

Memórias que Curam: Um caminho para o Bem-Estar - Projeto de Intervenção em ERPI

Margarida Arriaga Ferreira

Mestrado em Serviço Social,

Orientadora:

Doutora Elsa Rocha de Sousa Justino, Professora Auxiliar,
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2025

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Memórias que Curam: Um caminho para o Bem-Estar - Projeto de Intervenção em ERPI

Margarida Arriaga Ferreira

Mestrado em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Elsa Rocha de Sousa Justino, Professora Auxiliar
Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Julho, 2025

“É interessante perceber como com o passar do tempo os que sempre cuidaram precisam agora de cuidado. Este dom de cuidar e proteger passa agora para outras mãos e outros corações, passa para nós agentes de proximidade e famílias. Se por um lado, um coração vive de recordações e luta pela vida, por outro, os restantes corações objetivam o seu bem-estar e lutam pelo seu sorriso a cada encontro.”

Margarida Arriaga Ferreira

Agradecimentos

As escolhas que fazemos acabam por afetar também aqueles que estão ao nosso lado, pelo que sem o seu apoio, os caminhos traçados seriam mais difíceis de percorrer. Deste modo, agradeço com sinceridade a todos os que, direta ou indiretamente, me acompanharam ao longo desta trajetória.

Antes de mais, expresso os meus agradecimentos ao Iscte – Instituto Universitário de Lisboa a minha evolução académica e o aprofundamento de conhecimentos, importantes para o meu futuro enquanto Assistente Social.

À professora *Doutora Elsa Justino*, pela orientação, disponibilidade, apoio e pelos conhecimentos transmitidos. Expresso também meu reconhecimento aos demais professores que contribuíram para a minha formação durante os anos de Licenciatura e Mestrado.

Aos meus pais e à minha irmã, pela força e apoio incondicional, por serem os meus companheiros em mais uma etapa.

Em último, muito obrigada aos meus amigos e colegas pela amizade, motivação e companheirismo, com os quais partilhei dúvidas e anseios.

Um profundo agradecimento a todos!

Resumo

O presente projeto de intervenção denominado por “*Memórias que Curam: Um caminho para o Bem-Estar*”, insere-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social, no Iscte - Instituto Universitário de Lisboa. Apresenta-se uma proposta de projeto de intervenção social no âmbito do envelhecimento. Deste modo, pretende-se que a estruturação pormenorizada viabilize a sua replicação em contextos análogos e se constitua uma referência metodológica, contribuindo para a consolidação de modelos de intervenção fundamentados, flexíveis e orientados para a promoção do bem-estar da população idosa.

Este projeto tem como principal finalidade promover o bem-estar emocional, a autoestima e a integração social de pessoas idosas, através da valorização das suas memórias e histórias de vida. As ações propostas privilegiaram a estimulação cognitiva, o reforço das relações interpessoais e a criação de momentos significativos de partilha.

O plano de ação foi delineado sob duas vertentes, ou seja, uma vertente individual, através do acompanhamento social, e uma vertente grupal, mediante a realização de sessões em grupo. Em termos práticos, estas metodologias de intervenção podem revelar-se complementares, permitindo a cada sessão, a exploração de temas - como a trajetória de vida dos residentes, a situação sociofamiliar e a compreensão da experiência de integração e socialização na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Por fim, com o intuito de aferir o grau de concretização dos objetivos propostos e obter uma visão abrangente e integrada do impacto da intervenção, foi realizada uma análise detalhada de indicadores qualitativos e quantitativos. Os resultados pretendem medir impactos, nomeadamente, melhorias no bem-estar emocional, no envolvimento nas atividades, no reforço da autoestima e na qualidade das relações interpessoais dos participantes.

Palavras-chave: Envelhecimento, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Serviço Social, Plano de Ação, Bem-estar.

Abstract

The present intervention project, entitled “Healing Memories: A Path to Well-Being”, is part of the master’s degree in Social Work at Iscte – University Institute of Lisbon. It presents a proposal for a social intervention project in the field of ageing. In this way, the detailed structure aims to enable its replication in similar contexts and to serve as a methodological reference, contributing to the consolidation of grounded, flexible intervention models oriented towards promoting the well-being of the elderly population.

The main goal of this project is to promote emotional well-being, self-esteem, and social integration of older adults by valuing their memories and life stories. The proposed actions focus on cognitive stimulation, strengthening interpersonal relationships, and creating meaningful moments of sharing.

The action plan was designed with two components: an individual component, through social support, and a group component, through group sessions. In practical terms, these intervention methodologies can be complementary, allowing each session to explore themes such as the residents’ life trajectories, their social and family situations, and their experiences of integration and socialization within the Residential Structure for the Elderly (ERPI).

Finally, in order to assess the degree of achievement of the proposed objectives and to obtain a comprehensive and integrated view of the impact of the intervention, a detailed analysis of qualitative and quantitative indicators was carried out. The results aim to measure impacts, namely improvements in emotional well-being, engagement in activities, reinforcement of self-esteem, and the quality of participants’ interpersonal relationships.

Keywords: Ageing, Residential Structure for the Elderly, Social Work, Action Plan, Well-being.

Índice

| | |
|--|-------------|
| <i>Agradecimentos</i> | <i>iii</i> |
| <i>Resumo</i> | <i>iv</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>v</i> |
| <i>Índice</i> | <i>vi</i> |
| <i>Índice de Figuras</i> | <i>viii</i> |
| <i>Índice de Gráficos</i> | <i>viii</i> |
| <i>Índice de Tabelas</i> | <i>viii</i> |
| <i>Índice de Anexos</i> | <i>ix</i> |
| <i>Lista de Siglas</i> | <i>x</i> |
| <i>Introdução</i> | <i>1</i> |
| <i>Capítulo I - Enquadramento do tema e problemática de estudo</i> | <i>3</i> |
| 1.1. Enquadramento teórico | 3 |
| a) Dignidade, bem-estar e inclusão em sociedade..... | 3 |
| b) Promoção do bem-estar físico, mental e emocional da pessoa idosa | 4 |
| c) Vínculos significativos e participação ativa..... | 5 |
| d) Valorização do papel social dos idosos..... | 7 |
| 1.2. Intervenção em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas | 8 |
| a) Projetos de intervenção em ERPI | 9 |
| b) Serviço Social em Estruturas Residenciais de Apoio a Idosos | 11 |
| <i>Capítulo II – Diagnóstico</i> | <i>15</i> |
| 2.1. Definição do objetivo do diagnóstico | 15 |
| 2.2. Seleção da população-alvo e critérios de inclusão/exclusão | 16 |
| 2.3. Caracterização de uma estrutura organizacional (ERPI) | 16 |
| 2.4. Caracterização sociodemográfica dos sujeitos de atenção (ERPI) | 17 |
| 2.5. Observação direta | 21 |
| 2.6. Entrevistas e conversas exploratórias | 21 |

| | | |
|---|---|-----------|
| 2.7. | Aplicação de instrumentos | 22 |
| 2.8. | Análise e triangulação de dados..... | 22 |
| 2.9. | Identificação de necessidades e potencialidades..... | 22 |
| 2.10. | Diagnóstico Individual: Procedimentos e Observações de um caso tipo | 23 |
| <i>Capítulo III – Projeto Memórias que curam: Um caminho para o bem-estar</i> | | <i>25</i> |
| 2.1. | Metodologia | 25 |
| 2.2. | População-Alvo | 26 |
| 2.3. | Objetivos e Metas | 27 |
| 2.4. | Planeamento das Atividades | 29 |
| 2.5. | Realização de um Teste de Conceito (Pré-Teste) | 32 |
| 2.6. | Avaliação..... | 34 |
| 2.7. | Limitações do projeto | 36 |
| <i>Conclusões.....</i> | | <i>38</i> |
| <i>Referências Bibliográficas.....</i> | | <i>41</i> |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Determinação de Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais | 27 |
| Figura 2. Cronograma de Atividades - Previsto | 32 |

Índice de Gráficos

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Distribuição de acordo com o género | 18 |
| Gráfico 2. Distribuição de acordo com a Idade dos Idosos da ERPI | 19 |
| Gráfico 3. Distribuição de acordo com os anos de Permanência na ERPI..... | 21 |
| Gráfico 4. Peso Relativo das Atividades na Avaliação do Plano de Ação..... | 35 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Principais Atividades do Assistente Social em ERPI..... | 13 |
| Tabela 2. Número de Utentes segundo o Género..... | 18 |
| Tabela 3. Número de utentes segundo o Nível de Dependência | 19 |
| Tabela 4. Número de Utentes segundo a Tipologia de Alojamento..... | 20 |
| Tabela 5. Caracterização do grupo de intervenção | 26 |
| Tabela 6. Objetivos e Metas dos Acompanhamentos Individuais | 28 |
| Tabela 7. Objetivos e Metas das Atividades Grupais..... | 28 |
| Tabela 8. Descrição dos Acompanhamentos Individuais - Focos, Instrumentos e Recursos .. | 30 |
| Tabela 9. Descrição das Atividades Grupais - Focos, Desenvolvimento e Recursos | 31 |

| | |
|--|----|
| Tabela 10. Reajustes e Principais Noções retidas ao longo do Teste de Conceito | 33 |
| Tabela 11. Plano de Ação - Nº de Atividades Previstas..... | 34 |
| Tabela 12. Indicadores de medida para avaliar a Intervenção Individual..... | 35 |
| Tabela 13. Indicadores de medida para avaliar a Intervenção Grupal | 36 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Diagnóstico – Instrumentos, objetivos e principais observações | 43 |
| Anexo B. Tabela Geral do Plano de Ação | 44 |
| Anexo C. Genograma - Legenda..... | 45 |
| Anexo D. Escala APGAR – Funcionamento Familiar | 46 |
| Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) | 47 |
| Anexo F. Questionário de Satisfação das Atividades Individuais | 48 |
| Anexo G. Questionário Inicial de Satisfação das Atividades Grupais | 48 |
| Anexo H. Questionário Final de Satisfação das Atividades Grupais | 48 |
| Anexo I. Exemplos de Apreciações realizadas no 1º Acompanhamento | 49 |
| Anexo J. Apreciações finais realizadas no 3º Acompanhamento | 50 |
| Anexo K. Exemplos de Apreciações das Atividades Grupais | 51 |

Lista de Siglas

AAD - Auxiliares de Ação Direta

AVD – Atividades de vida diária

CHLN - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCCI-UMDR - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação

UCCI-ULDM - Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e

Introdução

O presente trabalho propõe um projeto de intervenção social a ser implementado em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), articulando uma base teórica sólida com a aplicação prática num contexto institucional específico. A proposta insere-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, e visa contribuir para a promoção do bem-estar biopsicossocial da população idosa institucionalizada, através da valorização das suas memórias e histórias de vida.

A construção do projeto partiu da premissa de que qualquer intervenção social deve ser sustentada por um conhecimento aprofundado da realidade em que se insere. Assim, o primeiro capítulo dedica-se ao enquadramento teórico e conceptual, abordando os principais desafios do envelhecimento, os direitos das pessoas idosas e o papel do Serviço Social na promoção da dignidade, inclusão e qualidade de vida. Destaca-se, neste âmbito, a importância da intervenção gerontológica centrada na pessoa, orientada por valores de justiça social e respeito pela individualidade.

O segundo capítulo apresenta o diagnóstico, realizado com base na caracterização de uma instituição, dos seus recursos humanos e materiais, e da população residente. Através da recolha e análise de dados quantitativos e qualitativos, foi possível identificar necessidades, vulnerabilidades e potencialidades, bem como compreender as dinâmicas socioculturais que influenciam o quotidiano dos residentes. Este processo permitiu fundamentar a intervenção proposta, garantindo a sua adequação às especificidades do contexto.

O terceiro capítulo desenvolve o projeto de intervenção “Memórias que Curam: Um caminho para o Bem-Estar”, detalhando os objetivos, a população-alvo, as atividades planificadas e os procedimentos de execução e avaliação. A intervenção estrutura-se em duas vertentes complementares: uma abordagem individual, centrada na escuta ativa e na construção de narrativas autobiográficas; e uma abordagem grupal, focada na socialização e na partilha de experiências significativas. Ambas visam reforçar a autoestima, estimular a cognição e promover vínculos interpessoais positivos.

Este trabalho está alinhado com os princípios da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, em particular com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Neste sentido, defende-se uma intervenção ética, humanizada e centrada na pessoa idosa, que reconheça o valor das suas memórias como recurso terapêutico e promotor de identidade.

A partir das evidências recolhidas e das orientações teóricas analisadas, avançou-se para o planeamento, execução e avaliação do projeto, procurando demonstrar que a valorização da história de vida pode ser um instrumento poderoso na construção de um envelhecimento digno, ativo e socialmente integrado.

Capítulo I - Enquadramento do tema e problemática de estudo

1.1. Enquadramento teórico

a) Dignidade, bem-estar e inclusão em sociedade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é possível definir idoso como “O cidadão, nos países desenvolvidos, com mais de 65 anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, essa etapa começa aos 60 anos”. Contudo, este conceito encontra-se bastante simplificado, tendo em conta a multiplicidade de aspetos e características associadas ao “ser idoso”. Assim, torna-se fulcral considerar as condições biológicas (declínio e maior vulnerabilidade); psicológicas (maior défice nas faculdades cognitivas); funcionais (perda da independência e autonomia); sociais (o contexto histórico e cultural, bem com os papéis sociais e expectativas associadas); e as condições económicas (marcadas pela aposentação).

À população idosa reconhece-se direitos específicos assegurados pela legislação e tratados internacionais, que visam promover a sua dignidade, bem-estar e inclusão em sociedade. A Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.” (Artigo nº 1) e que, independentemente da idade, possuem direito à dignidade, igualdade, saúde, liberdade, segurança e a uma vida plena. Também a Constituição da República Portuguesa através do Artigo nº 72 atribui às pessoas idosas o “(...) direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem (...) o isolamento ou a marginalização social.”.

Desta forma, torna-se importante destacar a prestação de cuidados a longo prazo como um direito legal e moral da população idosa. Segundo a OMS (2005, p.22), esta caracteriza-se por um “sistema de atividades desenvolvidas por cuidadores (...) para assegurar que a uma pessoa que não seja capaz de efetuar as suas atividades de vida diárias tenha uma maior qualidade de vida.”.

Contudo, ainda que os direitos estejam bem definidos, importa aferir o seu cumprimento e efetivação. Esta responsabilidade é partilhada por vários atores (como governos, organizações internacionais, instituições e sociedade) e constitui-se como um processo contínuo que exige vigilância, participação ativa e compromisso.

b) Promoção do bem-estar físico, mental e emocional da pessoa idosa

O envelhecimento assume-se como um fenómeno social de crescente relevância nas sociedades contemporâneas, impulsionado pelo aumento da esperança média de vida e pelo crescimento da população idosa. De acordo com Araújo e Ribeiro (2024), este processo levanta múltiplos desafios, nomeadamente no que concerne à qualidade da vida na velhice e à forma como esta é interpretada e experienciada, tanto individual como socialmente. A literatura atual defende uma abordagem multidimensional, que reconhece a complexa interligação entre fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociais, culturais e económicos.

Este conceito é concebido por Teixeira (2020, pp. 140 e 141) como um fenómeno complexo e dinâmico, que possui múltiplas formas e reflete-se em experiências distintas e multifacetadas. Desta forma, é o resultado de um conjunto de fatores extrínsecos (contexto e subsistemas em que este está inserido, condiciones socioeconómicas, culturais, ambientais e familiares) e intrínsecos (espiritualidade, preferências e trajetória de vida individual e social) ao indivíduo. Ao mesmo tempo, destaca o seu carácter homogéneo (como o processo comum de envelhecer) e heterogéneo (experienciado de forma única, marcado pelas diferenças genéticas e desigualdades sociais).

Contudo, o mesmo autor alerta para a constante interação entre as condições de vida e o próprio processo de envelhecimento – assim, o Estado Social e as políticas públicas, são apontadas como principais causas para “(...) o crescimento da expectativa média de vida e ampliação da longevidade.” (2020, pp. 145). Mais concretamente, a melhoria geral das condições de vida - tais como, o avanço das tecnologias, saneamento básico, as melhorias na saúde, cuidados e educação - o acesso a políticas públicas – nomeadamente, de saúde, trabalho, habitação, de combate à pobreza e assistência social -, e aposta/ investimento público na melhoria dos serviços, infraestruturas e no planeamento familiar.

Responder aos desafios colocados por esta nova realidade demográfica, Lopes et al. (2023) acrescenta a importância de uma abordagem integrada entre a geriatria e a saúde coletiva, que englobe cuidados médicos, políticas públicas e iniciativas comunitárias. Esta perspetiva holística requer a colaboração interdisciplinar e a implementação de estratégias preventivas que ultrapassem o modelo clínico tradicional, promovendo o envelhecimento ativo e o bem-estar geral.

Neste contexto, surgem diversas respostas sociais que visam mitigar os impactos negativos associados ao envelhecimento, nomeadamente a diminuição dos rendimentos e o

aumento das necessidades de cuidados de saúde. Estas respostas variam consoante o grau de autonomia dos indivíduos e o tipo de apoio necessário, englobando serviços como Apoio Domiciliário, Centros de Convívio, Centros de Dia e de Noite, Acolhimento Familiar, Centros de Férias e Lazer, ERPI e Refeitórios/Cantinas Sociais.

Paralelamente, o sistema de proteção social contempla prestações em dinheiro que procuram compensar a perda de rendimentos, assegurar a sobrevivência com dignidade e reduzir os riscos de exclusão social na velhice. Entre estas medidas encontram-se a Pensão de Velhice, a Pensão Social de Velhice, o Complemento por Cônjuge a Cargo, o Complemento Solidário para Idosos, os Benefícios Adicionais de Saúde e a Prestação Social para a Inclusão.

Independentemente da resposta ou medida adotada, o foco deverá centrar-se na promoção do bem-estar físico, mental e emocional da pessoa idosa. A dignidade, os direitos fundamentais e a segurança devem ser salvaguardadas, garantindo cuidados básicos de saúde, higiene, imagem, alimentação adequada, apoio familiar, acompanhamento técnico, e acesso a serviços sociais e jurídicos. Além disso, é essencial apoiar o idoso no processo de adaptação às mudanças inerentes à velhice, promovendo atividades que estimulem o diálogo, a partilha e a integração na comunidade, através do usufruto de recursos educativos, culturais, espirituais e de lazer.

c) Vínculos significativos e participação ativa

Não obstante os avanços científicos que têm possibilitado o aumento da esperança média de vida, persistem representações sociais da velhice ancoradas em ideias de declínio funcional, exclusão e inutilidade. Esta visão depreciativa resulta de um paradigma cultural dominante que valoriza a juventude e a produtividade, condicionando negativamente a construção da identidade na terceira idade e contribuindo para fenómenos de marginalização, rejeição e solidão.

Contudo, importa reconhecer que a transformação deste quadro sociocultural exige um compromisso coletivo. A responsabilidade de combater o estigma e de promover a integração da população idosa cabe a todos — cidadãos, profissionais e instituições — através da valorização das suas competências e da criação de contextos que favoreçam a participação e a convivência. Neste âmbito, a socialização constitui-se como um fator protetor fundamental. De acordo com Batista, Lorencete e Catelan-Mainardes (2022), o envolvimento em atividades sociais regulares promove a autoestima, estimula as capacidades cognitivas e contribui significativamente para o bem-estar psicológico. Espaços de encontro, iniciativas

intergeracionais e dinâmicas comunitárias têm-se revelado eficazes na promoção do sentimento de pertença e na prevenção da solidão.

Ainda assim, fenómenos como o isolamento social e a solidão continuam a afetar significativamente a população idosa, sobretudo entre os indivíduos institucionalizados, conforme demonstrado por Stojanović et al. (2023). Estes fatores estão associados a consequências clínicas graves, como o aumento da prevalência de demência, depressão e mortalidade. É essencial distinguir entre solidão — percepção subjetiva de ausência de vínculos significativos — e isolamento social — caracterizado pela falta objetiva de relações. Estas condições tendem a incidir com maior frequência em mulheres, pessoas que vivem sozinhas e em contextos de vulnerabilidade socioeconómica, sublinhando a necessidade de políticas públicas consistentes e estratégias de intervenção multidisciplinares que promovam a inclusão social e combatam o idadismo estrutural.

Neste contexto, os sentimentos de stress e depressão assumem-se como ameaças relevantes ao bem-estar na velhice, reforçando a urgência na implementação de redes de apoio integradas e contínuas, com enfoque nas dimensões emocional e psicossocial da intervenção (Pallavi & Borah, 2020).

Paralelamente, verifica-se uma valorização crescente da investigação sobre o envelhecimento, traduzida num aumento significativo do conhecimento científico sobre os fatores que sustentam uma velhice ativa e satisfatória. O bem-estar na terceira idade é atualmente entendido como um fenómeno multidimensional, abrangendo os domínios físico, mental e social. Estudos como os de Paul et al. (2024) e Halaweh et al. (2018) evidenciam que, mesmo perante o declínio funcional, muitos idosos experienciam elevados níveis de bem-estar subjetivo, fortemente associados a relações interpessoais de qualidade, segurança financeira e sentido de realização (Jivraj et al., 2014; Paul et al., 2024). A preservação da autonomia, o envolvimento comunitário e a vivência com propósito são reconhecidos como pilares essenciais de um envelhecimento saudável. Embora o caminho a percorrer ainda seja longo, os avanços registados até ao momento permitem vislumbrar uma evolução positiva, sustentada por práticas mais inclusivas e humanizadas na abordagem ao envelhecimento.

Considerando o exposto, torna-se imperativo questionar: estamos, enquanto sociedade e profissionais, preparados para desconstruir estereótipos e valorizar as competências e o potencial da população idosa? Seremos capazes de reconhecer a importância da socialização como fator protetor contra o declínio cognitivo, emocional e relacional, e de promover contextos que favoreçam vínculos significativos e participação ativa? Conseguiremos

desenvolver respostas integradas e sustentadas, que promovam o bem-estar biopsicossocial na terceira idade, combatendo a marginalização e reforçando a dignidade e a qualidade de vida dos idosos?

d) Valorização do papel social dos idosos

A perspectiva do curso de vida conceptualiza o envelhecimento como um processo dinâmico, cumulativo e multidimensional, moldado por fatores estruturais, socioculturais e históricos que influenciam de forma diferenciada as trajetórias individuais ao longo do tempo (Settersten, 2017). Esta abordagem evidencia a heterogeneidade da velhice, destacando como as desigualdades acumuladas ao longo do ciclo vital se manifestam, na idade avançada, nas condições de saúde, nas oportunidades de participação e na percepção subjetiva de bem-estar.

Neste enquadramento, importa desconstruir a visão idealizada de independência plena na velhice, reconhecendo que as necessidades reais desta população são profundamente influenciadas por contextos de vulnerabilidade, fragilidade funcional e redes de apoio, o que reforça a urgência de políticas públicas e intervenções sociais sensíveis às especificidades socioculturais e relacionais do envelhecimento.

A participação social dos idosos emerge, neste sentido, como um vetor estratégico na construção de comunidades inclusivas e na promoção de um envelhecimento ativo. A melhoria da qualidade de vida nesta etapa da vida depende, em larga medida, da valorização do papel social dos idosos, do fortalecimento dos vínculos interpessoais e da criação de oportunidades que possibilitem a expressão subjetiva e o envolvimento em atividades com significado (Simard, Alberio & Dumont, 2020). A inclusão efetiva pressupõe, assim, não apenas o reconhecimento do valor social da pessoa idosa, mas também a mobilização de dispositivos que incentivem a sua participação e protagonismo.

Neste contexto, a valorização da história de vida assume particular relevância enquanto instrumento promotor de identidade, autoestima e continuidade do self. A partilha de memórias pessoais e narrativas biográficas não só estimula emoções positivas, como também potencia o reconhecimento do valor individual e fortalece os laços sociais. Todavia, verifica-se uma lacuna persistente na oferta de programas sistemáticos que promovam simultaneamente a cognição, a socialização e a expressão pessoal em contextos institucionais, sobretudo junto de idosos com maior grau de dependência (Batista et al., 2022; Stojanović et al., 2023). A estimulação cognitiva, neste sentido, constitui um eixo central da prática gerontológica

contemporânea, dado o seu contributo para a preservação das funções mentais, a prevenção do declínio funcional e a promoção da saúde psicológica.

A articulação entre estimulação cognitiva e expressão autobiográfica revela-se, assim, uma via promissora para a promoção do envelhecimento ativo e da inclusão social em contextos institucionais.

Conclui-se, portanto, que a valorização das memórias e das experiências de vida das pessoas idosas não deve ser encarada apenas como um exercício de reminiscência, mas como um recurso estratégico na construção do seu bem-estar e dignidade. Uma intervenção gerontológica centrada na história de vida constitui uma base sólida para a promoção da autonomia, da identidade e da qualidade de vida, contribuindo para um envelhecimento verdadeiramente humanizado e socialmente integrado.

1.2. Intervenção em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

No quadro das respostas sociais dirigidas à população idosa, os contextos institucionais de alojamento coletivo configuram-se como espaços onde os desafios inerentes ao envelhecimento adquirem uma expressão particularmente aguda, exigindo um conjunto de respostas integradas. A transição para a institucionalização, frequentemente motivada pela perda de autonomia funcional ou pela fragilidade das redes de suporte informal, pode implicar descontinuidade na narrativa identitária, despersonalização e sentimento de desfiliação social, fatores com implicações relevantes ao nível da saúde mental e do bem-estar psicossocial.

Estas estruturas residenciais assumem, portanto, uma função de proteção social, garantindo o acesso a cuidados continuados, alojamento adequado, segurança, apoio nas atividades da vida diária e estímulo à participação ativa. Contudo, a sua missão vai além da mera resposta às necessidades básicas, integrando igualmente objetivos de promoção da qualidade de vida, reforço da coesão social e prevenção do isolamento.

A intervenção nestes contextos deve considerar a centralidade da pessoa idosa, respeitando a sua história de vida, preferências e valores, e promovendo simultaneamente a autonomia, a autodeterminação e o sentimento de pertença. Para tal, é essencial a implementação de estratégias que valorizem a interação social, a expressão pessoal, a continuidade biográfica e a manutenção dos laços familiares.

A eficácia da intervenção institucional está intrinsecamente associada a uma lógica de atuação transdisciplinar, onde diversas áreas do conhecimento convergem para assegurar uma

resposta holística. Neste cenário, o Serviço Social ocupa uma posição estratégica, operando numa perspetiva centrada na pessoa e alicerçada em metodologias de avaliação diagnóstica, planeamento e intervenção personalizada. A prática profissional deve articular os dados obtidos da trajetória individual do residente com a realidade institucional e os recursos comunitários disponíveis, contribuindo para a construção de planos de ação ajustados às necessidades singulares de cada utente.

A ação do assistente social implica, ainda, uma articulação permanente com a equipa multidisciplinar - composta por profissionais da saúde, reabilitação, psicologia e animação sociocultural -, assegurando coerência, continuidade e complementaridade na resposta prestada. Esta colaboração interprofissional é essencial para uma abordagem sistémica e integradora, promotora da saúde global e da inclusão social.

A comunicação, enquanto ferramenta relacional e técnica, adquire um papel fulcral para a construção de vínculos de confiança com os residentes e respetivas famílias - baseando-se ainda na escuta ativa, empatia e transparência. Do mesmo modo, o desenvolvimento de competências em mediação institucional e na gestão de expectativas permite minimizar conflitos, reforçar a participação dos familiares e legitimar a atuação dos profissionais no quotidiano institucional.

a) Projetos de intervenção em ERPI

No âmbito internacional, múltiplos estudos e projetos têm-se dedicado à análise dos processos psicossociais inerentes ao envelhecimento, com o objetivo de identificar fatores que promovam o bem-estar e a qualidade de vida na população idosa. Estas investigações refletem a crescente preocupação das sociedades contemporâneas em responder aos desafios demográficos decorrentes do envelhecimento populacional, adotando abordagens integradas que considerem as dimensões emocional, social e identitária associadas à velhice.

Um contributo relevante nesta área é o estudo de Westerhof, Whitbourne e Freeman (2012), publicado pela Oxford University Press em colaboração com a The Gerontological Society of America. Esta pesquisa comparativa avaliou a relação entre as conceções individuais do envelhecimento, a construção da identidade e a autoestima em adultos entre os 40 e os 85 anos, oriundos dos Estados Unidos e dos Países Baixos. Neste sentido, foram analisados dois modelos socioculturais distintos: o modelo liberal norte-americano, caracterizado pela ênfase na responsabilidade individual e na valorização da juventude, e o modelo social-democrata holandês, orientado para a proteção social e a equidade intergeracional.

Os resultados indicaram que percepções positivas e associadas a uma visão juvenil do envelhecimento se correlacionam significativamente com níveis superiores de autoestima e coesão identitária. Este fenómeno mostrou-se mais pronunciado no contexto norte-americano, onde o envelhecimento é frequentemente encarado como um processo a ser “combatido”, intensificando a valorização das percepções pessoais positivas. Assim, conclui-se que os contextos político, cultural e económico influenciam profundamente a vivência e a atribuição de significado às trajetórias de envelhecimento.

No contexto português, Araújo e Ribeiro (2024) prosseguem esta linha de investigação, sublinhando a necessidade de compreender o envelhecimento como um processo contínuo, dinâmico e multidimensional. Os autores destacam que as necessidades da pessoa idosa se manifestam de forma heterogénea ao longo do ciclo de vida, estando condicionadas pelo meio sociocultural em que o indivíduo se insere. Assim, defendem que as respostas adaptativas são marcadamente subjetivas, variando consoante fatores individuais como género, classe social, percurso biográfico e acesso a redes de apoio, desafiando, assim, abordagens homogéneas da velhice e evidenciando a importância de intervenções personalizadas centradas na pessoa.

A nível regional, têm emergido projetos que procuram traduzir estas perspetivas em ações concretas, integradas e ajustadas às realidades locais. Muitos destes programas focam-se na valorização da identidade e da história de vida dos idosos, promovendo autoestima, combatendo o isolamento social e fortalecendo laços interpessoais significativos. Um exemplo paradigmático é o projeto "Envelhecer: Ser e Estar – Projeto de Intervenção num Lar de Idosos", implementado na ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Penafiel. Este projeto promoveu uma transformação a nível pessoal, grupal e institucional, reforçando as relações interpessoais e incentivando a participação ativa dos residentes na organização do seu tempo livre.

Os resultados obtidos foram relevantes tanto a nível individual como coletivo, contribuindo para o desenvolvimento da consciência crítica dos participantes sobre as suas capacidades e impulsionando a instituição a refletir e ajustar as suas práticas em consonância com os contributos dos idosos. Valendo-se de metodologias participativas - como oficinas de reminiscência, dinâmicas de grupo e espaços de escuta ativa - esta iniciativa demonstrou eficácia na promoção da saúde mental, do bem-estar emocional e do sentimento de pertença, consolidando-se como uma estratégia eficaz para a promoção de um envelhecimento ativo, digno e socialmente integrado.

b) Serviço Social em Estruturas Residenciais de Apoio a Idosos

O Serviço Social, enquanto área do saber assente em valores e princípios notáveis, desenvolve uma intervenção focada na promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos sujeitos. Forma profissionais e agentes de mudança, comprometidos com o estudo das relações humanas - capazes, disponíveis e atentos – que aliados ao seu compromisso e missão desempenham funções em diversos domínios e direcionados a diferentes públicos-alvo.

Especificamente na área da Gerontologia, este estabelece como principais objetivos - combater o isolamento e prevenir a exclusão social; manter e/ou fortalecer as redes relacionais primárias e secundárias; garantir a qualidade de vida dos idosos (portadores de maior fragilidade física e emocional); promover a saúde física e mental; proporcionar autonomia e desenvolver as suas capacidades.

O Serviço Social em ERPI desempenha um papel abrangente e multifacetado, sendo constantemente desafiado com diferentes situações do dia a dia. Além do planeamento, é essencial que o profissional social esteja preparado para lidar com emergências imprevistas. Entre as funções desempenhadas, destacam-se o atendimento, acolhimento, acompanhamento, mediação e relação pessoal com os utentes e as suas famílias,

Em primeiro lugar, o *atendimento* enquanto um procedimento técnico-operativo, pode dividir-se o em duas etapas - primeiro, ocorre o contato inicial por telefone ou num encontro presencial para conhecer a situação e prestar os primeiros esclarecimentos; em seguida, ocorre o atendimento social no momento da admissão. Durante esta fase, o profissional coloca em prática sua capacidade de escuta ativa para compreender o utente e sua família, identificando suas principais preocupações. Além disso, utiliza suas competências de comunicação para apresentar as dinâmicas da instituição, visando construir uma relação de ajuda e confiança.

Em segundo lugar, o *acolhimento* é o momento em que o profissional fortalece e mantém um vínculo contínuo e proativo e auxilia o processo de integração do utente - proporcionando as primeiras conversas, criando elos de ligação com os restantes residentes e facilitando a adaptação ao meio ambiente. Segundo, Berkman, Gardner, Zodikoff, & Harootyan (2006, p.496):

“(...) mental health counseling, careplanning and participation in multidisciplinary teams, coordination of the al decision-making and transition process, case management, advocacy, and support to families”.

(como citado em Koenig, T. L., Lee, J. H., Fields, N. L. & Macmillan, K. R. (2011))

A fase do *acompanhamento*, a mais longa e exigente, consiste no contacto contínuo entre utente e profissional com o objetivo de garantir o seu bem-estar (físico, emocional e social) e qualidade de vida destes. Em termos concretos, o assistente social desempenha um papel de supervisão dos cuidados, promove a interação e incentiva à participação nas atividades, organiza os processos sociais, elabora registos e planos individuais integrados (nos quais identifica necessidades e como as superar). Assim, pode afirma-se que as capacidades de observação, comunicação empática e disponibilidade são fulcrais em todo este processo.

Além disso, o Serviço Social desempenha um papel essencial como *mediador* na articulação entre a equipa multidisciplinar, o utente, a família e os serviços externos. Em situações específicas, o assistente social convoca conferências familiares e reuniões de equipa, contribuindo com seu parecer especializado sobre determinadas ocorrências. Esta mediação tem como objetivo promover a comunicação e a colaboração entre todas as partes envolvidas, agilizando recursos, facilitando a tomada de decisão e garantindo o melhor apoio e acompanhamento ao utente.

Contudo, para além das atividades previstas são realizadas outras tarefas essenciais e relacionadas à função do Serviço Social na ERPI. Essas atividades adicionais estão elencadas na seguinte tabela 1.

Tabela 1. Principais Atividades do Assistente Social em ERPI

| Fase da Intervenção | Atividades | Breve descrição |
|------------------------|-------------------------------|--|
| Acolhimento | Informações de Admissão | Conversa telefônica ou presencial com vista a recolher os dados pessoais da pessoa que requer a resposta social e prestar esclarecimentos acerca da dinâmica da instituição (nomeadamente a existência de vagas, valores e serviços incluídos). |
| | Gestão da Lista de Espera | Ao serem realizados os contactos de admissão são inseridos numa lista provisória até a realização e aprovação da candidatura. Após esta fase está concluída o/a utente entra numa lista de espera definitiva que reúne as principais características da situação, tal como alguns dados (nome, idade, sócio ou não sócio, tipologia pretendido, entre outros). |
| | Visitas Guiadas | São agendadas visitas que dão a conhecer as áreas comuns e são prestados esclarecimentos. |
| | Admissão | O processo de admissão e a realização da candidatura e após aprovação de direção técnica é agendada a entrada do utente. Esta atividade caracteriza-se por uma reunião entre utente, família e equipa profissional com vista ao conhecimento do utente das suas particularidades preferências e necessidades. Numa primeira fase procura-se fazer uma caracterização (através de questões como o seu estado de saúde, habitacional, história de vida, acontecimentos marcantes, hábitos/rotina, gostos, restrições alimentares), depois uma breve explicação sobre o funcionamento e por fim a fase mais formal (assinatura do contrato, Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais, recolha de contactos de emergência e documentos pessoais). |
| | Articulação com a família | A articulação com a família nesta fase existe desde o primeiro contato ao momento da admissão, uma vez que são os principais responsáveis pela procura deste tipo de resposta. |
| | Processos de Candidatura | Durante o momento da admissão são preenchidos alguns documentos com informações relevantes sobre o utente, entre este o processo de candidatura. Este reúne dados sobre as necessidades físicas, emocionais e sociais, bem como a descrição das principais patologias e cuidados especializados. |
| | Informação Social | Este documento serve para expor e caracterizar brevemente o sujeito de atenção, através das informações anteriormente recolhidas durante um momento de admissão. De seguida é inserido no processo individual do utente e informatizada a informação. |
| Acompanhamento | Planos Individuais Integrados | Ao longo da estadia do utente a realização do plano individual integrado permite enunciar as necessidades e os objetivos em cada área de intervenção. |
| | Registos Gerais | Como forma de relembrar situações relevantes para os utentes são realizados de forma contínua registos individuais. Ou seja, registaram-se em documento, no programa informático e no processo, os acontecimentos que se mostram relevantes para o utente e a sua família. Assim, as ocorrências podem ser de diversas áreas, tais como – mudanças emocionais (períodos depressivos, de maior ansiedade, isolamento ou de maior estabilidade), em termos clínicos (internamentos recentes, alteração medicamentosa, agravamento progressivo e acentuado da doença, quedas ou outros incidentes) e pedido de apoio e comparticipação (como por exemplo, para a ADSE). |
| | Marcação de visitas e saídas | As visitas dos familiares são marcadas junto dos profissionais. Assim como, as saídas que necessitavam de marcação. |
| | Acompanhamento de visitas | Os profissionais procuram acompanhar as visitas dos familiares, esclarecendo eventuais dúvidas e partilhando aspetos relevantes sobre o dia a dia dos utentes. |
| | Supervisão | Como forma de avaliar a satisfação dos utentes são feitas avaliações dos serviços. Esta supervisão consiste na recolha da informação dos utentes e na avaliação das condições de higiene ou alimentares, por ex. |
| | Articulação com a família | A articulação com a família durante o acompanhamento é essencial para o estabelecimento de uma relação de confiança e ajuda. Quer seja em contexto de visita ou chamada telefónica, existe um contato bastante próximo entre o profissional e as famílias e estes funcionam em parceria para o bem-estar do utente. |
| Saída do utente | Apoio e Preparação | Na iminência de uma saída de um utente, a equipa profissional prepara-se para prestar o apoio necessário. |
| | Alta Social | A realização da Alta Social prevê a breve descrição do estado físico, emocional e social do utente, bem como os desenvolvimentos relevantes durante a sua estadia na instituição. Deve ainda incluir as suas principais rotinas e temas de interesse como forma de facilitar o posterior processo de integração. Este instrumento pode ser realizado por diversos motivos - nomeadamente a transferência para outra instituição ou regresso ao domicílio. |
| | Articulação com a família | A articulação com a família nesta fase serve como apoio e dá atenção às necessidades atuais do utente para perceber se futuramente serão respondidas. |

Fonte: Elaboração própria

Também, o assistente social atua como um elo entre diferentes atores, assegurando que as necessidades e os interesses do utente sejam devidamente considerados e atendidos. Segundo Parsons, R. J. (1991):

“Mediation as a problem-solving intervention in social work became more widely used during the late 1970s to the 1980s in situations such as (...) family disputes. The author argues that the mediator role is inherent in social work and examines the context for and assumptions underlying it.”.

Por último, mas de fundamental importância em todas as etapas, encontra-se a relação pessoal estabelecida entre o utente, o profissional e a família. Esta segue uma abordagem empática e individualizada, tendo em conta os diferentes traços de personalidade e histórias de vida - pois só assim será possível compreender os desejos e expectativas, bem como, estabelecer um ambiente acolhedor, de confiança e de apoio mútuo. Assim, ao refletir sobre a relação profissional de ajuda esta encontra-se “(...) vocacionada para a autonomia da pessoa utilizadora do serviço, enquadrada teórica e eticamente, mas onde o “eu” do assistente social se encontra presente, surgindo a necessidade de uma prática reflexiva em que o profissional possa equacionar a qualidade dessa relação e o reconhecimento da dimensão emocional da intervenção.”, como refere Maria João Pena (2012, p.156).

Face ao anteriormente referido, os assistentes sociais desempenham um papel crucial dentro de uma instituição, levando em consideração a dinâmica, normas e valores estabelecidos. Juntamente com a equipa multidisciplinar, procuram reconhecer e abordar as questões inerentes ao processo de envelhecimento, bem como as limitações e desafios que podem surgir nesta fase da vida. Assim, procuram fornecer serviços permanentes e especializados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, promover a estimulação cognitiva e física, desenvolver um processo de envelhecimento ativo, oferecer apoio e orientação aos utentes e famílias e promover o seu bem-estar.

Capítulo II – Diagnóstico

O mandato de Serviço Social é direcionado para uma intervenção prática, multidimensional e complexa, que procura estar em constante atualização. Ou seja, à medida que os campos de ação evoluem e se transformam, é imperativo que este os acompanhe, questionando de forma contínua a adequação da prática profissional aos novos e emergentes contornos sociais.

Contudo, para que isto seja possível é fulcral a existência de uma fase de diagnóstico permanente e dinâmica. Ora, entende-se por diagnóstico, “(...) um procedimento que visa recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente (...) permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida.” (MTS SEEF, 1999, tal como citado em Santos, 2012, p.5).

Neste sentido, atentemos às noções de Idáñez & Ander-Egg, que retratam “É necessário conhecer para atuar e só conhecendo é que podemos agir com eficácia e eficiência. Só conhecendo é que podemos realizar um diagnóstico comprometido, adequado à etapa seguinte e sem comprometer as fases subsequentes na intervenção. Só conhecendo é possível ir mais longe, saber o que fazer e é nessa premissa que o diagnóstico social se realiza e se efetiva”. (Idáñez & Ander-Egg, 2007).

Em suma, este procedimento é uma ferramenta basilar do trabalho do assistente social, uma vez que permite o conhecimento detalhado da situação/realidade e das suas particularidades – nomeadamente, as vulnerabilidades, necessidades, capacidades e motivações. Com base neste diagnóstico, é possível realizar uma intervenção eficaz, eficiente e adequada às necessidades dos indivíduos e grupos atendidos.

Este processo procurou articular diferentes dimensões — organizacional, social, relacional e subjetiva — permitindo identificar fatores de risco, mas também potencialidades e recursos existentes, que serviram de suporte ao planeamento da intervenção.

2.1. Definição do objetivo do diagnóstico

O diagnóstico teve como principal finalidade compreender as necessidades, recursos e vulnerabilidades dos residentes da ERPI, bem como avaliar as condições institucionais e organizacionais para a intervenção social. Pretendeu-se conhecer a dinâmica interna da instituição, as rotinas quotidianas, os fatores que afetam o bem-estar dos residentes e os recursos humanos, materiais e relacionais disponíveis.

2.2. Seleção da população-alvo e critérios de inclusão/exclusão

A população-alvo foi constituída pelos residentes da ERPI e pela equipa técnica e operacional. Foram incluídos no levantamento os residentes com capacidade de comunicação preservada, participação ativa nas atividades e disponibilidade para colaborar. Excluíram-se, por motivos éticos e metodológicos, residentes com défices cognitivos graves ou em fase terminal.

No total, participaram 75 residentes, com idades compreendidas entre 47 e 102 anos, de ambos os géneros, com diferentes graus de dependência e tempos de institucionalização. Estes critérios permitiram uma caracterização representativa da população institucionalizada.

Realizou-se a consulta sistemática de processos individuais, relatórios clínicos e sociais, regulamentos internos e registos institucionais. Este levantamento permitiu reunir informações sobre o perfil sociodemográfico dos residentes, a evolução da sua condição funcional, o historial de saúde e o acompanhamento social.

2.3. Caracterização de uma estrutura organizacional (ERPI)

A escolha do campo empírico, recaiu sobre uma estrutura residencial específica e que foi campo de intervenção. O objetivo foi de realizar um diagnóstico individualizado e abrangente, tendo em consideração as dimensões biopsicossociais dos residentes.

Durante este processo foram utilizadas diversas estratégias e instrumentos de avaliação, como entrevistas individuais, observação direta, reuniões de equipa e análise de relatórios. Além disso, é importante destacar a participação ativa dos residentes, familiares e/ou cuidadores, por meio de conferências familiares, onde as suas perspetivas e informações são consideradas.

Com base nos resultados do diagnóstico, são identificadas as principais necessidades de cada residente, bem como a elaboração de um plano de intervenção e cuidados especializados. Por exemplo, pode determinar-se a necessidade de utilizar uma cadeira de rodas devido ao aumento do risco de queda, a necessidade de marcar uma conferência familiar para informar a família e o residente sobre o avanço de uma determinada doença ou definir estratégias para combater o isolamento que num utente se tem verificado.

Conclui-se, que o processo de diagnóstico na estrutura residencial considera as necessidades individuais dos residentes, proporcionando uma base sólida para o planeamento e a implementação de intervenções adequadas, visando o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos.

Norteia-se por valores como, a ética e o respeito, valorização da formação, transparência nos métodos, excelência dos serviços prestados, dedicação e rigor dos serviços para com os utentes, familiares e cuidadores.

2.4. Caracterização sociodemográfica dos sujeitos de atenção (ERPI)

As ERPI são instituições que se destinam ao alojamento coletivo (de utilização temporária ou permanente) e serviços de cuidados de longo prazo a pessoas com mais 65 anos ou em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. Assim, o seu campo de ação é essencialmente a população idosa e visa atender às suas necessidades físicas, emocionais e sociais.

Neste sentido, a institucionalização torna-se uma resposta ao envelhecimento por: assegurar as necessidades básicas (como, alojamento, cuidados de saúde e higiene, conforto e ocupação); oferecer serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; promover um processo de envelhecimento ativo (dinamizando atividades que fomentem o diálogo, partilha, relação entre pares e desenvolvimento de potencialidades); apoiar o processo de adaptação no meio institucional e integração em sociedade (realização de atividades exteriores); criar condições que preservem e incentivem a relação intrafamiliar; respeitar a individualidade, privacidade e liberdade de expressão; bem como, estimular os sentimentos de pertença, interação, autoestima e segurança de todos os que acolhe.

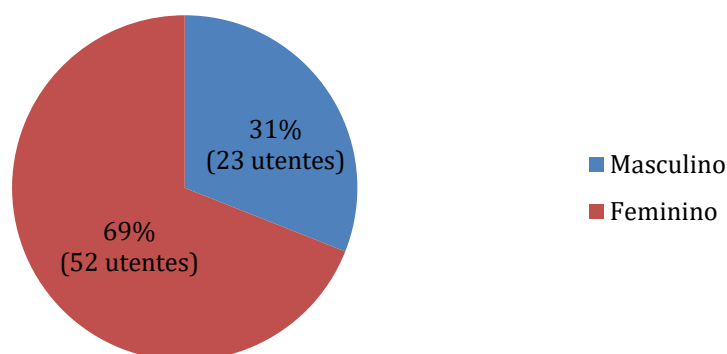
A organização é constituída por uma equipa multidisciplinar - contando com assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicomotricistas, animadores socioculturais, voluntários e auxiliares de ação direta - para dar apoio e suporte a todos os residentes. Quanto à sua estrutura, esta divide-se em dois pisos, com quartos individuais, duplos ou triplos e apartamentos duplos. Além disso, existem espaços comuns, como áreas de lazer, refeitório e salas de atividades, que proporcionam a interação social entre os residentes.

Esta resposta social tem capacidade para acolher 77 utentes e concede duas tipologias de alojamento: permanente, destinado aos sócios efetivos, que foram profissionais nas entidades mencionadas anteriormente; e temporário, aplicado a sócios e não sócios. Contudo, em ambas as tipologias podem usufruir-se do alojamento, refeições, apoio nas AVD's, administração de terapêutica, cuidados médicos, de enfermagem e apoio psicossocial e têm

estabelecidos como objetivo a promoção do bem-estar e qualidade de vida de todos os residentes.

Considerando a constante rotatividade de utentes na ERPI, os dados a seguir apresentados são referentes à caracterização sociodemográfica dos utentes.

Gráfico 1. Distribuição de acordo com o género



Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

À ERPI era constituída por 75 utentes, contudo pode observar-se uma assimetria na distribuição dos indivíduos no que se refere ao sexo, uma vez que o número de utentes do género feminino é superior ao número de utentes do género masculino. Este dado pode estar relacionado com diversos fatores, como a esperança média de vida das mulheres e a prevalência de doenças crónicas que afetam de forma desproporcional a população idosa.

Posto isto, deve ressaltar-se que a equipa multidisciplinar e os próprios serviços prestados procuraram proporcionar um ambiente inclusivo, que atenda às necessidades específicas e respeita a individualidade e privacidade de cada utente.

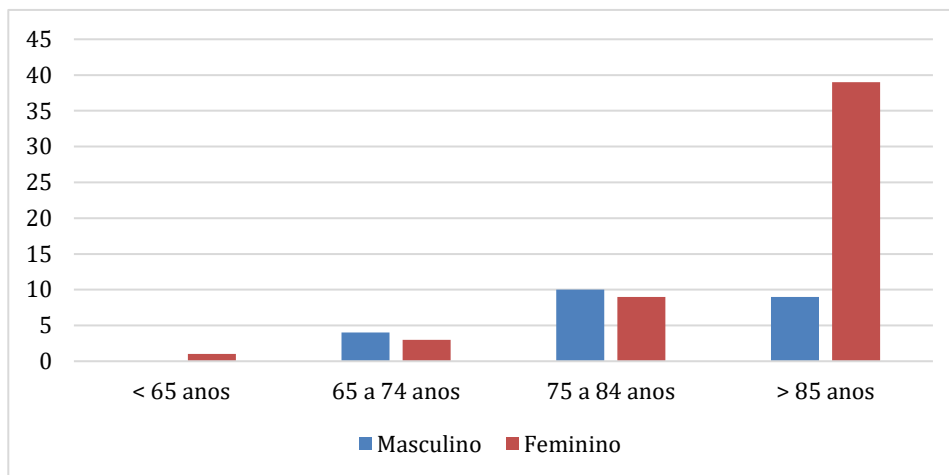
Tabela 2. Número de Uteses segundo o Género

| Género | Idade Min. | Idade Máx. | Média de idades |
|-----------|------------|------------|-----------------|
| Masculino | 68 | 95 | ± 81 |
| Feminino | 47 | 102 | ± 88 |
| Total | 47 | 102 | ± 86 |

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

No que diz respeito às idades dos utentes, a Tabela 2 revela que estas variam entre 47 e 102 anos, com uma média de aproximadamente 86 anos.

Gráfico 2. Distribuição de acordo com a Idade dos Idosos da ERPI



Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

Com maior pormenor, o Gráfico 2 permite analisar o número de utentes segundo o género e o intervalo de idades. Através da sua leitura pode perceber-se que o maior número de utentes, especificamente 48, apresenta idade igual ou superior a 85 anos (sendo 9 homens e 39 mulheres), de seguida 19 utentes têm entre 75 e 84 anos (sendo 10 homens e 9 mulheres), 7 utentes têm entre 65 e 74 anos (sendo 4 homens e 3 mulheres) e por fim, apenas um utente com idade igual ou inferior a 65 anos (1 mulher). Estes dados podem estar relacionados com a tendência que se verifica a nível nacional, onde a procura pela integração em ERPI é cada vez mais tardia – o que se reflete numa idade mais avançada e maior nível de dependência dos utentes.

Tabela 3. Número de utentes segundo o Nível de Dependência

| Género/Nível de Dependência | Autónomo | Parcialmente dependente | Totalmente dependente |
|-----------------------------|----------|-------------------------|-----------------------|
| Masculino | 5 | 9 | 9 |
| Feminino | 13 | 23 | 16 |
| Total | 18 | 32 | 25 |

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

A Tabela 3, permite analisar o nível de dependência segundo o género masculino e feminino. A caracterização foi realizada considerando quatro diferentes graus de dependência, tendo em conta as habilidades e necessidades de apoio – tais como:

- *Autónomo*: utente que se desloca sem ajuda de terceiros (com ou sem utensílios, como andador e canadiana), realiza as refeições de forma autónoma e necessita de supervisão na higiene;
- *Parcialmente dependente*: utente que se desloca em cadeira de rodas, realiza as refeições de forma autónoma e necessita de ajuda parcial na higiene;
- *Totalmente dependente*: utente apresenta incapacidade para realizar as atividades de vida diária e necessita de apoio total para as mesmas.

A avaliação do nível de dependência é realizada de forma contínua pela equipa multidisciplinar, pois permite que esta direcione os recursos disponíveis e planeie uma intervenção adequadas as necessidades atuais dos residentes.

A seguir, apresenta-se a Tabela 4 com informações sobre o número de utentes nas duas tipologias de alojamento:

Tabela 4. Número de Uteses segundo a Tipologia de Alojamento

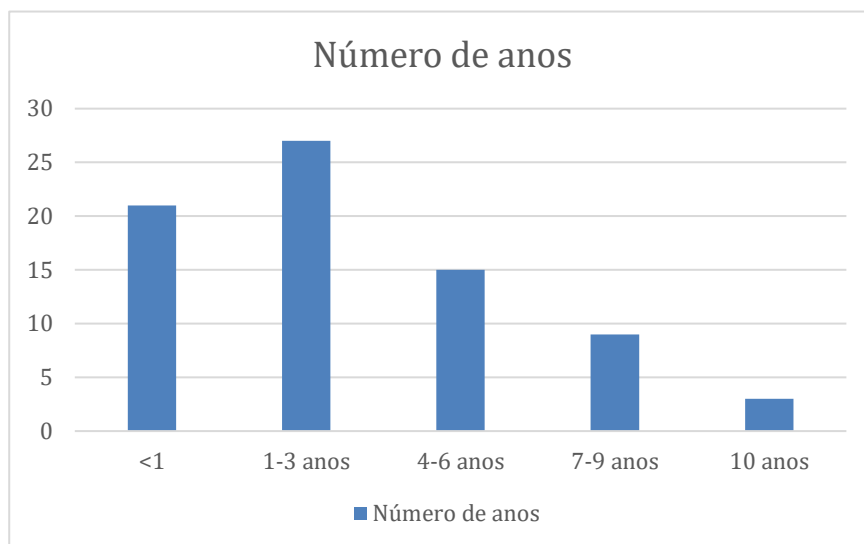
| Género/ Tipologia | Alojamento Temporário | Alojamento Permanente |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Masculino | 2 | 21 |
| Feminino | 2 | 50 |
| Total | 4 | 71 |

Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

Assim, pode observar-se que a ERPI acolhia um total de 4 utentes em alojamento temporário, oferecendo um serviço focado na reabilitação e preparação do posterior regresso ao domicílio. Nesta modalidade, são reforçadas as sessões de fisioterapia e avaliadas as condições e/ou necessidades para o futuro, para além do apoio psicossocial, acompanhamento médico e os serviços de assistência.

Ao mesmo tempo, o número de utentes em alojamento permanente (71) mostra-se significativamente maior e tem como focos a manutenção e o acompanhamento. Esta disparidade pode ser atribuída a várias razões, como por exemplo, a impossibilidade de a rede de suporte informal assegurar a prestação de cuidados a longo prazo dos idosos.

Gráfico 3. Distribuição de acordo com os anos de Permanência na ERPI



Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

Por último, o Gráfico 3 diz respeito aos anos de permanência de cada utente e analisa-se que a maior parte reside na ERPI entre 1 e 3 anos (concretamente 27 utentes), em seguida prevalece os utentes que residem há menos de 1 ano com 21 utentes, 15 dos utentes residem entre 4 e 6 anos, 9 utentes residem entre 7 e 9 anos e apenas 3 utentes há 10 anos (praticamente desde a implementação da instituição).

2.5. Observação direta

Procedeu-se à observação direta das rotinas quotidianas, interações entre residentes e profissionais, organização dos espaços físicos e dinâmicas grupais. Este registo sistemático teve como objetivo compreender a vivência institucional e identificar fatores de bem-estar, participação e integração social.

2.6. Entrevistas e conversas exploratórias

Foram realizadas entrevistas e conversas exploratórias com residentes e membros da equipa técnica, com vista à recolha de perceções, expectativas e experiências relacionadas com a institucionalização, as relações interpessoais e as oportunidades de participação. Estas

conversas possibilitaram uma aproximação relacional e uma compreensão mais profunda dos significados atribuídos ao cotidiano na ERPI.

2.7. Aplicação de instrumentos

Complementarmente, foram utilizados instrumentos técnicos de diagnóstico (Anexo A), nomeadamente:

1. História de Vida, para compreender o percurso pessoal e social dos residentes;
2. Genograma, para mapear as relações familiares e redes de suporte;
3. Escala APGAR Familiar, para avaliar o funcionamento e a perceção da família;
4. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), para analisar o apoio formal e informal percebido;
5. Questionário de Satisfação, para aferir a perceção dos residentes relativamente ao acompanhamento e às atividades.

Cada instrumento teve uma finalidade específica: compreender fatores relacionais, emocionais e sociais, e identificar áreas de vulnerabilidade e de fortalecimento.

2.8. Análise e triangulação de dados

Os dados recolhidos foram submetidos a análise qualitativa e quantitativa, assegurando a triangulação entre as diversas fontes de informação: documental, observacional e empírica. Este cruzamento metodológico permitiu garantir a robustez e a coerência das conclusões, validando os resultados obtidos através da convergência entre diferentes perspetivas.

2.9. Identificação de necessidades e potencialidades

Com base na análise realizada, foram sistematizadas as necessidades, recursos e potencialidades dos residentes em categorias temáticas:

1. Saúde e funcionalidade (nível de dependência, cuidados necessários, bem-estar físico);

2. Relações familiares e sociais (vínculos afetivos, rede de suporte e comunicação interpessoal);
3. Participação e integração institucional (envolvimento em atividades, sentimento de pertença e adaptação ao espaço);
4. Bem-estar emocional e autoestima (expressão de afetos, satisfação com a vida e percepção de valorização).

Esta leitura global permitiu compreender de forma integrada o contexto da ERPI e fundamentar o desenho do projeto de intervenção subsequente.

2.10. Diagnóstico Individual: Procedimentos e Observações de um caso tipo

Para a realização do diagnóstico individual, é necessário proceder à preparação antecipada da informação a recolher, definindo o foco principal do acompanhamento e registando notas prévias do processo da utente. Esta etapa inicial permitiu garantir uma abordagem organizada e orientada para os objetivos definidos.

O acompanhamento inicia-se com a apresentação clara do plano à utente, assegurando o seu consentimento e disponibilidade para participar. A primeira sessão deve ser dedicada à exploração do percurso de vida, reconhecendo a importância da narrativa biográfica como recurso para compreender a identidade, as experiências significativas e os fatores que influenciam o bem-estar atual.

Durante a interação, o utente deve demonstrar colaboração e abertura para a partilha. Contudo, podem ser observadas algumas dificuldades cognitivas, nomeadamente discurso repetitivo e confusão na ordenação cronológica dos acontecimentos. Para mitigar estas limitações, pode-se recorrer à técnica de parafrasear, reformulando as informações recolhidas e devolvendo-as à utente para validação. Esta estratégia revelou-se eficaz para estruturar a narrativa e promover maior clareza na comunicação.

A adaptação da comunicação às necessidades específicas da utente deve ser uma preocupação constante. Face às dificuldades auditivas, utilizar um tom de voz mais elevado e um ritmo de fala pausado, garantindo compreensão e conforto. Paralelamente, deve-se explorar aspetos emocionais relacionados com mudanças recentes, como a alteração do quarto (p.ex.), verificando que esta transição foi vivenciada de forma positiva, reforçada pela relação novas companhias e pela apreciação da vista do espaço (p.ex.).

Podem emergir fatores condicionantes do bem-estar, como a dor que deve ser confirmada com a equipa de enfermagem. As situações de dor interferem com as atividades, gerando sentimentos de tristeza e desânimo.

Num terceiro momento, pode haver a necessidade de mudança de espaço físico, espaço que é associado à tranquilidade e ao contacto com a natureza. Revelou desejos de retomar passeios ao exterior e iniciar sessões de fisioterapia, bem como sentimentos de saudade e vontade de regressar a casa. A expressão emocional foi marcante, tendo sido necessário assegurar suporte afetivo através de gestos de proximidade, como segurar a mão durante a conversa. A evocação do passado profissional, com orgulho pelo trabalho como enfermeira, reforçou a importância da identidade ocupacional na construção do sentido de vida.

Em todas as sessões, houve o agradecimento e a valorização da narrativa pessoal e a promoção de um clima de confiança. Os acompanhamentos permitem recolher dados relevantes sobre a história de vida, recursos, necessidades e expectativas da utente, constituindo uma base sólida para a definição de estratégias de intervenção individualizadas.

Capítulo III – Projeto Memórias que curam: Um caminho para o bem-estar

O projeto de intervenção social encontra-se integralmente descrito com o propósito de preservar a sua aplicabilidade e possibilitar a sua replicação noutros contextos semelhantes. Embora a nomeação do projeto represente, do ponto de vista teórico, uma etapa inicial, na prática surgiu após a definição dos objetivos e o planeamento das atividades, permitindo uma visão mais clara e abrangente da sua essência.

Assim, a designação “Memórias que curam: Um caminho para o bem-estar” reflete não só o foco do projeto — a valorização das memórias e da trajetória de vida das pessoas idosas — como também o seu propósito maior: promover o bem-estar, a autoestima e a qualidade de vida dos utentes através de uma intervenção participativa e significativa.

2.1. Metodologia

O desenvolvimento do projeto de intervenção, exige a realização de uma fase inicial de observação para conhecer as dinâmicas e atividades já existentes. Esta etapa é fundamental para compreender o contexto da instituição e identificar as oportunidades de intervenção necessárias.

Além disso, a metodologia do projeto de intervenção segue várias fases essenciais para o seu desenvolvimento eficaz e eficiente. Essas fases incluem o diagnóstico, a planificação, a intervenção e a avaliação. Cada uma dessas etapas é complementar e está em constante interligação, garantindo uma abordagem sistemática e coerente ao longo do projeto.

O diagnóstico desempenha um papel fundamental no desenvolvimento deste trabalho, pois fornece o conhecimento necessário para a elaboração do projeto de intervenção. Em termos concretos, procurou fazer-se a caracterização dos idosos, identificar as suas necessidades, perceber como intervir para as superar e conhecer as dinâmicas já desenvolvidas. Neste sentido, foram utilizados diferentes métodos e abordagens considerados relevantes nesse contexto. Inicialmente, foram realizadas conversas intencionais com os idosos, as suas famílias e a equipa de profissionais, com o intuito de compreender suas experiências, expectativas e dificuldades. Além disso, a observação participante desempenhou um papel importante, permitindo um acompanhamento próximo do quotidiano dos residentes e a identificação de aspetos relevantes para a intervenção.

Para complementar as informações recolhidas, recorreu-se também à pesquisa documental, através da análise de registos, relatórios e documentos institucionais. Essa análise proporcionou um conhecimento mais aprofundado do histórico da instituição, das políticas de cuidado adotadas e de outros dados relevantes.

Dadas as múltiplas funções desempenhadas pelo assistente social e a proporção existente entre os profissionais e os idosos, foi identificada a necessidade de um acompanhamento mais próximo e individualizado, bem como promover a socialização e o fortalecimento das relações entre os residentes.

Ao mesmo tempo, foi observado que temas como a história de vida, a atividade profissional e as relações familiares despertam sentimentos de nostalgia e emoções positivas nos idosos. Além disso, estas temáticas promovem uma partilha enriquecedora que fortalece a autoestima, sensação de valorização e estimula cognitivamente, ao recordar as experiências e memórias significativas. Assim, tendo em vista a promoção do bem-estar e a melhoria da qualidade de vida dos idosos na instituição, estas foram consideradas prioridades para a planificação do projeto de intervenção.

2.2. População-Alvo

Tendo em consideração a variável “tempo”, a intervenção foi direcionada a um grupo específico de 10 dos 75 utentes residentes. Este consistia uma amostra diversificada, com idades compreendidas entre 69 e os 94 anos, do género masculino e feminino, que residem nos pisos 0 e 1 e em diferentes períodos de adaptação e integração na ERPI.

Tabela 5. Caracterização do grupo de intervenção

| Nº do Processo | Género | Estado Civil | Naturalidade | Habilitações Literárias | Profissão |
|----------------|----------|--------------|--------------|----------------------------|-----------------------|
| 1 | Feminino | Solteira | Guarda | Licenciatura | Enfermeira |
| 2 | Feminino | Viúva | Vila Real | Licenciatura | Enfermeira |
| 3 | Feminino | Solteira | Setúbal | Licenciatura | Enfermeira |
| 4 | Feminino | Viúva | Lisboa | Curso Técnico-Profissional | Técnica de Farmácia |
| 5 | Feminino | Viúva | Aveiro | 4ª classe | Doméstica/ Costureira |

| Nº do Processo | Género | Estado Civil | Naturalidade | Habilitações Literárias | Profissão |
|----------------|-----------|--------------|---------------------|-------------------------|------------------------------|
| 6 | Masculino | Casado | São Tomé e Príncipe | Licenciatura | Professor de Educação Física |
| 7 | Masculino | Casado | Ponta Delgada | Licenciatura | Médico |
| 8 | Feminino | Solteira | Viseu | 4ª classe | Doméstica |
| 9 | Feminino | Viúva | Portalegre | Sem escolaridade | Doméstica/ Limpezas |
| 10 | Feminino | Solteira | Castelo Branco | Licenciatura | Enfermeira |

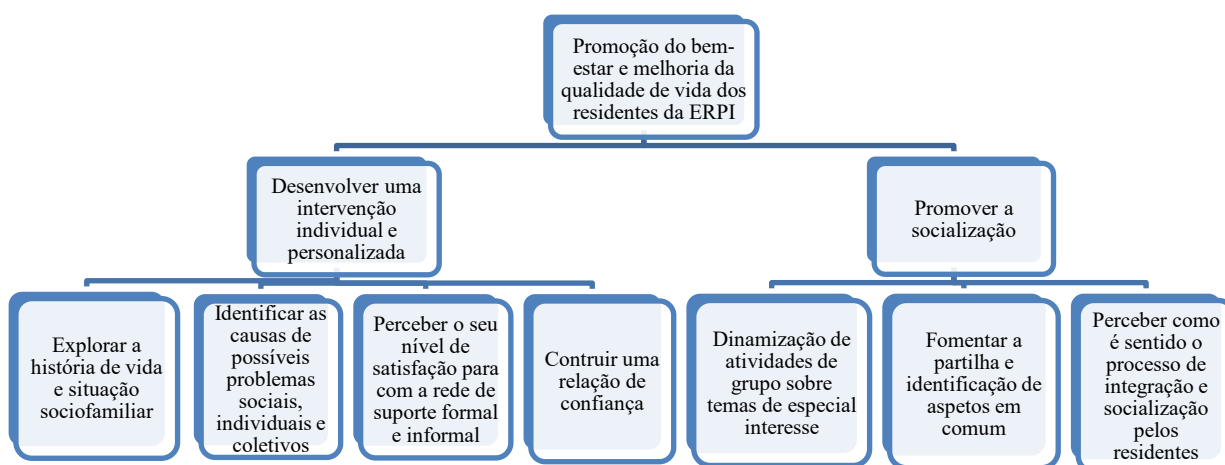
Fonte: Informações recolhidas através da Análise Documental – Lista de utentes

Assim, é importante ressaltar que nas diferentes abordagens se preveem graus de flexibilidade de integração distintos. No contexto das atividades individuais do projeto, é definido um grupo fechado, no qual os participantes designados para estas atividades não sofrem alterações ao longo do processo. Por outro lado, nas atividades grupais, é adotado um grupo aberto, no qual se prevê uma maior flexibilidade ao permitir a participação de outros residentes da ERPI.

2.3. Objetivos e Metas

Após a conclusão da fase de diagnóstico, foram determinados os objetivos gerais, específicos e operacionais com o intuito de fornecer uma direção clara e orientação para a ação. Estes objetivos permitem estabelecer metas claras e mensuráveis, facilitando a avaliação do progresso do projeto e a determinação se os resultados esperados foram alcançados.

Figura 1. Determinação de Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais



Fonte: Elaboração Própria

De seguida, a cada objetivo operacional foram associadas metas, para possibilitar a realização de uma avaliação ajustada.

Tabela 6. Objetivos e Metas dos Acompanhamentos Individuais

| Acompanhamentos individuais | |
|--|---|
| Objetivos | Metas |
| Explorar a história de vida e situação sociofamiliar | Obter informações detalhadas sobre a história de vida, incluindo experiências passadas, realizações, relações familiares e eventos significativos. |
| | Compreender a situação sociofamiliar atual do utente, perceção para com o suporte informal e construção do Genograma. |
| Identificar as causas de possíveis problemas sociais, individuais e coletivos | Identificar as possíveis causas de problemas sociais que afetam os utentes, considerando os fatores individuais, familiares e ambientais. |
| | Analisar as questões coletivas que podem afetar o bem-estar e qualidade de vida dos utentes. |
| | Propor estratégias e soluções para enfrentar os problemas identificados. |
| Perceber o seu nível de satisfação para com a rede de suporte formal e informal | Avaliar a perceção do utente em relação aos serviços prestados na ERPI – através da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). |
| | Explorar o grau de satisfação em relação ao suporte informal – através da Escala de Funcionamento Familiar (APGAR). |
| Estabelecer uma relação de confiança | Desenvolver um ambiente seguro e acolhedor para promover a confiança entre o profissional e o utente. |
| | Estabelecer uma comunicação efetiva, demonstrando empatia, respeito e confidencialidade, para que o utente se sinta à vontade para partilhar informações pessoais e expressar suas necessidades e preocupações. |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 7. Objetivos e Metas das Atividades Grupais

| Atividades Grupais | |
|---|---|
| Objetivos | Metas |
| Dinamização de atividades de grupo sobre temas de especial interesse que promovam a socialização | Realizar 3 atividades de grupo, abordando diferentes temas de interesse dos utentes. |
| | Envolver ativamente a participação do grupo específico de utentes (descritos abaixo) e mais alguns residentes que queiram participar. |
| | Criar um ambiente acolhedor e inclusivo durante as atividades, que proporcione a interação e a socialização entre os participantes. |
| Fomentar a partilha e identificação de aspetos em comum | Promover a partilha de experiências e histórias de vida. |
| | Estimular a identificação de interesses e experiências comuns entre os participantes, promovendo a criação de laços e conexões entre eles. |
| | Proporcionar e incentivar a comunicação entre os utentes. |
| Perceber como é sentido o processo de integração e socialização pelos residentes | Estimular a partilha das experiências individuais sob um processo comum a todos os participantes (passagem para a reforma, processo de envelhecimento e entrada numa ERPI). |
| | Alertar para os pontos positivos da entrada numa ERPI. |

Fonte: Elaboração Própria

2.4. Planeamento das Atividades

Nesta etapa são desenvolvidas as ações específicas para alcançar os objetivos estabelecidos e atender às necessidades da população-alvo, sendo o Plano de Ação desenvolvido de forma esquemática e interligada (Anexo B).

Considerou-se que a realização de duas abordagens diferentes junto à população-alvo complementaria a intervenção, porém a ordem destas seria influente.

Numa primeira fase, seria realizada uma *intervenção individual*, através da realização de acompanhamentos regulares e personalizados. Este tipo de abordagem permite explorar temas delicados (como a história de vida e situação sociofamiliar), estabelecer uma relação de confiança e identificar as principais necessidades individuais.

A criação de um ambiente seguro e intimista promove a abertura e a liberdade de expressão (ao perceber o seu nível de satisfação e opinião pessoal), contribuindo para um trabalho mais efetivo ao longo da intervenção. Por fim, todas as informações recolhidas serão integradas no processo individual do utente elaborado pela discente. Esta documentação detalhada e personalizada servirá como base para a prestação de cuidados individualizados e orientará a intervenção específica para cada utente.

Esta abordagem, esta envolve a concretização de três rondas de acompanhamentos, com focos e modos de operacionalização específicos (Tabela 8). Ao se destinar aos 10 utentes da população-alvo, perfaz um total de 30 sessões desejáveis, as quais se realizam nos seus locais de preferência - como nos quartos, gabinete e receção.

Numa segunda fase, seria realizada uma *intervenção grupal*, através da realização de atividades de grupo. Este tipo de abordagem visava promover a socialização, através da partilha de experiências, exploração de temas de especial interesse. Ao mesmo tempo, pretendia-se que partilha fosse além das atividades programadas e fizesse parte do quotidiano dos participantes, fortalecendo os vínculos e promovendo um sentimento de pertença e apoio mútuo.

Assim, esta abordagem previa a realização de *três atividades* que seguiriam uma linha temporal e abordavam os temas de interesse identificados na fase do diagnóstico (Tabela 9).

Tabela 8. Descrição dos Acompanhamentos Individuais - Focos, Instrumentos e Recursos

| | 1º Acompanhamento | 2º Acompanhamento | 3º Acompanhamento |
|-----------------------|---|--|--|
| Foco | Explorar da História de Vida e identificação de um Plano de Ação. | Análise das relações familiares e construção do Genograma. | Preenchimento de duas escalas de satisfação (APGAR e ESSS) e do Questionário de Satisfação dos Acompanhamentos. |
| Instrumentos Técnicos | <p>História de Vida (Meio de diagnóstico)</p> <p>Considerou-se que a exploração da história de vida seria um bom ponto de partida para o desenvolvimento de uma prática sustentada e íntegra. Este instrumento permite: compreender o contexto social, cultural, familiar e económico em que o utente está inserido; identificar os fatores que influenciaram sua trajetória, identificar potencialidades e os recursos disponíveis; e serve de ponto de partida para desenvolver um plano de intervenção individualizado e adequados aos seus interesses. Contudo, este conhecimento é um fator facilitador no processo de integração e adaptação à ERPL.</p> | <p>Genograma (Meio de diagnóstico) (Anexo C)</p> <p>Foi escolhido o Genograma, por se tratar de um instrumento técnico que permite representar visualmente a estrutura familiar e as relações entre os membros ao longo das gerações. Esta ferramenta permite incluir os laços de parentesco em relação à pessoa índice (utente), informações emocionais e sociais. Cada membro é representado com um símbolo específico e as linhas através das suas diferentes formas, representam os tipos de relação. A entrega dos Genogramas pretendia-se que fosse completada com uma breve legenda sobre as relações relevantes atualmente e a resposta a uma última questão – O que para si significa a família?</p> | <p>Escala APGAR – Funcionamento Familiar (Anexo D)</p> <p>Foi utilizada para avaliar de forma rápida e objetiva o funcionamento familiar percebido pelo utente – ou seja, é explorado o impacto da função familiar. Assim, a cotação é caracterizada sobre três níveis – Família altamente funcional, Família com moderada disfunção e Família com disfunção acentuada.</p> <p>Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo E)</p> <p>Foi utilizada para avaliar a percepção e satisfação dos utentes em relação ao suporte social que recebem. Em termos concretos, através de uma escala de Likert, são avaliadas quatro categorias – Satisfação com os Amigos, Satisfação com a Família, Intimidade e Atividade Sociais e que da sua soma resulta a satisfação para com o Suporte Social.</p> <p>É importante ter em conta que a satisfação para com a rede de suporte formal (instituição) e informal (família) contribui para o bem-estar e qualidade de vida do idoso.</p> <p>Questionário de Satisfação dos Acompanhamentos (Anexo F)</p> <p>Elaborado pela discente, é um dos elementos essenciais para avaliar a efetividade da intervenção individual e determinar se os objetivos foram alcançados.</p> |
| Recursos humanos | Técnicos e utente | | |
| Recursos materiais | Ficha de Avaliação Diagnóstica, bloco de notas e caneta. | Guia de apoio para a construção do Genograma, bloco de notas e caneta. | Escala APGAR, ESSS, Questionário de Satisfação, bloco de notas e caneta. |
| Sessões | 10 de 50 minutos cada | 10 de 50 minutos cada | 10 de 50 minutos cada |
| Período | Durante as duas primeiras semanas do mês de março | Durante as duas primeiras semanas do mês de abril | Durante as duas primeiras semanas do mês de maio |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 9. Descrição das Atividades Grupais - Focos, Desenvolvimento e Recursos

| | 1ª Atividade - “As minhas raízes” | 2ª Atividade – “As nossas profissões” | 3ª Atividade – “A mudança” |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Foco | Relembrar a infância e as suas recordações passadas junto da população idosa é uma atividade que traz benefícios cognitivos, emocionais e sociais – ao ser realizada em grupo, acresce o desenvolvimento das capacidades de escuta ativa e partilha. | Relembrar algo tão identitário como as suas experiências profissionais junto da população idosa é uma atividade que traz benefícios cognitivos, emocionais e sociais – ao ser realizada em grupo, acresce o desenvolvimento das capacidades de escuta ativa e partilha. | Partilhar com os restantes utentes como cada um lidou com a passagem para a reforma, processo de envelhecimento e posterior entrada na ERPI. Esta atividade permite ainda perceber como me mantiveram ativos, que planos e objetivos traçaram após esta mudança. |
| Desenvolvimento da atividade | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber junto da equipa se a sala estaria disponível; 2. Preparação da sala; 3. Convidar os 10 utentes do grupo-alvo e alguns residentes a participar na atividade, explicando-lhes o seu foco; 4. Realização do Questionário Inicial das Atividades Grupais (elaborado pela discente); 5. Introdução, explicação do uso da bola para mediar a participação e leitura de um poema alusivo ao tema; 6. Realização de questões sobre o local de nascimento e a infância (de forma individual) e colocação no mapa do nome do respetivo utente; 7. Partilha de imagens sobre os locais e comidas típicas; 8. Conclusão e síntese das ideias partilhadas ao longo da atividade, fazendo referência ao mapa e à próxima atividade; 9. Agradecimento pela participação e levar os utentes para o refeitório e salas de estar; 10. Realização do relatório da atividade e da autoavaliação. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber junto da equipa se a sala estaria disponível; 2. Preparação da sala; 3. Convidar os 10 utentes do grupo-alvo e alguns residentes a participar na atividade, explicando-lhes o seu foco; 4. Breve introdução ao tema e explicação da seguinte dinâmica; 5. Mostrava-se o objeto e uma imagem (do Powerpoint) alusivos a uma profissão e procurava-se que os utentes adivinhassem; 6. O utente que se identificava, partilhava com os restantes as suas experiências e a trajetória da sua vida profissional; 7. Conclusão e síntese das ideias partilhadas ao longo da atividade, fazendo à próxima sessão; 8. Agradecimento pela participação e levar os utentes para o refeitório e salas de estar; 10. Realização do relatório da atividade e da autoavaliação. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber junto da equipa se a sala estaria disponível; 2. Preparação da sala; 3. Convidar os 10 utentes do grupo-alvo e alguns residentes a participar na atividade, explicando-lhes o seu foco; 4. Breve introdução ao tema e explicação da seguinte dinâmica; 5. Realização de questões sobre como lidaram com a passagem para a reforma, a que se dedicaram, o que os levou a entrarem na ERPI, quais as vantagens de estar integrado e como se têm sentido (de forma individual); 6. Conclusão e síntese das ideias partilhadas ao longo da atividade, terminando com uma música escolhida pelos utentes; 7. Agradecimento pela participação nas atividades; 8. Realização do Questionário Final das Atividades Grupais (elaborado pela discente); 9. Realização do relatório da atividade e da autoavaliação. |
| Recursos materiais | Questionário inicial das atividades grupais (Anexo G), televisão, computador portátil, quadro com o Mapa de Portugal e representação do continente africano, bola, papéis e caneta. | Computador portátil para transmitir um Powerpoint (elaborado pela discente e presente no Portefólio) e diversos objetos alusivos às diferentes profissões: bola de futebol (Professor/a de Educação Física), pano e spray de limpeza (Doméstica/ Limpezas), caixas de medicamentos (Técnico/a de Farmácia), seringa (Enfermeiro/a), bata branca (Médico/a) e novelos linha (Costureira). | Questionário final das atividades grupais (Anexo H). |
| Sessões | 1 de 50 minutos | 1 de 50 minutos | 1 de 50 minutos |
| Período | 1 – 2 semanas | 1 – 2 semanas | 1 – 2 semanas |

Fonte: Elaboração Própria

Assumindo uma visão geral das atividades, foi elaborado o seguinte cronograma para a intervenção:

Figura 2. Cronograma de Atividades - Previsto

| Março | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

| Abril | | | | | | |
|-------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

| Maio | | | | | | |
|------|----|----|----|----|----|----|
| S | T | Q | Q | S | S | D |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

Fonte: Elaboração Própria

Legenda

- **1º Acompanhamento; 2º Acompanhamento; 3º Acompanhamento:** Nos dias selecionados serão postos em prática os acompanhamentos individuais. Pretende realizar-se dois acompanhamentos no período da manhã (após a realização das higiene e administração dos pequenos-almoços) de segunda-feira e quarta-feira, e um acompanhamento na sexta-feira, perfazendo um total de 10 acompanhamentos em duas semanas.
- **1º Atividade Grupal; 2º Atividade Grupal; 3º Atividade Grupal:** Nos dias selecionados serão postas em prática as atividades grupais, no período da manhã (após a realização das higiene e administração dos pequenos-almoços).

2.5. Realização de um Teste de Conceito (Pré-Teste)

Ainda que um plano esteja bem delineado é na aplicação prática que se fazem os reajustes. Desta forma, foi realizado um pré-teste do projeto que se concretizou como uma verdadeira aprendizagem. Como forma de sintetizar a informação, segue-se a tabela abaixo:

Tabela 10. Reajustes e Principais Noções retidas ao longo do Teste de Conceito

| Reajustes e/ou principais noções | Acompanhamentos Individuais | Atividades Grupais |
|--|--|--|
| Preparação | Mesmo que não tenha sido inicialmente planeado, logo se percebeu a importância de realizar os acompanhamentos com base num conhecimento prévio da realidade de cada utente. Ou seja, recorreu-se à leitura dos registos já existentes e a identificação de temas de interesse que deveriam ser explorados. | Considerando que o projeto e a atuação do Serviço Social se desenrolam numa instituição com sua própria estrutura organizacional e outras atividades que ocorrem simultaneamente, tornou-se essencial articular com a equipa para a execução das atividades. Isso envolveu verificar se as atividades seriam permitidas e se haveria disponibilidade de espaço para sua realização. |
| Articulação com a Equipa Multidisciplinar | Foi reconhecida a importância e valor em estar integrado numa equipa multidisciplinar. Foram pedidos conselhos e apreciações dos profissionais, incluindo o orientador e técnicos de diferentes áreas, para orientar a realização das atividades, valorizando suas experiências e conhecimentos específicos. Acredita-se que esta partilha e a colaboração foram fundamentais para o processo de aprendizagem da estudante, bem como para o desenvolvimento do projeto. | |
| Autonomia de Decisão | Mesmo estando planeadas as atividades, sua realização estava condicionada à disponibilidade e vontade dos utentes em participar. Ocorreram situações em que os utentes não estavam disponíveis ou a própria discente percebeu que não era o momento adequado para realizar a atividade. Assim, ressaltou-se a importância de respeitar a autonomia de decisão dos utentes, reconhecendo que estes têm o direito de escolher se desejam ou não participar das atividades propostas. | |
| Utilização de técnicas na comunicação | Ao lidar com uma população vulnerável e com necessidades específicas relacionadas ao processo de envelhecimento, tornou-se essencial adotar técnicas de comunicação que fossem capazes de superar as barreiras existentes (como a dificuldade auditiva, e a presença de determinadas patologias, como o Alzheimer). A comunicação efetiva com os idosos exigiu uma abordagem sensível e adaptada, levando em consideração as limitações físicas, cognitivas e emocionais. Foram utilizadas estratégias que facilitaram a compreensão mútua, como o uso de linguagem clara, gestos, expressões faciais e a técnica de parafrasear. | |
| Conforto – Gestão em situações de crise | Ao abordar os temas de especial interesse durante as atividades, a discente reconheceu que algumas recordações poderiam despertar emoções sensíveis nos utentes. Diante disso, procurou perceber junto de outros profissionais (nomeadamente, nas áreas de Serviço Social e Psicologia), que estratégias devia adotar para contornar essas situações. Em alguns momentos, adotou uma postura de escuta ativa, permitindo que os utentes se expressassem livremente. Em outros momentos, procurou recorrer a temas mais reconfortantes (como o amor e a família), proporcionando um ambiente de consolo e conforto emocional. Em suma, estas estratégias foram aplicadas com o intuito de respeitar as emoções e limitações dos utentes durante o aprofundamento dos temas mais sensíveis, promovendo um ambiente de confiança e o bem-estar emocional de todos. | |
| Observação | Durante a realização dos acompanhamentos individuais, foi evidente a importância da observação da comunicação verbal e não-verbal do utente. Tomemos como exemplo: durante um acompanhamento, foi perceptível que a utente gostava de olhar pela janela e apreciar a paisagem. Levando isso em consideração, ao finalizar o acompanhamento, foi proposto apreciarem juntas a paisagem, proporcionando um momento significativo para ambas. Assim, considera-se que a atenção aos detalhes e adaptação às necessidades individuais contribuíram para fortalecer a relação entre os utentes e os profissionais. | Durante as atividades grupais, a observação também desempenha um papel fundamental, uma vez que se trata de um grupo que reúne utentes com necessidades e características diferentes. Considerou-se necessário estar atento aos sinais de desatenção por parte dos utentes, para perceber se estavam a acompanhar e compreender o tema abordado. Assim, a observação do comportamento dos participantes é essencial para promover um ambiente inclusivo e adaptado às necessidades de todos os membros do grupo. |
| Apreciação e Autoavaliação | Durante a execução do projeto, tornou-se evidente a importância de realizar uma apreciação crítica e autoavaliação logo após a conclusão das atividades. Esta prática permitia registar detalhes específicos que poderiam ser esquecidos posteriormente e proporcionar uma avaliação mais rigorosa do trabalho realizado. | |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 11. Plano de Ação - N° de Atividades Previstas

| Tipo de Intervenção | | N° de atividades previstas |
|---|--|----------------------------|
| Acompanhamentos individuais | 1º Acompanhamento (Exemplos de Apreciações realizadas, Anexo I) | 10 |
| | 2º Acompanhamento | 10 |
| | 3º Acompanhamento (Apreciações finais, Anexo J) | 10 |
| Atividades Grupais (Exemplos das Apreciações, Anexo K) | 1ª Atividade | 1 |
| | 2ª Atividade | 1 |
| | 2ª Atividade | 1 |

Fonte: Elaboração Própria

Contudo, apesar do número de sessões estar previamente definido (Tabela 11), verifica-se que o número de sessões realizadas ficou aquém do inicialmente planeado. Em particular, na última ronda de acompanhamentos individuais, apenas oito atividades puderam ser concretizadas, devido à saída de uma utente da instituição e ao agravamento do estado de saúde de outra. Este desvio realça a importância de, em todos os contextos — e especialmente quando se intervém com pessoas idosas — reconhecer que o bem-estar pode oscilar e que alterações nas rotinas ou esforços exigidos podem interferir com a participação planeada. Por isso, é essencial que qualquer projeto mantenha um grau de flexibilidade, de forma a ajustar-se às necessidades reais dos participantes. Assim, o reajustamento do plano inicial foi feito com base na prioridade dada ao bem-estar dos utentes, sendo igualmente importante que estas adversidades sejam consideradas na avaliação e interpretação dos resultados alcançados.

2.6. Avaliação

O desenvolvimento de um projeto de intervenção social, não é um único momento, algo estanque e linear. Este caracteriza-se por um percurso e/ou caminho, bastante complexo e dinâmico - que se altera e modifica consoante as pessoas e contextos.

Desta forma, é desafiante medir o desempenho funcional e o impacto da intervenção na população e no contexto (meio institucional). Esta mostra-se bastante variável e que por isso, torna-se necessário encontrar indicadores que permitem transformar os objetivos e metas em dados quantificáveis e qualificáveis.

Nesse sentido, torna-se necessário mencionar que as duas vertentes do plano de ação, por apresentarem diferentes graus de complexidade e de tempo na sua execução, apresentam densidades e pesos relativos distintos.

Gráfico 4. Peso Relativo das Atividades na Avaliação do Plano de Ação



Fonte: Elaboração Própria

Como forma de avaliar o grau de eficácia, cumprimento e alcance dos objetivos, segue as seguintes tabelas com os indicadores de medida qualitativos e quantitativos estabelecidos, segundo o tipo de intervenção.

Tabela 12. Indicadores de medida para avaliar a Intervenção Individual

| Tipo de Indicador | | Objetivo | Resultado Esperado |
|-------------------|--|---|--|
| Qualitativos | Autoavaliação | Realização de um balanço e identificação de aspetos a melhorar. | O ganho de confiança ao longo das sessões; A capacidade de planeamento e preparação; Desenvolvimento da escuta ativa; Observação das necessidades e interesses de cada utente; Escolha acertada dos temas; A construção de uma relação de ajuda e confiança, que se refletido no desenvolvimento das atividades grupais. - Ganho de um discurso mais técnico e profissional; Utilização de mais ferramentas e metodologias da intervenção individual. -Verificar mudanças positivas no comportamento dos utentes, entre o primeiro e terceiro acompanhamentos -Identificar necessidades/fragilidades que ainda requerem intervenção, foram também identificadas |
| | Supervisão | Execução dos Acompanhamentos | Domínio do processo de intervenção desde o diagnóstico, execução e avaliação. Reconhecimento das competências necessárias para o acompanhamento individual e capacidade de organizar os registos. Aplicação de instrumentos –genograma e escalas de satisfação. |
| | | Atingir o grau Bom/Muito Bom em relação à qualidade dos processos individuais | A organização e qualidade dos processos. |
| | Auto-perceção dos utentes através do preenchimento do Questionário de satisfação | Satisfação e reconhecimento da mais-valia na exploração dos temas pelos utentes | Realização do questionário para partilhar as suas ideias e opiniões. |
| Quantitativos | Nº de Acompanhamentos realizados | Realizar 30 acompanhamentos (3 a cada utente do grupo-alvo) | N.º de utentes acompanhado |

| Tipo de Indicador | | Objetivo | Resultado Esperado |
|-------------------|---------------------------------------|--|---|
| | Nº de processos individuais completos | Realização de 10 processos completos, ou seja, com uma Breve Caracterização, História de Vida, Genograma Resultados das Escalas e Questionário de Satisfação (1 por cada utente do grupo-alvo) | N.º de utentes. Obter os resultados das escalas e questionários de satisfação (n3º acompanhamento). |

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 13. Indicadores de medida para avaliar a Intervenção Grupal

| Tipo de Indicador | | Objetivo | Resultado |
|-------------------|--|--|--|
| Qualitativos | Autoavaliação | Realização de um balanço e identificação de aspetos a melhorar. | - Correta oratória/comunicação; A capacidade de planeamento e preparação; Organização da atividade; Escolha acertada dos temas; Criatividade. <u>No grupo:</u> Os utentes mostraram-se participativos e interessados durante as atividades; Interesse pelos temas; |
| | Avaliação da prática | Realização de um balanço sobre a postura durante a execução das atividades | Intervir no grupo através de atividades que proporcionaram obter informação adicional. |
| | Auto-perceção dos utentes através do preenchimento dos Questionários de satisfação inicial e final | Verificação de mudanças positivas entre as respostas dos dois questionários. | Alteração nas respostas relacionadas à partilha de ideias e opiniões entre os utentes os dois questionários |
| Quantitativos | Número de atividades realizadas | Realizar 3 atividades grupais | 3 |
| | Número de participantes do grupo-alvo | 10 do grupo-alvo nas 3 atividades | N.º de participantes |

Fonte: Elaboração Própria

2.7. Limitações do projeto

O Serviço Social desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar, na defesa dos direitos humanos e na concretização da justiça social. Esta área do conhecimento, que se fundamenta em princípios éticos relevantes em diversos contextos e áreas, atua nos níveis micro, meso e macro.

Na área da Gerontologia, os profissionais devem contribuir positivamente para o estudo de estratégias relacionadas com a promoção do envelhecimento ativo e saudável, oferecer suporte emocional e social, garantir o acesso a direitos e benefícios sociais, com o objetivo de prevenir situações de abandono, exclusão ou isolamento. Além disso, deve proporcionar a

participação ativa e a autonomia de decisão através do *empowerment*, cujo objetivo é promover o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa.

Destaca-se a importância de adotar uma abordagem holística e integrada por parte da equipa multidisciplinar. Assim, cada membro contribui com os seus conhecimentos e saberes específicos para um atendimento das condições bio-psico-sociais dos sujeitos.

Contudo, a comunicação influencia diretamente a relação da equipa multidisciplinar e desempenha um papel fundamental no sucesso do atendimento e acompanhamento ao sujeito. Respetivamente, uma comunicação eficaz permite a troca de informações relevantes, a compreensão mútua e a coordenação das ações entre todos os membros da equipa. Quando estes comunicam de forma clara, assertiva e respeitosa, facilita a partilha de conhecimentos, discussão de casos e, conseqüentemente, a toma de decisões conjuntas e o planeamento das intervenções.

Além disso, a comunicação empática é essencial para estabelecer uma relação terapêutica efetiva com o sujeito, pois torna-se um meio para identificar as suas necessidades, expectativas e preocupações.

O desenvolvimento de um projeto e das restantes atividades só se torna possível pela flexibilidade, autonomia, bom ambiente de trabalho e confiança.

Conclusões

O projeto *Memórias que Curam: Um caminho para o bem-estar*, é um modelo de intervenção que utiliza as memórias autobiográficas como recurso terapêutico e relacional – nomeadamente através da criação de espaços de escuta ativa e de valorização da trajetória de vida dos participantes, esta iniciativa promove a autoestima, a identidade pessoal e o sentimento de pertença. Assente numa abordagem centrada na pessoa e adaptada ao contexto específico de uma ERPI, o projeto visa mitigar a solidão, combater o isolamento social e reforçar as competências relacionais, gerando impactos positivos na saúde emocional e na qualidade de vida dos envolvidos.

É um projeto ancorado numa leitura multidimensional do envelhecimento e numa metodologia de trabalho que articula diagnóstico, planificação, ação e avaliação. As conclusões que se apresentam resultam dessa articulação visando demonstrar a coerência interna do trabalho, a adequação das escolhas metodológicas, os resultados observados e os contributos produzidos para a prática profissional e para as organizações.

A visão do envelhecimento é aqui assumida como processo complexo, cumulativo e heterogéneo, onde dimensões biológicas, psicológicas, sociais, culturais e económicas se interpenetram. Este enquadramento sustentou implicações centrais para a prática. A primeira, a centralidade dos direitos, dignidade e inclusão social: a velhice deve ser tratada como etapa de vida com valor intrínseco, implicando dispositivos institucionais que salvaguardem autonomia, autodeterminação e participação. A segunda, a promoção do bem-estar biopsicossocial: o bem-estar não se reduz à ausência de doença; integra autoestima, pertença, relações significativas e sentido de continuidade biográfica. A terceira, o combate ao isolamento e idadismo: a desconstrução de estereótipos e a criação de oportunidades de socialização e protagonismo são eixos estratégicos de intervenção.

O diagnóstico, num contexto organizacional, realizou-se através do mapeamento sociodemográfico, do levantamento de níveis de dependência, da caracterização das tipologias de alojamento e, sobretudo, a escuta sistemática de utentes e equipa, que confirmaram vulnerabilidades típicas em contexto institucional: tendência para a entrada tardia em ERPI (com maior dependência associada), oscilações de saúde que afetam a participação nas atividades, fragilidades em redes informais e experiências de solidão e desfiliação de papéis sociais anteriores. Ao mesmo tempo, o diagnóstico identificou recursos e potencialidades: trajetórias de vida ricas, memórias de trabalho e família que funcionam como âncoras

identitárias, vontade de partilhar e de ser reconhecido, e uma equipa multidisciplinar disponível para integrar metodologias flexíveis e centradas na pessoa.

Assim, o diagnóstico funcionou como ponte operacional entre princípios e realidade: explicitou necessidades (e.g., reforço de vínculos significativos, estímulo cognitivo com sentido, valorização pública de biografias), clarificou constrangimentos (e.g., rotinas, saúde, tempo dos profissionais) e iluminou oportunidades de intervenção alinhadas com o que a literatura preconiza e com o que os residentes expressaram.

As escolhas metodológicas e sua racionalidade à luz do diagnóstico, segmentou a intervenção em duas vertentes complementares: (1) Intervenção individual (história de vida, genograma, escalas APGAR e ESSS, e questionário de satisfação), concebida para aprofundar a relação de ajuda, dar lugar à narrativa autobiográfica, mapear redes e perceções de suporte e identificar necessidades com maior precisão clínica e social; e (2) Intervenção grupal (três sessões temáticas — raízes, profissões, mudança), desenhada para converter a reminiscência em experiência partilhada, reforçando pertença, reconhecimento mútuo, comunicação e continuidade identitária.

Esta arquitetura metodológica responde diretamente ao que o diagnóstico evidenciou: as memórias como recurso (cognitivo, emocional e relacional), a necessidade de ambientes seguros de escuta, a importância de ligar o passado significativo ao presente institucional e a vantagem de criar rituais coletivos em que a biografia de cada um é legitimada perante o grupo.

A planificação incorporou critérios de viabilidade (tempo, espaços, articulação com a equipa, flexibilidade perante contingências clínicas) e instrumentos de avaliação qualitativos e quantitativos.

A avaliação, embora prudente e contextualizada, aponta para quatro ganhos principais: (1) Reforço do bem-estar subjetivo e da autoestima: a narrativa de si, a validação pública da história pessoal e o reconhecimento de competências e contributos passados produziram sinais de valorização do self. Em vários casos, residentes referiram sentir-se “ouvidos” e “de coração cheio” após partilhas, um marcador qualitativo de impacto emocional positivo. (2) Melhoria de interação e coesão grupal: as atividades temáticas facilitaram pontes relacionais (descoberta de afinidades, humor partilhado, memória coletiva), gerando círculos de conversa mais espontâneos para além das sessões. O grupo, sustentado por mediação técnico-relacional, mostrou-se mais permeável à participação de diferentes perfis de residentes.

Clareza diagnóstica e ajuste do plano de cuidados: os instrumentos ofereceram informação fina para reconfigurar expectativas, identificar focos de intervenção e alinhar estratégias com a

equipa. (3) Aprendizagens profissionais e institucionais: a prática reforçou competências de comunicação empática e acessível, gestão de situações emocionalmente sensíveis, observação clínica-social, planeamento com flexibilidade e trabalho transdisciplinar. (4) Institucionalmente, mostrou que programas de reminiscência estruturada são exequíveis e úteis, mesmo em contextos com elevada heterogeneidade funcional.

O projeto pretende produzir contributos teórico-práticos relevantes. Operacionaliza a centralidade da pessoa através de metodologias narrativas e avaliativas que reconhecem singularidades e integram a história de vida no plano de cuidados. Mostra a potência da reminiscência enquanto tecnologia social de estimulação cognitiva com sentido, regulação emocional e fortalecimento relacional, adequada a contextos com diversidade de perfis funcionais.

E por fim, estrutura uma avaliação mista (qualitativa/quantitativa) simples, replicável e integrável no dossier social, aumentando a rastreabilidade das mudanças e a qualidade da decisão profissional. Ainda, oferece um guião replicável (sequência de acompanhamentos, grelha de instrumentos, desenho de três atividades nucleares) passível de adaptação a diferentes ERPI, com custos financeiros reduzidos e alto valor relacional.

Os resultados observados — ainda que contextualizados no tempo e na amostra — indicam que valorizar memórias cura feridas silenciosas: restitui voz, reforça identidade, alimenta pertença e cria esperança praticável no quotidiano institucional. Ao trabalhar com as pessoas idosas (e não apenas para elas), o projeto atualiza o melhor do Serviço Social: escuta que transforma, mediação que dignifica, planeamento que se dobra à realidade sem perder o norte ético.

O futuro deste caminho passa por consolidar práticas, aprofundar avaliação longitudinal, fortalecer alianças interprofissionais e comunitárias e influenciar políticas organizacionais que reconheçam o tempo da conversa qualificada como cuidado essencial. Em última análise, trata-se de sustentar, no dia a dia, o direito de cada pessoa a contar a sua história e vê-la reconhecida como parte viva da comunidade que a acolhe. É nesse reconhecimento que as memórias — devidamente acompanhadas — deixam de ser apenas lembranças e se tornam, efetivamente, cuidado.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. H. N. S. R. de, Silva, V. A. A. da, Chaves, B. C., Urankar, L. A., & Caeiro, A. M. (2024). *Doença de Crohn: uma revisão dos aspectos etiopatogênicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos*. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE, 10(3), 399–408. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13308>
- Batista, G. M., Lorencete, T. V., & Catelan-Mainardes, S. C. (2022). A importância da socialização para a saúde mental do idoso. *Centro Científico Conhecer, Enciclopédia Biosfera*. https://doi.org/10.18677/EnciBio_2022D37
- Constituição da República Portuguesa (1976). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=4&tabela=lei_velhas&nversao=1&s_o_miolo=
- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf
- Gomes, C. C. V. (2014). *Envelhecer: Ser e estar – Projeto de intervenção num lar de idosos* (Dissertação de mestrado, Politécnico do Porto). Repositório Científico do Politécnico do Porto. <https://recipp.ipp.pt/entities/publication/6a1aa516-7a8f-496a-a956-30932202d152>
- Halaweh, H., Dahlin-Ivanoff, S., Svantesson, U., & Willén, C. (2018). Perspectives of older adults on aging well: A focus group study. *Journal of Aging Research*, 2018, Article 9858252. <https://doi.org/10.1155/2018/9858252>
- Idañez, M., & Ander-Egg, E. (2007). *Diagnóstico social: Conceitos e metodologia* (3.^a ed.). Porto: Reapn
- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 930–941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>
- Koenig, T. L., Lee, J. H., Fields, N. L., & Macmillan, K. R. (2011). The Role of the Gerontological Social Worker in Assisted Living. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(5), 494–510. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.576424>
- Lopes, et al. (2023). Envelhecimento populacional: Desafios e estratégias na integração da geriatria com a saúde coletiva. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 114–123.
- Organização Mundial da Saúde (1946). http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituição%20da%20Organização%20Mundial%20da%20Saúde.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2005). *Envelhecimento uma Política de Saúde*.
- Pallavi, & Borah, T. (2020). Aging: Well being and development in elderly. *Asian Journal of Home Science*, 15(2), 434–437. <https://doi.org/10.15740/HAS/AJHS/15.2/434-437>
- Parsons, R. J. (1991). The Mediator Role in Social Work Practice. *Social Work*, 36, 483–487. <https://doi.org/10.1093/sw/36.6.483>
- Paul, C., Velciu, M., & Spiru, L. (2024). Advancements in the understanding of what wellbeing at very old age is: An exploratory study. In *Proceedings of the 10th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (ICT4AWE 2024) – Volume 1* (pp. 284–290). SCITEPRESS – Science and Technology Publications. <https://doi.org/10.5220/0012730300003699>

- Pena, M. J. (2012). *Relação Profissional: Utopia ou Realidade?* [Tese de Doutoramento em Serviço Social, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório de conteúdos do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscteul.pt/handle/10071/6348?mode=fulltext>
- Santos, M. O. G. (2012). *Texto de Apoio sobre o Diagnóstico em Processos de Intervenção Social e Desenvolvimento Local*. Universidade de Évora. https://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf
- Settersten, R. A., Jr. (2017). Some things I have learned about aging by studying the life course. *Innovation in Aging*, 1(2), 1–7. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx014>
- Simard, M., Alberio, M., & Dumont, G.-F. (2020). Building capacity and community to improve the quality of life of seniors: In defiance of aging. *Enfances, Familles, Générations*. <https://doi.org/10.7202/1078007ar>
- Stojanović, G., Vlaisavljević, Ž., Terzić, N., Maričić, M., Stojanović, D., & Paunović, V. (2023). Social isolation and loneliness among the elderly. <https://doi.org/10.58424/annnurs.krv.o5t.mo2>
- Teixeira, S. M. (2020). Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, 135–154. <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/ZGq7Ld9qsYWyrnfxzjLtWZL/>
- Westerhof, G. J., Whitbourne, S. K., & Freeman, G. P. (2012). The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. *The Journals of Gerontology: Series B*, 67(1), 52–60. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr075>

Anexo A. Diagnóstico – Instrumentos, objetivos e principais observações

| Instrumento | Objetivo | Observações |
|---|---|---|
| Análise Técnica | Percecionar quais as dinâmicas e atividades já desenvolvidas no contexto institucional, através da leitura de documentos, relatórios e registos diversos. | Verificou-se que se realizavam semanalmente sessões com o assistente social e com a psicóloga, bem como a existência de horários definidos para visitas e outras atividades institucionais. Recolheram-se informações sobre os propósitos e valores institucionais e sobre as apreciações efetuadas pelos profissionais relativamente às necessidades e caracterização individual dos utentes. |
| Observação Participante | Analisar a interação entre os utentes nos espaços comuns, o seu quotidiano e os principais gostos e necessidades individuais. | Observou-se uma reduzida interação entre os utentes, pouca iniciativa de partilha e escassa exploração de temas passados ou experiências semelhantes. Verificaram-se dificuldades na criação de laços afetivos e fragilidades nas relações interpessoais. |
| Conversas Informais | Através de momentos de partilha informais com utentes, familiares e profissionais, identificar temas de especial interesse que despertassem emoções positivas. | Identificou-se a necessidade de um acompanhamento mais individualizado, que favorecesse partilhas de ideias e vivências mais íntimas. E através da exploração de temas relacionados com a história de vida, a trajetória profissional e as relações familiares suscitaram emoções positivas. Utes e familiares expressaram-se orgulhosos e satisfeitos com os seus percursos profissionais e com o apoio proveniente da rede de suporte informal. |
| História de Vida | Recolher informação sobre o percurso pessoal, familiar e profissional do utente, de modo a compreender melhor a sua identidade, experiências marcantes e valores. | Permitiram-se conhecer vivências significativas, momentos de superação e acontecimentos determinantes na construção da personalidade. Evidenciou-se o impacto de experiências passadas na forma como o utente se relaciona e encara o presente e quais as potencialidades a virem a ser desenvolvidas. |
| Genograma | Identificar a estrutura e os vínculos familiares, reconhecendo dinâmicas relacionais, apoios e eventuais ruturas. | Facilitou a compreensão da rede familiar do utente, evidenciando relações próximas e distantes, bem como situações de conflito ou perda com impacto no bem-estar emocional. |
| Escala APGAR Familiar | Avaliar o grau de funcionalidade e satisfação do utente em relação ao apoio e à coesão familiar. | Constatou-se que alguns utentes mantêm uma boa comunicação e relação com familiares próximos, enquanto outros manifestam sentimentos de solidão ou afastamento, revelando uma funcionalidade familiar moderada a reduzida. |
| Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) | Medir o nível de satisfação do utente relativamente ao suporte social percebido (família, amigos e comunidade). | Observou-se que o suporte social mais valorizado provém de familiares diretos e de profissionais de referência. Alguns utentes evidenciaram carência de amizades significativas e sentimentos de isolamento, referindo-se como “amigos” aos restantes utentes. |
| Questionário de Satisfação | Avaliar o grau de satisfação dos utentes face aos serviços, atividades e cuidados prestados pela instituição. | De forma geral, os utentes demonstraram satisfação com o acolhimento e com os cuidados básicos, mas sugeriram o aumento de atividades de convívio e de um acompanhamento mais individual. |

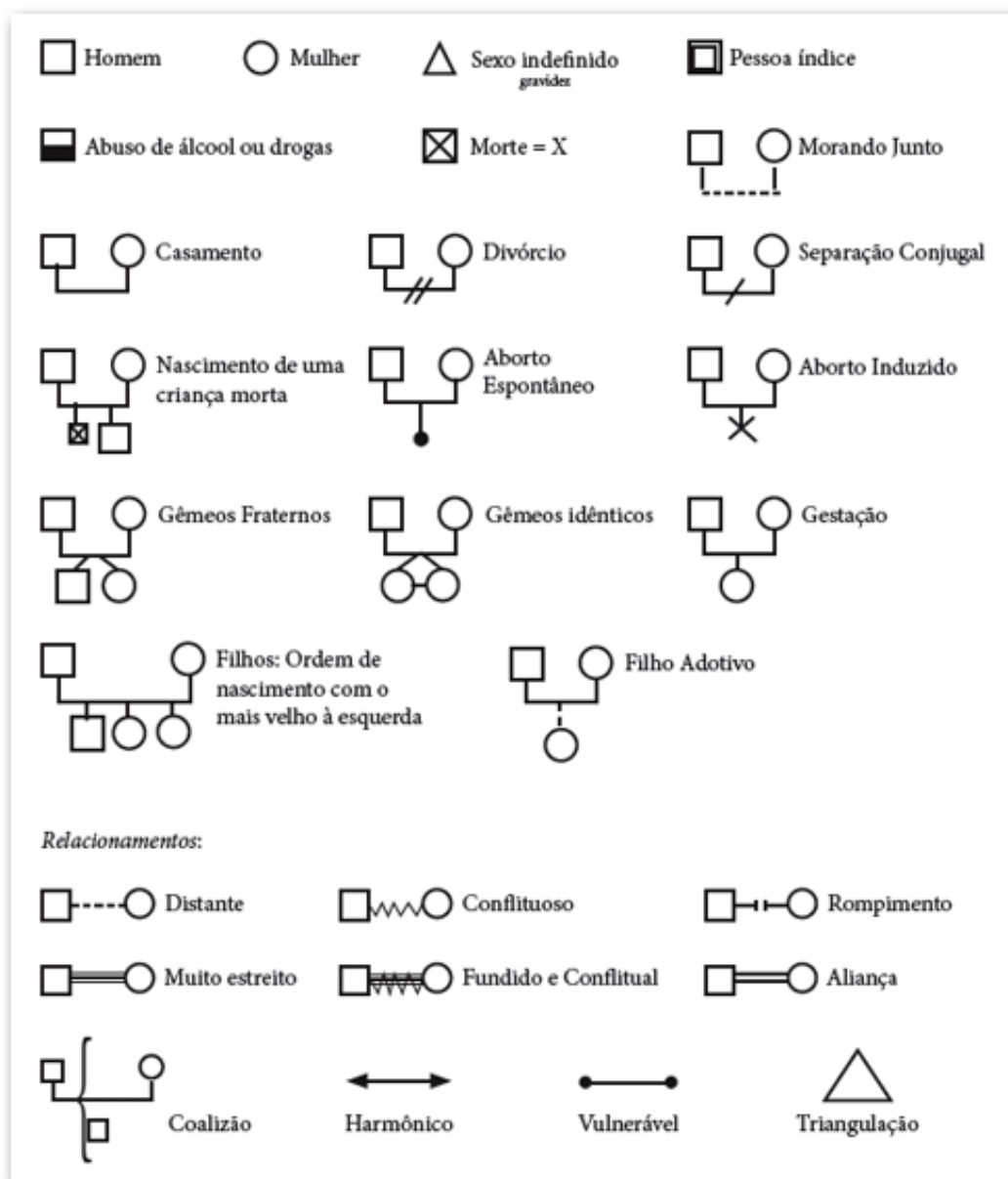
Fonte: Elaboração Própria

Anexo B. Tabela Geral do Plano de Ação

| Plano de Ação | | | | |
|---|--|--|--------------------------|---|
| Denominação | O Plano de Ação “Memórias que curam: Um caminho para bem-estar” prevê uma intervenção individual e grupal como forma de promover o bem-estar dos residentes | | | |
| Fundamentação e contributo para o Serviço Social | Intervenção individual e grupal; Intervenção centrada na pessoa; Promoção do bem-estar e qualidade de vida; Conhecer para intervir; Exploração do “Eu”; Consciência das potencialidades; Superação das fragilidades; Identificação das necessidades e estabelecimento de objetivos; Estabelecimento de estratégias e motivações individuais; Articulação entre o indivíduo e os restantes subsistemas. | | | |
| Objetivo geral | Promoção do bem-estar e melhoria da qualidade de vida dos residentes. | | | |
| Objetivos específicos e operacionais | <p>Desenvolver uma intervenção individual e personalizada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Explorar a história de vida e situação sociofamiliar; – Identificar as causas de possíveis problemas sociais, individuais e coletivos; – Perceber o seu nível de satisfação para com rede de suporte formal e informal; – Construir uma relação de confiança. <p>Promover a socialização:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dinamização de atividades de grupo sobre temas de especial interesse; – Fomentar a partilha e identificação das peças em comum; – Perceber como é sentido o processo de integração e socialização pelos residentes. | | | |
| População alvo | 10 dos 75 utentes que integram a ERPI | | | |
| Ações | <p>Desenvolvimento de três sessões individuais, de aproximadamente 50 minutos, com diferentes focos. Serão elaborados meios de diagnóstico (História de Vida e Genograma), escala de satisfação APGAR -Funcionamento Familiar e escala de Escala de Satisfação do Suporte Social.</p> <p>As três atividades grupais, de aproximadamente 50 minutos, têm como focos – as recordações de infância, as profissões e a passagem para a reforma e entrada na ERPI (redefinição de objetivos), respetivamente.</p> | | | |
| Atividades | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificação do perfil da população (análise dos dados obtidos) 2. Identificação das principais necessidades/ problemáticas 3. Delinear as atividades e escolha da amostra 4. Realização de acompanhamentos individuais focados no percurso de vida - Registos e avaliação 5. Realização de acompanhamentos individuais focados nas relações familiares e construção do Genograma - Registos e avaliação 6. Realização de acompanhamentos individuais focados em percebe a satisfação para com o suporte social e avaliações finais - Registos e avaliação 7. Realização da atividade em grupo “As minhas raízes” - Registos e avaliação 8. Realização da atividade em grupo “As nossas profissões” - Registos e avaliação 9. Realização da atividade em grupo “A mudança” - Registos e avaliação 10. Elaboração de relatório relativamente aos procedimentos efetuados durante a intervenção | | | |
| Recursos | Humanos Discente e Assistente Social da ERPI | Materiais Caneta, Bloco de Notas e Guião com os tópicos que se prende abordar. | Financeiros 0€ | Parcerias Nas atividades grupais: Área da Psicologia, Serviço Social e Núcleo de Animação Sociocultural (pela cedência do espaço). |
| Instrumentos e Indicadores de Avaliação | Intervenção individual: será avaliada através de indicadores quantitativos, nomeadamente o número de acompanhamentos realizados e o número de processos individuais entregues e três indicadores qualitativos, questionários participativos (direcionados aos utentes), avaliação do orientador e autoavaliação. | | | |
| Avaliação da Ação | Intervenção grupal: será avaliada através de indicadores quantitativos, nomeadamente o número de atividades realizadas e o número de participantes do grupo-alvo e três indicadores qualitativos, os questionários participativos (direcionados aos utentes), avaliação do orientador e autoavaliação. | | | |
| Cronograma | 1ª Sessões de acompanhamentos individuais: Durante as duas primeiras semanas do mês de março 2ª Sessões de acompanhamentos individuais: Durante as duas primeiras semanas do mês de abril 3ª Sessões de acompanhamentos individuais: Durante as duas primeiras semanas do mês de maio 1ª Atividade grupal: 3ª Semana do mês de maio 2ª Atividade grupal: 4ª Semana do mês de maio 3ª Atividade grupal: 5ª Semana do mês de maio | | | |

Fonte: Elaboração Própria

Anexo C. Genograma - Legenda



Anexo D. Escala APGAR – Funcionamento Familiar

GRUPO V
APGAR FAMILIAR (SMILKSTEIN)

| | | | |
|---|---|---------------|---|
| A | Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa. | Quase Sempre | 2 |
| | | Algumas Vezes | 1 |
| | | Quase Nunca | 0 |
| B | Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema. | Quase Sempre | 2 |
| | | Algumas Vezes | 1 |
| | | Quase Nunca | 0 |
| C | Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida. | Quase Sempre | 2 |
| | | Algumas Vezes | 1 |
| | | Quase Nunca | 0 |
| D | Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor. | Quase Sempre | 2 |
| | | Algumas Vezes | 1 |
| | | Quase Nunca | 0 |
| E | Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família. | Quase Sempre | 2 |
| | | Algumas Vezes | 1 |
| | | Quase Nunca | 0 |
| Pontuação de 7 a10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada | | | |

- A sua família costuma visitá-lo(a)?:

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Quinzenalmente
- ☐ Mensalmente
- ☐ Trimestralmente
- ☐ Semestralmente
- ☐ Anualmente

Anexo E. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA A, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA E.

| | Concordo totalmente | Concordo na maior parte | Não concordo nem discordo | Discordo na maior parte | Discordo totalmente |
|--|---------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|---------------------|
| 1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio | A | B | C | D | E |
| 2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria | A | B | C | D | E |
| 3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria | A | B | C | D | E |
| 4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer | A | B | C | D | E |
| 5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer | A | B | C | D | E |
| 6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas | A | B | C | D | E |
| 7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam | A | B | C | D | E |
| 8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) | A | B | C | D | E |
| 9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família | A | B | C | D | E |
| 10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família | A | B | C | D | E |
| 11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família | A | B | C | D | E |
| 12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho | A | B | C | D | E |
| 13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos | A | B | C | D | E |
| 14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos | A | B | C | D | E |
| 15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho | A | B | C | D | E |

Anexo F. Questionário de Satisfação das Atividades Individuais

| | |
|--|---------|
| Prefiro estar acompanhado em vez de sozinho/a? | Sim/Não |
| Sinto-me confortável com os meus pares/restantes residentes? | Sim/Não |
| Partilho com os restantes utentes as minhas ideias e opiniões? | Sim/Não |
| Partilho com os restantes utentes as minhas experiências e percurso de vida? | Sim/Não |
| Costumo ouvir as ideias partilhadas pelos restantes utentes? | Sim/Não |
| Costumo conversar com os restantes utentes? | Sim/Não |

Fonte: Elaboração Própria

Anexo G. Questionário Inicial de Satisfação das Atividades Grupais

| | |
|--|---------|
| Partilhei as minhas ideias e opiniões? | Sim/Não |
| Gostei de fazer esta partilha? | Sim/Não |
| Acho que tenha sido enriquecedor/importante? | Sim/Não |
| <u>O que achou da postura do profissional?</u> | |
| <u>Tem recomendações?</u> | |

Fonte: Elaboração Própria

Anexo H. Questionário Final de Satisfação das Atividades Grupais

| | |
|---|----------------|
| Partilhei as minhas ideias e opiniões? | Sim/Não |
| Gostei de ouvir as ideias partilhadas pelos restantes residentes? | Sim/Não |
| Gostei do tema da atividade? | Sim/Não |
| Considero que a atividade tenha contribuído na minha relação com os restantes residentes? | Sim/Não |
| Gostava de ver desenvolvidos temas, como ... | Questão Aberta |

Fonte: Elaboração Própria

Anexo I. Exemplos de Apreciações realizadas no 1º Acompanhamento

| Número do Processo | Breve Apreciação |
|--------------------|--|
| 3 | <p>Preparei com antecedência a informação que perspectivava recolher, delinee o principal foco do acompanhamento e tirei algumas notas do processo da utente. Comecei por apresentar o meu plano e perguntar se a utente estava disponível. Desenvolvi este primeiro acompanhamento focado no percurso de vida. Considero que a utente se encontrava colaborativa e disponível para esta primeira partilha. Notei que a utente tem um discurso repetitivo (não fixando que temas já tinham sido abordados) e recorda os factos passados com alguma confusão, por isso utilizei a técnica de parafrasear – ou seja, reformulei a informação recolhida para que a mesma voltasse a ouvir os seus argumentos e me desse a sua aprovação. Esta técnica permitiu aprofundar e conhecer o seu percurso de vida de uma forma mais ordenada. Procurei adaptar o meu discurso às necessidades da utente, devido às suas dificuldades de audição falei um pouco mais alto e lentamente. Fiz questão de perguntar como a utente estava a sentir e vivenciar a recente mudança de quarto e percebi que foi positiva, pois esta menciona gostar da nova companheira (“<i>Às vezes faço-lhe festinhas.</i>”), do novo espaço e da vista. Apesar da desorientação no espaço já observada, acabou por se adaptar ao novo quarto. Percebi que a utente é observadora e gosta de apreciar a vista, assim finalizamos o acompanhamento a apreciar um pouco da paisagem do seu quarto. Por fim, agradei a partilha.</p> |
| 9 | <p>Preparei com antecedência a informação que perspectivava recolher, delinee o principal foco do acompanhamento e tirei algumas notas do processo da utente. Comecei por apresentar o meu plano e perguntar se a utente estava disponível. Desenvolvi este primeiro acompanhamento focado no percurso de vida. Considero que a utente se encontrava colaborativa e disponível para esta primeira partilha. Durante o acompanhamento revelou que o seu principal motivo de mau estar é a dor na barriga, o que depois articulando com a Equipa de Enfermagem percebi que é uma dor crónica. Contudo, entretém-se a pintar os livros que a família traz em contexto de visita e tem gosto em oferecer os seus desenhos. No entanto, as dores impossibilitam-na muitas vezes de praticar esta atividade – causando alguma tristeza e desânimo. Notei que a utente tem um discurso repetitivo (não fixando que temas já tinham sido abordados) e recorda os factos passados com alguma confusão (não conseguindo ordenar os seus acontecimentos de vida de forma sequencial), por isso utilizei a técnica de parafrasear – ou seja, reformulei a informação recolhida para que a mesma voltasse a ouvir os seus argumentos e me desse a sua aprovação. Esta técnica permitiu aprofundar e conhecer o seu percurso de vida de uma forma mais ordenada. Procurei adaptar o meu discurso às necessidades da utente, devido às suas dificuldades de audição falei um pouco mais alto e lentamente. Uma vez que integra a instituição há cerca de 10 anos, procurei perceber que mudanças tinham ocorrido desde a sua admissão. A utente refere que gosta de estar na ERPI, não expressando o desejo de sair. Por fim, agradei a partilha.</p> |
| 10 | <p>Preparei com antecedência a informação que perspectivava recolher, delinee o principal foco do acompanhamento e tirei algumas notas do processo da utente. Comecei por apresentar o meu plano e perguntar se a utente estava disponível. Desenvolvi este primeiro acompanhamento focado no percurso de vida. Considero que a utente se encontrava colaborativa e disponível para esta primeira partilha. A utente preferiu realizar o acompanhamento na entrada da instituição, local onde gosta de estar porque lhe transmite de paz, está ao pé dos “passarinhos” e tem vista para o exterior. Esta demonstrou vontade de iniciar as sessões de fisioterapia e os passeios ao exterior, bem como o desejo de voltar para casa referindo que têm dias mais tristes e de maior saudade. Notei que a utente se encontra numa fase mais emotiva, pois estava bastante emocionada durante o acompanhamento (fiz questão de estarmos de mão dada durante este momento). Retratou com orgulho os tempos em que trabalhava como enfermeira, bem como todos os presentes que havia recebido. A utente mostrou-se muito agradecida pela conversa, e por sentir que tinha interesse em conhecer a sua história de vida, referindo que estava de “<i>coração cheio</i>”. Por fim, agradei a partilha.</p> |




Fonte: Elaboração Própria

Anexo J. Apreciações finais realizadas no 3º Acompanhamento

| Número do Processo | Breve Apreciação |
|--------------------|--|
| 1 | Ao longo dos acompanhamentos percebi que a utente não participa nas atividades do grupo por opção própria, no entanto considero importante estimular e perguntar se esta está disponível. A utente mantém a intenção de regressar ao domicílio, mesmo tendo consciência das suas necessidades, o que deve ser reforçada as vantagens de estar integrada na ERPI, mantendo presente a importância da sua decisão e posterior apoio da mesma, respeitando a sua vontade. |
| 2 | <p>A utente durante o acompanhamento referiu que se tem sentido mais triste, fraca e pensativa – “Sinto-me débil e penso muitas vezes no meu marido.”, “Será que vou viver numa casa fechada para o resto da vida?”. Posto isto, procurem perceber o que poderia fazer para superar esta fase e a utente manifestou o desejo de passear, fazer uma visita à sua casa e trazer alguns dos seus pertences. Referiu que gostava de receber mais apoio e visitas da família, mas que as filhas e netos viessem juntos. Acredita que o conflito que existe entre estas não tem solução. Reconheceu ainda que durante a sua vida não foi muito afetuosa com as filhas, que o seu principal foco era o trabalho.</p> <p>Ao longo dos acompanhamentos observei que é uma utente que gosta de participar nas atividades e passeios ao exterior e que motiva os restantes utentes a participarem. Embora a utente se encontre adaptada às rotinas, equipa e utentes, considero que nas últimas semanas esta se tenha mostrado desenquadrada e com tendência a isolar-se, não se revê nos restantes residentes.</p> |
| 3 | A utente refere que se tem sentido bem, confortável e que “ <i>As pessoas são educadas.</i> ”. Ao longo dos acompanhamentos percebi que está integrada e adaptada às rotinas, equipa e restantes residentes. Tem participado nas atividades e passeios ao exterior. Tendo em comparação as primeiras semanas da utente na ERPI, atualmente este encontra-se mais isolada passando grande parte do seu dia no quarto a descansar. Não tem recebido visitas da sobrinha (rede de suporte informal). |
| 4 | <p>A utente refere que não se tem sentido muito bem, afirmando que tem como objetivo melhorar, “dar umas passadas” e voltar para sua casa. Diz ainda que começou a fisioterapia há 2/3 semanas, o que constata a sua desorientação temporal.</p> <p>Ao longo dos acompanhamentos compreendi que a utente tem um humor ansioso, por vezes um discurso persecutório e revela dificuldade em aceitar a sua dependência, mantendo a ideia de retornar ao domicílio sem necessitar de ajuda. Tendo como comparação o primeiro acompanhamento, a utente encontra-se mais orientada no espaço, e mantém a sua desorientação no tempo. Mostra alguma resistência em participar nas atividades grupais, no entanto depois de participar mostra-se satisfeita. A utente começou a participar na missa e tem gostado. Recebe visitas frequentes do filho (rede de suporte informal).</p> |
| 5 | A utente refere que se tem sentido mais fraca. Ao longo dos acompanhamentos percebi que esta é participativa, interessada e colaborante nas atividades individuais e grupais. Ainda que no primeiro acompanhamento e nos primeiros contactos se tem amostrado mais desconfiada e reservada, acredito que tenho conseguido construir uma relação de confiança. |
| 6 | O utente refere que se tem sentido bem e a melhorar, que ultimamente não se tem sentido tão triste. Ao longo dos acompanhamentos percebi que este apresenta esquecimentos frequentes, períodos de alguma confusão e maior labilidade emocional. Tendo como comparação o primeiro acompanhamento, considero que o utente se encontra mais estável após a realização de algumas saídas e idas ao domicílio. O utente revela sentido de humor e gosta bastante de conversar. |
| 7 | O utente refere que não se tem sentido bem, que tem andado mais pensativo, “Tenho feito o testamento.”, recorda-se das atividades que não pode fazer e tem noção que não vai melhor. Ao longo dos acompanhamentos percebi que o Dr. Nuno se encontra adaptado às rotinas e é consciente da sua condição atual, embora esteja a passar por um processo de adaptação e aceitação da saúde doença, apresentando períodos de maior labilidade emocional. O utente não participa em atividades de grupo, uma vez que tem as suas próprias rotinas (ainda dá consultas online). O utente mostrou-se colaborante e disponível durante os acompanhamentos, notando-se o gosto que tem em contar as suas experiências. |
| 9 | A utente faz queixas frequentes das dores que sente na zona abdominal, referindo que se tem sentido mal. Ao longo dos acompanhamentos observei que a utente apresenta humor ansioso e com períodos onde se encontra mais apelativa, é precisamente nestes momentos que precisa de algum conforto e aprovação (o que resulta possivelmente de alguma insegurança e/ou baixa autoestima). Não participa nas atividades devido habitual mal-estar que sente. Recebe visitas regulares dos filhos e netos. |
| 10 | A utente refere que se não se tem sentido muito bem, que nas últimas semanas tem tido algumas dores de cabeça. Ao longo dos acompanhamentos considerei que a utente apresenta um humor ansioso, que está a passar por um período de maior labilidade emocional e que se sente desmotivada. É uma utente que sente necessidade de falar e que repercute a ideia de regressar ao domicílio. Recebe visitas da sobrinha (rede de suporte informal) quinzenalmente. |

Fonte: Elaboração Própria

Anexo K. Exemplos de Apreciações das Atividades Grupais

| Atividade | Breve Apreciação |
|--|--|
| <p>1ª Atividade “As minhas raízes”</p> | <p>Considero que a dinâmica foi positiva, houve interação entre os utentes e estes foram participativos e responsivos. A leitura do poema foi uma atividade apreciada pelos utentes. Os utentes partilharam o com satisfeitos estavam em recordar estas memórias e partilhas consequentes, mostrando sobretudo vontade de repetir a sessão.</p> |
| <p>2ª Atividade “As nossas profissões”</p> | <p>Considero que a dinâmica foi positiva, houve interação entre os utentes e estes foram participativos e responsivos. Procurei fomentar o diálogo entre estes. Por fim, os utentes mostraram-se satisfeitos com o tema escolhido e principalmente, por poderem recordar as suas experiências e conhecerem as dos outros participantes. O facto de ter trazido objetos foi algo bastante apreciado.</p> <div data-bbox="552 808 871 1050">  </div> <div data-bbox="963 808 1276 1050">  </div> |
| <p>3ª Atividade “A mudança”</p> | <p>Considero que a dinâmica foi positiva, houve interação entre os utentes e estes foram participativos e responsivos. Através do questionário final percebi que: os temas escolhidos para as três atividades (infância, profissão e processo de reforma/envelhecimento) foram apreciados pelos utentes, pois puderam recordar as suas experiências de vida e partilhá-las; que estes consideram que melhoraram a comunicação e partilha para com os restantes residentes; que serviu para se conhecerem melhor; e se que se sentiram ouvidos. Por fim, os utentes mostraram-se satisfeitos com a minha postura e modo de comunicação (“Gosto de a ouvir falar.”). Agradei as suas presenças e partilhas.</p> <div data-bbox="780 1420 1070 1805">  </div> |

Fonte: Elaboração Própria