abordagem qualitativa evidenciaram, desde logo, que apesar de trajetórias de vida distintas, estas convergem na vivência de situações de vulnerabilidade durante a velhice. Insegurança habitacional, inexistência de redes de apoio, a ausência de recursos financeiros adequados e a existência de algumas limitações físicas afetavam a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida dos entrevistados nos seus anteriores contextos habitacionais. Os testemunhos demonstraram como contextos de vulnerabilidade social comprometiam o conforto, a saúde e a dignidade, expondo os idosos a condições de vida incompatíveis com o bem-estar e o envelhecimento ativo. Neste sentido, a residência assistida surgiu como uma resposta habitacional que, ao mitigar as vulnerabilidades vivenciadas, reconfigurou positivamente o modo de envelhecer e vivenciar a velhice.

Mesmo combinando o suporte formal com a autonomia, a residência assistida não deixa de ser uma forma de habitar a velhice em contexto institucional e, como tal, implica transformações no quotidiano e nos modos de vida dos indivíduos. Ainda assim, o processo de transição para a residência assistida revelou-se positivo. A decisão de ingresso foi motivada, em alguns casos, pela ausência de alternativas, mas também pela decisão de “envelhecer num lugar” que garanta a qualidade de vida na velhice (Fonseca, 2022, p.26). A residência assistida surgiu, como uma resposta emergencial, acionada, muitas das vezes, por redes institucionais para proteger idosos em situações de risco. A diversidade dos percursos de ingresso mostra que, apesar de promover o envelhecimento ativo, o acesso continua condicionado por fatores estruturais, como pobreza e ausência de redes de apoio, que limitam a autonomia na decisão. Por sua vez, a adaptação ao novo contexto habitacional foi facilitada pela existência de um espaço habitacional privado e pela manutenção da autonomia num ambiente que garante o apoio formal sem gerar sentimentos de despersonalização associados, normalmente, à institucionalização tradicional (Goffman, 1961). Os relatos sugerem que a residência assistida, ao preservar elementos da vida comunitária, garantir segurança material e promover rotinas estruturadas, facilita a adaptação e contribui para o bem-estar dos residentes. Para promover o

envelhecimento ativo, é fundamental que estas dimensões sejam integradas na organização das respostas habitacionais, de modo a responder aos desafios da vida quotidiana neste contexto.

No quotidiano da residência assistida, os residentes evidenciaram vivências tão heterogéneas quanto o próprio processo de envelhecimento. Se para uns as rotinas diárias dependem exclusivamente do envolvimento nas atividades propostas pela instituição, para outros prevalece a independência e a valorização de hábitos individuais ou a manutenção de vínculos sociais externos. No que à utilização dos serviços diz respeito, todos os residentes recorrem a estes recursos adequando-os às suas preferências e necessidades. Os residentes evidenciaram ainda que a frequência e a qualidade das interações estabelecidas no local com os seus pares, utentes do Centro de Dia, membros da comunidade que frequentam as atividades e com os profissionais da instituição refletem não só as oportunidades de convívio disponibilizadas pela instituição, mas também as características individuais de cada um. De igual modo a apropriação dos espaços físicos do equipamento social, permitiu compreender que, enquanto alguns residentes revelam uma utilização unicamente funcional, outros constroem vínculos afetivos que reforçam a sua identidade, sentimento de pertença e a preservação do sentido de continuidade, permitindo estabelecer uma relação entre a vivência na residência assistida e o conceito *de ageing in place* (Fonseca, 2022). No fundo, esta diversidade de vivências confirma que, ainda numa abordagem institucional, as formas de vivenciar a velhice são distintas, traduzindo diferentes modos de conciliar o contexto da residência assistida com autonomia, a integração comunitária e a individualidade, atestando o defendido por Regnier (2002).

No que respeita aos significados atribuídos à experiência de envelhecer na residência assistida, a segurança, o apoio por parte dos profissionais da instituição, os serviços domésticos e a liberdade de gestão das suas rotinas de forma completamente autónoma foram destacados como aspetos positivos. Contudo, a vivência neste contexto não está isenta de tensões. A monotonia e a baixa qualidade da alimentação, a dependência dos elevadores para a locomoção no equipamento social, a ausência de cuidados de médicos no local e, sobretudo, a dependência económica constituem os principais aspetos negativos relatados pelos residentes.

Neste sentido, a segurança proporcionada pelo ambiente físico – seguro, acessível e inclusivo – e pelo ambiente social – solidário e protetor – evidencia que, apesar da existência de serviços de apoio e da manutenção da autonomia e tranquilidade, a insegurança financeira continua a representar um desafio relevante para os residentes.

No que respeita à dimensão da saúde, mesmo com a ausência de cuidados médicos e de enfermagem no local, os residentes recorrem a serviços de saúde externos e complementam-nos com rotinas de autocuidado para preservar o bem-estar físico, mental e social (WHO, 2002). De acordo com a sua condição de saúde, observam-se tanto casos de coexistência de doenças e limitações físicas, como percursos em que a saúde dos entrevistados se mantém relativamente preservada.

A participação social, por sua vez, é vivida de forma distinta. Se por um lado alguns residentes integram com entusiasmo a atividades coletivas organizadas pela instituição, outros preferem o envolvimento em outras formas de participação, através da manutenção das suas redes sociais externas ou formas mais individualizadas de ocupação. Não obstante, mesmo com diferentes níveis de envolvimento, a residência assistida favorece a inclusão social, promovendo o sentimento de pertença, convívio e ocupação do quotidiano dos residentes, em linha com os princípios do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Em suma, os resultados da presente investigação permitem afirmar que a residência assistida constitui uma solução habitacional que promove o envelhecimento ativo entre pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social. Promove-o porque assegura condições de segurança física, favorece a manutenção da autonomia e da individualidade, amplia oportunidades de saúde e de participação social e oferece uma alternativa digna ao modelo tradicional da institucionalização, sobretudo para aqueles que ainda mantêm a sua capacidade funcional.

Ainda assim, fá-lo de forma incompleta, uma vez que apesar dos residentes terem acesso a meios de subsistência, a sua condição económica reflete as baixas pensões auferidas pela população idosa em Portugal, uma problemática estrutural que transcende a instituição. Não obstante, a comparticipação fixada pela SCML, mesmo calculada em função dos rendimentos dos idosos, absorve uma parte significativa de orçamentos já reduzidos, limitando o acesso a recursos complementares.

A residência assistida, neste sentido, não responde a todos os desafios do envelhecimento no mundo contemporâneo, mas cria um espaço onde estes podem ser geridos com maior dignidade, liberdade e proteção. A sua relevância é tanto mais evidente quanto mais se reconhece que o envelhecimento é processo dinâmico, condicionado por fatores sociais, económicos, culturais, ambientais e biológicos. Ao evidenciar estas contradições, esta dissertação contribui para reforçar a necessidade de políticas públicas que valorizem formas alternativas de habitar a velhice, que conciliem apoio e autonomia, proteção e liberdade, e que respondam de forma mais justa às vulnerabilidades económicas, bem como às necessidades sociais, emocionais e identitárias das pessoas idosas.

Assim, se o Lar é frequentemente descrito como um lugar onde “*a vida acaba*”, para os residentes deste estudo, a residência assistida configura-se como um espaço habitacional seguro e adaptado, que não apenas sustenta a autonomia, a individualidade e a tranquilidade, mas também favorece as interações quotidianas, a participação social e a integração em contextos que reforçam a capacidade funcional e a dignidade na velhice. Um envelhecimento ativo que, ainda que condicionado, revela que é possível reinventar a institucionalização da velhice para lá da imagem do “*último recurso*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2003). Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, pp.13-30.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2020). *Relatório Portugal mais velho: Por uma sociedade onde os direitos não têm idade*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2025). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2024*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Azevedo, A. (2024, dezembro 18). *Envelhecimento em Portugal: Desafios habitacionais em casas frias e sobredimensionadas*. SHIFT – Ambiente, Território e Sociedade (ICS-ULisboa). <https://ambienteterritoriosociedade-ics.org/2024/12/18/envelhecimento-em-portugal-desafios-habitationais-em-casas-frias-e-sobredimensionadas/>
- Bäckström, B. (2012). Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes. Em F. L. Machado (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo* (n.º 10, pp.13-26) Lisboa: A CIDI.
- Barros, P., & Santos, C. (2024). *Relatório de Envelhecimento*. Cátedra BPI/Fundação “La Caixa”/SBE Nova School of Business and Economics.
- Bulmer, M. (1986). *Neighbours: The Work of Philip Abrams*. Cambridge University Press.
- Burgess, R. (1997). *A Pesquisa de Terreno. Uma introdução*. Celta Editora.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processo de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Carta Social. (2023). Caracterização da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais: *Cobertura e Utilização de respostas para pessoas idosas*. Gabinete de Estratégia e planeamento – Ministério do trabalho, Solidariedade e Segurança Social.
- Coelho, P. M. (2025, abril 8). *A crise da habitação não tem idade: Desafios e impactos no bem-estar das pessoas mais velhas em Portugal*. Barómetro Social. [https://www.barometro.com.pt/2025/04/08/a-crise-da-habitacao-nao-idade-desafios-e-impactos-no-bem-estar-das-pessoas-mais-velhas-em-portugal/](https://www.barometro.com.pt/2025/04/08/a-crise-da-habitacao-nao-tem-idade-desafios-e-impactos-no-bem-estar-das-pessoas-mais-velhas-em-portugal/)
- Direção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança. (2006). *Respostas Sociais - Nomenclaturas/Conceitos*. Ministério do Trabalho e Segurança Social, Lisboa.
- European Commission (2002). Communication from the Commission to the council and the European parliament: Europe's response to World Ageing Promoting economic and social progress in an ageing world A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing.
- Eurostat. (2024). *Ageing Europe – statistics on population developments*. In *Statistics Explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/SEPDF/cache/80393.pdf>

Eurostat. (2025). Population structure by detailed age group - Proportion of population aged 65 years and more. https://doi.org/10.2908/EQ_POP03

Eurostat. (2025a). Median age by sex - Median age of population. https://doi.org/10.2908/EQ_POP04

Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, I. (Eds.). (2004). *A Companion to Qualitative Research*. SAGE.

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Editora Monitor.

Fonseca, A. (2022). Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39.

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2024). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. Lisboa: PORDATA. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2025). Dia Internacional da Mulher: Pordata retrata o perfil da mulher em Portugal. Lisboa: PORDATA. <https://www.pordata.pt/pt/pordata>

Goffman, E. (1961). *Manicórios, prisões e conventos*. São Paulo, Editora Perspetiva.

Guedes, J. (2008). Desafios identitários associados ao internamento em Lar. *Atas do V Congresso Português de Sociologia*, 339, 2-12.

Guarda Nacional Republicana (2024). *Balanço da Operação Censos Sénior 2024*. Comunicado. GNR. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=9159>

Instituto Nacional de Estatística. (2019). Índice de envelhecimento (projeções 2018–2080) por Local de residência (NUTS - 2013) e cenário: Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010030&xiang=pt&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística (2022). Censos 2021. XVI Recenseamento Geral da População. VI Recenseamento Geral da Habitação - Resultados definitivos. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/65586079>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas Demográficas: 2023*. Instituto Nacional de Estatística. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Limiar de risco de pobreza (€)*: Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004218&xiang=pt&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2024a). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2022-2024: Esperança média de vida à idade x - ex (Metodologia 2007 - Anos) por Sexo e Idade: Anual. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004157&xiang=pt&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2024b). Pensões e participação no mercado de trabalho – módulo regular do inquérito ao emprego 2023. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=665724708&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2024c). Estimativas anuais da população residente: População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2024), Sexo e Grupo etário; Anual https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012918&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2

Instituto Nacional de Estatística. (2025). Estimativas de população residente em Portugal 2024. Instituto Nacional de Estatística. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=733216006&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2025a). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - Agenda 2030. Indicadores para Portugal 2015-2024. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/66324353>

Machado, F. L. (2012). Introdução. Em F. L. Machado (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo* (n.º 10, pp.13-26) Lisboa: A CIDI.

Mauritti, R. (2011). *Viver só: mudança social e estilos de vida*. Mundos Sociais.

Regnier, V. (2002) *Design for Assisted Living: Guidelines for Housing the Physically and Mentally Frail*. New Jersey, John Wiley & Sons.

Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. (2025). Reavaliação do envelhecimento demográfico perante a maior longevidade populacional. *RIAGE - Revista Ibero-Americana De Gerontologia*, 7(7), 95-104. <https://doi.org/10.61415/riage.331>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (s.d.). *População + 65 Ação Social*. <https://scml.pt/acao-social/populacao-65/>

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. (2021). *Regulamento da Residência Assistida*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Santos, C.J., Henriques, A., Moreira, C. & Ribeiro, A.I. (2025). Housing Insecurity and Older Adults' Health and Well-Being in a Gentrifying City: Results from the EPIPorto Cohort Study. *J Urban Health* 102, 19–34. <https://doi.org/10.1007/s11524-024-00921-4>

Torres, A. (2001). *Sociologia do Casamento: a família e a questão feminina*. Celta Editora.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2009). *World population prospects: The 2008 revision*. United Nations.

Via Sénior. (2025, março). *3º Retrato das Residências Sénior em Portugal: Oferta, Preços e Desafios*.
<https://via-senior.com/3o-retrato-das-residencias-senior-em-portugal-oferta-precos-e-desafios/>

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. World Health Organization.

World Health Organization. (2015). *World report on Aging and health*. World Health Organization.

ANEXOS

Anexo A – Guião das entrevistas

Tópicos	Objetivos	Questões orientadoras
Início da narrativa de vida	Incentivar a narrativa, ativar memórias e criar uma linha de tempo	<ul style="list-style-type: none"> → Recorda-se da sua memória de infância mais antiga? → Como descreveria a sua juventude e vida adulta? → O que significa para si envelhecer?
Antes da residência assistida (RA) - adaptar as moradoras da RA Joaquim de Almeida	O quotidiano antes da RA*	<ul style="list-style-type: none"> → Onde residia antes de viver na residência assistida? → Como era o seu dia a dia? → Enfrentava dificuldades nessa altura? Que dificuldades enfrentava?
	Vulnerabilidade Social (acesso a serviços sociais e de saúde)	<ul style="list-style-type: none"> → Nessa altura, recebia algum tipo de apoio? Que apoios recebia? → Tinha acesso a cuidados de saúde, caso necessitasse? → Em que momento percebeu que a assistência que recebia era insuficiente para enfrentar as dificuldades que surgiam?
	Vulnerabilidade Social (redes sociais e participação social)	<ul style="list-style-type: none"> → Nessa altura, recebia apoio por parte de familiares/amigos/vizinhos? → No seu dia a dia, participava em alguma atividade? → Existiram momentos em que se sentiu isolado/a e sozinho/a? Como lidava com esses sentimentos?
Transição	Processo de transição	<ul style="list-style-type: none"> → Como surgiu a oportunidade de vir morar para a residência? → O que mudou desde que vive na residência? Como descreve o seu dia a dia?
Viver na residência assistida (RA)	Envelhecimento Ativo Saúde	<ul style="list-style-type: none"> → Sente o apoio necessário desde que vive na residência? Que tipo de apoios recebe? → Possui acesso à assistência necessária ao estado da sua saúde? Que tipo de apoio? → Considera que as atividades que realiza o/a ajudam a manter-se ativo/a física e psicologicamente? De que forma?
	Envelhecimento Ativo Participação social	<ul style="list-style-type: none"> → Que atividades costuma realizar desde que vive na residência? → Como descreve a convivência com os outros residentes e utentes do centro de dia? → Mantém contacto com os seus familiares e amigos? → Recebe visitas? De quem?
	Envelhecimento Ativo Segurança	<ul style="list-style-type: none"> → Sente-se mais acompanhado/a e integrado/a desde que vive aqui? → Sente que reside num ambiente seguro e tranquilo? → Possui autonomia e independência suficientes para tomar as decisões do seu dia a dia?
Envelhecer na RA	Perceção acerca do envelhecimento na RA	<ul style="list-style-type: none"> → Como é envelhecer aqui? → O que considera mais positivo nesta experiência? E mais negativo?
Fim da narrativa	Reflexão sobre a institucionalização tradicional	<ul style="list-style-type: none"> → O que pensa sobre viver num Lar de idosos? Como imagina que seria essa experiência?

*RA: Residência Assistida

Anexo B – Grelha de observação

Residência assistida:	Grelha de observação n.º ____
Questão orientadora: De que modo a residência assistida, enquanto resposta social, pode ser considerada uma solução habitacional que contribui para o envelhecimento ativo dos seniores, especialmente daqueles que enfrentam situações de vulnerabilidade social?	
Local	
Data	
Hora/Duração da obs.	
Expectativas iniciais	
Apresentação e localização do ponto de observação	
Descrição da área observada (comum/individual, tipologia, decoração)	
Ambiente interior (temperatura, luminosidade, etc.) e exterior	
Descrição dos autores sociais que utilizam o espaço	
Atividades desenvolvidas no local	
Núcleos de interação observados	
Normas observadas no local	
Observação no âmbito do EA (saúde, segurança e participação)	
Vulnerabilidades sociais observadas no local	
Descrição das (inter)ações (gestos, expressões verbais/não verbais)	
Comentários e reflexões no decurso da observação	
Comentários, reações e dificuldades da observação	
Palavras-chave	Envelhecimento; vulnerabilidade social; residência assistida; envelhecimento ativo

Anexo C – Consentimento informado

Informação aos Participantes

Dissertação de Mestrado em Sociologia
Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Responsável: Carla Guerra
Orientador: Rodrigo Vieira de Assis

Instituição de acolhimento:

Objetivo do estudo

Compreender de que modo a residência assistida pode ser compreendida como uma solução habitacional promotora do envelhecimento ativo, especialmente entre pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social.

Contributos do estudo:

Os resultados desta investigação poderão contribuir para fundamentar propostas de adaptação, expansão e qualificação das residências assistidas, ao fornecer dados empíricos sobre o impacto deste modelo habitacional no envelhecimento ativo e na mitigação da vulnerabilidade social vivenciada pelas pessoas com mais de 65 anos de idade, promovendo a qualidade de vida deste segmento da população.

Participantes

Os residentes serão os participantes deste estudo caso.

Procedimento

Será realizada uma entrevista individual, com duração aproximada de 30-40 minutos em local e horário acordados previamente. **A entrevista será gravada em áudio, com o consentimento dos participantes recolhido oralmente.** Posteriormente, esta entrevista será transcrita para análise. As entrevistas serão conduzidas com absoluto respeito pelas normas vigentes e pela privacidade dos residentes.

Diretrizes éticas e de confidencialidade

Todas as informações recolhidas serão tratadas com a devida confidencialidade. Os dados serão utilizados unicamente para fins académicos e de produção científica. Será utilizado um nome fictício para proteger a identidade do participante, garantindo o seu anonimato.

Direitos do participante

A participação neste estudo é totalmente voluntária;
O participante poderá recusar-se a responder a qualquer pergunta;
O participante pode retirar-se do estudo em qualquer momento, sem qualquer consequência.

Anexo D – Grelhas de análise

Grelha de análise 1 - Trajetórias e contextos de vulnerabilidade social

Categorias Participantes	Trajetórias e contextos de vulnerabilidade social						
	Trajetórias de vida			Vulnerabilidade social			
	Infância e juventude	Vida adulta	Envelhecimento e Velhice	Condições habitacionais	Redes de apoio (in)formal	Recursos financeiros	Condição de saúde e acesso a cuidados
E1. Antónia; 85; Barreiro (Portugal); ensino Secundário, solteira; escriturária (Reformada); vive há 5 meses numa RA* individual	Recorda a infância com nostalgia Afeto familiar: "chamavam-me boneca de cera" Filha única, criada após a morte do pai (20 anos) "Nunca fomos ricos, mas não tinhas problemas financeiros."	Solteira/sem filhos Começa a trabalhar aos 21 anos, como escrituraria Despedimento aos 53 anos (recebeu indemnização) Desemprego depois dos 53 anos: "Nunca mais trabalhei. Nunca mais arranjei emprego."	Vive a velhice como mais uma fase da vida "Envelhecer? Ah, eu Aceito bem isso. Eu quero é ter pernas e cabeça." Aceita as suas limitações com naturalidade/ vontade de adaptação	Apartamento há mais de 50 anos "Pagava uma renda antiga (...)" (100€) Sozinha desde a morte da mãe "(...) habituei-me a viver sozinha (...)" Insegurança "Fui assaltada duas vezes (...)"	Começou a frequentar o Centro de Dia da RA há dois anos – para refeições e convívio Apoio de uma amiga para o transporte "das compras mais pesadas." "Se eu precisasse, quem é que me levava a um hospital? Quem é que me arranjava um Lar? Não tenho ninguém."	"Fazia uma vida muito económica." "Não tenho bens ao luar." Aproveitava as atividades gratuitas (teatro, concertos)	Problemas respiratórios e "maleitas" físicas Apesar disso mantém-se muito funcional "Eu estou toda partida. [Mas] fazia ginástica três vezes por semana. Eu fazia a minha vida normal." Possui médico de família até hoje
E2. Beatriz; 89; Aljezur (Portugal); ensino primário; solteira; modista; vive há 4 anos numa RA individual - a sua primeira RA	Criada com a avó no meio rural – família humilde "A minha mãe foi para a cidade trabalhar."	Formou-se em costureira de alfaiate (única profissão) Reformada aos 40 anos por invalidez	Apenas "sente" a idade cronológica pelos seus problemas de saúde "Eu olho para o espelho e não me	Residia sozinha numa casa alugada sem condições "Não tinha casa de banho. Tinha uma chaminé que não podia cozinhá porque	Sem filhos, apenas familiares distantes "A minha família (...) não me podia ajudar. E eu também não os queria sobreregar." Ajuda pontual	Poucos recursos económicos "Tinha só a minha reforma." [800€] "Tinha muitas dificuldades."	Estado de saúde agravado pelas limitações físicas "Tenho uma prótese em cada anca (...)" A coluna também (...) ficou deformada."

*RA: Residência Assistida

foi a Joaquim de Almeida durante 4 anos (8 anos de RA no total)	<i>"Fui trabalhar para (...) para o arroz (...) um trabalho muito custoso." [16 anos]</i>	<i>"Trabalhava com um ferro de cinco quilos."</i> Nunca casou nem teve filhos	<i>sinto com a idade que tenho (...)"</i> <i>"As dores que eu tenho...isso é que me incomoda muito."</i>	<i>caía terra (...), apareciam lá baratas, [e] ratos às vezes."</i> Pagava 600€ de reda mensal	<i>"Tive uma amiga que me ajudou na altura das operações."</i> <i>"Os vizinhos, [faziam] a vida deles e prontos."</i>	<i>"Não tinha dinheiro para arranjar [a casa]."</i>	Possui médica de família e "(...) fazia consultas de rotina (...)"
E3. Benedicta; 86; Lisboa (Portugal); ensino primário, divorciada; costureira (reformada), vive há 2 anos numa RA dupla	Infância em contexto de pobreza, na Madragoa – com brincadeiras de rua. Devido à situação financeira dos pais foi criada por tios. Começou a trabalhar aos 15 anos	Trabalhou mais de 40 anos na mesma fábrica de costura Mora há mais de 60 anos na freguesia do Centro Comunitário Vale Flores Divorciada, criou os seus 3 filhos Reformou-se aos 62 anos, depois de estar desempregada	Atitude natural diferente da que tinha quando era mais jovem <i>"nunca esperei chegar a esta idade" [porque] sempre tive muita pena da velhice."</i> Aceitação, <i>"Eu não penso muito no envelhecimento. É um dia de cada vez."</i>	Casa degradada, sem condições habitacionais Ausência de obras há mais de 50 anos Pagava somente 10 euros de renda ("renda antiga")	Inscrita no Centro de Dia da RA para refeições e atividades Contacto familiares à distância Os filhos vivem nas suas "vidas", <i>"Os meus filhos casaram. Cada um foi para a sua casa."</i> Pertença à freguesia do Centro Comunitário Vale Flores	Possui apenas a sua reforma Não refere dificuldades financeiras, mas valoriza o acesso gratuito às refeições e serviços da residência.	Saudável embora "(...) sou saudável" "maleitas habituais da velhice." Tem médica de família e sempre teve acesso a cuidados de saúde necessárias
E4. Fátima; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico; divorciada; rececionista; reformada; vive há 19 anos em RA (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4	Memórias muito boas e outras muito más Infância em ambiente familiar, mas uma juventude marcada pela perda da mãe	Casou 19 anos Rececionista de uma clínica médica Renunciou a sua vida profissional para ser cuidadora com 32 anos <i>"Deixei de trabalhar para ela [filha]"</i>	A velhice significa a perda da independência e vitalidade <i>"As palavras-chave da minha vida são a liberdade e a independência. (...) envelhecer é perder tudo isso."</i>	Aos 68 anos de idade residia numa tenda, num parque de campismo <i>"No verão era uma maravilha. Mas no inverno aquela humidade escorria pela</i>	<i>"A assistente social dava-me todos os meses uma importância"</i> Relação próxima com o núcleo familiar mais próximo: uma filha e 3 netos. Também enfrentavam	Recursos financeiros limitados – depende da pensão de velhice e do Complemento Solidário para Idosos Beneficiava de um apoio mensal da SCML	Tem médico de família e acesso ao hospital caso necessite Alguns problemas com a estrutura óssea e articulações devido à modo de habitação

anos na atual RA)	aos 16 anos de idade <i>"Foi a maior perda da minha vida. Andei dois anos no psicólogo."</i>	Vivencia de situações difíceis: divórcio, doença da filha e morte do genro	<i>"(...) tenho mais medo da velhice do que da morte."</i>	<i>tenda. Os ossinhos não aguentavam."</i>	dificuldades financeiras <i>"(...) pouco podiam fazer (...)"</i>	Mesmo assim a soma destes apoios não chegava aos 600 euros	<i>"Comecei a ficar mal dos ossos."</i>
E5. Gaspar; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico: viúvo, distribuidor (reformado); vive numa RA individual há 2 anos	Filho único, recorda-se de passear com o seu pai em pequenino – em Lisboa Começou a trabalhar bastante novo 16 anos juventude a trabalhar	Várias profissões (distribuidor), Reforma aos 62 anos Casou-se, mas ficou viúvo há 5 anos Viveu sempre sozinho depois da morte da mulher A sua companhia é o seu animal de estimação – um cão	Envelhecer é esquecer-se o do que se aprendeu Citação da autoria de Selma Lagerlöf (1958-1920) – escritora sueca <i>"Cultura é o que nos resta quando esquecemos do que aprendemos."</i>	Vivia sozinho; sem condições habitacionais <i>"A casa era muito velha, mas o pior era as janelas. (...) Rapei muito frio"</i> O senhorio pediu para os arrendatários saírem <i>"(...) o senhorio ia vender o prédio (...)"</i>	Sem rede familiar nem amigos e/ou vizinhos <i>"Não tenho praticamente ninguém."</i> <i>"Estava sozinho. Desde que a minha mulher morreu."</i> Fala do seu animal de estimação como a sua única companhia <i>"Vivia com o cão."</i>	Reforma reduzida Apoio formal: <i>"[A SCML] fazia uma transferência. Para ajudar a pagar a renda. Se não fosse isso, também não conseguia comer. A minha reforma não dava para tudo."</i>	Menciona problemas musculares recentes Possui médico de família Toma medicação regularmente Surdez que foi piorando com o avançar da idade
E6. Henrique; 77; Porto (Portugal); ensino básico; divorciado; vive numa RA dupla há 6 meses.	Ambiente familiar Meio privilegiado o "burguês" Educação de qualidade <i>"Tinham boas</i>	Vida adulta marcada por alguma instabilidade e por alguns altos e baixos - após o pai falar Divórcio da mãe da única filha	Associa o envelhecimento à perda, falta de saúde e à solidão <i>A [falta de] saúde que nos põe velhos."</i>	Vivia num quarto arrendado (habitação precária e com desconhecidos) <i>"Os colegas dos outros quartos não ajudavam nada. (...). Só</i>	Relação de proximidade com a filha e netos – apesar desta ter a sua vida e família <i>"tinham a vida deles"</i> <i>"A minha filha mora ao fim da rua."</i>	Reforma insuficiente <i>"Se não fosse a SCML eu não aguentava"</i> Recebi algum apoio económico da filha	Problema auditivo grave desde muito novo – 5 anos – o que impacta o seu bem-estar e integração social <i>"[A surdez] dá cabo de muita</i>

	<p><i>possibilidades financeiras.</i>"</p> <p>Relações sociais privilegiadas "Conheci muitos amigos... alguns eram da monarquia."</p> <p>Vulnerabilidade auditiva (5 anos)</p>	<p><i>"O casamento desequilibrou"</i></p> <p>Emprego familiar papelaria</p> <p>Várias viagens pela europa</p>	<p><i>[todos foram] embora, [morreram]"</i></p> <p>O segredo está no bem-estar emocional <i>"Tudo tem a ver com as nossas emoções."</i></p>	<p>sujavam tudo. Era muito chato."</p> <p>A SCML apoava através do pagamento de uma parte da renda</p>	<p><i>"Ela está a trabalhar, tem vida dela. [...]</i></p> <p><i>Combinamos ao sábado."</i></p> <p>Isolamento (não o percebiam, eram sempre diferentes)</p>	<p><i>"A minha filha dava sempre algum jeito em dinheiro (...)"</i></p>	<p><i>gente. [...] Fico com problemas psicológicos."</i></p> <p>Ansiedade devido a dificuldades auditivas desde os seus 5 anos levaram-no ao tabagismo</p>
E7. Nuno; 66; Cuanza Sul (Angola); ensino primário; solteiro; reformado; vive numa RA dupla há 2 anos	<p>Viveu uma infância feliz em Angola</p> <p>Abandonou o país em 1974 (15 anos) seu país devido à guerra <i>"A maior tristeza foi ter de abandonar o meu país."</i></p> <p>Nasceu de um relacionamento extraconjugal – o pai (homem influente) não o registou como seu filho</p> <p>Foi criado pelos seus padrinhos em Lisboa</p>	<p>Ingressou no mundo do futebol aos 18 anos - futebolista profissional</p> <p>Reforma precoce aos 39 anos - problemas de saúde</p> <p>Tirou um curso de jardinagem depois de reformado – reforma insuficiente</p>	<p>Envelhecimento associado a limitações físicas devido a lesões do futebol e problemas de saúde – próteses, hérnias, obesidade)</p> <p>Frustração por envelhecer com tantos problemas de saúde <i>"Não estava à espera de ter estas complicações tão novo."</i></p>	<p>Vivia <i>"de favor"</i> em casa de familiares (padrinhos)</p> <p>Sozinho depois destes morrem</p> <p>Isolamento <i>"Fiquei dois dias desmaiado (...) em casa (...) no chão."</i></p> <p><i>"Fui encontrado pelas funcionárias da SCML."</i></p>	<p>Tem dois filhos, mas não existe contacto – são vendedores ambulantes em Castelo Branco</p> <p>Frequentava uma Associação de Solidariedade Social e tinha apoio domiciliário pela SCML</p>	<p>Vivia com baixo rendimento – insuficiente para as necessidades básicas, apesar de não pagar renda</p> <p><i>"A reforma era para aí cento e tal euros, quase 200€."</i></p> <p>Antes das suas limitações, devido à reforma insuficiente trabalhou como jardineiro – até ficar pior</p>	<p>Problemas de saúde diversos: próteses, hérnias, obesidade</p> <p>Alguns deles começaram com a sua carreira de futebolista (problemas nos joelhos)</p>

E8. Manuel; 65; Lisboa (Portugal), ensino primário, solteiro, desempregado; vive numa residência dupla há 5 meses	Começou a trabalhar aos 11 anos (na horta) Desvalorização escolar Infância simples e solidária – profissão do pai (guarda-florestal) "Quando morávamos na mata era só agente naquela zona."	Trabalhou como pintor a vida toda Instabilidade laboral "Havia mais trabalho no verão." Tem irmãos, é o mais novo, mas quando perdeu os seus pais viveu grande parte da sua vida adulta sozinho Tem uma filha	Encara o envelhecimento como uma fase natural da vida "É a vida! É normal." Distancia-se dos restantes residentes: "Eles são velhotes..."	Vivia num quarto alugado que "(...) não tinha condições (...)" Tinha colegas de quarto: uns saiam outros entram	Os pais morreram, os irmãos estão afastados "Tenho só uma miúda com 25 anos... de vez em quando [falamos]. Cada um faz a sua vida"	Situação económica vulnerável SCML ajudava com o pagamento da renda do quarto Vive do Rendimento social de inserção Desempregado, trabalhos ocasionais de pintor e segurança nas passadeiras, pela Junta de Freguesia do seu antigo Bairro	Não tem nenhuma doença, limitações físicas, amputação de um dedo da mão "Fiz uma operação e fiquei sem um dedo." Sem apoio médico ajuda médica informal "Quando tinha problemas de saúde falava com pessoas conhecidas."
E.9 Olga; 85; Huambo (Angola); ensino superior, solteira, vive há 19 anos em RA; (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4 anos na atual RA)	Disciplina e educação privilegiada Criada num colégio de freiras francesas após a morte da sua mãe (2 anos) Filha de um membro do governo Estado Novo Orgulho familiar	Licenciada em Mineralogia Trabalhou internacionalmente (Angola e Brasil) Qualificada, percurso profissional relevante Viveu no Brasil, muito tempo, veio para Portugal para cuidar do pai	Não vivencia o envelhecimento de forma marcante, mencionando que nem o sentiu chegar "Eu nem senti o envelhecimento, andei sempre de um lado e para o outro."	Sem habitação quando regressa a Portugal (viveu grande parte da sua vida no Brasil)	A família existe está ausente Sem apoio formal "Não tenho para onde ir. (...) Os meus familiares também agora... cada um está na sua vida."	Todo o seu património está no Brasil, onde tem condições economicamente confortáveis, "É lá [no Brasil] que tenho o meu património. Nunca me faltou dinheiro." Em Portugal, não tinha habitação e passou a depender de uma pensão reduzida, mantendo a expectativa de regressar ao Brasil	Não possui doenças crónicas nem problemas de saúde graves Tem uma mobilidade reduzida pela idade e por algumas quedas

Grelha de análise 2 - Transição e vivência na residência assistida

Transição e vivência na residência assistida						
Categorias Participantes	Processo de transição		Descrições do quotidiano			
	Decisão	Adaptação	Rotinas quotidianas	Utilização dos serviços	Contextos de interação	Apropriação dos espaços físicos
E1. Antónia; 85; Barreiro (Portugal); ensino Secundário, solteira; escriturária (Reformada); vive há 5 meses numa RA* individual	Surgiu uma vaga na residência assistida – ficou de ponderar Apesar de gostar de viver sozinha questiona-se: “ <i>Não tenho ninguém. Depois quem é que me ajudava?</i> ” “ <i>queria envelhecer com qualidade.</i> ”	Mostra-se satisfeita com a sua escolha Sente-se “ <i>muito mais entretida</i> ” e menos isolada Revela adaptação “ <i>(...) não tenho saudades da minha casinha. Não tenho tempo para pensar.</i> ”	Rotina organizada – sai da RA às 9h30 todos dias, para os espaços comuns Refere estar sempre bastante ocupada “ <i>Elas [profissionais da instituição] põem-me em tanta coisa que eu não sei.</i> ”	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) Valoriza estes recursos por não sair para essas tarefas	Refere pouca interação entre residentes, sobretudo com os homens “ <i>porque eles não fazem atividades quase nem humanas.</i> ” Maior convivência com os utentes do Centro de Dia inscritos nas mesmas atividades realiza Valoriza a presença dos profissionais	Utiliza diariamente as áreas comuns Refere-se à sua RA de forma positiva como se estivesse no seu domicílio privado A sua residência é a única que esta personalizada porque trouxe algumas “traquitanas”
E2. Beatriz; 89; Aljezur (Portugal); ensino primário; solteira; modista; vive há 4 anos numa RA individual - a sua primeira RA foi a Joaquim de Almeida durante 4 anos (8 anos de RA no total)	“ <i>A casa era velha e eu não tinha dinheiro para arranjar. (...) Eu não me sentia bem. Estava muito doente.</i> ” Pediu apoio à SCML “ <i>Falei com as senhoras [da SCML]. Tiveram pena de mim e</i>	Revela adaptação e tranquilidade “ <i>(...) aqui temos um envelhecimento muito tranquilo.</i> ” Valoriza muito a sua RA individual, já que na RA anterior partilhava o apartamento e o WC “ <i>Aqui é muito melhor. Cada</i>	Rotina adaptada às suas capacidades motoras Acorda cedo, realiza movimentos de ginástica por sua iniciativa, toma todas as refeições no refeitório “ <i>Vejo televisão ou leo.</i> ” (no seu apartamento)	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) “ <i>Não, não tenho necessidade de cozinhar.</i> ”	Relaciona-se muito bem com os profissionais da instituição “ <i>As funcionárias são boas pessoas.</i> ” (...) “ <i>São muito queridas para mim.</i> ” Mantém boas relações com os outros residentes, principalmente com os que vieram da outra RA “ <i>Eu dou-me bem com todos. Especialmente</i>	Valoriza estar integrada num espaço adequado às suas necessidades, revelando uma apropriação afetiva “ <i>Sabe tão bem ter a minha casinha, e ainda ter condições de vida.</i> ”

*RA: Residência Assistida

	<i>arranjaram-me para a Joaquim de Almeida.”</i>	<i>residência tem uma casa de banho.” “Aqui estou muito bem.”</i>			<i>com os que vieram lá da residência [Joaquim de Almeida].”</i>	
E3. Benedita; 86; Lisboa (Portugal); ensino primário, divorciada; costureira (reformada), vive há 2 anos numa RA dupla	A decisão “ <i>Foi num abrir e fechar de olhos</i> ” [porque] <i>sabiam das minhas condições.</i> ” Já estava na lista de espera	Já conhecia alguns utentes do Centro de Dia Possibilidade de continuar na sua comunidade. <i>“Fiquei...muito contente de poder continuar a viver na freguesia.”</i>	Participa ativamente nas atividades em que está inscrita no Centro de Dia Sai para passeios, compras e para pequenas caminhadas por pela freguesia	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições)	Relações de proximidade com todos: residentes, utentes e profissionais Conhece muitos utentes que frequentam o Centro e Dia – Valoriza o convívio	A proximidade com os meios de transporte públicos com espaços comuns do bairro Partilha o apartamento com outra senhora, com quem estabeleceu regras funcionais de convivência: assistem televisão em dias alternados <i>“(...) hoje é o meu dia de ver televisão (...) de escolher o que quero ver”</i>
E4. Fátima; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico; divorciada; rececionista; reformada; vive há 19 anos em RA (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4 anos na atual RA)	Através da televisão soube da existência da 1.º RA (Joaquim de Almeida) e falou com a assistente social <i>“Fui ter com a assistente social.”</i> <i>“E se havia esta oportunidade, eu não podia perder.”</i>	A sua adaptação na 1.º RA foi bastante fácil “ <i>porque eram só 10 ou 12 pessoas</i> ” <i>“Disseram: Vão para uma mansão! E foi mesmo. Estou bem aqui, na minha casa.”</i> <i>“E tenho uma casa de banho só para mim”</i>	Valoriza a realização de atividades de forma independente Cozinha na RA, limpa, lê e sai para fazer algumas compras <i>“Fazemos tudo e mais alguma coisa. Lavo a minha roupa, faço a minha comida.”</i>	Apesar do acesso ao refeitório, lavandaria opta por cozinhar a sua própria comida e lavar as suas roupas <i>“(...) normalmente faço a minha comida. (...) não me adaptei à comida.”</i>	Mantém a convivência com residentes, utentes do Centro de Dia e profissionais da instituição, mas prefere estar no apartamento sozinha <i>“Dou-me bem com todos. Convivo quando os vejo por aí. Mas, ir ao Centro de Dia? Para quê? Tenho televisão aqui, tenho os meus livros.”</i>	Valoriza bastante sua RA <i>“A vista é maravilhosa. E tem uma boa casa de banho só para mim.”</i> Aspetos menos positivos relacionados com a estrutura do equipamento – a RA fica num piso superior <i>“A única coisa que não me deixa segura são os elevadores. (...) [já] fiquei presa.”</i>

E5. Gaspar; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico: viúvo, distribuidor (reformado); vive numa RA individual há 2 anos	Não procurou a RA, mas foi uma solução habitacional sugerida pela assistente social responsável pelo seu processo na SCML <i>“(...) Foi uma assistente social [...] que encontrou esta residência.”</i>	<i>“Estou bem aqui!</i> <i>“(...) não tenho mais que me preocupar com a casa, nem com a comida.”</i> <i>Pode levar o seu animal de estimação</i> <i>“E pude trazer o Rocky [o cão] ...também, não tem mais ninguém também.”</i>	Atividades solitárias <i>Deslocação para a fisioterapia e para passear o cão</i> <i>“Vou passear o Rocky (...) quatro vezes por dia.”</i> <i>“Faço fisioterapia todos os dias, que leva pelo menos três horas.”</i> <i>Lazer: “Entretenho-me com a televisão, com o computador.”</i>	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) <i>“Tenho as refeições, a limpeza do quarto, da roupa.”</i> <i>“Faço as refeições todas lá em baixo [no refeitório].”</i>	Refere uma vivência mais solitária <i>“Conheço-os, e eles conhecem-me a mim. Comemos juntos na mesma mesa e tudo. Mas convivência assim não há grande coisa”</i> <i>Importância da existência de uma rede de sociabilidade</i> <i>“Aqui não vivo sozinho. Quer dizer, nesta casa vivo sozinho. Mas com muitos vizinhos.”</i>	Valoriza o ambiente físico da residência <i>Gosta do seu apartamento que só divide com o cão</i> <i>Refere pouco espaço de arrumação na RA para quem deixou para trás uma casa com mais móveis, porque tinha muita coisa</i> <i>“O que não é tão bom é que não há armários suficientes para colocar roupa.”</i>
E6. Henrique; 77; Porto (Portugal); ensino básico; divorciado; vive numa RA dupla há 6 meses.	Existiram algumas reuniões por parte da SCML, mas não existiam vagas Quando surgiu uma vaga, telefonaram a comunicar: <i>“Não pague a renda”. “Vamos buscá-lo”. Assim! De repente.”</i>	Satisfação pela entrada na RA <i>“Eu até fiquei contente, fiquei contente. Aqui é tudo bom”</i> Compara com o seu contexto habitacional anterior <i>“Só dá valor quem já viveu num apartamento.”</i>	Rotina ativa – envolvimento dinâmico nas atividades coletivas <i>“Faço ginástica. À terça vem a professora de inglês. À quarta, Tai Chi. À quinta a zumba. À sexta é arteterapia.”</i>	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) <i>“Comer aqui (...) equilibra o organismo.”</i> <i>“Aqui eu quase que não faço nada, fazem tudo. É um grande alívio.”</i>	Boa convivência com os pares e utentes, e profissionais da instituição – dentro dos seus limites auditivos <i>“Dou-me bem com toda a gente. Mas se for em grupo, já é complicado. A minha audição não dá.”</i> Vive numa residência assistida dupla com Manuel: <i>“Para mim, o colega não é de confiança. [...] É um homem muito estranho.”</i>	Valoriza o espaço e ambiente da RA – comparando-o ao local onde habitava anteriormente <i>“O quarto é (...) bonito. É um apartamento.”</i> Utiliza os espaços comunitários em redor do Centro Comunitário Vale Flores para os seus passeios (Jardim, café local, etc.)

E7. Nuno; 66; Cuanza Sul (Angola); ensino primário; solteiro; reformado; vive numa RA dupla há 2 anos	A Associação de Solidariedade Social interveio após ter sido encontrado no chão Mudança repentina "Na segunda-feira vai à carrinha da Santa Casa, já tem colocação. É só arrumar as roupas que você gosta, que na residência há de tudo."	Adaptação progressiva – mas positiva "Nos primeiros dias a gente estranha. Mas depois adaptamo-nos." "Ali estou bem. Não vivo sob pressão." Tenho companhia. Tenho uma ocupação."	Participação nas atividades promovidas pelo centro "Faço atividades" Algumas atividades foram impostas (pela obesidade) Relata injustiça "Estou no quarto, ligam 'é para vir para baixo!', e os outros estão lá no quarto a fazer oó [dormir]."	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) "Nós aqui temos tudo. Roupa lavada. Comer. Não precisamos de fazer nada."	Relacionamento positivos com os outros residentes e utentes "Dou-me bem com toda a gente. Tenho o meu feitio... sou resmungão, pronto."	Utiliza todos os espaços interiores da RA – refeitório e sala de refeições para "No apartamento a única coisa que faço é um chá, uma torrada." Utiliza as salas do Centro de Dia para atividades Quando pode gosta de estar na RA
E8. Manuel; 65; Lisboa (Portugal), ensino primário, solteiro, desempregado; vive numa residência dupla há 5 meses	Procurou ajuda junto da SCML revelando consciência da vulnerabilidade vivenciada Sem alternativas "Estou aqui porque preciso, porque tenho falta de condições."	Uma integração marcada pela diferença geracional e pela monotonia no local – é o residente mais novo "Ali estou aqui é muito parado para mim... só é 80, 90 [anos]... eu sou tenho 65."	Quotidiano monótono "o dia aqui é...a gente almoça... deita- se...tomamos banho...e é isto." Não revela envolvimento nas atividades "A ginástica aqui para mim é fraquinha... não me puxa."	Utiliza todos os serviços disponibilizado pela RA (limpeza do apartamento, do tratamento de roupa e refeições) "O pequeno-almoço é às oito horas, o almoço ao meio-dia, lanche às quatro, jantar às seis e meia."	Respeita todos, mas não atribui muita relevância ao convívio na RA Igualmente com o seu colega de quarto (Henrique, algo que é recíproco) "Never me chateei com ele [companheiro de quarto], nem ele comigo."	Uso do espaço habitacional sem qualquer apropriação afetiva, até porque tem os restantes serviços disponíveis "uso o apartamento para dormir. Só...mais nada."

E.9 Olga; 85; Huambo (Angola); ensino superior, solteira, vive há 19 anos em RA; (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4 anos na atual RA)	<p>A entrada para a RA surge quando a entrevistada procurava ajuda à SCML por não ter onde ficar</p> <p>Por coincidência a SCML inaugura a primeira RA</p> <p>A entrada na RA surge por falta de alternativas habitacionais</p> <p><i>"Uma doutora da Santa Casa disse que me ia arranjar um apartamento. E fiquei lá [na primeira RA] até fechar."</i></p>	<p>Compara frequentemente a atual RA com a anterior – mostrando-se nostálgica</p> <p>Revela ausência do sentimento de pertença</p> <p><i>"Porque quando estávamos na Casa da Maia era só residência assistida."</i></p> <p><i>"Não tenho para onde ir. Então, tenho de aguentar aqui até morrer. E: Mas não se sente bem aqui? Olga: Sinto!"</i></p>	<p>Autonomia pessoal ativa, individualizada</p> <p>Não frequenta o Centro de Dia frequentemente, nem as atividades promovidas pelo equipamento</p> <p>A rua rotina inclui deslocações externas à igreja que frequenta</p>	<p>Utiliza somente alimentação e limpeza</p> <p>No seu apartamento realiza algumas tarefas domésticas como cozinhar algumas refeições e para a lavagem das roupas</p> <p><i>"A minha roupa sou eu que lavo."</i></p> <p><i>"Hoje fiz uma sopa de feijão."</i></p>	<p>Menciona conhecer todos os residentes, mas possui uma convivência quase inexistente</p> <p>Passa mais tempo no interior da RA do que nos espaços comuns</p>	<p>Revela frustração na falta de apropriação do espaço residencial</p> <p><i>"Perguntei onde é que eu ponho este quadro. [Disseram] não pode, não pode pregar nada na parede!"</i></p> <p>Sentia-se mais apropriada do espaço na RA anterior</p>
---	---	--	---	---	--	--

Grelha de análise 3 - Perceções sobre o envelhecimento na residência assistida

Categorias	Perceções sobre o envelhecimento na residência assistida					
	Envelhecer na residência assistida			Pilares do envelhecimento ativo		
	Aspetos positivos	Aspetos negativos	Versus o Lar de idosos	Saúde	Participação social	Segurança
E1. Antónia; 85; Barreiro (Portugal); ensino Secundário, solteira; escriturária (Reformada); vive há 5 meses numa RA* individual	Introduziu as suas rotinas “Envelhecer na residência? Eu faço o mesmo que fazia antes. Em casa, não é?” Mais tempo livre e “Estou a fazer coisas que nunca tinha feito. Um exemplo, nunca tinha feito teatro!”	Alimentação “Dão muito arroz nas refeições.” “Tenho sempre queijinho ali, um queijãozinho, um iogurte.” “Queijo e café tenho sempre.”	Será esse o desfecho “Se adoecer com uma doença grave, eu não fico aqui. Tenho de ir para um Lar de idosos.” Contudo revela-se tranquila “Quando eu não puder estar aqui elas [profissionais da instituição] arranjam-me um sítio para envelhecer e tratarem de mim.”	Mantém o acompanhamento médico “Vou duas vezes por ano ao psiquiatra. Toda a gente devia de ir.” Defende não possuir problemas de saúde graves, apesar das suas limitações	Participa ativamente nas diversas atividades do Centro de Dia “Gosto tanto de pintar a aguarela! É tão bonito!” “Faço trabalhos manuais... ajeito-me muito.” Menos isolada socialmente “Ando muito mais entretida. Eu estava sempre sozinha em casa.	Valoriza o apoio na manutenção da casa, que já não conseguia fazer em casa “Limpam-me as coisas e tratam da roupa.” Autonomia e independência “Faço a minha vida toda.” Segurança económica “Eu tenho a minha poupança da minha indemnização (...). E um dinheirinho que a minha mãe me deixou.”
E2. Beatriz; 89; Aljezur (Portugal); ensino primário; solteira; modista; vive há 4 anos numa RA individual - a sua primeira RA foi a Joaquim de Almeida durante 4 anos (8 anos de RA no total)	A RA um espaço que oferece tranquilidade na velhice, “Porque aqui temos um envelhecimento muito tranquilo.”	Alimentação “[A comida] podia ser mais variada. Mais variada e mais benfeitiinha.”	Valoriza o modelo de habitação na RA – não se revê num Lar de idosos. Mas está consciente que este modelo apenas se aplica a si enquanto mantiver a sua autonomia funcional “Enquanto eu puder, eu prefiro estar aqui”	Mantém a médica de família Apesar das limitações físicas leva a cabo as suas atividades diárias Mantém rotinas de exercícios que favorecem a estimulação cognitiva, “Faz	Contacto com família e recebe visitas na RA “Ainda esta semana esteve cá a minha prima.” “Às vezes, vou almoçar fora com os meus sobrinhos.” Integração social “Eu dou-me bem com todos.”	Autonomia e independência “(...) faço a minha vida normal. Organiza o seu tempo de forma independente “Vou fazendo as coisas que eu posso fazer.” Sente-se segura e tranquila “Estou muito segura. Temos o segurança de noite. Nunca estamos sozinhos.”

*RA: Residência Assistida

				<p><i>muito bem ler. Faz bem à cabeça! Ajuda a prevenir o Alzheimer.</i></p> <p><i>"Gosto muito de ler."</i></p> <p><i>"Depois do almoço, às vezes, jogo dominó."</i></p>	<p>Participa em algumas atividades respeitando as suas limitações físicas</p> <p><i>"Gosto muito de ler."</i></p> <p><i>"Depois do almoço, às vezes, jogo dominó."</i></p>	<p>A existência de uma habitação privada</p> <p><i>"Tenho a minha casinha."</i></p> <p>Segurança económica</p> <p><i>"Nem tenho necessidade de gastar dinheiro com comida."</i></p>
E3. Benedita; 86; Lisboa (Portugal); ensino primário, divorciada; costureira (reformada), vive há 2 anos numa RA dupla	Serviços disponíveis ao nível da limpeza <i>"Elas [auxiliares] ajudam na limpeza. [A roupa] vai para a lavandaria. E passar a ferro também."</i>	A RA sem aspectos negativos: <i>"Não noto em nada de negativo. Não. Só se for alguma coisa que não estou a ver agora."</i>	Surpresa positiva relativamente à RA, que contrasta com a institucionalização, <i>"Não pensei que fosse assim, uma coisa tão jeitosa. Pensava que ia ser como no hospital, muitas camas seguidas."</i>	Mantém a sua médica de família e os cuidados de saúde necessários	Extremamente ativa: ginástica, zumba, passeios, atividades manuais, etc. mantém o contacto com familiares (filhos e irmãs) à distância Envolvimento com o bairro onde se situa o Centro Comunitário Vale Flores	Sente-se segura e acompanhada <i>"há sempre gente" (...) há funcionárias e outros residentes."</i> Segurança económica. Tem por hábito fazer as suas <i>"compritas."</i>
E4. Fátima; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico; divorciada; rececionista; reformada; vive há 19 anos em RA (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4 anos na atual RA)	"A sua casa" como o elemento que mais valorizam- postura mais individualizada <i>"Eu gosto muito de estar aqui. Aqui, na minha casa."</i>	Desconforto relativamente à utilização dos elevadores, <i>"Já fiquei presa e tudo. Isto é muito chato."</i>	Rejeita por completo a ideia ser institucionalizada num Lar de idosos <i>"Eu antes queria a morte!"</i> <i>"[O Lar de idosos] é onde as pessoas vão para morrer."</i>	Apesar das limitações face ao seu estado de saúde, mantém a sua autonomia Mantém médico de família	Participação ativa, mas não participa muito nas atividades <i>"Eu gosto de ficar em casa."</i> Familiares mais próximos (filha e netos) visitam-na frequentemente na sua RA <i>"A minha filha e os meus netos vêm aqui visitar-me muitas vezes e às vezes ajudam-me."</i>	Reside num ambiente seguro – sobretudo na sua RA. <i>"Temos segurança, que já me ajudou uma vez"</i> <i>"Estou mais do que integrada."</i> Segurança financeira <i>"São mais ou menos 600 e tal euros por mês. Eu pago 300 e tal euros o que é bom, porque um quarto, até para os estudantes, é logo 600 euros."</i>

E5. Gaspar; 83; Lisboa (Portugal); ensino básico: viúvo, distribuidor (reformado); vive numa RA individual há 2 anos	Os serviços de apoio disponíveis “Aqui tratam da roupa, da alimentação.” Infraestruturas “Uma vez vieram-me trazer a comida ao apartamento porque o elevador avariou, e eu estava mal de um joelho e descer as escadas.”	Falta de cuidados de saúde, embora não enumere como um aspeto negativo “(...) devia haver mais cuidados de saúde aqui para quem precisa.” Infraestruturas “Uma vez vieram-me trazer a comida ao apartamento porque o elevador avariou, e eu estava mal de um joelho e descer as escadas.”	Tem consciência que a perda de autonomia implica a mudança para um Lar de idosos “Eu sei que as pessoas estão aqui até manter um nível de autonomia e assim. Depois lá teremos de ir para outro sítio.”	Problemas de saúde controlados (medição regular e fisioterapia) “Tenho medicamentos que tomo em permanência, mas à parte disso não tenho assim mais nada de grave.” Mantém médico de família Alguns problemas auditivos	Agora não consegue conciliar as atividades “Não posso ir porque é a hora que tenho fisioterapia.” “[Na] ginástica (...) não há lugar.” Vai passear o Rocky várias vezes ao dia Sem familiares. Menciona que não está sozinho, “Aqui tenho muitos vizinhos.”	Insegurança financeira “Nem tenho necessidade em comer noutro lugar. Até porque não posso não é. Eu pago, acho que é, 70% da pensão. Não sobra muito. Dá para comprar a ração do cão e levá-lo ao veterinário se for necessário.”
E6. Henrique; 77; Porto (Portugal); ensino básico; divorciado; vive numa RA dupla há 6 meses.	Segurança “Aqui estou bem. Dá para ver! Há sempre alguém para acudir.” A RA equiparado a um espaço hoteleiro, “Aqui vive-se bem. É quase como se fosse um hotel, digamos.” Defende a alimentação fornecida	Nada negativo “Aqui não tem nada negativo.”	Associa o Lar ao último recurso da vida “Isto não é um Lar. Foste para um Lar, a vida acaba!”	Mesmo sem assistência médica no local, valoriza a prontidão da equipa multidisciplinar, “Já fui para o hospital três vezes. Chamaram a ambulância e trataram de tudo.” “É a [falta de] saúde é que nos põe velhos.”	Envolvimento nas atividades promovidas pelo Centro de Dia e passeios exteriores “Faço ginástica, inglês, Tai Chi, zumba, arteterapia.” Mantém os laços familiares e afetivos com a sua filha e netos Apesar das suas limitações auditivas, esforça-se para ser estar socialmente incluído	Sente-se seguro e “Aqui estou seguro.” “Se no duche me sentir mal basta puxar um fio que está à volta da casa de banho. É uma grande vantagem.” Autonomia “Vou ao Jardim. Vou ao café. Vou onde quero e me apetece.” Insegurança financeira “Mas um aparelho novo é caro. Custa 1500€ ou 1600€. Tenho pena de não ter esse dinheiro de momento.”

	<p><i>“Aqui há pessoas que se queixam da comida. São esquisitas. Ou não sabem estimar, o que oferecem.”</i></p>			<p>Fala do impacto das emoções “Tudo tem a ver com as nossas emoções.”</p>	<p><i>“Dou-me melhor com uma pessoa só ou com duas. Se for em grupo, é complicado, a audição não dá.”</i></p>	<p><i>“Já falei com a diretora para ver se há algum apoio da parte da Santa Casa. A minha filha também disse que me ajudava (...).”</i></p>
E7. Nuno; 66; Cuanza Sul (Angola); ensino primário; solteiro; reformado; vive numa RA dupla há 2 anos	<p>Serviços disponíveis “Tem boas instalações.”</p> <p><i>“Estou aqui bem. Desde que tenha a roupa lavada e comer.”</i></p>	<p>Alimentação Refere Refeições pouco saborosas e pouco diferenciadas “O alimento não tem sal, não tem tempero. O nosso organismo também vai ficando cansado de ser sempre a mesma coisa.”</p>	<p>Falta de autonomia e liberdade “Os Lares têm mais regras do que aqui. Aqui podemos andar até à meia-noite. Nos Lares não.”</p>	<p>Problemas de saúde crónicos (obesidade) Mantem o médico de família Bem-estar emocional na RA “Aqui não vivo sob pressão.” Refere assistência sempre que necessário “Na minha primeira noite, a Diretora veio ter comigo porque fui para o hospital. Veio ver se estava bem.” E monitorização “As funcionárias dizem que tenho de beber muita água.”</p>	<p>Participa nas atividades coletivas – envolvimento participativo “Faço algumas atividades. [...] Tai Chi, inglês, formação de telemóveis, zumba.” Integração e participação social “Tenho companhia. Tenho uma ocupação.” Não recebe visitas, mas mantém contacto com amigos “Não recebo visitas. Falo com [amigos de infância] todos os dias.”</p>	<p>Segurança no local e suporte “Temos um fio [de emergência], temos segurança, temos tudo.” Autonomia “Podemos entrar às três da manhã, o porteiro abre-nos a porta.” Ambiente confortável “Tem boas instalações. Estou aqui bem.” Recursos financeiros insuficientes “Fico com 110, 120 [euros]. Isto aqui está muito a caro, principalmente a fruta. A futa está cara.”</p>

E8. Manuel; 65; Lisboa (Portugal), ensino primário, solteiro, desempregado; vive numa residência dupla há 5 meses	Autonomia e liberdade <i>“Podemos sair à vontade.”</i>	A localização da RA fora da sua comunidade <i>“Este não é o meu bairro.”</i>	Associa o Lar tradicional ao fim da independência e, até da morte <i>“o Lar é só para pessoas acamadas. Estão ali à espera da morte.”</i> Contraste com a experiência na RA <i>“Isto aqui não é um Lar. Isto é melhor que um Lar.”</i>	Após a entrada na RA passou a ter acesso a cuidados médicos devido à intervenção dos profissionais da instituição <i>“Se eu tenho alguma coisa telefonam logo para o médico.”</i>	Participação social ativa fora da RA mantendo os laços e sentimento de pertença à comunidade onde pertencia <i>“Vou lá quase todos os dias. Tenho lá os meus amigos.”</i> <i>“Este não é o meu bairro.”</i> Envolvimento reduzido nas atividades porque não se identifica com a oferta recreativa	Segurança física e material face à precariedade vivenciada anteriormente Autonomia <i>“Vou para onde quero! Tenho de estar é aqui a horas.”</i> Integrado <i>“Estou mais acompanhado e mais integrado aqui.”</i> Insegurança financeira Paga na RA metade do que recebe pelo Rendimento social de inserção [460€] <i>“Aqui é metade do que recebo, 230€.”</i>
E.9 Olga; 85; Huambo (Angola); ensino superior, solteira, vive há 19 anos em RA; (15 anos na RA Joaquim de Almeida e 4 anos na atual RA)	Sentimento de segurança - espaço protegido, <i>“Aqui é seguro, tem segurança.”</i>	Alimentação <i>“A comida não é grande coisa.”</i>	Não pondera a vivencia num Lar de idosos, pois apesar das suas queixas prefere viver na RA -enquanto possuir autonomia funcional, <i>“Enquanto eu posso ir fazendo as minhas coisas e a comida.”</i>	Práticas de autocuidado Aquisição de um aparelho [medidor de tensão] para controlar a sua pressão arterial Zela pela sua saúde e recusa a ideia de fragilidade <i>“Não tenho doença nenhuma, nem nada. Sou Rija”.</i>	A sua principal forma de participação é religiosa <i>“Dou aulas. E tomei conta de um armazém da igreja para onde vai a comida que as pessoas doam.”</i> Não participa nas atividades coletivas Não possui rede familiar, nem é visitada na RA <i>“Cada um está na sua vida.”</i>	Segura física, valoriza o vigilante <i>“Aqui é muito bom, é seguro, tem [um] segurança (...).”</i> Exprime vulnerabilidade económica face ao valor que sobra depois de pagar a RA <i>“Sobra pouco. Não dá para comprar muito. Fico com 50, 60, 80 euros.”</i>