

Viver o Envelhecimento: Como a dependência física e/ou cognitiva influencia os níveis de frustração emocional nos idosos em ERPI

Experiencing Aging: The Influence of Physical and/or Cognitive Dependence on Emotional Frustration Levels Among Elderly Residents in ERPI

DOI: https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi10.11612

Mariana Silvestre Martins¹

Hélia Bracons²

Vânia Santos³

Resumo

O presente artigo analisa a influência da dependência física e/ou cognitiva nos níveis de frustração emocional de idosos institucionalizados na Residência Sênior de Alvalade (ERPI). Desenvolvido no âmbito do Estágio IV e do Relatório Monográfico em Serviço Social, o estudo adotou uma abordagem qualitativa, recorrendo à aplicação de um questionário a 10 residentes e à observação direta e participante. Teve como objetivo compreender de que forma o grau de dependência influencia a frustração emocional, analisando a relação entre a perda de autonomia, a adaptação à institucionalização e o papel do assistente social na promoção do bem-estar. Os resultados evidenciam que a perda de autonomia constitui o principal fator associado à frustração emocional, verificando-se igualmente discrepâncias entre a perceção dos residentes acerca das suas capacidades e os dados obtidos através da observação. Conclui-se que as intervenções em Serviço Social centradas na promoção da autonomia, da participação ativa e de cuidados humanizados contribuem para a melhoria do bem-estar emocional dos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento; Dependência; Frustração Emocional; Institucionalização; Serviço Social; Pessoas Idosas.

Abstract

This article examines the influence of physical and/or cognitive dependence on the emotional frustration levels of older adults living in the Alvalade Nursing Home (ERPI). Developed within the framework of Social Work Internship IV and the Monographic Report, the study adopted a qualitative approach, using a questionnaire administered to 10 residents, complemented by direct and participant observation. The study aimed to understand how the degree of dependence influences emotional frustration by analysing the relationship between loss of autonomy, adaptation to institutionalisation, and the role of the social worker in promoting well-being. The findings indicate that loss of autonomy is the main factor associated with emotional frustration and reveal discrepancies between residents' perceptions of their own abilities and the data obtained through observation. The study concludes that Social Work interventions focused on promoting autonomy, active participation, and person-centred, humanised care contribute to improving the emotional well-being of institutionalised older adults.

Keywords: Ageing; Dependency; Emotional Frustration; Institutionalisation; Social Work; Older Adults.

¹ Estudante finalista da licenciatura em Serviço Social da Universidade Lusófona de Lisboa | mariana.martins0405@gmail.com

² Professora Associada no ISS da FCSEA | helia.bracons@ulusofona.pt

³ Diretora técnica e assistente social da Residência Sênior de Alvalade | rsalvalade@gmail.com

Introdução

A institucionalização, embora assegure cuidados, acompanhamento especializado e proteção, implica frequentemente alterações significativas na vida dos utentes, como a perda de autonomia, a diminuição da rede social e a adaptação a novas rotinas. Estas mudanças podem influenciar não só o funcionamento físico e cognitivo, mas também o bem-estar emocional dos idosos, tornando relevante a análise da forma como percecionam a sua condição e vivenciam o processo de envelhecimento na instituição.

Foi a partir da observação direta do quotidiano institucional, durante o estágio curricular de Serviço Social na Residência Sénior de Alvalade, no presente ano, que surgiu o interesse pela temática em estudo. O contacto diário e próximo com os utentes permitiu identificar que muitos apresentam diferentes níveis de dependência nas atividades da vida diária, condicionando a sua capacidade de realização autónoma de tarefas do quotidiano. Verificou-se igualmente que esta dependência se encontrava frequentemente associada a manifestações de frustração emocional, sugerindo a existência de uma relação entre o grau de dependência física e/ou cognitiva e os níveis de frustração emocional nos idosos institucionalizados.

A frustração surge, assim, como uma resposta emocional às limitações vivenciadas, podendo ser mais evidente em situações em que os utentes percecionam uma diminuição da sua capacidade de decisão e participação no quotidiano. Para além disso, a institucionalização pode reforçar este sentimento, ao implicar regras, rotinas e dependência de terceiros.

Importa, no entanto, considerar que nem todos os utentes expressam a frustração de forma evidente, podendo existir processos de adaptação ou até de resignação face à sua condição. Esta realidade torna ainda mais relevante a necessidade de uma análise cuidada e sensível às diferentes formas de vivência emocional.

Neste contexto, o presente estudo exploratório teve como objetivo geral compreender de que forma o grau de dependência física e/ou cognitiva influencia os níveis de frustração emocional dos idosos institucionalizados. Como objetivos específicos, procurou analisar as manifestações de frustração associadas à perda de autonomia, identificar o impacto desta na adaptação à vida institucional e compreender o papel do assistente social na promoção da autonomia, da participação ativa e do bem-estar dos residentes. Deste modo, pretendeu-se contribuir para uma melhor compreensão das necessidades desta população e

fundamentar intervenções em Serviço Social orientadas para o *empowerment*, a promoção da autonomia e da qualidade de vida em contexto institucional.

1. Principais problemáticas

O artigo incide sobre uma das problemáticas centrais identificadas durante o estágio na Residência Sênior de Alvalade, focando-se na articulação entre o envelhecimento, a dependência e a frustração emocional, dimensões indissociáveis na vivência das pessoas idosas institucionalizadas. Procura-se, assim, aprofundar os conceitos de envelhecimento e dependência com base em diferentes referenciais teóricos, bem como explorar o conceito de frustração emocional, com o objetivo de compreender as inter-relações entre estes fenómenos no contexto das ERPI.

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento, segundo Carvalho (2013) é um processo natural e inevitável da vida, caracterizado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se manifestam ao longo do tempo. Trata-se de um processo que varia significativamente consoante fatores individuais e contextuais, como o género, a classe social e o ambiente sociocultural. Carvalho (2013) salienta que, embora o envelhecimento seja frequentemente associado à perda de capacidades físicas e/ou cognitivas, este não pode ser interpretado apenas como um período de declínio, mas sim como uma fase de vida marcada por experiências acumuladas, aprendizagens, adaptação a novas situações e potencial para a participação ativa na sociedade.

Carvalho (2013) distingue diferentes tipos de envelhecimento como o envelhecimento biológico que envolve alterações fisiológicas resultantes do processo natural da senescência, o envelhecimento psicológico que resulta das transformações cognitivas e emocionais, incluindo a capacidade de adaptação às mudanças da vida e o desenvolvimento de estratégias para lidar com o stress e as perdas. O envelhecimento social que refere as mudanças no papel do idoso na sociedade, abrangendo a reforma, a participação em redes sociais e comunitárias e a perceção cultural da velhice. Do ponto de vista do Serviço Social, compreender estas diferentes dimensões do envelhecimento, é fundamental para o planeamento e uma intervenção adequada.

A abordagem deve centrar-se na valorização da autonomia, na promoção do

envelhecimento ativo e saudável, e no apoio às pessoas em situação de dependência, procurando minimizar a frustração emocional e o isolamento social. Assim, a intervenção social torna-se essencial para criar condições que permitam aos idosos viver com dignidade, segurança e participação plena na comunidade, respeitando assim as suas necessidades individuais e os seus contextos de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) define o Envelhecimento Ativo como um conceito centrado na qualidade de vida, que procura otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança à medida que as pessoas envelhecem. Este modelo rejeita a ideia de que a velhice é sinónimo de inatividade ou dependência, promovendo uma perspetiva positiva face ao envelhecimento (OMS, 2005). O modelo conceptual do Envelhecimento Ativo, estruturado originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), assentava em três pilares fundamentais: a saúde, a participação e a segurança. Contudo, em resposta à evolução demográfica e social, o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR, 2015) atualizou este marco integrando a aprendizagem ao longo da vida como uma quarta dimensão essencial. Assim o envelhecimento ativo passa a basear-se em quatro dimensões fundamentais tais como os estilos de vida saudáveis que incluem práticas de alimentação equilibrada, atividade física regular, cuidados preventivos e hábitos que favorecem a saúde física e mental, contribuindo para a autonomia e a funcionalidade na velhice. A participação social contínua, que incentiva o envolvimento em atividades culturais, recreativas, comunitárias e familiares, reforçando as redes de apoio social e promovendo os sentimentos de pertença e utilidade. O acesso a cuidados de saúde adequados, destaca a importância de serviços de saúde preventivos e curativos, adaptados às necessidades dos idosos, permitindo a deteção precoce de problemas, o acompanhamento regular e a gestão eficaz de doenças crónicas e a adaptação dos ambientes às necessidades dos idosos.

A implementação do envelhecimento ativo, tem implicações diretas para a intervenção social, isto porque exige uma abordagem integrada que considere não apenas a saúde e a funcionalidade física, mas também o bem-estar psicológico, a inclusão social e a participação comunitária dos idosos. Ao promover condições que permitam aos idosos viver de forma autónoma, segura e socialmente envolvida, este modelo contribui para reduzir a dependência, prevenir a frustração emocional e melhorar a qualidade de vida ao longo da velhice.

Simone de Beauvoir (1970) refere que o envelhecimento não é apenas uma questão biológica, mas sim uma construção social, isto é, não é só o corpo que envelhece, mas também é a forma como a sociedade vê e trata as pessoas idosas que define o que significa envelhecer. A autora defende que vivemos numa sociedade que valoriza a juventude, a produtividade e a aparência, e que, por isso, tende a excluir e a desvalorizar as pessoas idosas (Beauvoir, 1970). Esta visão social conduz para uma frustração emocional face à perda de capacidades, não apenas físicas, emocionais, mas também do seu lugar na sociedade. Assim, o envelhecimento acaba por ser vivido muitas vezes como uma fase de isolamento e perda do reconhecimento social (Beauvoir, 1970).

Quaresma e Ribeirinho (2016) analisam o envelhecimento como um fenómeno social e demográfico e não apenas um fenómeno biológico. Destaca ainda, que a idade cronológica não é suficiente para explicar a velhice, sendo necessário considerar os fatores sociais, culturais, económicos e ambientais que influenciam a qualidade de vida dos idosos.

A visão de Quaresma e Ribeirinho (2016) destaca a valorização da longevidade, defendendo o aumento da expectativa de vida, que não deve ser encarado como um dado estatístico ou uma conquista social, mas sim, algo que permite às pessoas idosas continuar a desenvolver a sua vida, manter as relações sociais, contribuir para a comunidade e desfrutar de autonomia e bem-estar, em vez de ser visto apenas como um período de declínio. As autoras defendem a diversidade dos percursos de vida de cada idoso, que não existe uma única forma de envelhecer, isto porque cada idoso tem experiências diferentes, moldadas por múltiplos fatores, como o contexto social, género, estado de saúde entre outros. Por isso a intervenção deve ser holística e orientada sob os direitos e potencialidade de cada idoso, garantindo que a velhice seja uma etapa da vida vivida com dignidade e bem-estar.

1.2. Dependência

A dependência, segundo Sequeira (2018), não é apenas a incapacidade de realizar as atividades de vida diária (AVD's), como a higienização, alimentação e mobilidade. Esta necessidade é o resultado da perda, temporária ou permanente, da autonomia física, cognitiva ou emocional.

A dependência é um fenómeno multidimensional, envolvendo não apenas

limitações físicas, mas também aspetos psicológicos e sociais, pelo que deve ser analisada numa perspetiva holística e relacional, isto é não basta olhar para as dificuldades físicas do idoso, mas também é necessário considerar a parte emocional do mesmo. Este tipo de visão permite compreender melhor as necessidades reais do idoso e planear intervenções que promovam autonomia, dignidade e qualidade de vida, em vez de focar apenas na limitação ou incapacidade do idoso.

Sequeira (2018) distingue vários tipos de dependência, como a dependência física, que dificulta ou incapacidade de realizar tarefas básicas, como alimentação, higiene ou mobilidade, a dependência cognitiva e a limitação das funções mentais, incluindo memória, raciocínio ou orientação, comum em idosos com demência, a dependência emocional, que é a necessidade de apoio afetivo, segurança e companhia, que está frequentemente associada a sentimentos de medo ou solidão e a dependência social que é a incapacidade de manter participação ativa na vida social ou comunitária, levando a isolamento ou dependência de instituições e redes formais de apoio.

Ribeiro (2012) diz que a dependência corresponde à necessidade que a pessoa tem de receber ajuda de terceiros para realizar atividades essenciais do quotidiano, devido a limitações resultantes de alterações físicas, cognitivas, emocionais ou sociais.

No contexto do envelhecimento, a dependência surge frequentemente como consequência do declínio das capacidades funcionais, que provoca dificuldades na execução de atividades básicas da vida diária, mas também nas atividades instrumentais. Para Ribeiro (2012), a dependência não deve ser entendida apenas como um estado de declínio, mas como uma condição multidimensional, isto porque, que envolve a interação entre fatores biológicos, psicológicos e contextuais. Assim, mais do que a perda de capacidades, a dependência traduz-se numa vulnerabilidade acrescida, que afeta a autonomia, a tomada de decisão e o controlo que a pessoa idosa exerce sobre a sua vida.

1.3. Frustração Emocional

A frustração emocional pode ser entendida como a resposta afetiva negativa que surge quando uma pessoa percebe que não consegue satisfazer as suas necessidades, desejos ou objetivos importantes.

No contexto do envelhecimento e da dependência, esta frustração refere-se especificamente ao impacto emocional que a perda de autonomia e capacidades

funcionais que acompanham a idade. Para o idoso, o sentimento de incapacidade de realizar as tarefas diárias que anteriormente faziam de forma independente, o que se manifesta através de sentimentos de tristeza, ansiedade, raiva, insegurança e diminuição da autoestima.

Segundo Sequeira (2018), a frustração emocional dos idosos não se limita apenas a uma reação momentânea, mas afeta a identidade e dignidade do idoso ao perceberem que as atividades que antes faziam de forma independente, já não o conseguem fazer.

1.4. Relação de Conceitos

A relação entre o envelhecimento e a dependência resulta do facto de, à medida que a pessoa envelhece, aumentar a sua vulnerabilidade em diferentes dimensões da vida, nomeadamente ao nível físico, cognitivo, emocional e social, tornando-se mais suscetível à necessidade de apoio para a realização das atividades da vida diária. Contudo, importa salientar que envelhecer não significa, necessariamente, tornar-se dependente.

A dependência surge quando a pessoa deixa de conseguir realizar determinadas tarefas de forma autónoma e passa a necessitar do apoio de terceiros, situação frequentemente associada à presença de doenças crónicas, fragilidade física ou alterações cognitivas. O modo como cada indivíduo envelhece é influenciado por múltiplos fatores, entre os quais se destacam os hábitos de vida, o suporte familiar e social, as condições socioeconómicas e o acesso aos cuidados de saúde. Pessoas que dispõem de melhores condições de vida e de redes de apoio mais sólidas tendem a experienciar um envelhecimento mais saudável e com maiores níveis de autonomia.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde defende o conceito de envelhecimento ativo como uma estratégia fundamental para prevenir ou retardar situações de dependência, promovendo a saúde, a participação e a segurança ao longo do processo de envelhecimento.

Por sua vez, Sequeira (2018) refere que a dependência não surge de forma súbita, mas antes através de um processo gradual e progressivo, que pode ser retardado através de intervenções adequadas e precoces.

De acordo com Ribeiro (2012), a dependência corresponde à necessidade de ajuda para a realização das atividades da vida diária, resultante de limitações físicas, cognitivas, emocionais ou sociais. No contexto do envelhecimento, a dependência pode comprometer

a autonomia, a capacidade de tomada de decisão e o controlo sobre a própria vida.

A relação entre a dependência e a frustração emocional emerge, frequentemente, da transição da autonomia para a necessidade de apoio, sendo este processo gerador de sentimentos de frustração nos idosos. Segundo Sequeira (2018), a perda da capacidade para realizar tarefas quotidianas ou participar em atividades sociais pode desencadear sentimentos de inutilidade, tristeza, ansiedade e diminuição da autoestima. Muitos idosos percecionam a dependência como uma perda de controlo sobre a própria vida, afetando negativamente o seu bem-estar emocional e a perceção de si próprios enquanto indivíduos autónomos.

A frustração emocional encontra-se, ainda, associada às representações sociais do envelhecimento e à valorização da independência e da produtividade nas sociedades contemporâneas, podendo contribuir para situações de isolamento social, sintomatologia depressiva e perda de motivação para a participação na vida quotidiana.

Neste contexto, a intervenção do Serviço Social e das equipas multidisciplinares assume particular relevância, na medida em que possibilita a reconstrução e valorização da autonomia possível, promove o suporte emocional e desenvolve estratégias que favorecem a adaptação, a participação e a inclusão social, mesmo perante limitações físicas ou cognitivas.

Deste modo, envelhecimento, dependência e frustração emocional constituem conceitos interligados e dinâmicos, cuja compreensão integrada é fundamental para o desenvolvimento de intervenções que promovam a autonomia, a dignidade e a qualidade de vida das pessoas idosas.

2. Metodologia

Atendendo aos objetivos da investigação e à necessidade de compreender as perceções, experiências e vivências dos participantes relativamente à autonomia, à dependência e ao bem-estar emocional em contexto institucional, optou-se por uma abordagem metodológica qualitativa com recurso a um questionário contendo questões fechadas e uma questão aberta, complementado pela observação participante. Para a recolha de dados recorreu-se à aplicação de um questionário, complementada pela observação direta e participante realizada ao longo do estágio curricular, permitindo uma compreensão mais aprofundada da realidade em estudo. O questionário foi composto por

um total de 14 perguntas. As primeiras 13 questões apresentaram uma estrutura fechada, encontrando-se metodologicamente divididas em quatro partes distintas. A primeira parte dedicou-se à caracterização sociodemográfica do inquirido. A segunda parte incidiu sobre a dependência física, englobando as perguntas 4 a 6, estruturadas em três dimensões específicas: a dependência na realização das atividades de vida diária (P4), o impacto emocional da dependência física (P5) e a percepção de autonomia após a institucionalização (P6). A terceira parte compreendeu as perguntas 7 a 9, direcionadas para a avaliação da dependência cognitiva através de três dimensões: as dificuldades cognitivas (P7), o impacto emocional da dependência cognitiva (P8) e a percepção do apoio profissional face a essa mesma dependência (P9). Por sua vez, a quarta parte abrangeu as perguntas 10 a 13, focadas na frustração emocional e estruturadas em quatro dimensões: a frustração no quotidiano (P10), a frustração face à perda de autonomia (P11), a frustração face ao apoio profissional (P12) e a frustração associada ao suporte emocional e social (P13). A pergunta 14 constituiu a única questão aberta do instrumento.

O universo do estudo foi constituído pelos 26 utentes da Residência Sénior de Alvalade. A amostra foi do tipo intencional, tendo sido selecionada com base nos seguintes critérios de inclusão: capacidade de comunicação verbal, capacidade para prestar consentimento informado, disponibilidade e vontade de participar na investigação. Foram aplicados questionários a 10 residentes entre o final do mês de março e o decorrer do mês de abril de 2026.

Todos os participantes foram previamente informados sobre os objetivos, os procedimentos e a finalidade da investigação, tendo sido assegurado o carácter voluntário da sua participação. Para o efeito, foi apresentado e explicado o consentimento informado, lido e assinado por todos os participantes antes do início da recolha de dados. Foram igualmente garantidos os princípios da confidencialidade, do anonimato e da proteção dos dados pessoais, em conformidade com os princípios éticos da investigação em Ciências Sociais.

O questionário permitiu recolher informação sobre a percepção dos residentes relativamente à sua autonomia, ao grau de dependência e ao bem-estar emocional em contexto institucional. Os dados obtidos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, possibilitando a identificação de categorias e padrões de significado relacionados com as experiências e percepções dos participantes. Esta análise foi

complementada pela informação recolhida através da observação direta e participante, realizada ao longo do estágio curricular, permitindo aprofundar a interpretação dos resultados e compreender de forma mais abrangente a relação entre a dependência física e/ou cognitiva e os níveis de frustração emocional dos idosos institucionalizados.

3. Principais resultados e discussão

A análise dos dados recolhidos, relativos aos questionários tem como objetivo compreender o nível de dependência física e cognitiva dos utentes, bem como o impacto dessas condições nos seus níveis de frustração.

A análise da dependência física tem como objetivo compreender o nível de autonomia dos utentes na realização das atividades de vida diária, o impacto emocional da dependência física e a perceção de autonomia após institucionalização.

A análise dos dados relativos à dependência física permitiu identificar diferentes níveis de autonomia entre os utentes, nomeadamente no que se refere à dependência na realização das Atividades de Vida Diária (P4) cerca de 5 utentes referem apresentar um nível moderado de dependência, indicando ainda alguma autonomia na realização das suas atividades, embora com necessidade pontual de apoio. Por outro lado, 4 utentes afirmam sentir pouca dependência e apenas 1 utente refere um nível elevado de dependência na execução das A Atividades de Vida Diária. Este resultado indica a presença de uma dependência física moderada, sendo possível inferir que os utentes mantêm alguma autonomia, embora necessitem de apoio regular nas tarefas quotidianas, como higiene, alimentação ou mobilidade. Esta realidade vai ao encontro do que Sequeira (2018) e Ribeiro (2012) defendem ao caracterizarem a dependência como a necessidade de receber ajuda de terceiros devido à perda, temporária ou permanente, da autonomia física para realizar as atividades básicas do quotidiano.

Relativamente à frequência com que essa dependência física provoca sentimentos de frustração (P5), os resultados evidenciam uma diversidade de experiências. Aproximadamente 4 utentes referem nunca sentir frustração associada à sua condição de dependência, enquanto outros 4 indicam sentir essa frustração apenas ocasionalmente. Por sua vez, 2 utentes referem sentir frustração raramente. Estes dados sugerem que, embora a dependência física esteja presente em diferentes graus, o impacto emocional não é uniforme, variando de acordo com a perceção individual da autonomia e da

situação de saúde. Tal poderá refletir processos de adaptação à institucionalização ou aceitação progressiva da dependência, aspetos que Carvalho (2013) identifica como característicos do envelhecimento psicológico e da capacidade de adaptação às mudanças da vida e perdas. No entanto, importa considerar, numa perspetiva crítica, que esta baixa expressão de frustração poderá também estar associada a fenómenos de resignação ou diminuição das expectativas relativamente à autonomia. Como salienta Beauvoir (1970), a forma como a sociedade e as instituições tratam as pessoas idosas pode conduzir a uma exclusão que resulta em isolamento e perda do papel social, forçando uma aceitação passiva.

No que diz respeito à perceção de autonomia após a institucionalização (P6), cerca de 5 utentes consideram ter mantido a sua autonomia desde a entrada na instituição. No entanto, 2 utentes referem uma diminuição ligeira da autonomia, outros 2 apontam uma diminuição moderada e 1 utente indica uma diminuição acentuada. Estes resultados evidenciam que a institucionalização é percecionada de forma distinta pelos utentes, podendo influenciar de diferentes formas a sua perceção de independência e capacidade de autocuidado. Este resultado revela um aspeto particularmente relevante, na medida em que aponta para uma vivência de perda de controlo sobre a própria vida, frequentemente associada a contextos institucionais, validando a perspetiva de Ribeiro (2012) de que a dependência afeta diretamente o controlo que a pessoa idosa exerce sobre a sua vida. Verifica-se que os residentes com maior tempo de permanência na instituição apresentam um aumento progressivo do grau de dependência desde a admissão, situação que poderá estar associada à evolução natural do processo de envelhecimento e das condições de saúde ao longo do tempo. De acordo com Sequeira (2018), a dependência instala-se frequentemente através de um processo gradual e progressivo. A conjugação entre baixa perceção de autonomia e reduzidos níveis de frustração sugere a possibilidade de processos de adaptação passiva ou dependência aprendida, o que levanta questões importantes ao nível da promoção da autonomia e da participação ativa dos utentes. Este cenário contraria o modelo de Envelhecimento Ativo da OMS (2002, 2005), que rejeita a ideia de velhice como sinónimo de inatividade e promove a otimização das oportunidades de participação e segurança para reduzir a dependência e prevenir o sofrimento emocional.

De forma global, os dados sugerem que, apesar de existir algum grau de dependência

física na maioria dos utentes, a perceção de autonomia e o impacto emocional associado variam significativamente, o que reforça a importância de uma intervenção social individualizada e centrada nas necessidades específicas de cada pessoa, tal como preconizado por Quaresma e Ribeirinho (2016) ao defenderem a diversidade dos percursos de vida de cada idoso. Esta análise tem como objetivo compreender as dificuldades cognitivas, o impacto emocional da dependência cognitiva e a perceção do apoio profissional face a dependência cognitiva.

No que concerne à dependência cognitiva, especificamente no que diz respeito das dificuldades cognitivas (P7), verificou-se que 4 utentes referem sentir algumas dificuldades de memória ou concentração no dia a dia. Por outro lado, 3 utentes indicam sentir estas dificuldades raramente, 2 utentes afirmam não as sentir e 1 utente refere experienciá-las com frequência. Estes resultados evidenciam a existência de diferentes níveis de comprometimento cognitivo na amostra estudada. Esta dimensão enquadra-se na definição de dependência cognitiva de Sequeira (2018), caracterizada pela limitação das funções mentais, incluindo a memória e orientação.

Relativamente o impacto emocional da dependência cognitiva (P8), aproximadamente 5 utentes indicam que as dificuldades cognitivas lhes provocam sentimentos de frustração apenas algumas vezes. Por sua vez, 3 utentes referem nunca sentir frustração associada a estas dificuldades, enquanto 2 utentes indicam senti-la raramente. Estes dados sugerem que, apesar da presença de limitações cognitivas em alguns utentes, o impacto emocional associado não é homogéneo. Comparativamente com a dimensão física, verifica-se que as limitações cognitivas parecem gerar maior desconforto emocional, o que poderá estar relacionado com a perceção de perda de capacidades mentais e de identidade pessoal. Este dado encontra forte eco em Sequeira (2018), ao afirmar que a frustração afeta diretamente a identidade e a dignidade do idoso quando este percebe que já não consegue realizar de forma independente o que fazia anteriormente, gerando sentimentos de tristeza, ansiedade e raiva.

No que concerne à perceção de apoio profissional (P9) face à dependência cognitiva, cerca de 3 utentes referem sentir-se compreendidos pelos profissionais muitas vezes, enquanto outros 3 indicam sentir essa compreensão apenas algumas vezes. Adicionalmente, 2 utentes afirmam sentir-se sempre compreendidos e 1 utente refere nunca se sentir compreendido. Estes resultados indicam que os utentes se sentem apenas

moderadamente compreendidos, sugerindo a existência de margem para melhoria ao nível da comunicação, da empatia e da individualização dos cuidados prestados.

De forma global, os resultados evidenciam um perfil de dependência moderada, tanto ao nível físico como cognitivo, sendo particularmente relevante a baixa perceção de autonomia dos utentes. Adicionalmente, destaca-se que as dificuldades cognitivas parecem ter um impacto emocional ligeiramente superior face às limitações físicas, bem como uma perceção menos consistente de compreensão por parte dos profissionais.

Neste sentido, estes dados reforçam a importância de uma intervenção em Serviço Social centrada na promoção da autonomia, no reforço da participação dos utentes nas decisões que afetam o seu quotidiano e na valorização das suas capacidades remanescentes, em consonância com o planeamento e intervenção defendidos por Carvalho (2013). Paralelamente, torna-se fundamental investir na sensibilização das equipas técnicas para uma abordagem mais individualizada e compreensiva das dificuldades cognitivas, contribuindo para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos utentes em contexto institucional, respeitando os direitos e potencialidades individuais realçados por Quaresma e Ribeirinho (2016).

No que concerne à frustração emocional, especificamente no que toca ao sentimento de frustração geral no dia a dia (P10), verificou-se que 4 utentes referem sentir frustração algumas vezes no seu dia a dia, 3 utentes indicam senti-la ocasionalmente, 2 utentes referem senti-la raramente e 1 utente afirma nunca sentir frustração. Este resultado indica que os utentes experienciam frustração de forma moderada, não sendo um sentimento predominante, mas estando presente com alguma regularidade no seu quotidiano. Este dado sugere uma vivência relativamente estável, embora marcada por momentos de insatisfação ou desconforto emocional.

No que concerne ao sentimento de frustração relacionado com a perda de autonomia (P11), aproximadamente 5 utentes indicam que raramente sentem frustração associada a esta dimensão, enquanto os restantes 5 referem senti-la apenas algumas vezes. Este valor evidencia que a perda de autonomia constitui um dos fatores mais significativos na experiência de frustração dos utentes. Este resultado é consistente com os dados anteriormente analisados, que apontavam para uma baixa perceção de autonomia após a institucionalização. Assim, a limitação na capacidade de decisão e de controlo sobre a própria vida revela-se um elemento central no bem-estar emocional dos utentes. Esta

forte correlação válida a definição teórica de frustração emocional como a resposta afetiva negativa que surge quando a pessoa percebe que perdeu a autonomia e a capacidade funcional que acompanham a idade, comprometendo a sua autodeterminação, como sublinha Ribeiro (2012).

Relativamente à frustração associada à falta de apoio ou compreensão por parte dos profissionais (P12), cerca de 4 utentes afirmam nunca ter sentido frustração devido à falta de apoio ou compreensão por parte dos profissionais, 2 utentes referem senti-la raramente, 3 utentes indicam senti-la algumas vezes e 1 utente afirma senti-la frequentemente. Este resultado indica que, embora não seja um fator predominante, existem situações em que os utentes não se sentem plenamente compreendidos ou apoiados pelos profissionais. Este dado reforça a necessidade de investir numa relação de ajuda mais empática, centrada na pessoa e nas suas necessidades específicas, particularmente relevante em contextos institucionais, unindo os conceitos de apoio emocional de Sequeira (2018) e a abordagem integrada de Serviço Social de Carvalho (2013).

No que diz respeito ao sentimento de frustração relacionado com o contacto limitado com familiares ou amigos (P13), Cerca de 4 utentes referem sentir frustração relacionada com o contacto limitado ou apoio reduzido por parte de familiares e amigos. Por outro lado, 3 utentes indicam sentir essa frustração raramente, 2 referem senti-la algumas vezes e 1 utente afirma senti-la frequentemente. Este resultado sugere que, de forma geral, a limitação do contacto social não é percecionada como um fator altamente gerador de frustração. No entanto, importa interpretar este dado com cautela, uma vez que pode refletir processos de adaptação à institucionalização, redução das expectativas relacionais ou até situações de isolamento emocional não plenamente verbalizadas pelos utentes. De facto, como nota Beauvoir (1970), o envelhecimento é muitas vezes vivido como uma fase de isolamento e perda de reconhecimento social, o que pode levar à interiorização do afastamento social.

De forma global, os resultados evidenciam níveis moderados de frustração, sendo a perda de autonomia o fator mais relevante na experiência subjetiva dos utentes. Por outro lado, fatores como a relação com os profissionais e o contacto social, embora presentes, parecem ter um impacto menos expressivo, ainda que não negligenciável.

Numa perspetiva crítica, destaca-se novamente a possível existência de processos de adaptação ou resignação por parte dos utentes, visíveis na relativa moderação dos

níveis de frustração, mesmo perante limitações significativas. Esta realidade levanta questões importantes para a intervenção em Serviço Social, nomeadamente no que se refere à promoção da autonomia, ao reforço das redes de suporte social e à valorização da participação ativa dos utentes na vida institucional.

Assim, torna-se fundamental desenvolver estratégias que potenciem o *empowerment* dos utentes, promovam a sua capacidade de decisão e reforcem a qualidade das relações interpessoais, quer com os profissionais, quer com os seus familiares e redes significativas, contribuindo para a melhoria do seu bem-estar emocional e qualidade de vida. Esta abordagem encontra total amparo em Carvalho (2013) e no modelo da OMS (2002), ao defenderem que a intervenção social deve criar condições para os idosos viverem com dignidade, minimizando a frustração através da inclusão ativa.

A análise das respostas à pergunta aberta (P.14) permitiu identificar as principais perceções, necessidades e sugestões dos utentes relativamente ao funcionamento da instituição e à qualidade dos cuidados prestados. Importa referir que, das 10 respostas recolhidas, 4 correspondem a “não responde”, o que poderá indicar dificuldades de expressão, desinteresse, limitações cognitivas ou ausência de opinião explícita sobre a questão colocada.

A partir das respostas válidas, foi possível identificar diferentes categorias de análise.

Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de apoio físico e funcional, evidenciada na resposta “ajudar a andar”. Esta sugestão reforça a importância do acompanhamento nas atividades de mobilidade, estando em linha com os dados anteriormente analisados relativos à dependência física dos utentes. Neste sentido, evidencia-se a necessidade de reforço do apoio nas atividades de vida diária, promovendo simultaneamente a autonomia e a segurança, aspetos centrais na definição de cuidados preventivos e funcionais de Sequeira (2018) e da OMS (2002).

Em segundo lugar, surgem referências à valorização de atividades ocupacionais e de estimulação, nomeadamente “sessões de música” e “atividades de pintura e leitura”. Estas respostas revelam a importância atribuída pelos utentes a momentos de estimulação cognitiva, expressão pessoal e ocupação significativa do tempo, fundamentais para o bem-estar psicológico e social em contexto institucional. Esta procura ativa por atividades culturais e recreativas valida o pilar da participação social contínua e da aprendizagem ao longo da vida promovido pelo ILC-BR (2015) e pela OMS (2002) como geradores de

sentimentos de utilidade e pertença.

Outra categoria relevante prende-se com a necessidade de reforço de cuidados de saúde e reabilitação, expressa na sugestão “mais fisioterapia”. Esta resposta evidencia a perceção de insuficiência ao nível da resposta terapêutica, particularmente importante numa população com níveis de dependência física moderada, como previamente identificado.

Adicionalmente, emergem *feedbacks* relacionadas com a prestação das auxiliares, nomeadamente nas respostas “os ajudantes [...] deveriam ter mais sentido de serviço aos utentes” e “os profissionais (auxiliares de ação direta) deviam ser mais prestáveis”. Estas perceções apontam para fragilidades ao nível da relação da comunicação, compreensão, e sensibilidade das reais necessidades dos utentes. A referência metafórica a “automotos/bonecos” sugere uma perceção de despersonalização no cuidado, o que constitui um aspeto crítico relevante no contexto institucional. Esta crítica contundente dos utentes liga-se diretamente à perspetiva de Quaresma e Ribeirinho (2016), que alertam que o idoso não pode ser visto apenas como um dado estatístico ou um corpo objeto de cuidados mecânicos, carecendo de uma intervenção holística que garanta a dignidade humana.

No geral, a análise qualitativa evidencia três dimensões centrais: (i) necessidades ao nível do apoio físico e terapêutico, (ii) valorização de atividades de estimulação e ocupação, e (iii) *feedbacks* à qualidade da relação estabelecida com os profissionais. Estes resultados reforçam a importância de uma intervenção centrada na pessoa, que valorize a individualidade dos utentes, promova a sua participação ativa e assegure uma prestação de cuidados humanizada, empática e ajustada às suas necessidades.

Neste sentido, o Serviço Social assume um papel fundamental na mediação entre utentes e equipa técnica, na promoção de práticas mais humanizadas e na implementação de estratégias que reforcem o bem-estar, a autonomia e a qualidade de vida em contexto institucional, cumprindo o papel ativo e transformador do assistente social defendido por Carvalho (2013).

Conclusões Finais

Os resultados obtidos através dos inquéritos revelaram algumas discrepâncias face às observações diretas, bem como às conversas informais mantidas com os utentes no

contexto do quotidiano institucional.

Embora os participantes tenham referido, nas respostas aos instrumentos de recolha de dados, um nível relativamente reduzido de dificuldades cognitivas e de dependência, a observação direta e o contacto contínuo permitiram identificar que vários utentes apresentam um grau de dependência física e cognitiva mais elevado do que aquele inicialmente reportado. Esta discrepância entre a perceção subjetiva dos utentes e a avaliação observacional poderá ser interpretada à luz do conceito de anosognosia.

De acordo com a Alzheimer's Association, a anosognosia é uma “condition in which a person is unaware of their cognitive decline, most often seen in Alzheimer’s disease or other causes of dementia.”. Por sua vez, Vannini et al. (2017, p.410) referem que indivíduos com comprometimento cognitivo ligeiro tendem a subestimar significativamente as suas dificuldades, particularmente ao nível da memória e das capacidades funcionais, verificando que “Mild Cognitive Impairment subjects underestimate their memory deficits” (Vannini et al., 2017, p. 410), fenómeno associado a alterações em regiões cerebrais relacionadas com a consciência de si próprio.

Esta discrepância pode também ser explicada por outros fatores, nomeadamente eventuais dificuldades na compreensão das questões colocadas, limitações cognitivas mais acentuadas do que as inicialmente percecionadas, ou ainda uma tendência dos utentes para responder de forma socialmente desejável ou colaborativa, mesmo quando não se sentem totalmente capazes de o fazer com rigor. Em conjunto, estes elementos reforçam a importância da triangulação de métodos de recolha de dados em investigação social, bem como a necessidade de os profissionais considerarem a possível limitação de insight dos idosos relativamente às suas próprias capacidades, de forma a garantir uma leitura mais completa e fidedigna da realidade estudada.

Esta constatação tem implicações relevantes para a intervenção em Serviço Social em contexto institucional. A divergência entre a perceção dos utentes e a realidade observada evidencia a necessidade de uma avaliação contínua, sistemática e multidimensional, de modo a assegurar uma compreensão rigorosa das situações sociais e de saúde dos residentes.

Neste sentido, o papel do assistente social assume particular relevância na identificação de necessidades não verbalizadas ou subvalorizadas pelos próprios utentes, bem como na articulação com a equipa multidisciplinar para a definição de estratégias de

intervenção adequadas, integradas e humanizadas. A intervenção deve, assim, assentar numa abordagem individualizada e centrada na pessoa, promovendo a autonomia possível, o bem-estar emocional e a adaptação ao contexto institucional.

Por um lado, os resultados reforçam a importância do acompanhamento próximo e da relação de ajuda enquanto instrumentos essenciais para a identificação precoce de sinais de frustração emocional e de eventual agravamento da dependência. Por outro lado, evidenciam também a necessidade de um olhar técnico atento às discrepâncias entre discurso e o observado, contribuindo para uma intervenção mais ajustada, eficaz e promotora da qualidade de vida. Deste modo, o Serviço Social assume um papel central na promoção da qualidade de vida dos utentes, no reforço das redes de suporte e na humanização da intervenção em ERPI.

Referências bibliográficas

- Alzheimer's Association. *Anosognosia*. https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/anosognosia
- Beauvoir, S. de. (1970). *La vieillesse*. Paris: Gallimard.
- Carvalho, M. I. de. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Pactor.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. ILC-BR.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. World Health Organization.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma estrutura de política*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Quaresma, M. de L. B., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – desafios do século XXI. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3), 29–49.
- Ribeiro, H. S. (2012). *Avaliação geriátrica global*. Lidel.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Vannini, P., Hanseeuw, B., Munro, C. E., Amariglio, R. E., Marshall, G. A., Rentz, D. M., Pascual-Leone, A., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2017). Anosognosia for memory deficits in mild cognitive impairment: Insight into the neural mechanism using functional and molecular imaging. *NeuroImage: Clinical*, 15, 408–414.