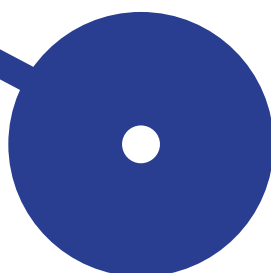




# Espaços de Encontro: Cultivar a Saúde Mental e enfrentar o Isolamento Social e a Solidão Um Projeto de Educação e Intervenção Social em grupos

Mariana Esteves Pereira

11/2025



Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Mariana Esteves Pereira

**Espaços de Encontro: Cultivar a Saúde Mental e enfrentar o  
Isolamento Social e a Solidão**

**Um Projeto de Educação e Intervenção Social em grupos**

Relatório de Projeto

**MESTRADO EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL – ESPECIALIZAÇÃO EM AÇÃO  
PSICOSSOCIAL EM CONTEXTOS DE RISCO**

Orientação: Professora Doutora Helena Carvalho

Porto, novembro de 2025

“Se o sonho não tem fronteiras, as da vida somos, quase sempre, nós que no-las impomos e que  
temos o poder de as destruir.

Transformar um pesadelo em sonho é o que nos autoriza a sermos felizes  
A nossa responsabilidade aumenta quando temos ao nosso alcance ajudar outros a sê-lo  
também”

(Cordo, 2003, p. 50)

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi um caminho longo, intenso e desafiante. Ao longo deste percurso vivi momentos de grande crescimento, mas também de dúvida, cansaço e incerteza. Houve alturas em que pensei em desistir, em atirar a toalha ao chão. Mas foi precisamente nesses momentos que me recordei das pessoas que caminharam ao meu lado e que, de formas diferentes, contribuíram para que este projeto fosse possível. A cada uma dessas pessoas, deixo agora o meu mais sincero agradecimento.

À minha família, por me ter dado a possibilidade de seguir as minhas convicções e por ter sido um pilar constante ao longo deste percurso. Esta conquista também é vossa.

Ao Pedro, que chegou a meio do caminho — logo na parte mais difícil — e que deste então, me apoiou todos os dias. Obrigada por nunca me deixares esquecer que sou capaz mesmo quando eu própria duvidei. Obrigada por acreditares em mim.

À minha Lolita, companheira de quatro patas durante 15 anos, por me receber sempre com o mesmo amor depois de cada partida incompreendida. Ser estudante deslocada significou perder muitos momentos importantes, muitos contigo. Foste presença constante, consolo silencioso e a companhia mais leal em cada regresso. Ter de te deixar partir foi, sem dúvida, a parte mais difícil desta caminhada.

À minha orientadora, Professora Doutora Helena Carvalho, por me acompanhar de forma tão humana. Por nunca desistir deste projeto, mesmo quando os caminhos se tornaram mais incertos, e por me lembrar que o caminho faz-se caminhando, passo a passo. Se há pessoas que nasceram para orientar, escutar e inspirar, certamente é uma delas.

A todos os docentes com quem me cruzei ao longo destes sete anos na Escola Superior de Educação, o meu mais sincero obrigado. Todos contribuíram para este momento. Este percurso pela Educação Social não só alargou os meus horizontes, como transformou a minha forma de ver e estar no mundo.

A todos os colegas com quem partilhei a sala de aula, obrigada pelas partilhas, pelas conversas, pelos risos e pelo apoio mútuo.

À Mariana Silva, por ter sido colega de Mestrado, de casa e de projeto. Foi mais fácil quando estavas lá.

Às duas instituições que me acolheram ao longo deste processo, o meu agradecimento. Obrigada por abrirem as portas e o coração a este projeto. A todos os profissionais com quem me cruzei nesses espaços, obrigada pela partilha de saberes, pela disponibilidade e pela inspiração que foram deixando pelo caminho.

Aos participantes deste projeto, um agradecimento especial — por confiarem em mim, pelas palavras generosas, pelos silêncios cheios de significado e por contribuírem, de forma tão genuína, para a construção deste trabalho. Sem vocês, nada disto seria possível.

Por fim, à cidade do Porto — a cidade que me acolheu, que me ensinou a estar sozinha, que me viu crescer, cair e recomeçar. Mais do que cenário deste percurso, o Porto foi presença, alegria e desafio. Serás sempre casa.

## RESUMO

O presente relatório intitulado “Espaços de Encontro” apresenta um projeto de intervenção social, desenvolvido no Departamento de Saúde Mental da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, assente numa estratégia comum: a intervenção psicossocial em grupo. Apesar das especificidades de cada contexto, identificaram-se problemáticas comuns, nomeadamente o isolamento social e/ou a solidão e a ausência de respostas que vão ao encontro das necessidades das pessoas. No caso da ERPI, destacou-se ainda a reduzida participação das pessoas idosas na planificação e dinamização das atividades institucionais.

Com base na metodologia Investigação-Ação Participativa, o projeto teve como finalidade minimizar o impacto do isolamento social e/ou a solidão vivenciados pelas pessoas idosas institucionalizadas e pelas pessoas com EDM, através da construção de uma rede de suporte social que responda às suas necessidades, promova autonomia e garanta espaços para que as pessoas tomem decisões sobre as suas vidas. Tendo a finalidade em vista foram definidos três objetivos gerais e desenvolvidas três ações distintas, uma no DSM: “Jovens com Futuro” (Ação 1); e duas na ERPI: “A minha vida dava um filme” (Ação 2) e “(Re)Pensar a Participação” (Ação 3). Ambas centradas na intervenção psicossocial em grupo enquanto estratégia de proximidade, escuta ativa e empoderamento.

O projeto “Espaços de Encontro” procurou assim colocar as pessoas no centro da intervenção, promovendo contextos com respostas mais adequadas às suas necessidades, reforçando o sentimento de pertença e a construção de laços significativos.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Isolamento Social; Solidão; Intervenção em Grupo; Investigação-Ação Participativa

## ABSTRACT

The project “Meeting Spaces,” presents a social intervention project conducted within the Mental Health Department of the Local Health Unit of Matosinhos and a Residential Care Facility for the Elderly, grounded in a shared strategy: group psychosocial intervention. Despite the specificities of each setting, common challenges were identified, namely social isolation and/or loneliness, alongside a lack of services adequately addressing the needs of these populations. In the context of the RCFE, a particularly noteworthy issue was the limited participation of elderly residents in the planning and facilitation of institutional activities.

Based on the Participatory Action Research methodology, the project aimed to mitigate social isolation and/or loneliness experienced by institutionalized elderly individuals and persons with mental disorders through the establishment of a social support network that meets their needs, fosters autonomy, and guarantees an active role in decision-making processes affecting their lives. To this end, three overarching objectives were established, and three distinct interventions were implemented: one at the Mental Health Department – “Youth with a Future” (Action 1); and two within the RCFE – “My Life Could Be a Movie” (Action 2) and “(Re)Thinking Participation” (Action 3). All interventions centered on group psychosocial work as a strategy promoting proximity, active listening, and empowerment.

The “Meeting Spaces” project thus endeavored to place individuals at the core of the intervention, fostering environments that provide responses better aligned with their needs, reinforcing a sense of belonging, and facilitating the development of meaningful social bonds.

**Keywords:** Mental Health; Social Isolation; Loneliness; Group Intervention; Participatory Action Research

# **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAD – Auxiliar de Ação Direta

APSS – Associação Portuguesa de Serviço Social

AS – Animadora Sociocultural

CNSM – Comissão Nacional para a Saúde Mental

DM – Doença Mental

DSM – Departamento de Saúde Mental

DT-Diretora Técnica

EDM- Experiência em Doença Mental

EIS – Educação e Intervenção Social

ERPI- Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ES – Educação Social

GASM – Grupo de Apoio à Saúde Mental

HPH- Hospital Pedro Hispano

IAP – Investigação-Ação-Participativa

IPG – Intervenção Psicossocial em Grupo

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RP – Reabilitação Psicossocial

NU – Nações Unidas

PMDP- Projeto Mais de Perto

PNSM- Plano Nacional de Saúde Mental

PRR – Plano de Recuperação e Resiliência

SM- Saúde Mental

SMC – Saúde Mental e Comunitária

SNS- Serviço Nacional de Saúde

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

# NOTA PRÉVIA

O presente relatório descreve o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção Social que decorreu com características específicas, resultantes da integração em dois contextos distintos, mas complementares, no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social.

O projeto teve início em outubro de 2023, com a integração no Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, mais concretamente no Projeto Mais de Perto. Esta experiência foi partilhada com a colega Mariana Silva, também estudante deste Mestrado, com quem desenvolvi um percurso conjunto de análise da realidade e de conceção de uma ação de intervenção. Entre os meses de outubro de 2023 e março de 2024, a participação em diferentes momentos e atividades do PMDP permitiu identificar problemas, necessidades, potencialidades e recursos do contexto. Como resultado desta análise, em março de 2024 foi desenvolvida a primeira ação do projeto: o grupo “Jovens com Futuro”, desenvolvido por ambas em colaboração com as pessoas que integravam estas respostas.

Paralelamente, em maio de 2024, surgiu a oportunidade de integrar um estágio profissional numa ERPI, situada na minha zona de residência. Esta oferta, embora implicando uma decisão ponderada e desafiante, foi aceite em função de dois fatores fundamentais: a minha vontade crescente de assumir responsabilidades enquanto profissional da área social, e, a escassez de oportunidades de emprego na minha região. Assim, no mesmo mês iniciei funções na instituição ficticiamente designada como Abraço Amigo, localizada a mais de 100km do Porto. Durante os dois meses seguintes, conciliei a atividade profissional com a continuidade no grupo “Jovens com Futuro”, através da gestão das minhas folgas semanais. Esta presença foi sendo gradualmente reduzida, culminado no último encontro em agosto de 2024.

Ao longo da experiência na Abraço Amigo, constatei a existência de problemáticas sociais semelhantes às observadas no DSM, nomeadamente o isolamento social e o sentimento de solidão vividos pelas pessoas institucionalizadas. Esta constatação, aliada a questões de ordem pessoal e a algumas limitações encontradas no contexto do PMDP, contribuiu para a decisão de alargar o âmbito do projeto de intervenção, de forma a integrar ambos os contextos.

Embora durante o estágio profissional não tenha consigo encontrar espaço para desenvolver um projeto de intervenção – devido às exigentes responsabilidades atribuídas e ao reduzido número de profissionais na equipa técnica – procurei, desde o início, conhecer profundamente as pessoas e a realidade institucional. Esta abordagem teve como objetivo orientar a minha prática profissional no sentido de responder às necessidades e vivências das pessoas idosas, mantendo a intenção de, em momento oportuno, intervir de forma mais estruturada para responder aos problemas identificados. Após o término do estágio, mantive contacto com a instituição, regressando ao contexto enquanto voluntária e preservando as relações de proximidade que haviam sido construídas com as pessoas idosas e com os profissionais da instituição. Este envolvimento contínuo revelou-se determinante pois permitiu que, em diálogo com a equipa técnica, surgisse o momento propício para propor uma intervenção mais estruturada, orientada para a problemática do isolamento social e da solidão previamente identificada.

Apesar do período alargado de desenvolvimento do projeto – que se estendeu ao longo de dois anos – o contacto regular com a instituição permitiu não apenas uma compreensão profunda da realidade institucional, mas também a consolidação de vínculos significativos com as pessoas e com a equipa. Conforme defendido por Édgar Morin (2001), a realidade social deve ser compreendida como uma totalidade complexa e multifacetada, sem ser fragmentada. Esta perspetiva norteou o desenvolvimento do projeto e reforçou a importância de compreender os diversos contextos de intervenção. Assim, a intervenção realizada no DSM ultrapassou a sua dimensão inicial, convertendo-se num exercício contínuo de reflexão crítica sobre os diferentes espaços de prática social.

Deste modo, o projeto evoluiu para uma resposta social composta por várias ações desenvolvidas em contextos distintos, mas que recorreram a uma estratégia comum – a intervenção em grupo – para dar resposta a problemáticas semelhantes, apesar das especificidades e diferenças de cada realidade. Esta abordagem permitiu uma intervenção coerente e sensível à complexidade dos fenómenos sociais, evidenciando a importância de práticas profissionais flexíveis, integradas e ajustadas ao contexto.

# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	IV
LISTA DE ABREVIATURAS.....	V
NOTA PRÉVIA.....	VII
INTRODUÇÃO.....	1
1. PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	3
1.1. A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	3
1.2. INVESTIGAÇÃO AÇÃO PARTICIPATIVA COMO OPÇÃO METODOLÓGICA.....	4
1.3. AVALIAÇÃO DE PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL.....	7
2. SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	9
2.1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL.....	9
2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL.....	12
2.3. SAÚDE MENTAL AO LONGO DA VIDA.....	12
2.4. ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO.....	17
3. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	19
3.1. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	19
3.2. O LUGAR DO EDUCADOR SOCIAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	22
3.3. INTERVENÇÃO COM PESSOAS IDOSAS EM EPRI.....	25
3.4. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM GRUPO.....	26
4. CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	29
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL PEDRO HISPANO.....	29
4.1.1 PROJETO MAIS DE PERTO.....	30
4.1.2 AS PESSOAS DO PMPD.....	33
4.2 ABRAÇO AMIGO- ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS.....	35
4.2.1 ATIVIDADES E ROTINAS.....	37

4.2.2	AS PESSOAS DA ABRAÇO AMIGO .....	39
4.3	AVALIAÇÃO DE CONTEXTO.....	42
5.	DESENHO DO PROJETO .....	51
5.1.	FINALIDADE, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES .....	51
5.2.	AVALIAÇÃO DE ENTRADA.....	53
6.	DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	55
6.1.	AÇÃO 1: "JOVENS COM FUTURO" .....	55
6.2.	AÇÃO 2: "A MINHA VIDA DAVA UM LIVRO" .....	60
6.3.	AÇÃO 3: (RE)PENSAR A PARTICIPAÇÃO.....	70
7.	AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	73
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	ANEXOS .....	91
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO.....	91
	ANEXO B – MATRIZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO.....	92
	ANEXO C – MATRIZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO CONTEXTO B.....	93
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICE A- PANORAMA GLOBAL E NACIONAL ACERCA DE SAÚDE MENTAL .....	94
	APÊNDICE B- POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL.....	98
	APÊNDICE C- GUIÃO ORIENTADOR CONVERSAS INTENCIONAIS COM EQUIPA PMDP .....	107
	APÊNDICE D- CARACTERIZAÇÃO GLOBAL PARTICIPANTES.....	108
	APÊNDICE E – REGISTOS ATIVIDADES REALIZADAS NA ABRAÇO AMIGO .....	109
	APÊNDICE F- GUIÃO ORIENTADOR CONVERSAS INTENCIONAIS COM AS PESSOAS IDOSAS .....	112
	APÊNDICE G- CARACTERIZAÇÃO GERAL PARTICIPANTES.....	113
	APÊNDICE H: ANÁLISE COMPLEMENTAR DA REALIDADE CONTEXTO A: PMDP .....	115
	APÊNDICE I – ANÁLISE COMPLEMENTAR DA REALIDADE CONTEXTO B: ABRAÇO AMIGO .....	119
	APÊNDICE J- SISTEMATIZAÇÃO DESENHO PROJETO .....	122

APÊNDICE K- SISTEMATIZAÇÃO E REGISTOS DA AÇÃO "JOVENS COM FUTURO" .....	125
APÊNDICE L- CONSTRUÇÃO DO GRUPO "JOVENS COM FUTURO" .....	147
APÊNDICE M – PERGUNTAS ORIENTADORAS 2º E 3º ENCONTROS .....	149
APÊNDICE N – REGISTOS 4º ENCONTRO .....	150
.....	150
APÊNDICE O –REGISTOS ATIVIDADE.....	151
APÊNDICE P – REGISTOS 7º ENCONTRO.....	163
APÊNDICE Q – 8º ENCONTRO .....	164
APÊNDICE R – GUIÃO ORIENTADOR SESSÃO COM EQUIPA TÉCNICA .....	165
APÊNDICE S– REGISTOS SESSÃO COM A EQUIPA TÉCNICA.....	166
APÊNDICE T – ACOMPANHAMENTO D. LUÍSA.....	167

# INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social [MEIS], na especialização de Ação Psicossocial em Contextos de Risco, da Escola Superior de Educação. O projeto, intitulado Espaços de Encontro foi desenvolvido entre outubro de 2023 e setembro de 2025 em dois contextos: o Departamento de Saúde Mental [DSM] da Unidade Local de Saúde de Matosinhos [ULSM] e uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas [ERPI] sediada no Norte do país. Apesar das diferenças inerentes a cada realidade institucional, foi possível identificar problemáticas comuns, nomeadamente o isolamento social e os sentimentos de solidão vivenciados pelos participantes. Neste sentido, a finalidade deste projeto centrou-se na minimização do impacto do isolamento social e/ou a solidão vivenciados pelas pessoas idosas institucionalizadas e pelas pessoas com experiência em doença mental [EDM], através da construção de uma rede de suporte social que responda às suas necessidades, promova autonomia e garanta um papel ativo nas decisões sobre as suas vidas.

A estrutura do relatório encontra-se organizada em sete capítulos. O Capítulo 1 – Projetos em Educação e Intervenção Social [EIS] – apresenta uma reflexão teórica sobre os principais fundamentos que orientam a construção de um projeto em EIS, sendo descrita a Investigação Ação Participativa [IAP] enquanto opção metodologia preferencial, pela importância do envolvimento ativo dos participantes ao longo de todas as fases do projeto. O modelo de avaliação é também destacado como uma componente essencial ao longo de todo o projeto já que permite ir ajustando a intervenção às necessidades identificadas. O Capítulo 2 – Saúde Mental e RP, aprofunda o enquadramento teórico do projeto, começando pela definição dos conceitos de saúde e doença mental [DM], e pela apresentação de dados estatísticos relevantes, tanto a nível nacional como internacional. De seguida, são abordadas as principais Políticas Públicas de Saúde Mental [SM] em Portugal, contextualizando os desafios emergentes nesta área. Este capítulo contempla ainda uma análise do desenvolvimento da SM ao longo do ciclo de vida, evidenciando os fatores que podem comprometer o bem-estar psicológico das pessoas. Neste enquadramento, o isolamento social e a solidão são analisados como determinantes críticos, sendo apresentados dados que sustentam a pertinência da intervenção nestas problemáticas. O Capítulo 3 – Intervenção Psicossocial – dá continuidade ao enquadramento teórico, numa perspetiva de

intervenção. Apresenta-se primeiramente o conceito de Reabilitação Psicossocial [RP], evidenciando-se o papel do Educador Social como profissional na promoção do bem-estar e na inclusão em diferentes contextos, nomeadamente com pessoas com EDM e com pessoas idosas. São ainda abordadas as especificidades da intervenção psicossocial em grupo [IPG], destacando-se o seu potencial enquanto estratégia de reabilitação e fortalecimento das redes de apoio. O Capítulo 4 – Contextos de Desenvolvimento de Projeto – apresenta uma análise detalhada sobre os dois contextos onde o projeto foi desenvolvido, bem como as pessoas envolvidas. Primeiramente é caracterizado o DSM, com especial enfoque no Projeto Mais de Perto [PMDP], sendo posteriormente apresentados os participantes neste contexto. De seguida, é descrita a realidade da ERPI, incluindo as suas rotinas, as atividades desenvolvidas e os participantes. Este capítulo termina com uma avaliação de contexto, onde são identificadas necessidades, problemáticas, recursos e potencialidades de cada realidade, com base nas perspetivas dos diversos atores sociais. No Capítulo 5, Desenho de Projeto, são apresentados a finalidade, os objetivos gerais [OG] e os objetivos específicos [OE], as estratégias e as ações desenvolvidas. Inclui-se ainda a avaliação de entrada, que procurou aferir a pertinência do desenho de projeto face aos contextos e problemáticas identificadas. O Capítulo 6 – Desenvolvimento do Projeto, descreve detalhadamente as três ações desenvolvidas no âmbito deste projeto, bem como a avaliação que foi sendo feita ao longo deste processo. O Capítulo 7 – Avaliação do projeto – constitui um momento de reflexão sobre a forma como as ações desenvolvidas responderam, ou não, aos OG e OE, caminhando, assim, rumo à finalidade do projeto. Para este exercício foi crucial considerar e refletir conjuntamente com todos os participantes de cada contexto. Por último, este relatório conta também com as Considerações Finais, onde se apresenta uma análise reflexiva sobre todo o processo de desenvolvimento do projeto. Seguem-se as Referências, os Anexos e um conjunto de Apêndices construídos no âmbito do desenvolvimento do projeto, que sustentam e enriquecem o trabalho realizado. Por fim, importa ressaltar que, a identificação do contexto do DSM foi autorizada através de uma declaração emitida pela responsável do departamento (Anexo A). No que diz respeito à ERPI e à identidade dos participantes, em ambos os contextos, garantiu-se total anonimização de informação que possa identificar as pessoas, de forma a salvaguardar a sua privacidade. Além disso, todos os participantes concordam em participar no projeto, tendo sido obtido consentimento informado por escrito, sempre que as condições o permitiram (Anexo B e C).

# 1. PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

## 1.1. A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

Tendo em consideração que este relatório pretende dar a conhecer o desenho e desenvolvimento de um projeto de EIS, parece pertinente clarificar o que se entende por projeto e o que implica a construção de um projeto em EIS. Para Guerra (2002) o conceito de projeto não é consensual e varia consoante o contexto para o qual é mobilizado, contudo, de forma geral, um projeto “é um plano de trabalho com carácter de proposta que consubstancia os elementos necessários para conseguir alcançar os objetivos desejáveis” (Serrano, 2008, p. 16) sendo adaptado à realidade onde é desenvolvido. Um projeto de EIS tal como o nome indica, orienta-se de acordo com os pressupostos da Educação Social. Esta é uma área de intervenção “(...) transformadora e transformativa (...)” no sentido em que “(...) a transformação dos sujeitos e dos seus ambientes transforma-se nas suas práticas e visões” (Timóteo & Bertão, 2012, p. 19). Deste modo, procura mudança no sentido de melhor qualidade de vida (Lima, 2003).

O desenvolvimento de um projeto pressupõe um conhecimento profundo da realidade de modo que possa ser assumido um compromisso com as necessidades existentes no contexto (Timóteo & Bertão, 2012). Assim sendo, a análise da realidade é um processo crucial no qual o investigador deve fazer um grande investimento, isto porque, só é possível transformar aquilo que se conhece (Cembranos et al. 2001). Nesta etapa pretende-se conhecer o contexto para que seja possível perceber quais são as transformações desejadas e a forma como poderão ser trabalhadas, sendo igualmente relevante ao longo deste processo perceber a forma como os indivíduos percecionam a sua realidade (Cembranos et al. 2001). Este conhecimento que resulta do processo da análise da realidade psicossocial e que é “essencialmente um processo de pesquisa-ação participado” (p. 129) com recurso a diversas técnicas de recolha de informação que permitem a identificação de necessidades, recursos e potencialidades de um determinado contexto (Guerra, 2002; Timóteo & Bertão, 2012). Este é um processo participado no sentido em que as pessoas “são reconhecidas como autores do seu próprio destino e, como tal, protagonistas privilegiados de um viver em comum” (Carvalho & Baptista, 2004, p. 52). Este conhecimento co construído entre interventor

social, as pessoas e o contexto social parte da visão de que os indivíduos têm o poder, a capacidade e o direito de se envolver com o contexto no qual se inserem assumindo um papel ativo na resposta às suas próprias necessidades e problemas (Carvalho & Baptista, 2004). À análise da realidade que resulta no conhecimento aprofundado do contexto, segue-se a elaboração e desenvolvimento de um plano de ação (Mendonça, 2002). Para Ander-Egg, (1989) a planificação “consiste em introduzir organização e racionalidade na ação” (p. 14 citado por Serrano, 2008, p. 37). É neste momento que o investigador procura saber quais os recursos disponíveis para que possam ser organizadas e desenvolvidas ações e atividades que vão ao encontro dos objetivos que deverão ser também definidos nesta fase (Cembranos et al., 2001; Serrano, 2008). Pretende-se que os sujeitos estejam envolvidos não só na análise da realidade, mas em todas as etapas de desenvolvimento do projeto, inclusive na elaboração e desenvolvimento de um plano de ação e na avaliação (Guerra, 2002; Serrano, 2008). A adoção de uma metodologia de avaliação tem também um papel crucial ao longo da construção e desenvolvimento de um projeto em EIS. Este é um processo que se quer participativo e que permite acompanhar aquilo que vai acontecendo e perceber os ajustes que devem ser feitos para contribuir para o aperfeiçoamento constante do projeto (Guerra, 2002; Serrano, 2008). Assumir esta postura implica que o interventor social oriente a sua investigação de acordo com determinada metodologia e instrumentos de recolha de informação. Preferencialmente são privilegiados instrumentos de carácter qualitativo uma vez que permitem conhecer a realidade e relacionar-se com os sujeitos de modo a responder às especificidades do trabalho a ser desenvolvido. Contudo convém não descorar a importância que os instrumentos de carácter quantitativo podem assumir na análise da realidade (Guerra, 2002; Serrano, 2008).

## **1.2. INVESTIGAÇÃO AÇÃO PARTICIPATIVA COMO OPÇÃO METODOLÓGICA**

Pelo anteriormente exposto, é perceptível que os projetos em EIS surgem devido às necessidades das mais complexas realidades sociais, sendo caracterizados pela interação e participação dos vários atores sociais com vista à transformação da realidade. Assim sendo, a metodologia que orienta um projeto em EIS assenta no paradigma socio-crítico (Coutinho, 2014). O paradigma socio-crítico olha a realidade como múltipla, dinâmica, comparticipada e construída (Coutinho,

2014), tendo a investigação assente neste paradigma como objetivos “libertar, emancipar, melhorar, transformar, criticar e identificar mudanças” (Coutinho, 2014, p. 23) na realidade das pessoas. Segundo esta perspetiva, o conhecimento advém da relação entre investigador e os participantes, sendo o próprio investigador, pela postura participativa que assume, um ator social que, orientado por uma prática científica e metodologia procura transformar a realidade (Coutinho, 2014; Santos, 1995), ainda que não seja “uma qualquer transformação, mas uma transformação negociada, partilhada num coletivo a partir de problemas concretos (Monteiro, 2019, p. 67). Deste modo, o conhecimento que vai sendo construído sobre a realidade deve ter em consideração vários saberes, inclusivamente o do senso comum que resulta das “experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma fiável e securizante” (Santos, 1995, p. 56).

Tendo em consideração o apresentado anteriormente, a metodologia de intervenção que permite ir ao encontro dos objetivos de um projeto em EIS é a IAP. A metodologia elucida o investigador sobre aquilo que deve observar e sobre a forma como deverão ser interpretados os resultados da investigação conduzida (Kuhn, 2009), auxiliando-o no processo de construção de conhecimento da realidade onde se integra. De acordo com Lima (2003) a IAP diz respeito a “um modo de procurar entender o mundo para nele melhor se viver, para que se possa constituir moradia confortável de tudo quanto nele existe” (p. 306). Deste modo, o seu intuito não se limita apenas a identificar os problemas existentes num determinado contexto, mas sim a intervir, “a ação tem de estar ligada à mudança” (Coutinho, 2014, p. 366), assim sendo, existe sempre uma intencionalidade na ação (Coutinho, 2014). Para isto é necessária uma constante articulação entre a teoria, a prática e a reflexão, com o objetivo de conhecer melhor a realidade para promover a sua transformação (Coutinho et al., 2009). O investigador que se oriente através da IAP reconhece e procura garantir o envolvimento com os sujeitos, não só no processo de construção de conhecimento da realidade, como também no seu próprio processo de transformação e desenvolvimento. Deste modo, as pessoas são percebidas como “autores do seu próprio destino e, como tal, protagonistas privilegiados de um viver em comum” (Carvalho & Baptista, 2004, p. 52). Fica assim perceptível que a participação dos intervenientes se constitui base essencial da IAP, desde o processo de caracterização e análise da realidade, onde podem ser identificados os recursos, necessidades e potencialidades até procura de formas de responder àquilo que foi identificado, deste modo, todos os intervenientes são coexecutores neste processo, existe um “investigador coletivo” (Cortesão, 1998, p. 31 citado por Coutinho, 2014, p. 366) (Coutinho, 2014;

Lima, 2003). Posto isto, a IAP tem como propósito “compreender, melhorar e reformar práticas” (Coutinho, 2014, p. 368) e promover o conhecimento da realidade de forma a provocar mudança e transformação no contexto. Para que isto seja possível é necessária uma constante articulação entre investigação, ação e formação, ficando assim evidente o carácter cíclico e continuado da intervenção que se orienta de acordo com IAP (Coutinho, 2014; Guerra, 2002). Para que seja possível a construção de um conhecimento aprofundado da realidade é crucial o recurso a diversas técnicas de recolha de informação que deverão ser adequadas tendo em conta o contexto sobre o qual se pretende construir conhecimento (Ander-Egg, 1990). Coutinho (2014) identifica diversas técnicas e instrumentos de recolha de dados, nomeadamente a observação participante, as conversas intencionais e análise documental, todas elas privilegiadas ao longo do desenvolvimento deste projeto. A observação participante permite ao investigador analisar comportamentos, atitudes, formas de ser e estar de modo a “conseguir ter a perspetiva de um insider do grupo, sem perder a credibilidade que assiste a um investigador social” (Angrosino, 2012 citado por Coutinho, 2014, p. 138) sendo para isto necessário que o investigador assuma um papel ativo no seio do grupo, agindo como elemento do mesmo (Coutinho, 2014). As conversas intencionais caracterizam-se pelo diálogo e interação com as pessoas e permitem conhecer a “multiplicidade de facetas das redes de relações em que estão inseridos, das práticas do quotidiano, das estratégias de vida, dos quadros de representações sociais respetivos” (Costa, 1986, p. 139). Por sua vez, a análise documental diz respeito à pesquisa, consulta e análise de documentos com informação considerada relevante para a construção e clarificação do conhecimento acerca da realidade (Coutinho, 2014). Não obstante, é importante considerar que nenhum investigador é neutro, no sentido em que, as suas características pessoais, como por exemplo idade, sexo ou formação profissional, bem como as suas experiências de vida influenciam a forma como é construído o conhecimento da realidade. Tendo em conta isto, é crucial que o investigador adote uma postura de constante autorreflexão sobre o trabalho que desenvolve, assumindo especial importância uma contínua e permanente avaliação de todo o processo (Costa, 1986; Guerra, 2002). O uso de diversas técnicas de recolha de dados permite não só conhecer de forma mais real e aprofundada a realidade, ao permitir cruzar as informações obtidas através dos diferentes instrumentos de recolha de informação utilizados, como são também um recurso para a avaliação continuada dos projetos.

## 1.3.AVALIAÇÃO DE PROJETOS EM EDUCAÇÃO E INTERVENÇÃO SOCIAL

O desenvolvimento de um projeto em EIS deve ser acompanhado de um processo contínuo de avaliação articulado com a ação (Guerra, 2002). De acordo com Serrano (2008), a avaliação “é um processo de reflexão que permite explicar os resultados das ações realizadas” (p. 81). Possibilita também a identificação não só das lacunas como também dos sucessos da intervenção permitindo “reconhecer os avanços, recuos e desvios no processo de consolidação” (Serrano, 2008, p. 81) devendo servir para melhorar a ação futura (Serrano, 2008). Neste sentido, a avaliação representa mais do que um fim em si mesma e significa mais do que apenas uma medição de resultados. Guerra (2002) identifica pelo menos mais três funções da avaliação: enquanto facilitadora da tomada de decisão, isto é, deste processo devem resultar informações e dados que auxiliem a racionalização da tomada de decisões; enquanto processo de formação, “deve ser entendida como um processo de aprendizagem, tratando-se de um instrumento de reflexão e de racionalização face a contextos e resultados da ação e uma forma de investigação coletiva permanente” (Guerra, 2002, p. 187); e, enquanto momento que permite o aprofundamento da democracia participativa, no sentido em que, deve proporcionar momentos de reflexão entre os vários atores sociais envolvidos acerca da própria realidade, da forma como as suas ações a impactam e sobre as ações necessárias para a sua transformação (Cembranos et al., 2001; Guerra, 2002). Nesta lógica, a avaliação constituiu um “mecanismo de avaliação-ação e de aprofundamento da democracia participativa através de uma ação coletiva” (Guerra, 2002).

Stufflebeam & Skinfield (1995) desenvolveram um modelo de avaliação que vai ao encontro dos pressupostos de um projeto em EIS. Este modelo, denominado CIPP (Contexto – Input – Processo – Produto) implica uma avaliação contínua e sistemática que procura ajustar e aperfeiçoar a ação ao longo do desenvolvimento do projeto (Stufflebeam & Skinfield, 1995). Nas palavras destes autores, este modelo de avaliação diz respeito ao:

Processo de identificar, obter e proporcionar informação útil e descritiva sobre o valor e o mérito das metas, a planificação, a realização e o impacto de um determinado objeto com o fim de servir de guia para a tomada de decisões, solucionar problemas de

responsabilidade e promover a compreensão dos fenômenos implicados (Stufflebeam & Skinfield, 1995, p. 183)

Esta definição dada por Stufflebeam & Skinfield (1995) sintetiza os conceitos chave do modelo CIPP, sendo que os propósitos identificados vão ao encontro das funções da avaliação referidas anteriormente por Guerra (2002). Tal como o nome indica, o modelo CIPP inclui quatro dimensões a avaliar: o contexto, a entrada (Input), o processo e o produto sendo que cada uma delas tem objetivos distintos. A avaliação do contexto possibilita a identificação dos problemas, recursos, necessidades e potencialidades da realidade social funcionando assim como alavanca para o desenho de projeto (Stufflebeam & Skinfield, 1995). A avaliação de entrada (Input) auxilia a análise do desenho do projeto, no sentido em que, permite perceber se o mesmo foi pensado tendo em consideração as características do contexto específico onde irá ser desenvolvido, sendo que neste exercício de reflexão devem participar os vários atores sociais (Stufflebeam & Skinfield, 1995). A avaliação do processo, que ocorre ao longo do desenvolvimento do projeto, permite perceber a forma como as ações e atividades decorreram com o intuito de compreender a coerência do projeto no que diz respeito aos objetivos delineados, à sua finalidade e aos resultados (Stufflebeam & Skinfield, 1995). Nesta dimensão da avaliação é crucial não só a postura crítica e reflexiva do investigador, como assume igual importância garantir a colaboração de todos os participantes nestas ações e atividades desenvolvidas com o intuito de perceber como estas estão a ser vivenciadas pelos mesmos (Stufflebeam & Skinfield, 1995). A avaliação do produto tem como principal objetivo perceber se o projeto responde às necessidades das pessoas que nele participam e a forma como o projeto impacta o contexto e as pessoas, sendo este exercício feito entre o investigador e todos os outros participantes (Stufflebeam & Skinfield, 1995).

Por fim, importa salientar que as diferentes dimensões de avaliação referidas anteriormente não correspondem a etapas que ocorrem de forma rígida e estruturada em determinado momento. Pelo contrário, ao longo do desenvolvimento do projeto, estes focos de avaliação devem acontecer de forma contínua e dinâmica, dando lugar a um processo de aperfeiçoamento permanente, sendo para isto crucial que seja assumida uma postura crítica e problematizadora da realidade e do trabalho desenvolvido (Stufflebeam & Skinfield, 1995).

## 2. SAÚDE MENTAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

### 2.1. SAÚDE E DOENÇA MENTAL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], a SM “é intrínseca e instrumental para a vida de todas as pessoas” (WHO, 2022, p. 11) contribuindo para as capacidades de conectar, enfrentar, prosperar e funcionar. Conectar de forma positiva com outras pessoas e com a comunidade gerando um sentimento de pertença; enfrentar e lidar com as situações stressantes do dia a dia, adaptar-se a novas situações, compreender e gerir emoções; prosperar através da percepção das próprias capacidades e no encontro de sentido para a vida; funcionar no sentido de desenvolver, aprender e aplicar habilidades cognitivas e ser capaz de fazer escolhas saudáveis (WHO, 2022). Por isto, uma pessoa considera-se saudável quando apresenta “robustez flexível na adaptação e no domínio de situações, uma potencial plasticidade em relação a estratégias de adaptação, de resolução ou de defesa” (Scharfetter, 2005, p. 34). Por outras palavras, significa que a pessoa apresenta recursos que lhe permitem responder às tarefas e desafios com os quais se vai confrontando durante o seu percurso de vida e desenvolvimento (Scharfetter, 2005).

Tendo tudo isto em consideração é cada vez mais evidente de que a SM, a saúde física e a saúde social se relacionam e são interdependentes e cruciais para garantir o bem-estar individual e coletivo, contudo, uma grande parte do mundo tende ainda a desvalorizar a SM comparativamente à saúde física (OMS, 2001). Por ser interpretada como uma condição necessária para que a pessoa se possa sentir e considerar saudável, Matos (2012) defende a ideia de que “aquilo a que costumamos chamar Saúde Mental deveria chamar-se apenas Saúde” (p. 12), isto significa que não existe saúde sem SM, sendo a SM mais do que a ausência de DM (Oliveira & Filipe, 2009). A WHO (2022) chama a atenção para o estado não binário da SM, quer isto dizer que uma pessoa não é nem mentalmente saudável nem mentalmente doente, a SM “existe num continuum complexo com experiências que vão desde um estado ótimo de bem-estar até estados debilitantes de grande sofrimento e dor emocional” (p. 13). Posto isto, a SM tem sido cada vez mais percebida como resultado da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, combinados, estes fatores podem funcionar enquanto fatores protetores ou de risco para a SM de cada indivíduo (WHO, 2022). Os fatores de risco dizem respeito a características ou situações de

vida de um indivíduo que aumentam a probabilidade de iniciar um processo de adoecimento, por outro lado, os fatores de proteção são as condições que cada pessoa necessita ao longo da vida para não adoecer (Cordeiro, 2002). Quando existe um desequilíbrio entre ambos poderá ocorrer o desenvolvimento de uma perturbação mental (Cordeiro, 2002). Ao longo do ciclo de vida cada indivíduo está exposto a diversas situações desafiantes que poderão potenciar o desenvolvimento de uma DM. Rodrigues (2010) considera alguns determinantes da SM, entre eles as condições laborais e desemprego, educação, pobreza, condições de habitação, discriminação sexual, violência de género, experiências precoces, interação familiar, exclusão social, estigma e acontecimentos de vida stressantes. Adotar uma abordagem de SM ao longo da vida que considere os fatores protetores e de risco da fase da vida de cada pessoa permite procurar responder o mais prontamente às necessidades de todas as faixas etárias (WHO, 2022). Nesse sentido, o modelo biopsicossocial poderá dar um contributo relevante para uma compreensão mais aprofundada do processo de adoecer mentalmente e dos diferentes contextos de interação do sujeito. Sendo importante lembrar que este fenómeno afeta não só a pessoa enquanto ser individual como também o seu modo de se relacionar com os outros e com o mundo (Fazenda, 2008). De acordo com a OMS (2001), a DM “caracteriza-se por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento psicológico e social” (p. 18). Assim sendo, implica alguma perturbação capaz de afetar o funcionamento e o comportamento emocional, social e intelectual em determinado momento ao longo da vida de uma pessoa, podendo ser de curta ou de longa duração, podendo comprometer a saúde física e os meios de subsistência (Fazenda, 2008; OMS, 2022).

A prática de uma terminologia adequada e a clarificação de conceitos associada à classificação da doença são essenciais para que se possa pensar numa intervenção ajustada a cada indivíduo (Oliveira & Filipe, 2009). Apesar do diagnóstico assumir elevada importância, é crucial ter em consideração que “Toda a classificação de transtornos mentais classifica síndromes e condições, mas não indivíduos (...). Uma pessoa nunca deve ser igualada a um distúrbio, físico ou mental” (OMS, 2001, p. 18). Na prática, isto significa que a pessoa deve ser vista como um todo e não reduzida à sua EDM (Oliveira & Filipe, 2009). Esta perspetiva adquire ainda maior relevância face ao panorama global da SM (para uma análise mais detalhada ver apêndice A). Até ao início da pandemia de COVID-19, estimava-se que cerca de 970 milhões de pessoas no mundo

experienciavam uma DM, representando 13% da população global (WHO, 2022). A ansiedade e a depressão eram os transtornos mais prevalentes, sendo mais comuns entre as mulheres (52.4%). Com a pandemia, registou-se um aumento significativo da prevalência destas perturbações, especialmente dos transtornos depressivos (com um crescimento de 28%) e da ansiedade (com um aumento de 26%), afetando sobretudo mulheres e jovens (WHO, 2022). As consequências de viver com uma perturbação mental e não ter o apoio adequado refletem-se em várias dimensões da vida da pessoa, impactando profundamente não só a sua vida como o desenvolvimento social e económico do país, contribuindo para taxas elevadas de mortalidade precoce, anos vividos com incapacidade e perda de qualidade de vida (WHO, 2022).

Em Portugal, a situação é ainda mais preocupante, em 2019, cerca de 23% da população foi afetada por alguma perturbação mental ou de uso de substâncias – acima da média europeia (16.7%) (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] & OMS, 2023). Os transtornos de ansiedade, depressão e uso de substâncias são os mais comuns em todas as faixas etárias (OCDE & OMS, 2023). Estima-se que cerca de 30% dos jovens portugueses entre os 20 e os 29 anos já experienciaram uma DM, sendo os mais comuns os transtornos de ansiedade, uso de substâncias e depressão (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza [ONLCP], 2021). Entre os 30 e os 65 anos, a prevalência situa-se, respetivamente, entre os 27% e os 23%, com os mesmos transtornos a destacarem-se. Já na população com mais de 65 anos, cerca de 22% apresenta uma DM, sobretudo ansiedade, depressão e/ou demência (ONLCP, 2021). O país enfrenta ainda um crescente aumento do consumo de medicamentos psicoativos, com um aumento de 45% entre 2017 e 2022, em parte devido à escassez de psicólogos no SNS (OCDE & OMS, 2023). Os médicos de família desempenham um papel crucial nos cuidados primários de SM, contudo, carecem de um maior apoio (Madeira et al., 2023). Apesar do aumento no número de psiquiatras, os serviços continuam insuficientes para dar resposta à procura, agravada por falhas nos critérios de referenciação e longos períodos de espera (OCDE & OMS, 2023).

Por fim, para além dos impactos a nível da saúde e da economia, persistem problemas de estigma, discriminação e exclusão social associados às doenças mentais (OCDE & OMS, 2023). Estes fatores reforçam a necessidade urgente de reforçar os serviços e de investir nas políticas públicas

de SM em Portugal, assegurando cuidados acessíveis, integrados e baseados nos direitos humanos.

## **2.2. POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL**

A abordagem à SM em Portugal evoluiu de práticas centradas na exclusão e institucionalização para um modelo comunitário, alinhado com as diretrizes da OMS (OMS, 2001; Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM], 2008; Fazenda, 2008; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2019; Recuperar Portugal [RP], 2021; WHO, 2022) (Para um conhecimento mais aprofundado sobre a evolução das políticas públicas em Portugal no domínio da SM, recomenda-se a leitura do apêndice B). A criação do Serviço Nacional de Saúde [SNS] em 1979 foi um marco decisivo, culminando na estruturação dos serviços de SM integrados (OPSS, 2019). A introdução da Psiquiatria Comunitária promoveu a prestação de cuidados primários e na comunidade através de equipas multidisciplinares (OPSS, 2019). Apesar das várias reformas, a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental [PNSM] foi marcada por interrupções devido à crise económica, à dissolução de estruturas de coordenação e à ausência de planeamento e financiamento adequados (OPSS, 2019). Persistem desafios significativos, como a falta de articulação entre serviços e a escassez de recursos humanos (OPSS, 2019).

A pandemia de COVID-19 agravou as fragilidades do sistema, levando à criação do Plano de Recuperação e Resiliência [PPR], um programa de aplicação nacional que tem como principal objetivo funcionar enquanto instrumento de resposta à crise (Ministério do Planeamento [MP], 2021). Este programa prevê um reforço do SNS para responder às necessidades da população portuguesa. Neste sentido são propostas duas reformas cruciais: a dos Cuidados de Saúde Primários e a da Saúde Mental (RP, 2021). O modelo de Saúde Mental Comunitária [SMC], baseado numa perspetiva biopsicossocial e na participação ativa das pessoas com EDM e das suas famílias, orienta as atuais reformas (Fazenda, 2008; RP, 2021). Pretende-se garantir uma intervenção centrada na RP, inclusão social e respeito pelos direitos humanos (Fazenda, 2008; RP, 2021).

## **2.3. SAÚDE MENTAL AO LONGO DA VIDA**

Compreender os determinantes sociais e económicos que influenciam a SM é fundamental, já que, essa compressão pode, e deve, ser incorporada no desenvolvimento de políticas públicas (Alves & Rodrigues, 2010). A eficácia dessas políticas depende, em grande medida, da sua capacidade para reconhecer e intervir sobre os múltiplos fatores de risco e de proteção que influenciam a SM desde a infância até à velhice (Alves & Rodrigues, 2010). Assim, importa agora analisar como estes fatores se manifestam nas diferentes etapas da vida, contribuindo para a promoção da SM ou para o agravamento da sua vulnerabilidade (Alves & Rodrigues, 2010). Conforme anteriormente referido, a SM tem sido cada vez mais percebida como o resultado da interação entre fatores biológicos, psicossociais e sociais (OMS, 2001). A combinação desses fatores pode atuar como fatores de proteção ou, inversamente, como fatores de risco para a SM de cada indivíduo (WHO, 2022). Kirkbride et al. (2024) identificam a existência de determinantes sociais a nível individual ou familiar, como a desvantagem socioeconómica, o isolamento e a solidão, bem como determinantes sociais que ocorrem no ambiente social mais amplo, como por exemplo o ambiente físico e as alterações climáticas. Os autores identificam a presença de adversidades na infância, como maus-tratos e disfunção familiar, como um determinante social que pode aumentar significativamente o risco de desenvolvimento de uma perturbação mental. Inclusive, estas experiências podem elevar entre quatro e 12 vezes a probabilidade de desenvolver depressão, comportamento suicidas ou consumo de substâncias (Kirkbride et al., 2024).

### *Os Jovens Adultos*

Neste sentido, as evidências apresentadas pela WHO (2024b) reforçam a importância da intervenção precoce – nomeadamente através de intervenções em contexto escolar e dirigidas aos pais e famílias– ao indicar que um em cada sete jovens, com idades entre os 10 e os 19 anos, experienciaram algum tipo de perturbação mental – muitas vezes não reconhecida e devidamente intervencionada (Kirkbride et al., 2024; WHO, 2024b). A ausência de intervenção adequada aumenta a vulnerabilidade à “exclusão social, discriminação, estigma (...), dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações de direitos humanos” (WHO, 2024b). Importa salientar que metade das experiências em DM na idade adulta iniciam-se por volta dos 18 anos; quando não acompanhadas adequadamente, as consequências tendem a prolongar-se até à vida adulta, comprometendo a saúde física e mental e, como tal, a capacidade de viver com plenitude a vida adulta (WHO, 2024a; WHO, 2024b).

Neste contexto, os jovens adultos (entre os 18 e os 25 anos), enfrentam múltiplos desafios à sua SM. Um estudo recente revelou que mais de metade dos jovens inquiridos (58%) referiram ter experienciado no último mês, “pouco ou nenhum propósito ou significado na vida” (Making Caring Common [MCC], 2023, p. 7). Paralelamente, cerca de metade relatou incerteza em relação ao futuro – expressa pela afirmação “não saber o que fazer com a minha vida” (MCC, 2023, p. 7) – o que impacta negativamente a sua SM. Em terceiro lugar, as preocupações financeiras e a pressão por conquistas foram igualmente indicadas como fatores desestabilizadores. Uma percentagem significativa dos jovens (45%) declarou “sentir o mundo a desmoronar” (MCC, 2023, p. 13), evidenciando o peso das preocupações com questões globais na sua estabilidade emocional (MCC, 2023). Outro aspeto relevante prende-se com os deficits nas relações interpessoais, isto é, 44% dos jovens adultos afirmaram sentir “não serem importantes para os outros” (MCC, 2023, p. 2), enquanto 34% afirmou sentir-se só. Por fim, o estudo destaca ainda o impacto negativo de questões sociais e políticas, tais como a violência na escola, as mudanças climáticas e as preocupações com os líderes políticos (MCC, 2023). Khalaf e colegas (2023) chamam ainda a atenção para o impacto das redes sociais na SM de adolescentes e jovens adultos, referindo diversas pesquisas que apontam o uso excessivo destas plataformas como um fator com potenciais efeitos negativos (Khalaf et al., 2023). A revisão sistemática conduzida pelos autores identifica o uso intensivo das redes sociais como um possível fator de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais, uma vez que pode gerar a indução de sentimentos negativos em relação à imagem corporal, potenciando o surgimento de distúrbios alimentares (Khalaf et al., 2023). Adicionalmente, o ambiente digital pode favorecer a ocorrência de cyberbullying, fomentando sentimentos de tristeza e ansiedade, bem como potenciar a tendência para comparações sociais, frequentemente geradoras de sentimentos de inadequação, baixa-autoestima e mal-estar psicológico (Khalaf et al., 2023). Por outro lado, a constante procura por validação nas redes sociais representa um fator de risco para a SM (Khalaf et al., 2023). Também o contexto laboral pode representar um fator de risco significativo para o desenvolvimento de perturbações mentais. Por um lado, o desemprego e “a perda, de trabalho, involuntária está relacionada com menores níveis de saúde e sintomas de depressão” (CNS, 2019, p. 59), uma vez que esta situação pode causar a diminuição da autoestima, do contacto social, da satisfação com a vida e dos rendimentos e, aumentar o estigma social (CNS, 2019). Por outro lado, um ambiente laboral negativo “pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde físicos e

mentais, abuso de substâncias, absentismo e perda de produtividade” (CNS, 2019, p. 58). Acresce ainda que as pessoas que experienciam uma perturbação mental podem ser alvo de discriminação e estigma no mercado de trabalho, o que limita as suas oportunidades de acesso e permanência em contextos laborais dignos (CNS, 2019). Ademais, a situação laboral encontra-se frequentemente associada à situação socioeconómica de um indivíduo ou agregado familiar, sendo a desvantagem socioeconómica reconhecida como um determinante da SM (Kirkbride et al., 2024). Esta condição não só impacta negativamente o bem-estar psicológico, como pode também constituir uma consequência de viver com uma perturbação mental, criando um ciclo de vulnerabilidade e exclusão social.

### *As Pessoas Idosas*

É pertinente salientar que o envelhecimento demográfico é uma tendência global crescente, o que se poderá traduzir num aumento dos casos de transtornos mentais, bem como na sobrecarga dos serviços de SM e dos cuidadores formais e informais. Por isso, torna-se urgente refletir sobre o acompanhamento e apoio à SM da população idosa, assim como sobre o papel das políticas públicas neste contexto. Em 2017, existiam cerca de 1000 milhões de pessoas com 60 ou mais anos de idade, prevendo-se que este número ultrapasse os dois mil milhões até 2050 (Nações Unidas [NU], 2024). Este fenómeno resulta, em parte, do aumento do tempo de vida (Associação Portuguesa de Serviço Social [APSS], 2015). Contudo, viver mais tempo não significa, necessariamente, viver com “um nível de bem-estar e um grau de autonomia que possibilite aos mais velhos a satisfação das necessidades fundamentais, sem apoio significativo” (APSP, 2015, p. 8). Se outrora a família desempenhava um papel central no cuidado dos seus entes mais velhos, as mudanças sociais e económicas vieram dificultar esse suporte (APSS, 2015). Fatores como as novas condições habitacionais, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o aumento do divórcio, a diversidade nas composições familiares, a distância intergeracional, o desemprego, os baixos salários e o stress social tornam mais desafiante o apoio familiar, sobretudo em situações de dependência ou incapacidade (Araújo et al., 2018; Lima, 2010). Consequentemente, torna-se cada vez mais frequente o recurso a respostas sociais tais como o alojamento em estrutura residencial para tentar garantir a satisfação das necessidades das pessoas idosas (APSS, 2015).

O processo de institucionalização é complexo e pode gerar efeitos positivos ou negativos, em função do contexto institucional, das características individuais da pessoa idosa e da sua capacidade de adaptação (Lima, 2010). Kane (2003, citado por Lima, 2010) propõe alguns indicadores de qualidade de vida nas instituições, entre eles, autonomia, dignidade, relações interpessoais, atividades com significado e competência funcional. A satisfação destas dimensões contribui para uma adaptação positiva e previne sentimentos de monotonia e depressão (Neto & Corte-Real, 2013). Em contrapartida, a exclusão ou o abandono por parte da família pode agravar a vulnerabilidade emocional da pessoa institucionalizada (Neto & Corte-Real, 2013). Assim, os efeitos do processo de institucionalização estão associados tanto às características individuais como à qualidade das redes sociais e à vivência subjetiva no contexto institucional (Lima, 2010; Neto & Corte-Real, 2013). Deste modo, torna-se imperativo conhecer e responder às necessidades específicas das pessoas idosas institucionalizadas, promovendo os seus direitos e o seu bem-estar (APSS, 2015). Para isto, é também necessário compreender que a SM das pessoas mais velhas é fortemente influenciada pelas experiências acumuladas ao longo da vida, bem como fatores relacionados com o processo de envelhecimento (WHO, 2023). Entre estes fatores incluem-se a perda do conjugue, a redução de rendimentos e a diminuição do sentido de propósito associado à transição para a reforma (WHO, 2023). A este respeito, a OMS (2023) destaca alguns riscos que aumentam a probabilidade de DM em pessoas mais velhas, entre os quais salientam o isolamento e a solidão – que afetam uma em cada quatro pessoas idosas –, as situações de abuso (quer seja físico, verbal, psicológico, sexual ou económico) e as condições de vida precárias (WHO, 2023). Ter em consideração estes fatores é fundamental para uma intervenção centrada na pessoa idosa, que respeite as suas especificidades. Só assim será possível fomentar a adaptação à instituição, preservar e promover a SM e garantir um envelhecimento saudável, digno e com qualidade de vida.

Em síntese, ao longo do ciclo de vida, os indivíduos estão expostos à influência de múltiplos determinantes de SM, os quais se podem traduzir em fatores de risco ou de proteção para a SM. No entanto, a exposição a diversos fatores de risco não implica, inevitavelmente, o desenvolvimento de uma perturbação mental, uma vez que depende da relação dinâmica que estabelece com os fatores de proteção, os quais podem favorecer resiliência individual. Considerando o impacto significativo que uma perturbação mental pode ter ao nível individual,

familiar e socioeconómico, é imperativo que a SM seja reconhecida como uma prioridade nas políticas públicas de saúde em Portugal.

## **2.4. ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO**

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento significativo do interesse científico pelos fenómenos de solidão e do isolamento social enquanto determinantes da SM (Kirkbride et al., 2024). A compreensão do seu impacto requer, antes de mais, uma distinção entre estes dois conceitos. O isolamento social é geralmente entendido como uma condição objetiva, caracterizada pela escassez de interações sociais e pela limitação da rede de relacionamentos significativos (Kirkbride et al., 2024). Já a solidão refere-se a uma experiência subjetiva, marcada pela discrepância entre a quantidade e/ou a qualidade desejada e percebida dos vínculos sociais e afetivos (Kirkbride et al., 2024; Rodrigues, 2018). Neste sentido, é possível que um indivíduo disponha de uma rede social extensa e, ainda assim, experiencie sentimentos de solidão, do mesmo modo que é plausível que alguém com poucos contactos sociais não se sintá só (Kirkbride et al., 2024). Diversos fatores têm sido identificados como potenciadores da solidão, entre os quais se destacam os contactos pouco frequentes com amigos e família, uma rede social reduzida, a insatisfação com as condições de vida, a incapacidade, a viuvez, o stress laboral, entre outros (Rodrigues, 2018). A literatura aponta para uma associação entre a solidão e o surgimento de perturbações depressivas, bem como a gravidade e recuperação dessas condições (Kirkbride et al., 2024). Estima-se, inclusive, que entre 11 e 18% dos casos de depressão poderiam ser evitados caso a solidão fosse eliminada, assumindo-se uma relação causal (Kirkbride et al., 2024). Adicionalmente, existem evidências que associam a solidão a outros problemas de SM, nomeadamente a ansiedade e as tentativas de suicídio – esta última particularmente entre os homens (Kirkbride et al., 2024). Para além do domínio da SM, a solidão tem sido ainda relacionada com a redução da qualidade do sono, estilos de vida menos saudáveis, hipertensão e doenças cardiovasculares (Rodrigues, 2018).

Embora o isolamento social e a solidão sejam frequentemente associados à população idosa – em virtude do envelhecimento demográfico, ao aumento dos divórcios e à diminuição dos agregados familiares –, os dados globais revelam uma crescente prevalência destes fenómenos entre adolescentes, prolongando-se até ao início da vida adulta (Kirkbride et al., 2024). As

estimativas globais de prevalência de solidão variam entre nove e 14% nos adolescentes, caem para três a 10% na meia-idade, e aumentam para cinco a 21% nas pessoas mais velhas (Kirkbride et al., 2024). Perante este cenário, torna-se crucial não apenas promover uma reflexão crítica sobre estas problemáticas, mas também sensibilizar os profissionais que intervêm com estas populações, incentivando e promovendo estratégias de intervenção que atenuem os sentimentos de solidão e isolamento social, e que contribuam positivamente para a qualidade de vida e para a SM das pessoas (Rodrigues, 2018).

## 3. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL

### 3.1. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A RP constitui uma componente essencial da intervenção em SM, assentando na premissa de que é possível apoiar a pessoa na superação das limitações impostas por uma EDM (Fazenda, 2008). O seu principal objetivo é “ultrapassar a situação de desvantagem psicológica e social que lhe adveio da sua perturbação psiquiátrica, tendo em vista melhorar a sua autonomia e a sua qualidade de vida” (CNSM, 2002, p. 30). Para tal, é essencial a criação ou reforço de redes sociais de suporte que promovam a inclusão, sustentem os processos de reabilitação e contribuam para a construção de um projeto de vida significativo, apoiando não apenas as competências adquiridas, mas o bem-estar global da pessoa (Fazenda, 2008). Paralelamente, torna-se indispensável desenvolver um trabalho contínuo de sensibilização com a comunidade, com o intuito de reduzir o estigma associado a pessoas com EDM, mitigando assim as barreiras à sua plena integração na sociedade – nomeadamente no contexto escolar, laboral, familiar e em atividades sociais e de lazer (Fazenda, 2008). Para que a RP seja alcançada, é necessário promover a autonomia e assegurar o exercício pleno dos direitos das pessoas com EDM, por meio de processos de empowerment que favoreçam o aumento da sua participação (Fazenda, 2008). Tal pressupõe não apenas a valorização da sua voz, mas também o desenvolvimento de ações de advocacia junto da comunidade, com vista à transformação das mentalidades e das estruturas sociais (Fazenda, 2008). O empowerment da pessoa com EDM refere-se a um “processo que leva as pessoas a adquirirem controlo e poder de decisão sobre as suas vidas, através da redução de bloqueios sociais ou pessoais ao exercício do poder” (Fazenda, 2008, p. 98). Para isto, é fundamental incentivar a tomada de decisão e a participação ativa e informada da pessoa em várias esferas da sua vida, nomeadamente a nível pessoal, social, educacional, económica e política, contribuindo assim para a construção de trajetos de vida mais autodeterminados e significativos (Fazenda, 2008; Oliveira & Filipe, 2009). Por sua vez, a advocacia em SM tem como propósito assegurar a defesa e a promoção dos direitos das pessoas em situações de vulnerabilidade, particularmente quando se encontram incapacitadas de tomar decisões e/ou de salvaguardar os próprios interesses (Fazenda, 2008). Esta prática implica a mobilização de recursos e apoios em diferentes áreas essenciais à inclusão e bem-estar, como a habitação, o

emprego, a educação e a proteção social (Fazenda, 2008). Ainda que no início deste processo o profissional exerça um papel mais ativo, deve progressivamente “apagar-se” (Fazenda, 2008, p. 48) para que a própria pessoa conduza o exercício pleno dos seus direitos (Fazenda, 2008). Deste modo, este é um processo que deverá garantir o papel ativo das pessoas enquanto agentes de mudança do seu processo de reabilitação (Fazenda, 2008).

Para o processo de RP é igualmente importante o fortalecimento das redes sociais de suporte (Fazenda, 2008). A introdução do conceito de rede social no campo da saúde, por Caplan (1974), marcou um ponto de viragem ao reconhecer que os sistemas de suporte social representam “um padrão de ligações que desempenham um papel importante na manutenção da integridade física e psíquica de um indivíduo ao longo do tempo” (Caplan, 1974 citado por Fazenda, 2008, p. 83). Posteriormente, este conceito foi estendido à SMC, associando-se à ideia de redes sociais primárias, compostas por familiares, amigos e vizinhos enquanto estruturas fundamentais de apoio quotidiano (Fazenda, 2008). As funções das redes sociais são diversas e transversais a várias dimensões da vida de cada pessoa- desde a companhia social, o apoio emocional, a orientação e aconselhamento, a regulação emocional, a ajuda material e serviços e acesso a novos contactos (Sluzki, 1996, citado por Fazenda, 2008, p. 86) – funcionando assim, como mecanismos de proteção e de integração e promoção do bem-estar (Fazenda, 2008). Em particular, a função de companhia social, entendida como a “a realização de actividades conjuntas ou simplesmente o estar juntos” (Sluzki, 1996, p. 49 citado por Guadalupe, 2016, p. 84), está função traduz-se numa relação de partilha que, embora possa parecer superficial, assume uma relevância significativa, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade como o da população idosa (Guadalupe, 2016). Às funções referidas anteriormente, acresce ainda, o papel das redes sociais para o reconhecimento da identidade pessoal, no reforço do protagonismo social e na capacitação para a tomada de decisão, todos eles aspetos essenciais para garantir a defesa dos interesses e dos direitos das pessoas com EDM (Fazenda, 2008). A literatura tem demonstrando de forma consistente que uma rede social ativa, coesa e funcional pode constituir-se como um fator protetor de SM e um facilitador no acesso a recursos, tendo um impacto positivo no processo de reabilitação (Fazenda, 2008; Ornelas, 1997b). Todavia, em contextos de DM de evolução prolongada, é frequente assistir-se à deterioração da qualidade das interações sociais e à progressiva redução da extensão e funcionalidade da rede de apoio, o que reforça ainda mais a necessidade de intervenção direcionada para o seu reforço (Fazenda, 2008; Ornelas, 1997b).

Desta forma, uma intervenção que se baseie no SMC deve privilegiar a criação e/ou o fortalecimento das redes sociais das pessoas, podendo essa intervenção ser desenvolvida de forma individual ou em grupo (Ornelas, 1996a).

Assim, torna-se imprescindível que os profissionais desenvolvam práticas centradas na pessoa, assentes numa escuta genuína e numa abordagem individualizada, reconhecendo a singularidade de cada percurso de vida (Cordo, 2003). Tal como sublinha Cordo (2003), é fundamental que o profissional se consiga libertar dos seus próprios objetivos, transformando as suas atitudes e crenças de forma a olhar a pessoa para além do seu diagnóstico, promovendo interações humanas e significativas. No mesmo sentido, o envolvimento das famílias poderá constituir uma dimensão importante da RP (Cordo, 2013). Para que este envolvimento seja positivo, é essencial fornecer informação clara sobre as características da perturbação e sobre o tratamento psicológico e farmacológico associado, bem como abrir espaço para o diálogo sobre as expectativas da família (Cordo, 2013). Demonstrar disponibilidade e apoio ao sistema familiar, tal como ele se apresenta, pode contribuir para a redução da ansiedade e do sentimento de culpa muitas vezes presente nos familiares (Cordo, 2013). Adicionalmente, importa fomentar a socialização e o fortalecimento de vínculos entre a pessoa com EDM e os seus familiares, promovendo relações mais saudáveis e significativas (Cordo, 2013).

Em suma, o processo de RP, é um caminho que procura não apenas a recuperação das capacidades funcionais do indivíduo, mas também a valorização do seu papel na comunidade (Fazenda, 2008). Como foi possível perceber ao longo deste subcapítulo, para que a reabilitação seja positiva, é fundamental garantir a participação ativa das pessoas com EDM, reconhecendo-as como sujeitos de direitos e decisões (Fazenda, 2008). A criação ou fortalecimento de redes de apoio social, a promoção do empowerment e a defesa dos direitos dessas pessoas são componentes essenciais para que possam superar as barreiras impostas pela EDM, retomando a sua autonomia e integrando-se nos diversos contextos sociais e comunitários (Fazenda, 2008). Portanto, a RP deve ser encarada como um processo holístico e dinâmico, que envolve não apenas a pessoa com EDM, mas também a sua família e a comunidade, num esforço conjunto para a construção de um ambiente inclusivo e protetor, onde todos possam exercer seus direitos e viver de forma digna e significativa (Fazenda, 2008). Tendo em consideração o exposto, fica perceptível que a RP é um processo que transcende o tratamento dos sintomas patológicos, ao

direcionar a atenção para as capacidades funcionais do indivíduo (Cordo, 2013). Este processo procura não só ajudar a pessoa a lidar com as suas limitações, mas também a recuperar ou desenvolver competências essenciais para uma vida plena na comunidade, fomentando a participação ativa, o sentido de pertença e a valorização pessoal (OMS, 2001). Através de uma abordagem transversal, envolvendo áreas como a formação profissional e o emprego, o apoio ao domicílio para atividades da vida quotidiana, o apoio na procura de habitação, a luta contra o estigma ou o treino de competências sociais e pessoais, é possível promover a inclusão social e prevenir a exclusão das pessoas com EDM (Cordo, 2003; Fazenda, 2008). Contudo, para que esse processo seja efetivo, é imprescindível a colaboração entre profissionais e instituições, que devem trabalhar em conjunto para garantir a inclusão e o bem-estar dessas pessoas em todos os contextos de vida (Cordo, 2003; Fazenda, 2008).

## **3.2. O LUGAR DO EDUCADOR SOCIAL NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

A Educação Social [ES] representa uma área de intervenção relativamente recente que, enquanto resposta psicossocial e educativa, emergiu face ao agravamento dos fenómenos de exclusão social e à falência dos processos assistenciais e de intervenção tradicionais (Carvalho & Baptista, 2004). A sua expansão e desenvolvimento está intimamente associado à progressiva democratização das sociedades, bem como à crescente exigência dos sistemas de proteção social, num contexto em que os princípios dos direitos humanos, da igualdade e da justiça social impulsionam a formulação de políticas sociais (Carvalho & Baptista, 2004). Neste sentido, a ES afirma-se como “expressão da responsabilização da sociedade diante dos problemas humanos que a percorrem e que ela não pode radicar, sem mais, em determinismos ou fatalismos de ordem individual, histórica, estrutural ou transcendente” (Carvalho & Baptista, 2004, p. 11). Rompendo com a lógica assistencialista, a ES assenta em pressupostos e valores que a distinguem enquanto resposta de intervenção psicossocial e educativa (Carvalho & Baptista, 2004). O Educador Social, através da intencionalidade da sua ação, procura promover a capacitação, a emancipação, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas (Carvalho & Baptista, 2004). A sua intervenção procura a transformação das realidades sociais injustas, envolvendo as pessoas de forma ativa neste processo de mudança (Timóteo & Bertão, 2012). Tal exige, por parte do profissional, um

comprometimento com o pleno desenvolvimento e a participação social e apela à dimensão relacional da prática dos Educadores Sociais, que se desenvolve no quotidiano com os sujeitos (Timóteo & Bertão, 2012). É, por isso, expectável que o Educador Social seja um profissional “capaz de contruir [atualizar, transformar] os marcos conceptuais a partir dos quais é possível desenvolver práticas pedagógicas em âmbitos sociais” (Núñez, 2002, p. 38 citado por Delgado & Cardoso, 2014, p. 602). Para tal, é necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências e características específicas, que não só tem a ver com os conhecimentos científicos e técnicos, como também com a forma de estar e ser da pessoa do Educador Social (Timóteo & Bertão, 2012).

Pelo exposto, reconhece-se o Educador Social como um profissional qualificado para intervir junto de diversas faixas etárias e em múltiplos contextos, tanto formais – como escolas, estabelecimentos prisionais, estruturas residências para idosos, casas de acolhimento para crianças e jovens – quanto informais, como projetos de intervenção comunitária (Veiga, et al. 2013). Ainda que a ES seja um direito de todos os cidadãos, a sua ação assume particular relevância junto de populações em situação de vulnerabilidade social, posicionando-se, assim, como uma resposta prioritária face a tais realidades (Veiga et al., 2013). Neste âmbito, destaca-se a importância da intervenção junto das pessoas com EDM, frequentemente confrontadas com elevados níveis de fragilidade social, emocional e relacional, o que poderá resultar em processos de exclusão múltipla (Fazenda, 2008). Tal exclusão manifesta-se não apenas de forma objetiva, mas também através de uma dimensão subjetiva, traduzindo-se num “conjunto de «perdas» (...) a perda de identidade social, de autoestima, de autoconfiança, de perspectivas de futuro, de capacidade de iniciativa, de motivações, do sentido de pertença à sociedade, etc.” (Costa, 1998, p. 17). Estas perdas atingem de forma particularmente intensa as pessoas com EDM, tendo em conta o impacto que a DM pode ter na sua capacidade de estabelecer e manter relações sociais (Fazenda, 2008). Se outrora se poderia questionar a pertinência do trabalho do Educador Social na área da SM, a emergência e consolidação do modelo de SMC veio demonstrar que o Educador Social seria um profissional privilegiado para exercer a sua atividade neste domínio. A ES, enquanto prática com uma vertente educativa, desenvolve-se através de um acompanhamento regular, individual ou em grupo, centrado na singularidade da pessoa, na sua história de vida, e nas dinâmicas familiares e comunitárias que a envolvem (Carvalho & Baptista, 2004). Os princípios orientadores da ES convergem, assim, com os do modelo do SMC, nomeadamente na valorização da intervenção de proximidade, da inclusão social e da corresponsabilidade comunitária no

processo de reabilitação (Carvalho & Baptista, 2004; Fazenda, 2008). Esta convergência torna-se ainda mais evidente ao recuperarmos o conceito de RP, que visa proporcionar à pessoa com EDM “a oportunidade de atingir o seu potencial funcionamento independente na comunidade” (OMS, 2001 citado por Fazenda, 2008, p. 23). Tal propósito pressupõe a mobilização de equipas multidisciplinares, integradas por profissionais de diferentes áreas, que, em articulação respondam de forma eficaz às necessidades das pessoas (Carvalho & Baptista, 2004; Fazenda, 2008).

Com efeito, o Relatório sobre a Saúde no Mundo (OMS, 2001), reconhece a importância da constituição de equipas multidisciplinares – constituídas por profissionais médicos e não médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros – como forma de assegurar uma resposta integral e integrada (OMS, 2001). Em Portugal, esta orientação foi assumida no PNSM (2007–2016), que identificou o investimento nos recursos humanos como pilar estratégico para a adoção do modelo de SMC, embora a participação de profissionais não médicos sejam ainda aquém do desejável (CNSM, 2008). Esta lacuna é novamente identificada no Plano de Recuperação e Resiliência [PRR] (2021) que prevê a criação de respostas de reabilitação nos cuidados de saúde primários através de equipas interdisciplinares. Esta abordagem, é ainda reforçada pela Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, que estabelece como princípio orientador da política de SM a prestação de cuidados por equipas multidisciplinares ajustadas às necessidades de cada pessoa (artigo 4º). Apesar não ser possível encontrar em nenhum documento especificidades sobre o lugar do Educador Social na RP de pessoas com EDM, a sua intervenção parece não apenas desejável, mas necessária, tendo em conta os objetivos que orientam a sua prática e as necessidades das pessoas com EDM (OMS, 2001; Fazenda, 2008). Os pressupostos da ES convergem com as orientações do modelo de SMC e da RP, ao reconhecerem a importância dos fatores sociais e contextuais no processo de reabilitação e ao promoverem o direito de todos a condições de vida dignas, ao emprego, à habitação, à educação, à saúde e à plena cidadania (Carvalho & Baptista, 2004; Fazenda, 2008).

Embora a RP seja frequentemente associada ao contexto hospitalar – o qual, por norma, constituiu o primeiro espaço de contacto com a realidade da DM –, importa reconhecer que muitas pessoas com EDM não beneficiam do acompanhamento necessário devido a barreiras como o estigma, a falta de informação ou a limitação no acesso a serviços (Fazenda, 2008). Deste modo,

torna-se imperativo considerar a presença do Educador Social não apenas em ambiente hospitalar, mas em todos os contextos onde se vise transformar realidades e promover a qualidade de vida, através de uma abordagem centrada na pessoa, na comunidade e nos direitos humanos.

### **3.3. INTERVENÇÃO COM PESSOAS IDOSAS EM EPRI**

Como referido anteriormente, o envelhecimento demográfico constitui um fenómeno crescente que impõe novos desafios de natureza social, económica e política. Embora a longevidade represente uma oportunidade de repensar e reorganizar os percursos de vida, a sua concretização de uma forma positiva e ativa depende de um fator essencial: a saúde (OMS, 2015). Para que o envelhecimento decorra de forma saudável, torna-se necessário desconstruir estereótipos e promover novas perceções sociais sobre a velhice (OMS, 2015). É fundamental ultrapassar a visão redutora de um modelo típico de pessoa idosa, reconhecendo a diversidade nas capacidades físicas e mentais destas pessoas e rejeitando a associação automática entre envelhecimento e dependência (OMS, 2015). Neste enquadramento, importa compreender o envelhecimento não apenas como um processo biológico, mas também como uma fase profundamente influenciada por fatores sociais e ambientais, tais como a perda de relações próximas e a redefinição de papéis (OMS, 2015). Para a OMS (2001) o envelhecimento saudável diz respeito a um “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (p. 13). Assim, envelhecer de forma saudável implica mais que a ausência de doença, exigindo a criação de contextos que permitam às pessoas manterem-se ativas, autónomas e socialmente incluídas. Para isso torna-se indispensável um investimento articulado em diferentes setores da sociedade, capaz de garantir respostas adequadas às necessidades e potencialidades da população idosa (OMS, 2020). Posto isto, as ERPI, assumem um papel central na resposta às necessidades desta população, sobretudo nos casos em que a permanência no domicílio deixa de ser viável. A institucionalização, porém, representa uma rotura significativa na vida da pessoa idosa, implicando mudanças profundas nas rotinas diárias, na convivência familiar e na forma como se experienciam as relações sociais, o que pressupõe um processo de adaptação complexo (Veiga et al., 2017). Para que esta transição seja vivida de forma positiva, é essencial que os residentes consigam criar vínculos afetivos, desenvolver formas significativas de ocupar

o tempo e manter, sempre que possível, relações com a sua rede de suporte social de origem (Veiga et al., 2017, p. 31). A criação de laços entre as próprias pessoas idosas a habitar na ERPI pode constituir uma nova rede de apoio, nomeadamente através da partilha de experiências e de trajetórias de vida (Dutra et al., 2016). Esses vínculos contribuem para a adaptação positiva à vida na instituição e para a promoção do bem-estar e SM (Dutra et al., 2016). A qualidade de vida em contexto institucional não depende apenas da infraestrutura física ou da prestação de cuidados básicos, mas também da capacidade da instituição em proporcionar oportunidades de participação, de manter os laços afetivos existentes e de prevenir o isolamento social e a solidão (Carvalho & Dias, 2011). A solidão em ambiente institucional pode persistir, mesmo em ambientes partilhados, sobretudo quando os momentos sociais não correspondem às necessidades, interesses ou motivação das pessoas idosas, ou quando o acesso ao exterior é limitado (Rodrigues, 2018). Por isso, os profissionais da ERPI devem conhecer as histórias de vida, os gostos, interesses e motivações dos seus residentes, promovendo atividades que incentivem a participação ativa (Vicente et al., 2004). A inclusão das pessoas idosas no planeamento e avaliação dessas atividades constituiu uma estratégia eficaz para fomentar o seu envolvimento e valorização pessoal (Vicente et al., 2004).

Neste sentido, as ERPI devem ser pensadas não apenas como meros espaços de satisfação das necessidades básicas, mas como contextos educativos e relacionais, onde se promove o envelhecimento digno e saudável. A intervenção nestes espaços deve colocar a pessoa idosa no centro do processo, exigindo equipas multidisciplinares capazes de estimular as suas capacidades, preservar ou investir os seus vínculos afetivos e valorizar as suas experiências de vida (Vicente et al., 2004). O/A Educador/a Social, enquanto profissional de relação e de proximidade, com competências específicas na dinamização de contextos socioeducativos poderá desempenhar um papel fundamental neste processo, contribuindo para a defesa dos direitos e da dignidade da pessoa idosa, promovendo a participação ativa e reforçando o sentido de pertença e a qualidade de vida no contexto institucional (Carvalho & Baptista, 2004; Veiga et al., 2017; Vicente et al., 2004).

### **3.4. INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL EM GRUPO**

O ser humano desenvolve-se em constante interação com os outros, sendo a sua integração em grupos uma condição essencial para seu crescimento pessoal e social (Veiga, 2009). Os grupos são formados por um conjunto de indivíduos que partilham entre si interesses, gostos, princípios ou objetivos em comum, criando um espaço de pertença que favorece o bem-estar individual e coletivo (Veiga, 2009). A participação em um ou mais grupos é fundamental para a manutenção do equilíbrio emocional, da harmonia e do desenvolvimento psicológico do indivíduo (Veiga, 2009). Estes contextos coletivos funcionam como cenários privilegiados de convivência, nos quais se promovem a troca de experiências, a aprendizagem partilhada, a cooperação, a gestão de conflitos, o apoio mútuo e a construção de significados que impulsionam a transformação (Veiga, 2009). Nesse sentido, ao longo dos anos, tem-se reconhecido que a intervenção em grupo poderá ter maior eficácia do que abordagens individuais, uma vez que favorece não só os processos interativos e terapêuticos, como também permite uma gestão mais eficiente de recursos, quer sejam financeiros, materiais ou humanos (Corey, 1995; Maisonneuve, 1984; Rogers, 1970/1986; Yalom, 2000 citado por Veiga, 2009). Os grupos constituem sistemas dinâmicos, compostos por múltiplos níveis hierárquicos, que interagem entre si e com outros sistemas e subsistemas, estabelecendo relações complexas e não lineares (Veiga, 2009). Estão inseridos em contextos sociais mais amplos, tem história própria, evoluem com o tempo e adaptam-se às transformações do meio envolvente (Veiga, 2009). A sua dimensão também influencia a dinâmica interna: os grupos mais pequenos facilitam uma maior proximidade e conhecimento entre os seus membros, promovendo relações mais profundas (Veiga, 2009). Ao longo do seu ciclo de vida, o ser humano necessita de integrar diversos grupos como forma de responder às suas necessidades emocionais, sociais e relacionais (Veiga, 2009).

Conforme mencionado anteriormente, uma intervenção alicerçada no modelo de SMC procura promover o reforço ou a criação de redes sociais de apoio, podendo, para tal, recorrer a estratégias de intervenção individual ou grupal, consoante as necessidades identificadas (Ornelas, 1996a). Neste enquadramento, a intervenção em grupo tem dado evidências de eficácia em contextos de vulnerabilidade, como no caso de pessoas em situação de solidão (Martins, 2023). Estes estudos recentes revelam que atividades grupais orientadas para o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, contribuem significativamente para a redução de solidão e do isolamento social (Martins et al., 2023). A literatura destaca diversas estratégias eficazes neste domínio, tais como: a criação de momentos de partilha emocional e de experiências; o reforço da

comunicação entre pessoas da mesma faixa etária; a promoção de novas amizades e da manutenção de contactos com familiares e amigos (Martins et al., 2023, p. 4). Tais iniciativas ganham particular relevância quando aplicadas a populações vulneráveis, como as pessoas com EDM, nas quais o isolamento social tende a ser mais marcado.

De acordo com Kaplan e Sadock (1998), as intervenções em grupo oferecem múltiplos benefícios terapêuticos que contribuem para o processo de RP, redução da solidão e do isolamento social – frequentemente associadas entre si (Kaplan & Sadock, 1998; Martins et al. 2023). Entre estes benefícios, destacam-se a aceitação – o sentimento de ser aceite pelo grupo tal como se é –, a catarse – a libertação de sentimentos ou emoções reprimidas que resulta numa sensação de alívio –, e a universalização que ocorre quando o indivíduo toma a consciência que o outro também tem problemas ou dificuldades que se assemelham às suas (Kaplan & Sadock, 1998). Além disso, favorecem a interação, isto é, a troca livre de ideias e sentimentos entre os indivíduos que compõe o grupo (Kaplan & Sadock, 1998). Assim, o recurso à intervenção em grupo parece constituir uma via promissora para fortalecer laços sociais significativos, promover hábitos saudáveis, aumentar a satisfação com a vida e mitigar sentimentos de exclusão. O recurso à intervenção em grupo não apenas favorece a inclusão social, como também atua como um fator protetor da SM e do bem-estar geral (Ornelas, 1996b; Kaplan & Sadock, 1998; Martins et al., 2023).

## **4. CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO**

Neste capítulo são caracterizados os contextos onde foi desenvolvido o projeto de intervenção. Para conhecer de forma profunda estes contextos foi necessário recorrer a diversas técnicas de recolha de informação com vista à realização de uma análise aprofundada da realidade social de cada um dos espaços, nomeadamente do DSM do Hospital Pedro Hispano [HPH], com particular enfoque no PMDP e da ERPI, que, doravante será designada de forma fictícia como Abraço Amigo. São também caracterizadas as pessoas com quem foi desenvolvido o projeto em cada um dos contextos.

### **4.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL DO HOSPITAL PEDRO HISPANO**

Com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento e dinâmica do DSM, procedeu-se à análise de diversos documentos institucionais e materiais de referência, nomeadamente: o Regulamento Interno do DSM (2021), o organigrama do serviço, o Processo de Candidatura ao Prémio Healthcare Excellence 2021 do PMDP, bem como os relatórios elaborados e publicados pelas colegas do Mestrado em Educação e Intervenção Social que, em anos anteriores, desenvolverem projetos no mesmo contexto. Paralelamente, a recolha de informação foi enriquecida pela presença e observação direta em entrevistas realizadas a pessoas com EDM, no âmbito do PMDP, assim como pela presença em algumas reuniões da equipa responsável. A este trabalho juntaram-se conversas intencionais, com vários profissionais envolvidos no projeto, que se revelaram fundamentais para compreender a lógica interna de funcionamento da intervenção, o guião que orientou estas conversas encontra-se no apêndice C. No que respeita ao conhecimento das pessoas acompanhadas no DSM, em particular aquelas integradas no PMDP, além da presença nas entrevistas, foi possível assistir e participar em sessões dos Grupos de Apoio à Saúde Mental [GASM]. Nestas interações, destacaram-se como estratégias privilegiadas a observação participante e as conversas intencionais, que permitiram uma aproximação mais significativa à realidade vivida pelas pessoas e à prática quotidiana da equipa.

O HPH, localizado na Senhora da Hora, integra a ULSM, e é constituído por oito departamentos, sendo um deles o DSM. Este departamento foi criado em 2009 no âmbito do PNSM (2007-2016), com o intuito de dar resposta às necessidades da população de Matosinhos, particularmente no que diz respeito à SM. Para além da sua intervenção direta, o DSM articula-se com outras ULS. O DSM tem como missão “satisfazer as necessidades de cuidados de SM da população de referência da ULSM em articulação com todos os níveis de cuidados e com as estruturas assistenciais de SM existentes, numa ótica de promoção, tratamento e reabilitação” (HPH, 2021, p.5). Para isto, o DSM conta com uma equipa pluridisciplinar composta por médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiras especialistas, uma assistente social a colaborar com o departamento a tempo parcial, uma técnica de RP, uma profissional auxiliar de ação médica e uma profissional que presta serviços de secretariado. Importa ainda referir a existência de um protocolo entre o HPH e a Escola Superior de Educação [ESE] do Instituto Politécnico do Porto [IPP] que possibilita a presença de alunos do Mestrado em Educação e Intervenção Social [MEIS] e de estagiários do curso de ES. Ao longo dos anos, as mestrandas que integraram o DSM têm desenvolvido projetos de intervenção psicossocial que permitem uma ação de maior proximidade com pessoas com EDM, privilegiando a abordagem comunitária.

#### **4.1.1 PROJETO MAIS DE PERTO**

O PMD surge no DSM da ULS de Matosinhos no ano de 2020, como resposta à “(...) falta de recursos humanos e físicos que permitissem apostar numa abordagem comunitária (...)” (Quelhas et al., 2021, p. 5). A iniciativa partiu de uma equipa pluridisciplinar constituída por uma médica psiquiatra, uma enfermeira especialista em SM e psiquiatria e uma assistente social, sendo posteriormente reconhecida a importância da integração de profissionais da área da RP e da educação social. Foi neste sentido que o DSM passou a contar com a colaboração de estudantes da ESE. À data da saída deste contexto, a equipa do PMDP é constituída por duas médicas psiquiatras, uma enfermeira especialista em SM e psiquiatria, uma assistente social e uma técnica de RP. A equipa conta ainda com a colaboração de cinco estudantes: duas da licenciatura de ES, duas do Mestrado supracitado e um aluno de medicina.

O principal objetivo do PMDP reside na criação de respostas comunitárias ajustadas às necessidades, objetivos, áreas de interesse e motivações das pessoas com EDM, bem como dos

seus cuidadores. Tendo por base os recursos disponíveis na comunidade, foram sendo desenvolvidas respostas centradas na RP, das quais se destacam os GASM. Os GASM constituem uma resposta construída de forma colaborativa entre as pessoas com EDM, os profissionais e a comunidade, sendo baseados nos gostos e interesses identificados nas entrevistas iniciais. Para além de promoverem a participação ativa e o empoderamento das pessoas, procura-se que estes grupos funcionem em locais próximos da residência dos participantes, facilitando a sua integração na comunidade envolvente. Os GASM são abertos a pessoas com EDM, bem como a familiares, cuidadores ou outras pessoas indicadas pelos membros do grupo. O PMDP procura assim "(...) melhorar a resposta na comunidade no âmbito da RP, ajustada a cada pessoa com EDM, priorizando as situações de doença mental grave [DMG] (...)" (p. 5) procurando, através das necessidades e potencialidades da pessoa com EDM, promover o seu bem-estar e o dos seus cuidadores, diminuir o estigma associado à DM e promover a integração das pessoas com EDM na comunidade.

Na fase inicial do projeto, a avaliação das pessoas com EDM era realizada preferencialmente em domicílio, com o intuito de construir planos de RP individualizados. No entanto, devido às restrições impostas pela pandemia de COVID-19, estas entrevistas passaram a decorrer em contexto hospital, prática que se mantém até ao presente. As entrevistas realizam-se semanalmente: à segunda-feira com pessoas com doença mental comum [DMC]; e à terça-feira com pessoas com DMG, conduzidas por uma das médicas psiquiatras e acompanhadas, frequentemente, pela enfermeira e assistente social. Segundo a equipa, as DMG referem-se àquelas que comprometem significativamente a vida das pessoas, afetando aspetos sociais, profissionais e de autocuidado. Por outro lado, embora as DMC também possam impactar a vida dos indivíduos, esse impacto tende a ser menos acentuado. As entrevistas são dirigidas a pessoas com idade igual ou superior aos 18 anos, residentes ou acompanhadas na ULSM, que não demonstrem instabilidade patológica ou se encontrem com outro processo de reabilitação em curso, podendo ser sinalizadas pelo médico de família, pelo serviço de psicologia ou psiquiatria da ULSM para acompanhamento da equipa do PMDP. Com base nas observações realizadas durante a participação da mestranda nas entrevistas, registou-se uma taxa significativa de não comparência. Nesses casos, a equipa procura compreender se a ausência está relacionada com a condição de SM da pessoa, ou, com outros fatores (falta de motivação, questões pessoais). Dependendo da causa, a equipa procede ao reagendamento da entrevista ou encaminha o

acompanhamento para os profissionais responsáveis pela referênciação. Estas entrevistas resultam, muitas vezes, no encaminhado das pessoas para os GASM. Alguns meses após a integração nos grupos (entre três e quatro meses), tenta-se agendar uma nova entrevista com o intuito de ajustar o plano de intervenção, contudo, ao longo da presença da mestrada neste contexto, foram escassos estes momentos. Adicionalmente, realiza-se uma supervisão mensal dos GASM por parte de algum elemento da equipa do PMDP, o qual permite não só acompanhar a dinâmica dos grupos e apoiar dinamizadores, como também recolher feedback direto dos participantes.

No primeiro ano de funcionamento, em 2020, foram realizadas 95 entrevistas no domicílio. No primeiro semestre de 2021, registaram-se 36 entrevistas, das quais cinco foram reavaliações. Neste mesmo período, foram constituídos 15 grupos em 10 áreas de interesse, abrangendo 72 participantes. A par dos GASM, o PMPD contempla ainda intervenções individualizadas de RP, orientadas por objetivos específicos. Entre 2020 e o primeiro semestre de 2021, sete pessoas beneficiaram deste tipo de acompanhamento. Em 2023, os dados disponíveis indicam a existência de 15 GASM distribuídos por nove áreas de interesse: “Grupo da Amizade”, Tai Chi Chuan, Yoga do Riso, Movimento e Bem-Estar, Dança-Movimento-Terapia, Teatro, Clube de Leitura, Coro e Pintura. Nestes grupos participam 417 pessoas, no entanto, convém ressaltar que existem várias pessoas que frequentam mais do que uma atividade. A título exemplificativo: O Tai Chi Chuan envolve quatro grupos a funcionar em quatro áreas geográficas distintas, abrangendo 177 participantes, dos quais 24 pessoas com DMG; O Yoga do Riso, também com quarto grupo, abrange 106 pessoas, 21% com DMG; no grupo da pintura, participam 59 pessoas, sendo 58% com DGM.

À data da redação deste relatório, estão em funcionamento 16 GASM em nove áreas de interesse: Grupo da Amizade, Tai Chi Chuan, Yoga do Riso, Movimento e Bem Estar, Dança-Movimento-Terapia, Teatro, Clube de Leitura e Pintura, não sendo, no entanto, possível especificar o número de participantes devido à ausência de dados. Apesar disto, é possível afirmar que o Clube de Leitura deixou já de ocorrer no HPH estando em funcionamento num local na comunidade e, o grupo “Rotinas Ativas” já não se encontra ativo. O funcionamento dos grupos é viabilizado por parcerias com entidades locais e dinamizadores.

## 4.1.2 AS PESSOAS DO PMDP

Conhecer a realidade implica conhecer as pessoas presentes no contexto, neste sentido, primeiramente são apresentadas de forma geral as pessoas que marcaram presença nas entrevistas no âmbito do PMDP, sendo posteriormente caracterizadas as três pessoas participantes do projeto neste contexto. Importa salientar que os nomes mencionados são fictícios e todos os dados mais pessoais serão ocultados com o intuito de assegurar o anonimato dos participantes. A caracterização geral de cada um dos participantes, encontra-se no apêndice D.

As pessoas presentes ao longo das 26 entrevistas que foi possível presenciar no âmbito do PMDP, tinham idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, tendo mais de metade (14) idade igual ou superior a 60 anos de idade. Sendo oito do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Relativamente à situação profissional, apenas quatro pessoas se encontram ativas, sendo que apenas uma a trabalhar a tempo integral. Onze pessoas estavam reformadas, oito desempregadas e três de baixa médica. Em resultado da presença nestas entrevistas desenvolveu-se uma intervenção psicossocial em grupo [IPG] com três pessoas. Os participantes deste grupo têm entre 25 e 28 anos, duas são mulheres (Ana e Cristina) e um é homem (Orlando). A Cristina, nasceu no estrangeiro, contudo, está desde a infância em Portugal, atualmente reside numa freguesia do concelho do Porto, com o namorado e seus familiares e com os seus animais de estimação, pelos quais expressa um forte vínculo afetivo. Mantém uma relação cordial com a mãe, mas não com o progenitor, tendo inclusive mencionado que quase todos os homens da sua vida a desiludiram. Tem formação na área da contabilidade, já teve várias experiências de trabalho, contudo, encontra-se em situação de desemprego, tendo demonstrado interesse por integrar uma instituição parceira do PMDP com vista à requalificação profissional/inserção no mercado de trabalho. Ao longo da entrevista no âmbito do PMDP falava num tom baixo e dava conta das suas dificuldades em relacionar-se com pessoas, além disso, foi referindo algumas frases como “ninguém me atura” e “não consigo fazer nada”, o que parece indicar uma desvalorização pessoal e de competências. A Ana, coabita com os progenitores e os seus animais de estimação numa freguesia do Porto. Mantém uma boa relação familiar com a mãe, em contrapartida, a relação com o pai é marcada por alguns conflitos derivados das fortes

divergências em relação a diversos temas. Apesar de demonstrar vontade em tirar a carta de condução, os fortes receios em relação à responsabilidade que acarreta conduzir um automóvel impedem-na de seguir esta vontade. Tem formação na área do *design*, sendo que, a nível profissional, exerce atividade como *freelancer* na área da ilustração digital. O talento para o desenho e a ilustração é complementado por competências de qualidade na edição de vídeos e na fotografia. Está à procura de um emprego estável e recorreu à instituição parceira do PMDP com vista à requalificação profissional/inserção no mercado de trabalho. Apresenta uma personalidade mais reservada tendo por isso o processo de conhecimento e de aproximação sido mais desafiante. O Orlando, reside com os progenitores, mantendo contacto com uma irmã que se encontra a viver no estrangeiro. A relação com os pais é cordial, dando evidências de um ambiente familiar de apoio. Esse suporte manifesta-se, por exemplo, na forma como o pai o acompanha às sessões, esperando por ele no carro. Aprecia muito música e, inclusive, tocava numa banda filarmónica, contudo, devido a alguns desentendimentos abdicou desta paixão. Desde o começo que demonstrou interesse em ingressar novamente na banda, sendo que, um ano após a sua saída, regressou à mesma, tendo convidado o grupo para assistir a um espetáculo. Apesar de ter concluído um curso profissional, não expressa apreço pela área, encontrando-se em situação de desemprego. Ainda que mencione várias áreas profissionais de interesse, está ainda em processo de descoberta e definição das suas preferências. Demonstrou também motivação e interesse para integrar a instituição responsável pela requalificação/inserção profissional. No decurso da intervenção social, foi possível apoiar o Orlando na integração numa turma de formação numa área do seu interesse. O grupo contou ainda com a participação de um outro elemento, o Martim, cuja presença nos encontros se revelou mais irregular, tendo estado presente em seis sessões. A partir de determinado momento, o Martim passou a participar de forma esporádica, justificando ocasionalmente a sua ausência junto do grupo. Devido à sua participação intermitente e à dificuldade em estabelecer contacto, não foi possível obter o seu consentimento informado, razão pela qual não será caracterizado neste subcapítulo. Ainda assim, considera-se pertinente mencioná-lo, uma vez que a sua ausência foi sentida pelos restantes membros, que manifestaram preocupação e procuraram contactá-lo e manter o vínculo. Importa também referir que o Martim participou em alguns encontros autónomos realizados pelo grupo.

O facto de todos os participantes residirem na zona metropolitana do Porto representa uma mais-valia, na medida em que existe uma ampla oferta de transportes públicos e de serviços, não só nas

áreas essenciais como saúde, educação e inserção profissional, mas também no acesso facilitado a atividades de lazer e culturais.

## **4.2 ABRAÇO AMIGO– ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS**

Tendo em conta as características do trabalho inicial desenvolvido na Abraço Amigo – um estágio profissional –, a presença da mestranda neste contexto foi diária ao longo de um período de nove meses, o que possibilitou um conhecimento aprofundado da realidade institucional. Sendo que, após o término do período de estágio, a mesma continuou a ir semanalmente à instituição durante oito meses de modo a permitir o desenvolvimento do projeto. Esta continuidade permitiu não só o acompanhamento das rotinas diárias da instituição, como também a participação ativa no planeamento e desenvolvimento das atividades previstas no plano mensal, nas iniciativas realizadas no exterior, nas atividades em articulação com as famílias, com a valência de creche e com entidades externas. Ao longo deste percurso, foi sendo feita uma reflexão contínua sobre as atividades dinamizadas, procurando-se que estas fossem ao encontro dos gostos, interesses e vontades das pessoas da ERPI, mesmo quando era necessário seguir orientações específicas. Nesse sentido, a mestranda, em articulação com a Animadora Sociocultural [AS], procurou adaptar as propostas, de modo a garantir maior envolvimento e significado para os participantes. Alguns registos de atividades e experiências passadas na instituição, que contribuíram para a criação de relações de proximidade e para a análise da realidade, encontram-se no apêndice E. Paralelamente a estes momentos, para a caracterização da ERPI, foi também realizada a análise do conteúdo disponível no site da instituição, bem como de documentação interna, não publicada. Ao longo deste processo, assumiram particular relevância as conversas intencionais realizadas com as pessoas idosas, profissionais e familiares, assim como a observação participante e não participante, que se constituiu como estratégia privilegiada para a compreensão das dinâmicas relacionais, organizacionais e do quotidiano da instituição. O guião orientador das conversas intencionais com as pessoas idosas encontra-se em apêndice (apêndice F).

A Abraço Amigo é uma EPRI sediada num concelho da região Norte de Portugal. Esta valência, com cerca de uma década de existência, presta apoio diário a mais de 70 pessoas idosas,

encontrando-se na sua capacidade máxima. A sua missão centra-se na preservação da dignidade humana, recorrendo à sua experiência prática para apoiar os mais vulneráveis. A estrutura física da instituição distribui-se por três pisos: no inferior localizam-se os espaços comuns de maior utilização diária, nomeadamente a sala de atividades e a sala de refeições. A sala de atividades/convívio é um espaço amplo, equipada com televisão, cadeirões, cadeiras almofadas, mesas e um computador utilizado pelas técnicas responsáveis pela dinamização das atividades ocupacionais. No exterior, os residentes podem usufruir de um jardim, uma horta e algumas árvores de fruto. No piso intermédio, ficam maioritariamente os quartos das pessoas com maior grau de dependência, bem como gabinetes técnicos e outras valências. No piso superior encontra-se os restantes quartos e áreas comuns, como sala de convívio equipada com televisão, cadeirões, mesas e uma bancada de cozinha. Tendo em conta o número elevado de pessoas idosas que moram na instituição, a equipa afeta à prestação de cuidados é igualmente extensa e diversificada. A presidente e vice-presidente da direção estão presentes diariamente na EPRI, assumindo funções distintas. Desde 2021, a direção técnica é assumida por uma Psicomotricista que, tal como mencionado na Portaria n.º 67/2012, tem “formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e (...) com experiência profissional para o exercício das funções” (p. 1326). As suas funções incluem, entre outras, a elaboração e entrega das escalas de serviço semanal ao grupo de Auxiliares de Ação Direta [AAD], apoio na elaboração dos processos sociais e do plano de cuidados individuais, apoio na tomada de decisão de novas contratações e admissão das pessoas idosas na instituição. De forma geral, é responsável pela supervisão e coordenação de todo o pessoal técnico e não técnico e pela programação das atividades (Portaria n.º 67/2012). A equipa de enfermagem é constituída por três profissionais que articulam os horários em dois turnos, entre as sete horas da manhã e as 20 horas e tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde. No que diz respeito à componente de Animação Sociocultural, a legislação em vigor estabelece a obrigatoriedade de, pelo menos, um técnico a tempo parcial por cada 40 residentes (Portaria 67/2012, artigo 2.º, ponto 2 alínea a) de 21 de março). Na Abraço Amigo, esta função é desempenhada por uma Psicomotricista responsável pelo planeamento, dinamização e avaliação das atividades ocupacionais. Durante os meses de maio de 2024 e janeiro de 2025, esta contou com o apoio de uma Educadora Social – autora do presente relatório – em contexto de estágio profissional. Tendo em conta o elevado número de pessoas em situação de dependência, ambas as técnicas colaboram no

acompanhamento direto das pessoas idosas, designadamente no apoio à mobilidade entre os diversos espaços da instituição e no auxílio durante as refeições. A área da limpeza e lavandaria é assegurada por uma equipa própria, que, além das suas funções principais, presta ocasionalmente apoio à equipa de AAD. O serviço afeto à área da cozinha é realizado por uma empresa contratualizada pela EPRI. A equipa de AAD representa a maioria dos colaboradores da instituição, sendo, no total 30 pessoas cujos horários se encontram organizados para garantir cuidados 24 horas. Duas encarregadas desta equipa assumem responsabilidades específicas na gestão e reposição de produtos de higiene e na elaboração de notas de encomenda. As AAD são responsáveis pelos cuidados de higiene pessoal, posicionamento, apoio à alimentação, administração de medicação e registo de ocorrências. Importa referir que a ERPI acolhe com frequência estagiários de diversos cursos, incluindo Auxiliar de Saúde, Enfermagem e Técnico de desporto que permanecem na instituição em média durante dois meses. Durante o tempo de permanência na instituição, estiverem presentes dois estagiários do curso de Auxiliar de Saúde, dois estagiários de Enfermagem e um estagiário de Técnico de Desporto.

#### **4.2.1 ATIVIDADES E ROTINAS**

As rotinas das pessoas que residem na Abraço Amigo são bastante estruturadas. O dia tem início por volta das seis da manhã, momento em que as AAD dão início aos cuidados de higiene pessoal. À medida que os cuidados vão sendo prestados, os residentes deslocam-se para o salão de refeições, onde é servido o pequeno-almoço por volta das 9h00. Após esta refeição, a maioria dos residentes dirige-se para a sala de atividades, onde se inicia a primeira atividade do dia. A programação detalhada dessas atividades será descrita mais adiante neste relatório. Concluídas as atividades matutinas, as AAD dão início aos cuidados de higiene, com apoio da AS e da estagiária que acompanham e auxiliam os residentes na deslocação até às casas de banho e à sala de refeições. Durante o início da tarde, realiza-se uma segunda atividade com duração aproximada de uma hora. De seguida, os residentes são novamente acompanhados até às instalações sanitárias, antes de se dirigirem ao salão para o lanche. No período que se segue, até cerca das 17h30/18h00, decorre uma terceira atividade, que, normalmente parte da iniciativa das pessoas, após a qual, permanecem na sala de convívio até à hora de jantar.

À data da escrita deste relatório, o plano de atividades mensal inclui uma variedade de propostas organizadas pelas técnicas nomeadamente: ateliers culinários, atividade físico desportiva (atividade física adaptada, jogos adaptados, circuito psicomotor e caminhadas no exterior), trabalhos manuais, atelier de hábitos e costumes (costura, horticultura e culinária), estimulação cognitiva (tertúlias, jogos individuais), atividades lúdico-recreativas (jogos de grupo) e acesso às redes sociais. De fora geral, procura-se que as atividades que requerem maior atenção ou envolvimento físico, como a estimulação cognitiva, os ateliers culinários e a atividade física adaptada, sejam desenvolvidas no período da manhã, momento em que as pessoas idosas se mostram mais recetivas e participativas. A atividade física adaptada, realizada, pelo menos, duas vezes por semana, é desenvolvida com o objetivo de incluir o maior número possível de residentes, independentemente do seu nível de mobilidade. Nesse sentido, são também planeados momentos específicos para caminhar com as pessoas idosas com elevado grau de dependência e utilizadores de cadeira de rodas, para os quais o contacto com as técnicas é essencial à sua mobilidade, importa salientar que para este exercício é crucial a existência de duas profissionais. Apesar de as pessoas idosas demonstrarem grande interesse neste tipo de atividade, por considerarem que os ajuda a manter ativos fisicamente, existe um conjunto de pessoas que devido ao elevado grau de dependência não consegue participar nas atividades ou apresenta grande dificuldade. Os trabalhos manuais, além de promoverem a motricidade fina e criatividade, contribuem para a decoração da sala de atividades, sendo também construídos jogos lúdicos para utilização posterior. O acesso às redes sociais é habitualmente promovido ao sábado, com o intuito de possibilitar o contacto entre as pessoas idosas e os familiares que, por diversos motivos, não conseguem visitar a instituição com frequência. No período pós-lanche, é comum que pequenos grupos se reúnam espontaneamente para jogar jogos de mesa, nomeadamente cartas e dominó. Este é também um momento de menor atividade, proporcionando um tempo de descanso e descontração. Para a realização de algumas atividades específicas, como o terço, a missa e a atividade física adaptada, a instituição conta com a colaboração de profissionais e voluntários externos, cuja presença é muito apreciada pelos residentes, não apenas pela atividade em si, mas pelo carinho e atenção que lhes são dedicados. Paralelamente às atividades regulares, são organizadas comemorações de dias festivos e saídas pontuais da instituição, como piqueniques, visitas a museus, passeios de comboio e de barco e, são frequentes as caminhadas para fora da ERPI, uma vez que tem na sua proximidade um grande espaço de lazer. Estas

iniciativas são particularmente valorizadas pelas pessoas, embora, por questões de mobilidade e recursos humanos, sejam maioritariamente frequentadas por pessoas autónomas.

## **4.2.2 AS PESSOAS DA ABRAÇO AMIGO**

Neste subcapítulo, será realizada uma caracterização geral das pessoas residentes no Abraço Amigo, sendo posteriormente caracterizadas as pessoas participantes do projeto. Importa salientar que os nomes mencionados são fictícios e todos os dados mais pessoais serão ocultados com o intuito de assegurar o anonimato dos participantes. A caracterização geral de cada um dos participantes deste projeto e neste contexto, encontra-se em apêndice (apêndice G)

Na Abraço Amigo moram 75 pessoas, sendo 55 mulheres e 20 homens cujas idades variam entre os 65 e os 100 anos de idade. Dezasseis pessoas a residir na instituição encontram em situação de dependência total, permanecendo acamados de forma permanente, o que exige cuidados continuados e individualizados por parte da equipa auxiliar. Os restantes 59 residentes da ERPI mantem-se ativos no contexto institucional, frequentando regularmente os espaços comuns, nomeadamente a sala de atividade e o salão de refeições. Importa referir que uma parte significativa destas pessoas não realiza as deslocações de forma autónoma: algumas são utilizadoras de cadeira de rodas (24) e, outras, apesar de se deslocarem a pé, necessitam sempre de apoio de algum profissional para garantir a sua segurança (8). No que diz respeito à naturalidade, foi possível averiguar que a maioria é originária do distrito da instituição, sendo maior a incidência de pessoas naturais dos concelhos limítrofes ao da ERPI. No que concerne ao estado civil, verifica-se que a maioria das pessoas é viúva, oito pessoas estão casadas, sendo que três casais estão a residir na instituição, uma divorciada e quatro solteiras. Esta realidade é frequentemente acompanhada pela expressão de sentimentos de tristeza e solidão derivados da perda do conjugue, o que constitui uma perda emocional significativa no seu processo de envelhecimento. Importa ainda referir que algumas pessoas além da perda do conjugue enfrentaram o falecimento de um ou de todos os filhos, o que agravou o sentimento de isolamento e tristeza e contribui para a fragilidade das suas redes de suporte.

Com base na presença nesta instituição foi possível desenvolver uma IPG com algumas das pessoas idosas na ERPI. Este grupo foi construído tendo por base uma reunião entre a mestranda,

a DT e a AS, de onde surgiram alguns nomes de pessoas que poderiam beneficiar e estar interessadas nesta intervenção. Posteriormente, as pessoas idosas foram convidadas a participar no grupo.

A D. *Evamora* na instituição há cerca de três anos. Tem 80 anos, é utilizadora de cadeira de rodas e apenas consegue dar alguns passos com o apoio de duas profissionais. É portadora da doença de Parkinson, o que lhe causa dores frequentes. Apesar das limitações físicas, mantém uma boa capacidade cognitiva. Não é natural do distrito onde se localiza a instituição, o que contribui para a fragilidade da sua rede de suporte social. Estabelece, ainda assim, algum contacto esporádico com um familiar. No contexto institucional, não mantém relações de proximidade, permanecendo, na maior parte do tempo, em silêncio. A sua participação nas atividades tem diminuído progressivamente, sobretudo devido à perda de capacidades físicas, o que também a impede de realizar o seu passatempo preferido: a leitura. A D. *Raquel* habita na instituição há sete anos. Tem cerca de 82 anos e apresenta um bom nível de autonomia, colaborando inclusivamente em algumas tarefas institucionais. A relação com os familiares é pouco frequente, o que lhe provoca sentimentos de tristeza, sobretudo em épocas festivas como por exemplo o Natal. No contexto da instituição, não estabelece relações de proximidade com outros residentes, sendo as funcionárias as pessoas com quem mais dialoga. Dedica grande parte do seu tempo à costura, atividade que considera o seu principal passatempo. Embora a sua participação nas atividades diárias seja reduzida, integra o grupo de pessoas que habitualmente participa em atividades e passeios fora da instituição. O Sr. *Henrique* reside na instituição há cerca de dois anos. Tem 89 anos e é utilizador de cadeira de rodas, conseguindo, no entanto, caminhar com o apoio de duas profissionais. Mantém uma relação de proximidade e afeto com a filha e o genro, que o visitam sempre que possível – habitualmente uma vez por mês. A frequência das visitas é inferior ao desejado pela filha, uma vez que esta não possui viatura própria e depende de terceiros para se deslocar até à instituição. Para colmatar a distância física, o Sr. Henrique realiza uma videochamada semanal com a filha. No que respeita à vida institucional, participa sobretudo nas sessões de atividade física adaptada, excluindo-se das restantes atividades devido a dificuldades significativas de visão e audição. Estas mesmas limitações constituem também um dos fatores que o constroem no relacionamento com os outros residentes, contribuindo para um maior isolamento social. A D. *Lúcia* está na instituição há cerca de 10 anos. É portadora da doença de Parkinson, que há vários anos lhe provoca dor e desconforto significativos. Utiliza cadeira de

rodas e apenas consegue dar pequenos passos com o apoio de duas profissionais. Tem limitações físicas e aparenta estar a desenvolver uma perturbação neurodegenerativa. Não mantém uma relação de proximidade com familiares, recebendo apenas alguns telefonemas esporádicos do filho. Em tempos, recebia visitas e chamadas de uma amiga, mas, devido ao agravamento do estado de saúde desta, esses contactos tornaram-se mais reduzidos. No contexto institucional, participa apenas nas atividades de trabalhos manuais, que aprecia particularmente, embora esta atividade se vá tornando cada vez mais difícil de realizar devido à sua condição de saúde. Não estabelece relações de proximidade com outros residentes, mas, sempre que tem oportunidade, demonstra gosto em partilhar histórias e vivências. A D. *Rita*, tem 85 anos e encontra-se na Abraço Amigo há cerca de um ano. Apresenta um bom grau de autonomia nas atividades diárias, embora evidencie algumas limitações na mobilidade, utilizando uma bengala como auxílio à marcha. Do ponto de vista cognitivo, mantém as suas capacidades intelectuais preservadas. Mantém uma relação afetiva próxima com os filhos e restante núcleo familiar e, por vezes, realiza saídas para o exterior da instituição. No entanto, no contexto institucional, não estabelece vínculos de proximidade com os demais residentes, passando grande parte do tempo sentada, sem interações sociais, sem assistir à televisão e sem participar nas atividades propostas pela instituição. A D. *Rita* demonstra gosto pela pintura, embora não se dedique muito a essa atividade na ERPI. Como forma de estimular e preservar as suas funções cognitivas, tem o hábito de registrar por escrito, a partir do seu lugar habitual, os acontecimentos que observa no quotidiano. A D. *Manuela* em 80 anos e está instituição há um mês. Foi para a ERPI por escolha própria por reconhecer que não tinha condições físicas para estar sozinha em casa. Trabalhou como “jornaleira”, fazia os trabalhos para os quais era chamada, particularmente relacionados com trabalho de campo. Ao longo da sua vida trabalhou noutros países, foi mãe solteira e tem três filhos com quem mantém contacto, tendo já netos e bisnetos. Diz não ter tido uma vida fácil. Importa referir que a sua integração no grupo teve como principal objetivo facilitar a sua adaptação e aproximação aos residentes da instituição. A D. *Rosa* tem 92 anos, vem de uma família numerosa e está na instituição há cerca de dois anos. Foi para a Abraço Amigo porque reconheceu não ter condições para estar sozinha em casa. Apesar de ter nascido em Portugal, foi com 19 anos para o estrangeiro, onde passou a maioria da sua vida, mas sabendo sempre que o seu lugar era em Portugal. Fez a 4.ª classe por “empurrão” dos pais que sempre quiseram que os filhos fossem letrados. No país onde residiu trabalhou no comércio tendo subido de funcionária a

patroa. Na instituição mantém contacto mais próximo com uma residente, no entanto, as interações entre ambas tendem a ser marcadas por conteúdos de teor negativo, frequentemente centrados em conversas melancólicas ou críticas a terceiros. Mantém contacto regular com a filha, que ficou a residir fora, através de chamadas telefónicas e videochamadas. A D. Luísa tem 93 anos e mora na ERPI há três anos. No momento da entrada da mestranda na instituição, a mesma encontrava-se hospitalizada. Quando regressou, apresentava-se bastante debilitada, utilizava uma máquina de oxigénio para apoio respiratório e deslocava-se em cadeira de rodas. Com um acompanhamento próximo e contínuo, foi possível observar uma recuperação gradual da sua mobilidade, bem como o desenvolvimento de uma relação de confiança. Contudo, após este progresso, a D. Luísa enfrentou uma perda significativa: o falecimento de um irmão. Desde então, tem manifestado sinais de tristeza profunda, referindo com frequência que "a vida já não tem alegria", optando por se isolar no quarto durante as tardes e recusando as saídas da instituição com a família. Durante o período da manhã, permanece na sala de atividades, embora não participe de forma ativa em nenhuma delas. Mostra, no entanto, interesse e solicita com regularidade apoio para o treino de marcha. Importa referir que não mantém relações de proximidade com outros residentes, embora receba visitas regulares dos seus familiares.

São diversos os motivos para as pessoas se encontrarem na ERPI. Algumas encontram-se nesta situação devido à ausência de familiares próximos com disponibilidade para prestar apoio regular, quer a nível social e afetivo, quer a nível de apoio na realização de tarefas. Noutros casos, os familiares existentes vivem longe ou não têm condições de prestar os cuidados necessários e, por isso, consideram que a permanência numa ERPI é a opção mais adequada para assegurar os cuidados, a qualidade de vida e a segurança dos seus familiares. Em algumas situações a decisão de permanência na instituição parte das próprias pessoas devido a questões relacionadas com a saúde física que impendem a realização autónoma das tarefas, ou, devido à inexistência de laços familiares próximos, vivendo até então em situações de isolamento. Apesar da diversidade de trajetos e motivos que conduzem à institucionalização, verifica-se que muitos residentes partilham uma realidade comum, para além de partilharem o mesmo espaço físico, experienciam frequentemente situações de isolamento social e/ou solidão.

### **4.3 AVALIAÇÃO DE CONTEXTO**

A avaliação de contexto, sendo “parte integrante da investigação” (Lima, 2003, p. 358), constitui uma ferramenta fundamental para a transformação social. Por essa razão, deve ser um processo co-construído que acompanha e orienta o trabalho investigativo. Através deste processo é possível identificar os problemas, potencialidades, recursos e necessidades da realidade social (Stufflebeam & Shinkfield, 1995).

No presente projeto foram considerados dois contextos, designados doravante como contexto A – correspondente ao DSM, especificamente no âmbito do PMDP – e, contexto B, referente à instituição Abraço Amigo. A avaliação de cada um destes contextos será apresentada individualmente, apesar da existência de problemas comuns. A avaliação do contexto A foi realizada através dos discursos das várias pessoas presentes nas entrevistas no âmbito do PMDP, na participação em algumas sessões dos grupos GASM (grupo da amizade, clube da leitura e Tai Chi Chuan), na presença em reuniões da equipa do PMDP, bem como nas conversas intencionais mantidas com os seus membros. O conhecimento gerado acerca do contexto foi sendo devolvido às profissionais da equipa do PMDM em momentos de reunião e conversas intencionais. Por sua vez, a avaliação do contexto B foi realizada com base na observação e participação nas rotinas institucionais, com especial enfoque nos momentos de realização das atividades previstas no plano mensal e nos períodos de refeição. Além destes momentos, assumiram especial importância as conversas intencionais mantidas com as pessoas idosas, a equipa técnica, a equipa de AAD e a equipa de enfermagem. Com a realização da avaliação dos contextos, foi possível reconhecer alguns problemas, considerando as suas possíveis causas e necessidades inerentes. A partir da avaliação de ambos os contextos, tornou-se possível identificar problemas, analisar as suas causas e as necessidades subjacentes. Importa destacar que, apesar das diferenças entre as características e as pessoas dos contextos, foram constatados problemas comuns.

O primeiro problema identificado relaciona-se com o isolamento social e/ou a solidão (P1) vivenciados quer pelas pessoas com EDM que integram o PMDP, quer pelas pessoas idosas que moram na Abraço Amigo.

No contexto A, esta problemática foi destacada pelos participantes das entrevistas, pelos seus familiares e pelos profissionais da equipa do PMDM. No contexto B, foi identificada através das

partilhas das pessoas idosas, pela equipa técnica e pela equipa de AAD. Embora frequentemente associados, o isolamento social e a solidão apresentam múltiplas facetas, afetando as pessoas de formas distintas. As causas subjacentes a estes fenómenos variam, mas, em todas as situações exercem impacto profundo na qualidade de vida e bem-estar. Uma dimensão relevante desta problemática relaciona-se com a existência de uma rede social escassa ou inexistente, sendo que, em algumas circunstâncias, a fragilidade dessa rede pode ser tanto causa como consequência do isolamento social e solidão. No contexto A, vários testemunhos ilustram este quadro. Por exemplo, o José relata a redução do seu círculo social, afirmando que os amigos “foram todos para o estrangeiro e eu fiquei aqui sozinho”, expressando, por isso, interesse em estabelecer novas relações sociais. As entrevistas, complementadas pelas perceções da equipa do PMDP, indicam que “(...) a maioria destas pessoas só socializa com as pessoas com quem coabita”. Embora as famílias frequentemente constituam um suporte importante, podem, em certas situações, ser um obstáculo à autonomia e bem-estar, como evidenciado pelos relatos da D. Isabel e da D. Carolina, que destacam o impacto das dinâmicas familiares na sua vivência diária. A primeira afirmou sentir-se “sugada pelas pessoas com quem moro”, enquanto a segunda confidenciou que apesar de só ter a mãe “(...) ela também não está bem, passa o dia na cama”, acrescentando que por vezes sente falta de privacidade pela constante presença da mãe no seu espaço. A ausência de uma rede social externa à família contribui para a sobrecarga emocional, isolamento e solidão.

No contexto B, devido à natureza institucional e ao elevado grau de dependência de muitos dos seus residentes, as relações com a comunidade, familiares e amigos dependem frequentemente da mediação dos profissionais e da dinâmica familiar. A fragilidade da rede de suporte social agrava o isolamento e a solidão, evidenciado pelo distanciamento dos familiares, como expresso pela D. Emília: “têm lá a vida deles”, “eu ter netinhos até tenho, mas é como se não tivesse, nunca os vejo” (D. Emília). As visitas dos familiares são especialmente valorizadas nas épocas festivas, aumentando a necessidade de intervenção institucional para mitigar os sentimentos daqueles que não as recebem, nomeadamente por meio do fortalecimento das relações entre os residentes.

Outro aspeto relevante relaciona-se com a condição clínica, tanto mental quanto física, que pode comprometer significativamente a socialização. No plano mental, condições como o transtorno do espectro do autismo, caracterizado por dificuldades na comunicação e interação social; os estados depressivos, frequentemente associados à perda de interesse nas atividades diárias; e os

transtornos neurocognitivos, que afetam a memória, linguagem, atenção e habilidades sociais (American Psychiatric Association, 2014), contribuem para o afastamento das rotinas coletivas e enfraquecem as redes de suporte, intensificando o isolamento e a solidão. No plano físico, limitações como a mobilidade reduzida, perda auditiva e visual impactam também as relações sociais. No contexto A, diversos testemunhos recolhidos ilustram esta faceta do problema. A situação da D. Amélia, por exemplo, evidencia a ausência de uma rede familiar e a limitação dos seus contactos sociais a duas amigas, com quem comunica apenas por telefone. Apesar da disponibilidade e preocupação manifestadas por estas amigas, a D. Amélia demonstra falta de vontade para interações presenciais, o que pode estar associado ao diagnóstico de estado depressivo, e que, por sua vez, acentua a fragilidade da sua rede de apoio. Também a D. Júlia, que vive sozinha, revelou passar a maioria dos dias em casa. Esta realidade decorre, por um lado devido à falta de vontade de sair de casa e, por outro lado, devido a questões monetárias já que se encontra reformada devido à incapacidade profissional. A D. Ermelinda, desempregada há um ano, revelou, em tom de desabafo, sentir que “não serve para nada”, referindo que o único motivo para se levantar diariamente são as suas filhas. Por sua vez, a Cristina relatou ter perdido recentemente o emprego, passando assim grande parte dos dias em casa. Partilhou, ainda, não ter encontrado um propósito claro para a sua vida e revelou que, mesmo quando existem visitas em casa, tende a evitá-las, preferindo isolar-se no jardim. Em conversa com a equipa do PMDP, foi possível compreender que algumas características associadas a determinados diagnósticos de SM acarretam, muitas vezes, dificuldades funcionais, como por exemplo na realização das suas atividades diárias, reduzindo o contacto social com outras pessoas e alimentando o isolamento social, “algumas destas pessoas só saem de casa para vir às consultas” (elemento do PMDP). No contexto B, foram igualmente identificadas situações exemplificativas desta dimensão, como o sofrimento emocional da D. Margarida, decorrente da sua transição para a ERPI e a tristeza profunda da D. Lúcia, agravada pela condição de saúde e falta de contacto social. Por sua vez, são várias as pessoas idosas que se veem condicionadas pelas condições físicas, como a D. Eva, a D. Lúcia, o Sr. Henrique, a D. Rosa e a D. Luísa. As primeiras três porque, ao serem utilizadoras de cadeira de rodas as oportunidades de saídas da instituição são mais reduzidas e é mais reduzida também a mobilidade dentro da própria instituição. As segundas porque, apesar de conseguirem ainda andar, carecem sempre de algum apoio para o fazer. Além disso, destacam-se as dificuldades de audição e visão da D. Eva, do Sr. Henrique e da D. Lúcia.

É fundamental mencionar que o contexto institucional ou comunitário representa também outra dimensão dos fenómenos supracitados, no sentido em que pode tanto atenuar quanto perpetuar o isolamento e a solidão. A ausência de espaços que promovam a socialização espontânea, especialmente em situações de fragilidade social e clínica, dificulta a construção de laços afetivos e amplia o isolamento. As rotinas rígidas e atividades estruturadas, presentes em ambos os contextos, limitam as oportunidades de interação espontânea, essenciais para o bem-estar social. No contexto A, acontece com a existência de GASM estruturados, no contexto B, com a presença de uma rotina rígida e de atividades mais generalizadas e escolhidas pelas profissionais. Testemunhos no contexto A reforçam essa necessidade de espaços de socialização. O José expressou desejo por atividades que favoreçam o convívio, enquanto o Martim e a sua mãe demonstraram interesse em diversificar os momentos de socialização. No contexto B, as rotinas estruturadas, necessárias para a gestão do dia a dia na instituição, condicionam as interações sociais e a autonomia dos residentes. A repetição dos mesmos lugares durante as refeições e na sala de atividades restringe o diálogo, particularmente para pessoas com maior dependência ou em processos demenciais. Sendo, portanto, necessário contrariar esta tendência e promover o diálogo entre as pessoas idosas, criando oportunidades para que interajam uns com os outros e ampliem as relações sociais. A DT destaca a importância de os AAD proporcionem momentos de conversa informal, solicitando que, sempre que possível se “(...) sentem ao lado deles só a conversar (...) às vezes só precisam de alguém para conversar” (Diretora Técnica). Para os residentes cujas famílias vivem no estrangeiro, ou que já tenham perdido os seus entes queridos, as interações institucionais assumem um papel crucial, ainda que a rigidez das rotinas possa contribuir para um sentimento persistente de solidão, mesmo estando rodeados por uma equipa extensa de profissionais e de outros residentes. Existem ainda algumas pessoas que tendem a permanecer a grande maioria do dia isoladas nas suas habitações, deslocando-se apenas das mesmas para realizar as principais refeições, num momento de conversa o Sr. António referiu que “fico eu e a televisão e assim ninguém me chateia (...)”, refletindo um comportamento voluntário, mas também sinalizando a ausência de estímulos sociais significativos. Por fim, a análise das diversas facetas do isolamento social e da solidão evidencia que estes fenómenos não resultam apenas de fatores individuais, mas são fortemente influenciados pelo ambiente social e institucional. A ausência de respostas adequadas e espaços de socialização espontânea, pode

não só falhar na mitigação do isolamento e da solidão, como também contribuir diretamente para o seu agravamento, sobretudo em contextos já vulneráveis.

Neste seguimento, destaca-se a ausência de respostas que vão ao encontro das necessidades das pessoas (P2), como um problema transversal aos dois contextos analisados, reforçando a necessidade de respostas ajustadas, humanizadas e inclusivas.

No contexto A, vários testemunhos revelaram que as repostas no âmbito do PMDP não estavam a ser capazes de dar respostas às necessidades concretas das pessoas, refletindo uma lógica institucional centrada na pergunta “o que é que nos temos no PMDP que pode ajudar estas pessoas” em vez de “como é que podemos ajudar estas pessoas?”. Esta abordagem dá a ideia de que as pessoas deverão enquadrar-se nas respostas pré-estabelecidas, em vez de se construírem respostas ajustadas às suas necessidades. O caso da Joana é particularmente ilustrativo desta limitação. Mãe de uma criança de três anos do espectro do autismo e em situação de baixa médica por incapacidade, procurou apoio no PMDP, no decorrer da entrevista deu evidências do seu estado de sofrimento psicológico como a perda de interesse por atividades antes prazerosas e elevada sensibilidade a estímulos como o ruído ambiente. Inclusive, ao longo da entrevista referiu desconforto causado pelo som do ar condicionado. Ainda assim, a resposta pensada para a sua situação foi a integração nos GASM de Tai-Chi-Chuan e dança-movimento-terapia – atividades com música de fundo. Mais tarde, foi possível perceber que a Joana nunca chegou a integrar nenhum destes grupos não tendo sido desenhada nenhuma alternativa de acompanhamento individual mais ajustada ao seu momento de vida. Este exemplo ilustra a necessidade de um olhar atento e flexível sobre aquilo que as pessoas envolvidas realmente precisam. Também os testemunhos de vários jovens entrevistados evidenciam o P2. Muitos destes jovens expressavam vontade de socializar, de encontrar um propósito ou simplesmente ter um motivo para sair de casa. No entanto, a estrutura das respostas disponíveis no PMDP revelou-se desajustada a esta realidade. Isto porque, a maioria dos GASM são organizados em torno de atividades específicas, o que pode dificultar a participação de quem procura um espaço informal de convívio. Além disso, o único grupo menos estruturado existente era composto maioritariamente por adultos entre os 50 e os 70 anos, o que representa uma distância geracional e acentua o sentimento de não pertença por parte dos jovens. Estes casos reforçam a perceção de que o funcionamento do PMDP tende a adaptar as pessoas às respostas disponíveis, em vez

de ajustar as repostas às pessoas. Esta lógica limita a intervenção e pode levar à exclusão de quem mais necessita de apoio. No contexto B, é também notória a ausência de repostas adaptadas às necessidades específicas das pessoas idosas a morar na Abraço Amigo. Por um lado, existem pessoas com maior grau de dependência física, que beneficiariam significativamente de um trabalho diário e contínuo de preservação ou recuperação da locomoção, essencial não só para a sua autonomia, mas também para a sua SM e qualidade de vida. Por outro lado, há residentes que se encontram em estados depressivos ou com sinais de sofrimento emocional acentuado, e que necessitam de um acompanhamento mais individualizado. No entanto, a realidade institucional impõe limitações à personalização das repostas uma vez que existe apenas uma técnica responsável pelo planeamento e desenvolvimento das atividades diárias, o que compromete significativamente a possibilidade de desenvolver intervenções ajustadas às necessidades de cada pessoa idosa. Face a essa limitação, a resposta institucional tende a privilegiar a realização de atividades que consigam abranger o maior número de participantes, em detrimento de repostas mais individualizadas que exigiriam maior investimento de tempo e recursos. Esta abordagem, compreensível face aos recursos disponíveis, revela-se insuficiente para dar respostas às necessidades das pessoas idosas, agravando o risco de isolamento, regressão funcional e sofrimento psicológico.

Associado a este problema, surge o terceiro problema, apenas referente ao contexto B, traduzido na reduzida participação das pessoas idosas na planificação e dinamização das atividades na instituição (P3). Através da observação participante e das conversas intencionais foi perceptível a reduzida motivação e interesse sentidos por uma grande parte das pessoas idosas em querer participar, de forma voluntária, nas atividades propostas. As sessões de atividade física adaptada constituem uma exceção, sendo aquelas mais interesse suscitam. Por outro lado, algumas atividades relacionadas com trabalhos manuais ou jogos adaptados não despertam o mesmo entusiasmo, registando menor participação voluntária. Esta ideia é suportada através de testemunhos como “eu vou participar só para lhe fazer a vontade”, “não sei menina, marque aí como quer que eu faça e eu faço”, “não brinquei a isto quando era criança e vou brincar agora não?”. Perante este cenário, importa refletir sobre o modelo de planificação das atividades, e, procurar promover a participação das pessoas idosas na planificação das mesmas. Promover a participação efetiva das pessoas idosas neste processo não só favorece o seu envolvimento no

quotidiano da instituição, como também contribui para o seu sentimento de pertença, valorização pessoal e tomada de decisões.

Tendo em conta os problemas e necessidades apresentados, é importante considerar os recursos e potencialidades que podem ser utilizados no desenho e desenvolvimento do projeto, bem como os constrangimentos que o podem condicionar.

No que diz respeito ao contexto A, relativamente aos recursos físicos e materiais identificam-se os espaços disponibilizados por entidades parceiras do PMDP, bem como uma sala afeta ao DSM. Relativamente aos recursos humanos, destaca-se a equipa envolvida no PMDP e a presença de mais uma aluna do MEIS a desenvolver projeto neste departamento, o que permite partilhar responsabilidades e reflexões. Em relação aos constrangimentos destaca-se o facto de os momentos de contacto com as pessoas que participam nas entrevistas no âmbito do PMDP serem, em geral, bastante estruturados e de curta duração. Habitualmente, no final da entrevista, a equipa técnica sugere a frequência de alguns GASM. No entanto, caso a pessoa não adira a essa recomendação, o contacto subsequente torna-se mais difícil ou mesmo inexistente. Mesmo os casos em que a pessoa aceita integrar os GASM, os possíveis momentos de interação ficam limitados à participação nessas sessões, as quais, sendo também bastante estruturadas, dificultam a criação de uma relação de proximidade e continuidade com os participantes. Além disso, importa salientar que a autora do presente relatório iniciou, em maio de 2024, um estágio profissional numa instituição geograficamente distante do HPH, o que dificultou a articulação de horários e a proximidade física necessária ao desenvolvimento contínuo do projeto com os participantes. Quanto às potencialidades destacam-se as características individuais dos participantes – nomeadamente os seus gostos, interesses, competências e capacidades – bem como a sua recetividade para estar em projeto e assumir compromissos. Adicionalmente a disponibilidade demonstrada pela equipa do PMDP, bem como a sua motivação para intervir com base nos princípios do modelo de SMC, constituíram fatores facilitadores no acolhimento e desenvolvimento do projeto. Relativamente ao contexto B, no que diz respeito aos recursos físicos e materiais, identificam-se os vários espaços da Abraço Amigo, nomeadamente a existência de uma ampla área exterior, dotada de uma pequena horta e árvores de fruto, bem como a sua localização privilegiada, próxima de um parque de lazer, o que constitui uma mais-valia para a realização de atividades ao ar livre e para a promoção do bem-estar dos residentes.

Quando aos recursos humanos destacam-se a equipa técnica, cuja disponibilidade para escutar, refletir criticamente sobre a realidade institucional e acolher novas ideias representa um elemento fundamental para o desenvolvimento do projeto. Contudo, o número de elementos que compõe a equipa técnica – constituída pela DT e pela AS –, aliado à ausência de um profissional da área social, representa um potencial constrangimento, sobretudo no que diz respeito à capacidade de resposta às diversas dimensões das necessidades psicossociais das 75 pessoas idosas a morar na Abraço Amigo. No que diz respeito às potencialidades, destaca-se a recetividade e o envolvimento das profissionais que compõe a equipa técnica, bem como a relação estabelecida com outras IPSS do concelho. Além disto, a relação de proximidade construída com os diversos atores sociais, nomeadamente a equipa técnica e as pessoas idosas constitui um fator potenciador para o desenvolvimento do projeto. A presença de uma valência com crianças na instituição também representa uma potencialidade significativa, pois pode fomentar a intergeracionalidade e contribui para a criação de vínculos afetivos e sociais entre as duas faixas etárias.

Pelo apresentado, o desenho do projeto procura responder ao P1, P2 e P3. Importa ainda destacar que, neste capítulo, são abordados apenas os principais problemas aos quais o projeto procurou dar resposta. Contudo, durante o período de permanência nos contextos A e B, foram identificadas, analisadas e refletidas outras problemáticas igualmente relevantes. Embora não sejam exploradas em profundidade neste espaço, encontram-se devidamente sistematizadas nos apêndices H e I. Entre os problemas transversais a ambos os contextos, destaca-se a escassez de recursos humanos, físicos e materiais, que se revela como um fator crítico, com impacto direto e significativo no surgimento e agravamento de outras dificuldades. A escassez de profissionais, em particular, compromete a capacidade de resposta às necessidades específicas de cada pessoa, dificultando o desenvolvimento de intervenções individualizadas e adequadas.

## 5. DESENHO DO PROJETO

O projeto “Espaços de Encontro”, tendo sido desenhado e desenvolvido tendo em conta dois contextos distintos, a sua construção resulta da participação de vários atores sociais de ambos os contextos. Em relação ao contexto A, contribuíram os jovens, a equipa do PMDP e a colega de MEIS, Mariana Silva, com quem foi dinamizado um grupo. No que diz respeito ao contexto B, participaram as pessoas idosas e a equipa técnica. Importa referir que, os objetivos referentes à ação “Jovens com Futuro” surgem definidos de forma semelhante neste relatório e no relatório da colega. Neste sentido, este capítulo apresenta a finalidade do projeto, os objetivos, as estratégias de intervenção e o plano de ações. A par disto será contemplada a avaliação de entrada.

### 5.1.FINALIDADE, OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E AÇÕES

Tendo em consideração os pressupostos de um projeto em EIS, e, de acordo com Guerra (2002), a finalidade constitui a razão de ser do projeto. Está também ligada à motivação para alcançar uma transformação que, embora possa ser compreendida como utópica, considera a realidade tal como ela é, marcada por problemas, necessidades, constrangimentos, recursos e potencialidades. A finalidade assume, assim, um papel central ao conferir unidade e sentido às ações desenvolvidas, atribuindo-lhes uma intencionalidade comum (Cembranos et al., 2001). Tendo isto em consideração, a finalidade do projeto “Espaços de Encontro” visa “minimizar o isolamento social e solidão de pessoas idosas institucionalizadas e de pessoas com EDM, através da construção de uma rede de suporte social que responda às suas necessidades, promova autonomia e garanta um papel ativo nas decisões sobre as suas vidas”. Definida a finalidade do projeto e para que fosse possível caminhar rumo a ela, o projeto foi desenvolvido em três ações. Deste modo, os objetivos gerais [OG] e respetivos objetivos específicos [OE], bem como as estratégias serão identificados para cada uma delas (apêndice J). Assim sendo, tendo em consideração a finalidade e a avaliação do contexto, e para responder ao P1 e P2, no contexto A e B, foram definidos os seguintes OG e OE:

OG1: Contrariar o isolamento social e/ou a solidão através do desenvolvimento de relações de proximidade; OE1.1: Iniciar e manter interações de forma espontânea com outras pessoas; OE1.2:

Relacionar-se com os outros, partilhando experiências, interesses e emoções; OE1.3: Estar presente e participar de forma ativa e regular nos encontros/atividades.

OG2: Criar espaços centrados na pessoa, que promovam a sua participação ativa, autonomia e expressão individual e o fortalecimento do sentimento de pertença; OE2.1: Reconhecer e valorizar qualidades pessoais e sociais; OE2.2 Aceitar desafios e envolver-se em novas experiências; OE2.3: Desenvolver a expressão criativa e pessoal, através de diferentes meios; OE2.4: Reconhecer semelhanças entre as suas vivências e as dos outros, sentindo-se reconfortadas por partilhar experiências comuns

Para a prossecução destes objetivos foram definidas algumas estratégias com o intuito de promover a participação dos vários atores sociais, tendo sido construídas duas ações, uma no contexto A e, uma, no contexto B. No contexto A, algumas dessas estratégias foram: escuta ativa das pessoas que integraram as entrevistas do PMDP, conversas intencionais, partilhas e reflexões individuais e em grupo, exercícios de dinâmica de grupo, jogos, lanches convívio e caminhadas. Assim, foi possível delinear uma ação coerente com as necessidades das pessoas. Esta ação foi analisada e discutida com a equipa do PMDP. Assim sendo, surge a ação 1 realizada em grupo e designada pelo mesmo de “Jovens com Futuro”, que procurou a formação de um grupo de jovens, de acordo com os seus gostos e interesses previamente manifestados. No contexto B, algumas das estratégias mobilizadas foram: as conversas intencionais, os momentos de partilha e reflexão, os encontros individuais e em grupo e os exercícios de dinâmica de grupo. Assim, traçou-se uma ação que procura responder às necessidades das pessoas idosas. Esta ação foi também analisada e discutida com as profissionais do contexto, nomeadamente a DT e AS. Assim, a ação 2, foi desenvolvida em grupo e apelidada de “A minha vida dava um livro”.

No que concerne ao P3 foram definidos os seguintes objetivos:

OG3. Promover uma cultura institucional que valorize e incentive a participação ativa das pessoas idosas na planificação, organização e dinamização das atividades do quotidiano da ERPI: OE3.1. Refletir criticamente sobre as práticas institucionais e identificar barreiras que limitam a participação das pessoas idosas. OE3.2. Reconhecer a importância da participação ativa das pessoas idosas na planificação e dinamização do dia a dia na instituição. OE3.3 Criar e facilitar

espaços de escuta ativa que promovam a expressão dos gostos, interesses e motivações pessoais das pessoas idosas. OE3.4. Desenvolver estratégias com vista ao envolvimento das pessoas idosas na organização, desenvolvimento e avaliação das atividades.

Para a prossecução destes objetivos foram mobilizadas algumas estratégias, nomeadamente: conversas intencionais com a equipa técnica e com as pessoas idosas na instituição, momentos de partilha e reflexão, os encontros individuais- maioritariamente fomentados aquando das caminhadas - e os encontros em grupo.

## **5.2. AVALIAÇÃO DE ENTRADA**

A avaliação de entrada, enquanto uma das dimensões do modelo CIPP, pressupõe que o investigador, em conjunto com os vários intervenientes, avalie a pertinência e adequação do projeto desenhado (Stufflebeam & Shinkfield, 1985). Assim, é esperado que o investigador reflita sobre os problemas e necessidades elencados, bem como sobre a finalidade e os objetivos definidos, com o intuito de conceber uma intervenção que responda efetivamente às necessidades das pessoas. Neste sentido, constatou-se que as ações delineadas se mostraram adequadas para dar resposta aos problemas e necessidades previamente identificados em ambos os contextos. No contexto A, esta perceção emergiu das conversas intencionais estabelecidas quer com os profissionais do PMDP, quer com as pessoas com EDM. No contexto B, tal perceção resultou dos diálogos mantidos com a equipa técnica da ERPI - nomeadamente a DT e a AS - bem como com as próprias pessoas idosas.

Relativamente às Ações 1 e 2, baseadas na IP em grupo, conclui-se que ambas favorecem a participação ativa das pessoas envolvidas e contribuem para a redução dos sentimentos de solidão e do isolamento social. O alcance dos objetivos propostos permite, por sua vez, a construção e fortalecimento de relações de proximidade, promovendo o desenvolvimento de competências e estratégias pessoais e sociais facilitadoras da integração social. Com efeito, a Ação 1 - "Jovens com Futuro", desenvolvida no contexto A - visa a criação de um espaço seguro, de partilha e reflexão, onde os jovens se sintam encorajados a explorar novas experiências, a estabelecer conversas significativas com os demais participantes e a desenvolver um sentimento de valorização pessoal e de competência. Para além de combater o isolamento e/ou solidão, esta

ação pretende ainda ampliar as redes sociais e de suporte dos jovens envolvidos, promovendo a sua integração e bem-estar. Por sua vez, a Ação 2 – “A minha vida dava um livro”, desenvolvida no contexto B – procura e a construção de um espaço acolhedor e seguro onde as pessoas idosas possam expressar-se livremente, partilhar ideias e emoções, desafiar-se a novas experiências e valorizar as suas capacidades pessoais e sociais. Esta ação contribui igualmente para o fortalecimento das redes de suporte social e afetivo, atenuando os sentimentos de solidão e de isolamento social. Assim, ambas as ações não só procuram responder ao P1, como também ao P2, ao proporem respostas mais ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa.

No que se refere à Ação 3 – “(Re)Pensar a Participação”, desenvolvida no contexto B – foi concebida e dinamizada em articulação com a equipa técnica da ERPI, com o objetivo de fomentar uma reflexão aprofundada em torno do papel da pessoa idosa no quotidiano institucional, especialmente no que diz respeito à sua participação na definição e desenvolvimento das atividades promovidas. Paralelamente, a ação visa identificar as barreiras que dificultam essa participação, bem como promover uma reflexão conjunta sobre estratégias para a sua superação, com vista à promoção de uma participação mais ativa e significativa das pessoas idosas no dia a dia da instituição. Espera-se que este processo reflexivo partilhado permita delinear estratégias concretas que incentivem o envolvimento efetivo das pessoas idosas na organização, desenvolvimento e avaliação das atividades. Tais estratégias deverão, simultaneamente, reforçar o sentimento de pertença, promover a autonomia, a valorização pessoal e garantir o exercício da liberdade de escolha.

## 6. DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Após o desenho do projeto, neste capítulo serão apresentadas as ações desenvolvidas no âmbito da intervenção: a Ação 1 – “Jovens com futuro”, desenvolvida no contexto A com um grupo de jovens adultos; a Ação 2 – “A minha vida dava um livro”, e a Ação 3 – “(Re)Pensar a Participação”, desenvolvidas no contexto B com um grupo de pessoas idosas e com a equipa técnica. Para além da descrição e análise das ações desenvolvidas, reflete-se sobre as estratégias para a concretização dos objetivos definidos. Serão ainda objeto de análise e reflexão crítica as principais dificuldades encontradas durante o processo, à luz dos problemas e necessidades previamente identificados.

### 6.1. AÇÃO 1: “JOVENS COM FUTURO”

A Ação “Jovens com Futuro”, designação escolhida pelos próprios participantes, foi desenvolvida no Contexto A, entre os meses de março e agosto de 2024 com periodicidade semanal. Esta ação foi concebida com o objetivo de responder aos OG1 e OG2 e respetivos OE, previamente definidos. Entre março e junho, a presença da coautora deste relatório foi regular e semanal, passando, a partir do final de junho, a uma frequência quinzenal até à conclusão das sessões em grupo. Importa mencionar que nas sessões em que a coautora esteve ausente, a dinamização do grupo ficou a cargo da colega Mariana Silva. Inicialmente, os encontros ocorreram num espaço disponibilizado pelo DSM nas suas instalações. No entanto, a partir de determinado momento, e sempre que as condições meteorológicas o permitiam, os encontros passaram a realizar-se num parque de lazer situado nas imediações. Os registos correspondentes a estes encontros encontram-se sistematizados no apêndice K.

Conforme referido anteriormente, com base nas entrevistas realizadas no âmbito do PMDP, constatou-se, através das partilhas de alguns jovens, a escassez, ou mesmo ausência, de momentos de partilha e socialização com os pares, bem como o desejo expresso pela existência de espaços que promovam esse tipo de interação. Reconhecendo esta necessidade, intrinsecamente associada aos problemas identificados (P1 e P2), a equipa do PMPD validou a pertinência da intervenção junto desta faixa etária. Nesse seguimento, foi delineada a construção

de um grupo direcionado a jovens, com o intuito de proporcionar um espaço seguro de convivência, expressão e fortalecimento das relações interpessoais. O processo de construção do grupo encontra-se com maior detalhe no apêndice L. Após o contacto com todos os potenciais interessados em integrar o grupo previamente descrito, deu-se início ao seu desenvolvimento com as cinco pessoas que manifestaram vontade de participar. Importa referir que, embora apenas cinco pessoas tenham demonstrado interesse e disponibilidade para integrar o grupo, é reconhecido pela mestrandia que as restantes pessoas contactadas – que não manifestaram interesse ou indicaram impossibilidade de participação – enfrentam igualmente os mesmos problemas e carecem de intervenção. Contudo, face às especificidades do contexto, o contacto regular e o acompanhamento destas pessoas revelaram-se inviáveis no decurso da presente intervenção.

No primeiro encontro estiveram presentes, além da colega do MEIS, o Orlando, o Martim, o Carlos, a Cristina e a Ana. A primeira sessão teve como principal objetivo promover o conhecimento mútuo entre os elementos do grupo e criar um ambiente acolhedor, seguro e propício à partilha. Através de um exercício de dinâmica de grupo de apresentação em duplas, os participantes iniciaram um processo de aproximação e construção de vínculos, demonstrando abertura e envolvimento. Foram também abordadas questões organizativas essenciais, como a calendarização das sessões, o seu horário e a duração prevista da intervenção. Discutiu-se a possibilidade de o grupo ser aberto ou fechado a novos participantes, tendo surgido opiniões divergentes, o que levou ao compromisso de definir um número de participantes que garantisse o conforto de todos. A sessão foi igualmente marcada pela partilha de expectativas em relação ao grupo, revelando-se um espaço de escuta e validação das experiências de cada um. Por fim, foi sugerida a criação de um nome para o grupo, ficando os participantes encarregues de refletir sobre essa escolha até à sessão seguinte. No final da sessão, após questionado sobre a existência de alguma atividade que desejasse realizar no encontro seguinte, o grupo manifestou interesse em experimentar um jogo de tabuleiro. A Cristina partilhou que nunca tinha jogado, uma vez que esteve sempre sozinha, isto revela também a sua vontade de integrar novas experiências. De forma geral, a sessão revelou-se positiva, com uma participação ativa dos presentes e o estabelecimento de uma base relacional promissora para o desenvolvimento futuro do grupo.

Na segunda sessão foi visível a ausência do Carlos, que já tinha manifestado que estava apenas na primeira sessão para experimentar e não garantia a sua presença regular. Neste encontro as mestrandas começaram por questionar o grupo sobre como se sentiam naquele dia e se haveria algum tema que gostariam de abordar. Todos referiram sentir-se bem-dispostos, não sendo proposto nenhum tema específico para discussão. Retomou-se então o tema da escolha de um nome para o grupo, tendo o Orlando sugerido “Jovens com Futuro”, proposta que recolheu a concordância dos restantes elementos, embora não tenha sido tomada uma decisão final. Como previsto foi disponibilizado um jogo de tabuleiro, neste caso o *Party & Co.*, optando o grupo por esta atividade. Após explicação das regras, os participantes formaram espontaneamente equipas e jogaram durante toda a sessão, terminando por volta das 19h00 devido à saída do Martim. Foi comunicado ao grupo que, por impossibilidade das mestrandas, não haveria sessão na semana seguinte. Neste contexto, a Cristina sugeriu à Ana e ao Orlando a realização de *um escape room* no dia em que deveria decorrer a sessão, a ideia foi aceite de imediato pela Ana e o Orlando demonstrou interesse, embora desconhecesse o conceito. A conversa prolongou-se de forma informal no exterior do edifício.

Na terceira sessão - dia 26/03 - esteve presente o Orlando, o Martim e a Ana. Esta última informou o grupo da ausência da Cristina, justificando-a com motivos de saúde. Tal partilha evidencia a existência de contacto entre ambas fora do espaço formal do grupo, sinalizando o possível início da construção de laços de amizade entre ambas. Para dar início à sessão, as mestrandas questionaram o grupo sobre a concretização da proposta feita pela Ana na semana anterior. A ideia acabou por não se concretizar, tendo sido adiada por sugestão de um dos elementos. Posteriormente, foi colocada ao grupo a questão sobre o que gostariam de fazer ou debater naquele dia. Dado que o Orlando levou consigo um baralho de cartas, o grupo decidiu dedicar a sessão à realização de alguns jogos. No final, as mestrandas sugeriram a criação de um grupo de comunicação entre todos. No entanto, os participantes informaram que, por iniciativa própria, já haviam criado um grupo no *WhatsApp* com o nome “Jovens com Futuro”, decidindo incluir as mestrandas neste meio de contacto.

Na quarta sessão, registou-se a ausência da Cristina, previamente comunicada no grupo por motivos de saúde, e do Martim, cuja falta não havia sido antecipada. Após um breve momento inicial, as mestrandas questionaram o grupo quanto à condução da sessão. O Orlando expressou

vontade de jogar “UNO”, mas como o jogo não estava disponível, surgiram novas propostas – a Ana sugeriu jogar “STOP” e o Orlando propôs jogar sueca. Começou-se por esta última uma vez que estavam presentes quatro participantes. Após algumas rondas, e já próximo das 18h, o grupo decidiu seguir a sugestão da Ana. No final da atividade as mestrandas promoveram um pequeno debate sobre organização futura das sessões, questionado o grupo se preferiam planejar a atividade da semana seguinte ou manter o formato espontâneo. Os participantes optaram pelo planeamento semanal, sendo que a Ana propôs uma atividade de desenho para a próxima sessão, particularmente a realização de caricaturas, ideia acolhida com entusiasmo pelo Orlando que revelou também gostar de desenhar. A sessão terminou com uma partilha espontânea do Orlando: “É tão bom sair de casa”, evidenciando o impacto que a participação do grupo no seu bem-estar e no combate ao isolamento social.

Na sessão seguinte além da presença do Orlando, da Ana, da Cristina e do Martim esteve também presente um médico interno de psiquiatria. Este profissional encontrava-se a desenvolver um trabalho centrado na análise e no conhecimento dos diversos GASM do PMDP e, nesse sentido, contactou as mestrandas com o objetivo de observar e conhecer o grupo. A sua participação foi previamente discutida com o grupo, que manifestou concordância. Embora a atividade previamente acordada fosse a realização de caricaturas, o grupo decidiu submeter-se à vontade do Orlando e jogar “UNO”, o que revela a capacidade do grupo de respeitar as vontades de cada um e de ter novas experiências. Este jogo acabou por prolongar-se durante toda a sessão tendo ficado acordado que os desenhos seriam adiados para a sessão seguinte.

Na sessão de dia 16/04, esteve presente o Orlando, a Ana e a Cristina, sendo que, tal como combinado foram feitas caricaturas dos participantes do grupo. Nesta sessão, as mestrandas optaram por levar alguns snacks com o intuito de fomentar a descontração, promover uma atmosfera acolhedora e fomentar a socialização. Todos pareciam estar bastante satisfeitos durante o processo, especialmente a Ana, que se mostrou particularmente à vontade, possivelmente devido ao seu interesse pela área das artes e ao prazer que sente ao desenhar. Esta sessão foi especialmente significativa para o reconhecimento e valorização das competências pessoais da Ana, que recebeu vários elogios pela qualidade dos seus desenhos.

Na 7ª sessão, estiveram presentes o Orlando, a Ana e a Cristina. Durante toda a sessão realizou-se o jogo “Jenga”, que proporcionou um momento lúdico e de interação entre os elementos do grupo. Na 8ª sessão, marcaram presença a Cristina, a Ana e o Orlando. Esta sessão revelou-se particularmente significativa, uma vez que poderia vir a ser a última participação do Orlando, dado que iria iniciar uma formação no início do mês seguinte (maio), cujo horário coincide com o do grupo. Importa salientar que a Ana e a Cristina demonstraram preocupação com a situação e procuraram conhecer o horário do colega com o intuito de encontrar alternativas que lhe permitissem continuar a participar nos encontros. Durante esta sessão, além de um lanche proporcionado pelas mestrandas, a Cristina partilhou uma sobremesa confeccionada por si. Houve ainda espaço para a realização do jogo “Duas Verdades e Uma Mentira”, o qual contribuiu para conhecer algumas curiosidades sobre os elementos do grupo. No encerramento da sessão o Orlando mostrou-se visivelmente emocionado com a possibilidade de este ter sido o seu último encontro, tendo expressado o seu estado de espírito com a frase: “só me apetece chorar”.

Na 9ª e 10ª sessão estiveram apenas presentes a Ana e a Cristina. Durante a 9ª sessão, jogou-se ao jogo do “STOP”, promovendo momentos de descontração e interação. Nesta ocasião, a Cristina realizou um convite ao grupo para participar num churrasco a realizar-se na sua casa no fim de semana seguinte. Na 10ª sessão, decorrida no dia 14 de maio, a Ana começou por partilhar que ela própria, juntamente com o Orlando e o Martim, tinham ido ao referido churrasco na casa da Cristina. Expressou grande satisfação e agrado pela experiência, destacando o ambiente positivo e o fortalecimento dos laços entre os participantes. Quando a Cristina chegou, confidenciou ter sido a primeira vez que recebeu amigos em sua casa, assumindo que inicialmente se sentiu nervosa. As participantes relataram que o encontro permitiu momentos de conversa, jogos de tabuleiro e *playstation*, considerando que era uma experiência a repetir no futuro. A Cristina mencionou ainda que, a convite da Ana, presenciaram uma sessão de poesia realizada num bar da cidade. Após estas partilhas, o grupo decidiu jogar novamente ao jogo “Duas Mentiras e Uma Verdade”, jogo este em que a Cristina revelou estar grávida. No final da sessão ficou acordado que, na semana seguinte, caso as condições meteorológicas fossem favoráveis, a próxima sessão decorreria sob a forma de um piquenique num parque próximo. Importa referir que o convite foi divulgado através do grupo de *WhatsApp* e que a data do encontro foi ajustada de modo a possibilitar a participação do Orlando. Cada participante assumiu o compromisso de levar um alimento ou bebida para partilhar. Nas sessões subsequentes, os encontros decorreram num

ambiente informal e acolhedor, marcado por conversas espontâneas e momentos de convívio entre os participantes. Ao longo dos encontros, foram abordados diversos temas de forma natural, refletindo os interesses e vivências do grupo. Entre os assuntos discutidos destacam-se: memórias de infância e juventude, experiências escolares, vivências pessoais fora do grupo, dificuldades sentidas no acesso e funcionamento do SNS, viver com EDM, gravidez, religião, notícias do quotidiano e experiências relacionadas com a condução. Estes momentos de partilha decorreram maioritariamente ao ar livre e em momentos como piqueniques, idas ao centro comercial caminhadas e jogos em grupo, que contribuíram para fortalecer os laços entre os participantes e promover um ambiente de proximidade, segurança e pertença.

O encontro de dia 12 de agosto de 2024 foi dedicado à avaliação desta iniciativa e contou com a presença da Cristina, da Ana e do Orlando. A escolha da forma de expressão foi deixada ao critério dos participantes, que optaram por registar a sua opinião por escrito, solicitando que a leitura dos seus testemunhos fosse guardada para as mestrandas do grupo. Nos momentos finais do encontro, os participantes partilharam verbalmente que, apesar de algum desconforto sentido nas primeiras sessões, se sentiam gratos pela oportunidade de convívio. Referiram ainda que a participação nas atividades não só promoveu a socialização, como também lhes proporcionou um motivo para sair de casa. Este encontro assinalou também a última sessão com a presença da coautora deste relatório, facto que foi comunicado ao grupo. Após esta despedida, os participantes decidiram, de comum acordo, fazer uma pausa nas atividades e dedicar as semanas seguintes ao período de férias. No início de setembro de 2024, o grupo retomou os encontros, desta vez sob a dinamização da colega Mariana Silva. Este regresso marcou o início de uma nova fase, com o desenvolvimento de uma nova ação de intervenção, orientada pela colega do MEIS.

## **6.2. AÇÃO 2: “A MINHA VIDA DAVA UM LIVRO”**

A Ação 2 – “A minha vida dava um livro”, decorreu entre os meses de junho e setembro de 2025, com periodicidade semanal, sendo que os encontros decorreram num espaço da Abraço Amigo. Esta ação pretendeu responder aos OG1 e OG2 e respetivos OE, sendo desenvolvida no contexto B. Antes de detalhar a primeira sessão importa contextualizar a constituição do grupo. Numa fase inicial, a proposta do grupo foi divulgada junto de doze residentes, cujos nomes resultaram de uma seleção realizada em articulação entre a mestrandas e a equipa técnica da instituição. Esta seleção

teve como base critérios como a manifestação prévia de vontade ou necessidade de conversar, dificuldades na adaptação à instituição ou, ainda, o potencial benefício de participação para promover um processo de integração positivo. É importante ressaltar que estes não seriam os critérios escolhidos pela mestrandia, contudo, foi necessário adaptar o funcionamento do grupo face às características do contexto. Posto isto, o primeiro encontro contou com a presença de oito pessoas idosas que demonstraram interesse em integrar o grupo.

O primeiro encontro tinha como principais objetivos facilitar a apresentação entre os participantes, promover um ambiente acolhedor e de escuta, e incentivar a partilha. Para dar início à sessão, a mestrandia propôs um exercício de dinâmica de grupo com um novelo de lã: ao segurar o novelo, cada participante dizia o seu nome e referia algo de que gostava, passando de seguida o novelo. Durante esta atividade, tornou-se evidente que a maioria das pessoas idosas referiu limitações físicas – como perda de visão ou de motricidade fina –, que atualmente dificultam a realização de atividades anteriormente apreciadas como o crochet, a leitura e a pintura. Ainda nesta sessão foi possível identificar laços prévios entre alguns participantes: a D. Manuela e a D. Luísa já se conheciam, uma vez que são da mesma freguesia, tendo convivido em momentos de juventude; já a D. Rita reconheceu a D. Rosa, antiga cliente do seu comércio, conhecendo inclusive alguns membros da sua família. Na última meia hora a DT juntou-se ao grupo, tendo sublinhado a importância da iniciativa, uma vez que no quotidiano da instituição raramente há espaço para conversas mais prolongadas entre e com os residentes. A mesma aproveitou também o momento para colocar algumas questões aos participantes, incentivando a partilha. No final da sessão, o grupo foi questionado sobre como se tinham sentido ao longo do encontro, todos disseram ter gostado da experiência e ter se sentido bem. Alguns participantes salientam que o tempo disponível não foi suficiente para partilhar tudo que desejariam. Destaca-se a título exemplificativo a afirmação da D. Lúcia: “a minha vida dava um livro”, à qual a D. Eva acrescentou que, no seu caso, “nem era um, eram vários”.

Dando seguimento ao desejo manifestado pelas pessoas de partilhar as suas histórias de vida, o 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> encontros centraram-se na valorização das vivências pessoais, incentivando a partilha espontânea e promovendo o reconhecimento de interesses e experiências em comum entre os elementos do grupo. Para facilitar o diálogo, a mestrandia recorreu a um conjunto de questões orientadoras (apêndice M). Este recurso permitiu conhecer mais detalhadamente as trajetórias de

vida dos participantes, abordando temas como a juventude, os costumes antigos, a vida antes do 25 de abril, entre outros. Na 3ª sessão esteve também presente a D. Maria, por sugestão da DT, que considerou que a mesma poderia beneficiar de um espaço de conversa. Durante o encontro, a D. Maria conversou muito com a D. Manuela, cuja história de vida a sensibilizou, permitindo-lhe estabelecer um sentimento de identificação e reconhecimento de que outras pessoas também enfrentaram dificuldades no seu percurso. Importa ainda destacar a interação espontânea entre a D. Rosa e a D. Lúcia, bem como entre a D. Manuela e o grupo, sendo esta última ativa ao colocar questões aos colegas durante as partilhas.

A 4ª sessão contou com a ausência do Sr. Henrique que se encontrava hospitalizado e da D. Rosa se encontrava indisposta a descansar. Neste encontro, foi realizada uma tentativa de integração do pequeno grupo no grupo maior dos residentes que se encontrava na sala de atividades. Esta iniciativa tinha como objetivos promover a interação com outros residentes, identificar possíveis afinidades e dificuldades na interação em grande grupo, envolver a AS e tirar partido dos recursos físicos disponíveis na sala de atividades. Adicionalmente, esta tentativa procurava responder às limitações ao nível de recursos humanos, testando a viabilidade de manter momentos de socialização em grande grupo numa perspetiva de continuidade após a saída da mestrandia da instituição. Contudo, a experiência não decorreu como o desejado. A sala de atividades, sendo um espaço amplo e multifuncional, apresentava vários elementos perturbadores da concentração e da escuta, nomeadamente o ruído ambiente, a televisão ligada e a circulação frequente de funcionários e residentes. Além disso, devido à grande dimensão do grupo, revelou-se particularmente difícil manter a atenção das pessoas idosas enquanto cada um falava. Estas condições dificultaram o envolvimento dos participantes do pequeno grupo, comprometendo as suas interações. Apesar destes constrangimentos, assinalam-se alguns aspetos positivos, como a facilidade da D. Manuela em interagir com os restantes residentes – tendo inclusive orientando alguns exercícios de atividade física adaptada – e o momento de partilha entre a D. Manuela e a D. Rita, que dedicaram algum tempo à pintura, uma atividade que ambas apreciam (apêndice N). Face a esta experiência, considera-se pertinente dar continuidade ao grupo pequeno, procurando estratégias que promovem a sua integração progressiva no grande grupo e que diminuam o isolamento social. A existência de apenas uma profissional responsável pela dinamização das atividades limita a possibilidade de acompanhamento ao pequeno grupo, uma vez que a mesma tem de estar presente junto ao grupo maior na sala de atividades. Torna-se, por isso, essencial

repensar formas criativas e viáveis de garantir momentos significativos de socialização, mesmo num contexto com constrangimentos a nível institucional.

O 5º encontro teve lugar no dia 24 de julho, data em que se assinala o Dia dos Avós na ERPI. A escolha deste dia para acompanhar o grupo foi intencional e esteve associada a vários objetivos: incentivar e motivar a participação na atividade intergeracional promovida pela Câmara Municipal, realizada fora da instituição — algo pouco frequente para algumas das pessoas idosas —; promover a interação entre os residentes da ERPI e também com outras pessoas idosas, crianças e colaboradores; e, por fim, aproveitar a ocasião para conversar com alguns elementos do grupo sobre o significado e a vivência desta celebração. Para este encontro no exterior da instituição foi possível mobilizar a D. Luísa, a D. Eva e a D. Raquel. Sendo que, a D. Manuela havia saído da instituição com os seus familiares, a D. Rita, a D. Lúcia e a D. Rosa não quiserem participar nesta iniciativa. Contudo, foi possível conversar com as mesmas sobre o tema. No decorrer das conversas realizadas, foi possível identificar diferentes dinâmicas e níveis de proximidades nas relações familiares, em particular com os netos. Estas partilhas revelaram diferentes experiências e níveis de proximidade, refletindo a diversidade de realidades familiares presentes na instituição. A D. Luísa partilhou ter um neto e uma neta, com os quais mantém uma relação próxima e afetiva. A presença da neta no momento da celebração reforçou esse vínculo e representou um momento particularmente significativo para ambas. A D. Eva referiu ter uma neta, no entanto, devido à distância geográfica — uma vez que esta reside noutra distrito — o contacto entre ambas é muito limitado. Esta circunstância é vivida com alguma tristeza pela mesma, que manifestou o desejo de uma maior proximidade afetiva. A D. Manuela mencionou com entusiasmo os seus vários netos e bisnetos. Apesar de nem todos viverem nas imediações, afirmou sentir-se acarinhada e próxima deles, evidenciando que a relação se mantém forte, mesmo com a distância física. A D. Rita destacou a relação próxima e regular que mantém com os seus quatro netos — dois netos e duas netas — com quem convive frequentemente, tanto em visitas à instituição como em momentos passados fora da mesma. A D. Lúcia, por sua vez, partilhou ter apenas um filho e manifestou a sua tristeza por não ter netos, sentimento que se torna mais presente em datas comemorativas como esta. A D. Rosa indicou ter uma neta a residir no estrangeiro. Embora mantenham contacto ocasional, a distância impede uma relação mais próxima e regular. Por fim, a D. Raquel referiu ter um neto menor de idade que vive no mesmo distrito da ERPI. Contudo, afirmou não o ver há vários anos, uma vez que o filho não o leva à instituição. Esta ausência de

contacto, apesar da proximidade geográfica, emocionou profundamente a D. Raquel, que lamentou a relação distante que mantém tanto com o neto como com os filhos. Importa ainda referir que, neste dia foi recebida a notícia do falecimento do Sr. Henrique.

O 6º encontro teve lugar no dia 30 de julho de 2025 e teve como principal objetivo retomar e aprofundar a ideia partilhada por duas participantes – a D. Eva e a D. Lúcia – durante a primeira sessão de que as suas vidas “dariam um livro”. Esta abordagem tinha também em vista responder a uma constante observada ao longo de todos os encontros: o interesse genuíno das participantes em falar sobre as suas vivências, sendo esse um dos temas mais recorrentes e valorizados nos momentos passados na ERPI. Tendo como inspiração esta frase, o encontro foi pensando de forma a valorizar as histórias de vida, estimular a criatividade e a destreza manual, promover a partilha e a identificação de experiências. Para isto, foi proposta uma atividade que consistia na criação simbólica da capa do livro da sua vida, com recurso a diversos materiais – cartolinas coloridas, revistas, tintas, lápis, marcadores, tesoura e cola. O objetivo era que cada participante pudesse representar o percurso da sua vida, incluindo no interior da “capa” alguma breve narrativa ou memória que considerasse significativa. Para facilitar o início da atividade, foi sugerido às participantes que refletissem sobre o título que dariam ao seu livro, bem como sobre palavras, imagens ou frases que pudessem traduzir os momentos mais marcantes da sua história. A atividade teve início com a participação da D. Eva e da D. Lúcia, que acolheram com entusiasmo a proposta, tendo em conta que a mesma se ligava diretamente a reflexões anteriormente partilhadas por ambas. Posteriormente, juntaram-se também à dinâmica a D. Rita e a D. Raquel. Alguns elementos do grupo não estiveram presentes por diferentes motivos: a D. Manuela encontrava-se ausente da instituição, por estar a passar mais tempo com os seus familiares, que se encontram de férias no distrito; a D. Rosa estava hospitalizada no momento do encontro, o que impossibilitou a sua participação. Por sua vez, a D. Luísa optou por não integrar a atividade, tendo manifestado vontade de permanecer a ver televisão e solicitado apoio posteriormente para realizar uma caminhada. O resultado dos livros criados por cada participante encontra-se incluído em apêndice, onde é possível visualizar os trabalhos desenvolvidos individualmente, bem como uma descrição detalhada do processo de elaboração de cada um (apêndice O). Este registo permite não apenas valorizar o produto final, mas também compreender o significado atribuído pelas participantes às escolhas gráficas, simbólicas e textuais que realizaram.

O 7º encontro contou com a participação da D. Eva, da D. Rita e da D. Raquel. A D. Luísa optou por permanecer na sala a ver televisão, tendo solicitado apoio para uma caminhada, pedido que foi assegurado. Antes do encontro, em conversa com a D. Lúcia, a mesma referiu que não estaria presente na mesma sala que a D. Raquel, pelo que, nesta sessão, foi apenas possível estabelecer um acompanhamento individual com a mesma, que ocorreu após a sessão em grupo. A D. Manuela integrou a atividade de exercício físico adaptado, dinamizada pela AS na sala de atividades, antes desse momento foi ainda possível conversar com a mesma sobre as últimas semanas e os momentos vividos com os seus familiares. Relativamente à D. Rosa, embora tenha regressado do internamento hospitalar, encontra-se visivelmente debilitada e desorientada, não tendo reunido condições para participar na sessão. Com as três residentes presentes deu-se início ao encontro. Logo de início a D. Rita constatou a diminuição do número de participantes, tendo sido esclarecida sobre os motivos das ausências. Foi neste contexto que se abordou o falecimento do Sr. Henrique. A D. Raquel já tinha conhecimento do sucedido, contudo, tanto a D. Rita como a D. Eva foram apanhadas de surpresa, evidenciando algum abalo emocional, embora sem expressarem vontade de aprofundar o tema naquele momento. Em continuidade com a sessão anterior, a D. Raquel manifestou interesse em desenhar no seu “livro”, tendo decidido ilustrá-lo com a sua casa. A D. Rita, também apreciadora de atividades artísticas, juntou-se à proposta, iniciando um desenho. Alguns registos fotográficos deste momento encontram-se em apêndice (apêndice P). A D. Eva, por sua vez, mostrou-se bastante animada ao partilhar que, na semana passada, o seu filho a levou a passear e almoçar fora da instituição, descrevendo esse momento com visível entusiasmo e alegria. Durante a atividade de desenho, foi promovida uma conversa informal e descontraída entre as participantes, abordando-se diversos temas do quotidiano e reforçando o convívio e a expressão emocional no grupo.

O 8º encontro teve lugar no dia 13 de agosto, com uma deslocação a um concelho vizinho, onde as pessoas idosas participaram em atividades conjuntas com um ATL de crianças. Sendo esta uma iniciativa que resultou de uma proposta da AS e da DT. É importante referir que, devido à escassez de recursos humanos e de transportes disponíveis, não foi possível garantir a participação de todo o grupo. O veículo disponível não se encontrava adaptado para o transporte de pessoas utilizadoras de cadeira de rodas, o que consistiu um fator de exclusão para alguns residentes, nomeadamente a D. Eva e a D. Lúcia. Esta situação, recorrente na instituição, limita a participação de pessoas com mobilidade reduzida nas atividades exteriores, contribuindo para o

seu isolamento social dentro da própria instituição. Neste encontro foi possível acompanhar seis pessoas idosas, entre elas a D. Raquel, a D. Rita e a D. Manuela. Durante o período da manhã, foram dinamizadas algumas atividades que fomentaram a interação entre as pessoas idosas e as crianças, promovendo um ambiente de diálogo intergeracional, partilha de experiências e momentos de convívio (registos fotográficos no apêndice Q). Seguiu-se um almoço convívio, que permitiu às pessoas idosas quebrar a rotina habitual da Abraço Amigo e desfrutar de um momento de socialização num contexto diferente. No final do almoço, realizou-se uma caminhada até um café nas proximidades, onde todos puderam refrescar-se com um gelado. O regresso à instituição foi marcado por partilhas e expressão de satisfação pela iniciativa, sendo referido o prazer de sair do espaço institucional e de estabelecer contacto com outras pessoas, especialmente com as crianças.

O 9º encontro contou com a presença da D. Raquel, da D. Eva, da D. Rita, da D. Luísa e da D. Manuela, ainda que em momentos distintos. As três primeiras estiveram reunidas no espaço onde habitualmente decorrem os encontros, enquanto a D. Manuela e a D. Luísa solicitaram acompanhamento individualizado para realizarem uma caminhada no exterior. Importa destacar que, por motivos de saúde, a D. Rosa deixou de reunir condições para continuar a participar no grupo. Já a D. Lúcia tem recusado sistematicamente estar presente nos encontros. Face a esta recusa, tem sido desenvolvido um trabalho de acompanhamento mais individualizado, em conversa, partilhou estar muito contente por ter recebido duas visitas na presente semana, a de uma amiga de longa data que, por motivos de saúde, não via há alguns meses, e a do filho que também não via há algum tempo. Durante o primeiro momento do encontro, o grupo iniciou a conversa com a partilha da D. Raquel sobre o falecimento de uma senhora com quem a D. Rita costumava partilhar a cadeira na sala de atividades. A D. Rita expressou surpresa, referindo que não tinha sido informada sobre o falecimento — apenas percebera o “desaparecimento” da colega, sem saber se estaria hospitalizada, acamada ou se teria, de facto, falecido. A partir desta partilha, surgiram outros nomes de residentes ausentes, em tom de incerteza e preocupação pelo que lhes teria acontecido. Este momento suscitou uma reflexão importante: os residentes raramente são informados sobre o falecimento de outros, mesmo quando existia uma relação de proximidade. A ausência de informação é sentida com angústia, e as pessoas idosas por vezes apenas notam que “alguém desapareceu”, sem saber o que realmente aconteceu. Esta lacuna no processo comunicacional dentro da instituição levanta questões relevantes sobre a forma como o luto é (ou

não é) gerido no contexto institucional e sobre o impacto que pode ter nas pessoas. Durante a conversa, abordaram-se também outros temas, nomeadamente conflitos entre residentes, memórias da vida antes do 25 de Abril, a rotina antes da institucionalização, o processo de adaptação e a vivência atual na Abraço Amigo. A D. Rita partilhou que “já gostei menos de estar aqui”, atualmente está mais habituada às rotinas e à alimentação da instituição. Referiu ainda que optou por esta solução para tranquilizar os filhos, que se preocupavam por ela viver sozinha. Por sua vez, a D. Raquel e a D. Eva revelaram sentimentos ambivalentes relativamente à vida na instituição, afirmando que gostam “assim-assim”, mas que não tinham outra alternativa. Concluída a conversa, teve lugar a caminhada com a D. Manuela e a D. Luísa. A D. Manuela continua a caminhar de forma autónoma, solicitando apenas companhia para se sentir mais segura no exterior, especialmente devido à irregularidade do pavimento. Durante o percurso a D. Manuela agradeceu a iniciativa da integração no grupo que lhe permitiu conhecer mais facilmente algumas pessoas na instituição, já que à data de início dos encontros estava à cerca de um mês na ERPI, contudo, expressou a sua decisão de não continuar a participar, afirmando que “já disse tudo o que tinha para dizer”. Esta posição será respeitada, mantendo-se, no entanto, a sua situação sob acompanhamento. Contrariamente à D. Manuela, a D. Luísa necessita de apoio físico para caminhar. Desde o período do estágio profissional da mestranda que solicitava diariamente companhia para caminhar – pedido que era regularmente atendido e que resultou em visíveis melhorias na sua mobilidade e na construção de uma relação próxima. Contudo, constatou-se um retrocesso na sua capacidade de marcha desde a ausência diária da mestranda na instituição, na sequência do fim do estágio. A D. Luísa mencionou que, desde então, deixou de caminhar com regularidade, afirmando que “ninguém tem tempo para caminhar comigo” e que “ninguém liga ao que os velhos dizem”. Este testemunho evidencia não apenas a importância da continuidade no acompanhamento e da atenção às necessidades individuais das pessoas idosas, particularmente no que diz respeito à promoção da mobilidade e à prevenção da solidão, mas também reflete de forma clara os impactos da escassez de recursos humanos na qualidade do apoio prestado. A falta de profissionais disponíveis compromete a regularidade de atividades simples, como caminhadas acompanhadas, que são fundamentais para a manutenção da capacidade física e cognitiva das pessoas idosas. Esta limitação institucional contribui, de forma silenciosa, para a deterioração progressiva da autonomia e da saúde global dos seus residentes, reforçando a urgência de repensar estratégias de acompanhamento personalizado.

A décima sessão decorreu no dia três de setembro, após uma semana de interrupção derivada de férias. Esta sessão teve um carácter distinto das anteriores, uma vez que a AS se encontrava ausente e, por esse motivo, não estavam a ser dinamizadas atividades na sala. Perante este contexto, e tendo em consideração a aproximação do término das sessões em pequeno grupo conduzidas pela mestrandia, optou-se por realizar o encontro numa mesa situada num canto da sala de atividades. Esta escolha teve como objetivos criar um ambiente mais acolhedor e propício à conversação, preparar o grupo para o encerramento progressivo dos encontros e, simultaneamente permitir a eventual aproximação de outros residentes, bem como a utilização de recursos alternativos, caso se revelasse necessário. Este novo enquadramento favoreceu a interação não apenas com as participantes regulares – a D. Eva, a D. Raquel, a D. Rita, a D. Luísa e a D. Lúcia – como também com outros residentes da ERPI, que, espontaneamente, se aproximaram da mesa e se envolveram na conversa. Ao longo da sessão, a D. Eva, a D. Rita e a D. Raquel participaram de forma mais ativa, partilhando experiências e reflexões relacionadas com o quotidiano na instituição. Um dos aspetos abordados foi a ausência da AS, cuja falta foi sentida no que diz respeito à dinamização das rotinas e ao envolvimento das pessoas idosas em atividades significativas. As participantes manifestaram preocupação com a inexistência de outros técnicos disponíveis para assumir essa função na sua ausência, o que, segundo referem, contribui para uma maior sensação de aborrecimento. Foram também abordados assuntos de natureza pessoal, nomeadamente acontecimentos recentes relacionados com a semana anterior, entre os quais se destacam algumas questões de saúde, e ainda temas de índole mais afetiva, como recordações da época das vindimas. Este último tema suscitou um momento de partilha de memórias antigas, sobretudo ligadas ao contexto familiar. À semelhança do verificado nas sessões anteriores, a D. Lúcia recusou participar na conversa coletiva enquanto a D. Raquel esteve presente. A interação com a D. Lúcia foi, por isso, realizada de forma individual, procurando compreender as razões subjacentes à sua resistência. Em articulação com a DT, foi possível perceber que esta situação é recorrente e não se limita a uma única residente. De acordo com os relatos da equipa, a D. Lúcia tem demonstrado, ao longo do tempo, uma dificuldade persistente em estabelecer vínculos de proximidade com os restantes residentes da instituição, o que poderá estar relacionado com a sua condição de SM. Também com D. Luísa se manteve um contacto mais individualizado. A mesma solicitou apoio para realizar uma caminhada, partilhando que, na ausência da mestrandia, não tem havido disponibilidade por parte dos profissionais para a

acompanhar. Esta falta de suporte reflete-se numa redução da sua mobilidade, o que impacta diretamente na sua autonomia. Durante a conversa, a D. Luísa verbalizou sentimentos de frustração e desvalorização, expressos na frase: “Eu sou velha... e ninguém quer saber do que os velhos dizem”. Foi ainda possível conversar com a D. Rosa, tendo-se verificado que se encontra bastante debilitada, apresentando sinais de desorientação.

No dia 10 de setembro realizou-se a 11ª sessão do grupo, cujo principal objetivo foi comunicar e refletir sobre o sessar dos encontros orientados pela mestrandia, e incentivar a sua integração nas dinâmicas do grande grupo. Após uma conversa inicial, durante a qual as participantes expressaram sentimentos de tristeza face ao término das sessões e à ausência da mestrandia no contexto, demonstraram, no entanto, compreensão relativamente à necessidade do seu afastamento e desejaram-lhe “a maior sorte do mundo”. Neste seguimento, a mestrandia optou por se integrar nas atividades dinamizadas pela AS, procurando envolver as participantes nesse momento coletivo. À exceção da D. Luísa, que realizou a atividade física adaptada a partir do seu lugar habitual, a D. Raquel, a D. Eva, a D. Lúcia e a D. Rita juntaram-se ao grande grupo, marcando presença na atividade.

A 12.ª sessão teve como objetivo proporcionar um momento final de avaliação com as participantes, tendo sido escolhida, como estratégia, a conversação informal, promovendo a partilha de perceções e experiências vivenciadas ao longo do processo. De um modo geral, as participantes manifestaram apreciação pelos momentos de maior tranquilidade e pela oportunidade de conversar com outras residentes num ambiente mais resguardado e acolhedor. Durante a conversa, a D. Lúcia partilhou que lamentou a participação da D. Raquel no grupo, uma vez que, segundo referiu, isso terá condicionado a sua própria participação. Importa salientar que a intervenção com a D. Lúcia se revelou particularmente complexa, em virtude da conjugação da sua condição de saúde com traços da sua personalidade. A residente tende a divagar nos assuntos, a extrapolar determinadas situações e, por vezes, a relatar episódios que não correspondem à realidade, o que afeta visivelmente os restantes residentes da ERPI, levando a uma redução da interação com a própria. Por sua vez, a D. Raquel referiu que, embora tenha apreciado a experiência e valorizado o espaço do pequeno grupo, fora desse contexto prefere evitar interações com outros residentes, como forma de prevenir possíveis confrontos.

### 6.3. AÇÃO 3: (RE)PENSAR A PARTICIPAÇÃO

A ação 3 – (Re)Pensar a participação – foi pensada com o intuito de responder ao OG3 e respetivos OE. Foi desenvolvida em grupo, envolvendo a equipa técnica, composta pela DT e pela AS. Esta ação teve início com a realização de diversas conversas intencionais ao longo de toda a intervenção na Abraço Amigo. Numa primeira fase, estas conversas tiveram como objetivo compreender de que forma as pessoas idosas participavam na tomada de decisões no quotidiano institucional, bem como nas atividades propostas no plano mensal, identificando-se também aquelas que despertavam maior interesse. Após vários meses de presença, observação e participação no contexto, foi possível adquirir um conhecimento mais aprofundado acerca do funcionamento da instituição e do grau de envolvimento das pessoas idosas nas decisões tomadas no seio da ERPI, particularmente no que diz respeito à planificação e dinamização das atividades diárias. Assim, numa segunda fase, procurou-se introduzir questões que suscitassem momentos de reflexão entre os elementos da equipa técnica. Face à receptividade demonstrada e abertura ao diálogo por parte destas profissionais, foi planeada uma sessão entre a equipa técnica e a mestranda, com o intuito promover uma reflexão conjunta sobre o conceito de participação das pessoas idosas. Esta sessão teve como objetivos identificar e discutir as barreiras que condicionam essa participação – sejam elas de ordem institucional (relacionadas com rotinas, espaços físicos, horários, entre outros), associadas aos profissionais (número reduzido de colaboradores, falta de tempo, etc.) ou inerentes às próprias pessoas idosas (limitações físicas, cognitivas ou emocionais) – e explorar possíveis estratégias que permitam ultrapassar esses obstáculos, no sentido de fomentar uma participação mais ativa, significativa e inclusiva. O guião orientador que serviu de base à dinamização desta sessão encontra-se no apêndice R.

A sessão decorreu num formato semelhante a um *brainstorming*, durante o qual todas as ideias foram registadas. O registo completo encontra-se disponível no apêndice S. Na primeira parte da sessão, refletiu-se sobre o conceito de participação ativa das pessoas idosas. Foram identificadas palavras e expressões associadas a este conceito, tais como: autonomia, escolher a atividade, interesses adequados, escolher, gostos/preferências e avaliar. Após este momento de exploração livre de ideias, as mesmas foram debatidas em grupo, tendo-se chegado a um consenso: a participação ativa implica o envolvimento das pessoas idosas na escolha das

atividades, que deverão ir ao encontro dos seus interesses, preferências e características individuais. A dimensão da avaliação foi também considerada relevante, embora identificada como mais complexa de operacionalizar. Num segundo momento, a reflexão centrou-se nas barreiras que dificultam a participação das pessoas idosas. Entre as ideias registadas destacam-se as seguintes: espaços inadequados, falta de meios/recursos físicos/recursos materiais, falta de recursos materiais e humanos, espaço condicionado, pouco interesse de profissionais na área, baixa remuneração, poucos profissionais, ações de formação com poucas respostas práticas. Ficou evidente que as barreiras mais referidas se relacionam, em primeiro lugar, com a escassez de recursos humanos, físicos e materiais. Na instituição existe apenas uma AS responsável pelo acompanhamento de 75 pessoas idosas, o que limita significativamente a capacidade de resposta personalizada. Do ponto de vista dos recursos materiais, a carência de materiais diversos limita a realização de atividades mais diversificadas. Foi igualmente destacado o número reduzido de carrinhas adaptadas disponíveis para transporte de pessoas utilizadoras de cadeira de rodas – existem apenas dois lugares acessíveis nestes veículos. Relativamente aos recursos físicos, salientou-se que existe apenas uma sala de atividades, a qual, apesar de ampla, é um espaço de passagem de vários profissionais e residentes, o que compromete a tranquilidade e concentração necessárias para a realização de determinadas atividades. Esta limitação obrigada as pessoas idosas a permanecerem neste espaço mesmo que desejem realizar outra atividade, descansar ou simplesmente ver televisão. Além disso, a equipa referiu que além de as possibilidades de contratação da ERPI serem reduzidas, existe uma escassez de profissionais com interesse específico em trabalhar com pessoas idosas. A baixa remuneração foi apontada como um fator que contribuiu para a pouca atratividade na área. Essa escassez conduz a um maior desgaste da equipa existente, o que, por sua vez, afeta a motivação e o envolvimento dos profissionais no desenvolvimento de respostas mais individualizadas. Neste sentido, a equipa expressou o dilema frequente entre dinamizar atividades generalizadas, dirigidas a um grupo de 20 a 30 pessoas, ou apostar em atividades mais personalizadas, dirigidas a um número mais reduzido de pessoas, nomeadamente aqueles com maior grau de dependência. Em relação às saídas ao exterior, surgiu também a reflexão sobre a escolha entre envolver pessoas com demência – que podem usufruir do momento, mas não o recordar posteriormente – ou envolver pessoas mais autónomas, que terão maior capacidade para valorizar e reter a experiência. Outro ponto discutido prendeu-se com a falta de respostas práticas de intervenção com pessoas com maior grau de dependência

e/ou com demência. Embora reconheçam a existência de diversas ações de formação, a equipa assinalada que estas são, na sua maioria, teóricas, não fornecendo exemplos concretos e aplicáveis à realidade institucional. Face às diversas barreiras identificadas, seguiu-se um momento de reflexão centrado na exploração de possíveis respostas e estratégias para as ultrapassar. Entre as ideias registadas destacam-se: reduzir grupos de trabalho, incentivar a liberdade de escolha, dar mais atenção às pessoas com demência/incapacidade, assembleia para escolha de atividades. A título de exemplo, foi sugerida a possibilidade de uma ou duas vezes por mês, se realizar uma assembleia conjunta entre a equipa técnica e as pessoas idosas, com o objetivo de discutir quais as atividades que gostariam de ver incluídas no seu quotidiano. Foi ainda sugerida a possibilidade de que as próprias pessoas idosas dinamizem algumas dessas atividades, quando possível. Outra proposta passou por permitir que os residentes possam, com a devida antecedência, escolher uma refeição ao seu gosto. Foi também abordada a questão do voluntariado, no entanto, considerou-se que não existem condições para o seu desenvolvimento sustentado. As principais dificuldades apontadas foram: falta de profissionais disponíveis para preparar e acompanhar os voluntários, ausência de continuidade, falta de compromisso por parte dos voluntários e poucas pessoas interessadas na área.

Em suma, a sessão desenvolvida revelou-se um momento significativo de escuta, reflexão e envolvimento da equipa técnica para (Re)Pensar a participação das pessoas idosas na vida institucional. A análise conjunta permitiu não só refletir sobre o conceito de participação ativa, mas também identificar de forma concreta os principais obstáculos que a limitam, nomeadamente a escassez de recursos humanos, materiais e físicos, bem como os desafios associados à motivação e formação dos profissionais. Apesar das dificuldades elencadas, a equipa demonstrou abertura para a construção de estratégias que promovam uma maior inclusão e protagonismo das pessoas idosas no seu quotidiano, reconhecendo a importância de práticas mais centradas na individualidade, nos interesses e nas capacidades de cada pessoa. As ideias sugeridas — como a realização de assembleias, a dinamização de atividades pelos próprios utentes ou a escolha antecipada de refeições — representam passos promissores no sentido de uma participação mais efetiva e significativa. Este momento de reflexão partilhada constitui, assim, uma base importante para futuras ações, reforçando a necessidade de uma abordagem mais participativa, colaborativa e sensível à realidade concreta da instituição e das pessoas que nela vivem.

## 7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

Após a apresentação e avaliação do desenvolvimento do projeto, torna-se pertinente refletir e perceber em que medida as ações desenvolvidas permitiram alcançar os OG e OE e caminhar para a finalidade do projeto. O projeto “Espaços de Encontro”, desenvolveu-se em três ações, cuja avaliação é apresentada neste capítulo com base no modelo CIPP (Stufflebeam & Shinkfield, 1995). Importa referir que a avaliação foi contínua ao longo de todo o processo, integrando os contributos de todos os participantes.

Relativamente à da Ação 1 – “Jovens com Futuro” – a avaliação decorreu de forma continuada durante os encontros em grupo, permitindo a adaptação das sessões. Além disso, foi realizada uma avaliação final num encontro específico em agosto de 2024, com a presença dos participantes do grupo. É importante referir que, por motivos diversos, o contacto com a equipa do PMDP foi sendo progressivamente perdido durante o desenvolvimento da ação, o que inviabilizou um último momento de avaliação com a mesma. No que diz respeito ao OE1.1 – Estar presente e participar de forma ativa e regular nos encontros/atividades – foi, na sua maioria, atingido. Dos quatro jovens participantes, três (Cristina, Ana e Orlando) mantiveram uma presença regular nos encontros com presenças em 20, 21 e 13 das 23 sessões, respetivamente. A menor presença do Orlando resultou da sua integração num programa de formação profissional, sendo que justificou sempre as suas ausências. Já o Martim esteve presente em cinco sessões, mas participou ativamente sempre que compareceu. O OE1.2 – Relacionar-se com os outros, partilhando experiências, interesses e emoções – foi amplamente atingindo, com os participantes a partilharem aspetos significativos das suas vidas, desde momentos pessoais e marcantes, como a anúncio da gravidez da Cristina e a frustração do Orlando por não conseguir estar presente em todos os encontros. O OE1.3 – Iniciar e manter interações de forma espontânea com outras pessoas – também foi cumprido. Apesar de alguma reserva inicial, as interações entre os participantes tornaram-se espontâneas ao longo das sessões, tendo inclusive sido criado um grupo de WhatsApp, onde foram partilhadas mensagens, combinados convívios informais e mantida a comunicação esporádica após o fim dos encontros. Destacam-se iniciativas como encontros na casa da Cristina, idas a sessões de poesia, convites para jantares de Natal e atuações musicais do Orlando. No que se refere ao OG2 – Criar espaços centrados na pessoa, que

promovam a sua participação ativa, autonomia e expressão individual e o fortalecimento do sentimento de pertença – a concretização dos OE foi também significativa. O OE2.1 – Reconhecer e valorizar qualidades pessoais e sociais – foi trabalhado ao longo das sessões, em momentos em que os próprios participantes reconheceram e valorizaram as qualidades uns dos outros. A Cristina foi frequentemente elogiada pela sua hospitalidade e dotes na culinária, a Ana pelas suas competências artísticas, em particular no desenho de caricaturas, e o Orlando pela sua aptidão musical. O OE2.2 – Aceitar desafios e envolver-se em novas experiências – foi igualmente atingido. Os participantes aceitaram experimentar atividades novas, apesar do desconforto inicial, como participar em jogos, integrar outras dinâmicas com grupos externos, nomeadamente o grupo “MOSTRA!”. O OE2.3– Desenvolver a expressão criativa e pessoal, através de diferentes meios – foi cumprido, evidenciado pela evolução de comportamento e atitudes dos participantes. A Ana e a Cristina foram desenvolvendo uma amizade, demonstrando empatia, escuta ativa e respeito mútuo. O Orlando, que inicialmente se mostrou menos flexível, foi gradualmente desenvolvendo essa competência ao longo do projeto. Destaca-se ainda a superação pessoal da Cristina, que venceu o receio de conduzir na cidade, passando a deslocar-se por meios próprios, chegando inclusive a oferecer boleia à Ana. O OE2.4 – Reconhecer semelhanças entre as suas vivências e as dos outros, sentindo-se reconfortadas por partilhar experiências comuns – foi plenamente atingido. Foram abordados temas como o acesso ao emprego, a vivência com DM e as dificuldades no acompanhamento pelo SNS. A partilha destes desafios permitiu o reconhecimento de experiências comuns, criando um sentimento de pertença e apoio mútuo entre os participantes, traduzido na ideia de que “se o outro conseguiu, talvez eu também consiga”. Os testemunhos recolhidos ao longo do projeto e, particularmente, na sessão final, confirmam o impacto positivo da ação. Frases como “É tão bom sair de casa” (Orlando), “Criei boas amizades, espero manter alguma pelos próximos anos” (Cristina), “Estou grata pela iniciativa” (Ana), ou “Este grupo fica-me para o resto da minha vida porque marcou-me pela positiva” (Orlando), ilustram a experiência vivida. A continuidade das interações após o término formal dos encontros, através do grupo de WhatsApp, confirma a criação de vínculos. Destaca-se a mensagem do Orlando: “Sinto a vossa falta (...) gosto muito de vocês (...) nunca vos esquecerei (...) este grupo ganhou um lugar no meu coração”, bem como as fotografias da filha da Cristina partilhadas no mesmo grupo.

A avaliação da Ação 2 seguiu uma metodologia semelhante, sendo realizada de forma continuada ao longo dos encontros com as pessoas idosas, através do *feedback* recolhido durante cada

encontro. Este processo permitiu ajustar as propostas às preferências e necessidades do grupo, promovendo uma maior adesão e envolvimento dos participantes. Designada por “A minha vida dava um filme”, esta ação permitiu concretizar a maioria dos OE associados aos OG1 e OG2 com base em diversos momentos de partilha e de reflexão. Relativamente ao OE1.1– Estar presente e participar de forma ativa e regular nos encontros/atividades, este foi parcialmente alcançado. Embora a maioria dos participantes tenha demonstrado envolvimento ativo quando presente, a assiduidade não foi uniforme. Dos doze encontros realizados, apenas a D. Raquel esteve presente em todos. A D. Rita e a D. Eva participaram em 11 sessões; a D. Lúcia em oito, embora em dois encontros a sua participação tenha sido mais reduzida; a D. Manuela e a D. Luísa estiveram presentes em cinco; e a D. Rosa e o Sr. Henrique participaram em três encontros cada. Importa salientar que, apesar da participação menos frequente, a D. Luísa solicitou diversas vezes companhia para caminhadas. Além disso, sempre que possível, foi mantido contacto com os participantes ausentes por meio de conversas informais. Destaca-se a assiduidade e o envolvimento consistente da D. Raquel, D. Rita e D. Eva, que evidenciam ter desfrutado dos encontros. É relevante considerar ainda os fatores externos à vontade dos participantes que condicionaram a sua participação, como dificuldades de visão, perda de destreza manual e, sobretudo, problemas de audição – estes últimos identificados como um dos principais obstáculos à participação ativa nas atividades, uma vez que limita significativamente a compreensão e interação com o outro. Ressalta-se também a ausência de dois participantes, a D. Rosa enfrentou sérios problemas de saúde que resultaram num acentuado declínio físico e cognitivo, e o Sr. Henrique faleceu durante o decorrer da ação. Quanto ao OE1.2 – Relacionar-se com os outros, partilhando experiências, interesses e emoções, este objetivo foi alcançado. Ao longo dos encontros os participantes partilharam diversas histórias de vida, revelando sentimentos e emoções associados às diferentes fases do seu percurso pessoal. No que concerne ao OE1.3 – Iniciar e manter interações de forma espontânea com outras pessoas, verificou-se o seu cumprimento por grande parte dos participantes, tanto no contexto dos encontros como fora deles, sendo particularmente notória esta capacidade nas interações protagonizadas pela D. Raquel, D. Eva, D. Rita e D. Manuela. Relativamente ao OG2 – Criar espaços centrados na pessoa, que promovam a participação ativa, a autonomia e a expressão individual, bem como o fortalecimento do sentimento de pertença, observa-se uma concretização significativa dos objetivos propostos. De forma geral os OE2.1, OE2.2 e OE2.3, embora distintos, procuravam

contribuir para o desenvolvimento pessoal e social da pessoa idosa, promovendo o reconhecimento das suas qualidades individuais e relacionais (OE2.1), a abertura a novos desafios e experiências (OE2.2), e a valorização da expressão criativa e pessoal através de diferentes meios (OE2.3). Diversos momentos proporcionaram o desenvolvimento desses aspetos, como a experimentação de propostas fora da rotina institucional e o recurso a qualidades pessoais, como o desenho, a escrita ou a costura. Estes momentos geraram, inclusive, manifestações espontâneas de admiração mútua entre os participantes. Quanto ao OE2.4 – Reconhecer semelhanças entre as suas vivências e as dos outros, sentindo-se reconfortadas por partilhar experiências comuns, este também foi atingido. As histórias partilhadas durante os encontros permitiram aos participantes identificar pontos de convergência com as experiências dos seus pares, promovendo empatia e conexão emocional. Ainda em relação ao OG2, destaca-se que, mesmo fora do contexto formal dos encontros, o simples ato de escutar as pessoas idosas sobre as suas preferências – seja assistir televisão, participar noutra atividade ou fazer uma caminhada – representa, do ponto de vista da mestrada, também, uma forma de construir espaços centrados na pessoa e nas suas reais necessidades. Neste âmbito, destaca-se o acompanhamento mais individualizado descrito no Apêndice T, que ilustra de forma concreta esta abordagem centrada nas necessidades específicas da D. Luísa.

Em suma, as partilhas recolhidas durante o desenvolvimento da ação e na sessão final evidenciam a importância de criar espaços seguros e protegidos, onde as pessoas idosas possam expressar-se livremente, sem receio de julgamento ou conflito. O pequeno grupo revelou-se, neste sentido, um facilitador de interações mais positivas, especialmente para aquelas participantes que, fora deste contexto, tendem a isolar-se ou evitam o convívio por se sentirem vulneráveis. Durante a sessão final, algumas das expressões utilizadas pelas participantes ilustram o impacto emocional e afetivo desta ação: “foram umas horas muito boas” (D. Eva), “queria que viesse mais vezes” (D. Lúcia) e “tenho pena que não estejas sempre aqui” (D. Rita). Estas palavras traduzem, de forma simples, o valor atribuído pelos participantes aos encontros e à presença da mestrande. Esta ação mostra que, embora os encontros em grupo não eliminem por completo os desafios relacionais existentes no quotidiano institucional, podem contribuir para a construção de um sentimento de pertença, de escuta e de reconhecimento – elementos fundamentais para a promoção de uma participação mais ativa, autónoma e significativa por parte das pessoas idosas.

No que concerne à Ação 3 – “(Re)Pensar a Participação”, desenvolvida no contexto B no âmbito do OG3 e respetivos OE, pode afirmar-se que, os objetivos foram parcialmente atingidos. Embora não se possa considerar que o OG3 – Promover uma cultura institucional que valorize e incentive a participação ativa das pessoas idosas na planificação, organização e dinamização das atividades do quotidiano da ERPI – tenha sido plenamente alcançado, importa destacar que os primeiros passos foram dados nesse sentido. A consolidação de uma cultura institucional orientada para a participação é, por natureza, um processo moroso, que exige tempo, consistência e continuidade na intervenção. Ainda assim, a realização de uma sessão de *brainstorming* com a equipa técnica (documentada no apêndice S) constituiu um momento significativo de reflexão crítica sobre as práticas em vigor e permitiu a identificação de barreiras que limitam a participação das pessoas idosas, respondendo assim ao OE3.1 – Refletir criticamente sobre as práticas institucionais e identificar barreiras que limitam a participação das pessoas idosas. Paralelamente, a discussão permitiu à equipa reconhecer o potencial transformador da participação ativa das pessoas idosas na construção do seu quotidiano, contribuindo para a concretização do OE3.2 – Reconhecer a importância da participação ativa das pessoas idosas na planificação e dinamização do dia a dia na instituição. A avaliação deste encontro decorreu no final da referida reunião com a equipa, momento em que as profissionais partilharam que este momento lhes um momento de pausa e reflexão conjunta sobre as práticas institucionais. Nas palavras da DT, este foi um momento particularmente relevante, dado que raramente existe espaço, no dia a dia institucional, para pensar de forma estruturada e colaborativa sobre estas temáticas. Ainda que a avaliação desta ação tenha ocorrido de forma pontual, perspetivaram-se outras oportunidades futuras de avaliação, com a intenção de pensar e acompanhar possíveis mudanças e aprofundar a reflexão sobre os desafios da participação. Importa ainda referir que, na semana seguinte à realização da sessão, a AS entrou de baixa médica prolongada. Perante esta situação, e dada a previsão de ausência superior a um mês, foi proposto à mestranda que assumisse funções em regime de substituição. Este acontecimento teve um duplo impacto no desenvolvimento da ação: por um lado, impediu o trabalho conjunto com a AS e a DT no aprofundamento dos OE3.3 – Criar momentos específicos de escuta ativa, orientados para a expressão dos gostos, interesses e motivações das pessoas idosas, e OE3.4 – Desenvolver estratégias que favoreçam o envolvimento das pessoas idosas na organização desenvolvimento e avaliação das atividades; por outro lado, possibilitou que a própria mestranda assumisse um

papel mais interventivo e colaborativo no desenho e desenvolvimento de estratégias nesse sentido. Apesar das limitações decorrentes do contexto, é de salientar a receptividade da equipa técnica à proposta de aprofundar uma abordagem mais participativa, demonstrando interesse em integrar momentos regulares de escuta ativa e em rever, de forma crítica, os mecanismos de envolvimento das pessoas idosas. Contudo, a componente avaliativa desta participação carece ainda de desenvolvimento, sendo necessário criar instrumentos e práticas que permitam perceber o impacto das mudanças introduzidas e dar continuidade ao processo de melhoria institucional.

Concluída a avaliação de cada ação e respetivos objetivos, importa agora refletir sobre o percurso global do projeto do ponto de vista da mestranda.

Desde logo destaca-se o desafio inerente ao desenvolvimento do projeto em dois contextos distintos. Apesar das evidentes diferenças entre ambos, foi possível identificar problemáticas comuns, o que enriqueceu a experiência, mas também intensificou o desgaste físico e emocional, afetando, pontualmente os níveis de motivação. Ainda assim, a mestranda considera que foi possível superar os constrangimentos e desenvolver um projeto alinhado com as necessidades reais das pessoas. Acresce referir que, ao aceitar o estágio profissional, a mestranda assumiu também diversas funções e responsabilidades, o que impactou o tempo e disponibilidade para o desenvolvimento do projeto. No entanto, esta presença continua durante vários meses revelou-se fundamental para um conhecimento aprofundado da realidade institucional, das dinâmicas internas, das pessoas idosas e dos profissionais que com elas interagem. Este envolvimento permitiu construir um vínculo afetivo forte, o que se revelou decisivo para o desenvolvimento do projeto, nomeadamente da Ação 2 e da Ação 3, após a conclusão do estágio profissional. Desde o primeiro contacto com a instituição, a mestranda assumiu uma postura centrada na escuta ativa e na valorização da individualidade das pessoas idosas. Conhecer os seus gostos e interesses e procurar diariamente melhorar a sua vivência institucional tornou-se uma prática incorporada, muitas vezes traduzida em pequenos gestos – como dar o braço para caminhar ou pintar as unhas a quem o solicita – que, apesar de simples tem grande significado para quem os recebe. A existência de disponibilidade para estes gestos nem sempre é garantida na rotina institucional, mas foram momentos como estes que contribuíram para a solidificação das relações com as pessoas idosas.

Relativamente à Ação 2 – “A minha vida dava um livro”, importante referir que, idealmente, o grupo funcionaria de forma diferente daquela em que foi possível concretizar. A proposta inicial previa a apresentação da atividade a todos os residentes, permitindo que estes decidissem, de forma autónoma participar. No entanto, as limitações do espaço físico constituíram um estrave. No piso inferior, onde se encontram a maioria dos residentes, existe apenas uma sala comum que acumula várias funções: o local onde de realizam as atividades dinamizadas pela AS, onde se encontra a televisão, e é ainda zona de passagem frequente. Por estas razões, tornou-se inviável realizar os encontros do grupo neste espaço. A alternativa encontrada foi a utilização de uma sala de pequenas dimensões localizada no piso superior. No entanto, esta opção apresentou um obstáculo significativo: a dificuldade de deslocação autónoma da maioria dos residentes até esse espaço, o que limitou a participação espontânea e ampla no grupo. A conjugação destas limitações – espaciais e funcionais – condicionou o modelo inicialmente previsto, tornando necessário um ajustamento à realidade institucional para viabilizar o desenvolvimento do grupo.

Em retrospectiva, teria sido benéfico iniciar a Ação 3 mais cedo, eventualmente durante o próprio estágio profissional, ainda que isso implicasse um esforço adicional. No entanto, o peso da carga de trabalho e, sobretudo, o receio associado à primeira experiência profissional – o medo de falhar ou comprometer a qualidade do trabalho – levaram à decisão de adiar o desenvolvimento das ações para o período pós-estágio. Ainda assim, é importante sublinhar que o projeto teve, de facto, início durante o estágio neste contexto, na medida em que foi nesse período que se contruíram os alicerces que viabilizaram o seu posterior desenvolvimento. Estes alicerces dizem respeito, por um lado, à análise aprofundada da realidade institucional, e, por outro lado, à construção de vínculos significativos com os residentes e a equipa técnica. Adicionalmente, importa referir que, se os dois contextos de intervenção tivessem maior proximidade geográfica e se a janela temporal o permitisse, teria sido particularmente interessante promover momentos de encontro e partilha entre os jovens do Contexto A e as pessoas idosas do Contexto B. Esta possibilidade representaria não apenas uma oportunidade de aproximação intergeracional, mas também a criação de espaços de convivência e diálogo entre grupos que, apesar das diferenças etárias, partilhavam problemáticas semelhantes. Em ambos os contextos, foram identificadas situações de isolamento social, solidão e uma manifesta vontade de ocupar o tempo livre de forma mais significativa, o que poderia ter sido ponto de partida para o desenvolvimento de atividades

conjuntas, com potencial para promover o bem-estar, o sentimento de pertença e a valorização mútua.

Em suma, a avaliação do projeto permite concluir que, apesar dos desafios enfrentados – tanto estruturais como pessoais e organizacionais –, foi possível desenvolver um conjunto de ações alinhadas com as necessidades identificadas nos contextos de intervenção e com os objetivos inicialmente delineados. A experiência revelou-se profundamente enriquecedora, não apenas pelo impacto junto dos participantes, mas também pelas aprendizagens decorrentes do próprio processo de desenvolvimento de projeto. A construção de relações de proximidade, a escuta ativa das pessoas envolvidas e a flexibilidade para ajustar o projeto à realidade foram aspetos-chave. Ainda que alguns objetivos tenham ficado apenas parcialmente alcançados, considera-se que foram lançadas bases importantes para futuras intervenções, com potencial de continuidade e aprofundamento. Esta experiência reforça a importância de projetos que colocam no centro a participação ativa das pessoas, independentemente da sua idade, valorizando os seus saberes, vivências e contributos para a construção de contextos mais inclusivos, humanos e significativos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O isolamento social e/ou a solidão constituem fenômenos complexos e multifatoriais que afetam uma percentagem crescente da população. Embora esta tendência seja fortemente associada ao envelhecimento, os dados mais recentes indicam que há cada vez mais jovens a experienciar estes fenômenos. A ausência de respostas ajustadas às necessidades específicas destes grupos, não só perpetua, como pode intensificar esta realidade, contribuindo para o agravamento do seu bem-estar e exclusão social. Para que as instituições possam ajustar as suas práticas às reais necessidades das pessoas, torna-se essencial um investimento significativo em recursos humanos, físicos e materiais. Além disso, é imperativo romper com estigmas e preconceitos associados à SM, ao envelhecimento e à participação ativa das pessoas em situação de vulnerabilidade. À primeira vista, poderia parecer que os dois grupos de participantes centrais neste projeto – jovens com EDM e pessoas idosas institucionalizadas – não partilhavam características em comum. No entanto, a análise das suas vivências revelou semelhanças profundas. Para além do isolamento social e/ou solidão, ambos enfrentam preconceitos sociais, discriminação e, frequentemente, a perda ou negação de direitos fundamentais. No caso das pessoas com EDM, a sociedade continua a revelar resistência em reconhecer as doenças mentais como legítimas e tão impactantes como as doenças físicas. Esta descrença manifesta-se na exclusão destas pessoas de processos de decisão sobre as suas próprias vidas, na limitação de oportunidades no mercado de trabalho, no acesso desigual a cuidados de saúde e na estigmatização persistente. As pessoas idosas, por sua vez, continuam a ser alvo de desvalorização social, sobretudo no que respeita às suas opiniões, desejos e necessidades. Importa ainda salientar que muitas destas pessoas enfrentam problemas de SM não identificados ou não intervencionados, frequentemente desvalorizados e atribuídos, de forma redutora, ao envelhecimento natural. Em ambos os casos são visíveis as falhas das instituições que deveriam garantir a sua proteção e integração, sendo certo que, em muitos contextos, tais lacunas decorrem de limitações estruturais e macrosociais, como a escassez de recursos ou políticas públicas insuficientes. Neste cenário, torna-se claro que ainda há caminho a percorrer enquanto sociedade. É urgente pensar respostas integradas e sensíveis à complexidade das situações vividas pelos diferentes grupos em situação de vulnerabilidade. Respostas que reconheçam que o isolamento, a solidão, a discriminação e a perda de direitos se acumulam e se reforçam entre si,

agravando o sofrimento e a exclusão. Assim, torna-se essencial promover práticas que valorizem verdadeiramente a inclusão, a escuta ativa e o respeito pela dignidade de cada pessoa, independentemente da sua idade, condição de saúde ou contexto de vida. Foi neste enquadramento que nasceu o projeto “Espaços de Encontro” que procurou, de forma geral, responder às necessidades sentidas por estes dois grupos, através de uma abordagem baseada na IAP. Com foco na escuta ativa, na criação de vínculos e na promoção de espaços de diálogo e de expressão, procurou-se não apenas fazer-se ouvir as pessoas, mas também construir, com elas, respostas significativas e ajustadas às suas necessidades. Assim, foram criados espaços com base nas problemáticas e necessidades identificadas tendo sido possível responder de forma direta aos problemas identificados. É reconhecido que a finalidade a que o projeto se propôs é, em certa medida, utópica uma vez exige uma intervenção contínua, consistente e profunda, que depende também de fatores externos. Contudo, é precisamente esta utopia que serve de inspiração e motor para a mudança. É ela que permite sonhar com um mundo mais justo e inclusivo, mesmo sabendo que o caminho é longo. Assim, este projeto é também um apelo à corresponsabilidade, é fundamental que os profissionais, as instituições e a sociedade como um todo se comprometam com práticas que valorizem a inclusão, a participação e a humanização das relações. Para o futuro, espera-se que o trabalho desenvolvido possa ter continuidade na ERPI, por parte DT, da AS e da mestranda, na medida em que for possível. A manutenção de espaços como os criados durante o projeto pode fazer uma diferença real na vida de muitas pessoas, desde que haja compromisso institucional e condições materiais para tal. Por fim, a nível pessoal, este projeto representou não apenas uma prova de resiliência e superação, mas também uma aprendizagem profunda sobre o trabalho na área social e sobre as minhas próprias capacidades enquanto profissional. Ensinou-me também que, muitas vezes, é fácil julgar os profissionais por não fazerem mais, sem considerar as condições reais em que exercem as suas funções. Em ambos os contextos, ficou claro que, mesmo com recursos limitados, as equipas realizam um trabalho valioso e comprometido – e que este trabalho poderia ser ainda mais transformador com melhores condições.

O projeto “Espaços de Encontro” não resolve todos os problemas. Mas é um exemplo de que é possível fazer diferente, escutar com atenção e construir com as pessoas – e não apenas para elas – respostas que fazem sentido. E isso, por si só, já é uma mudança.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.ª ed). Climepsi Editores.
- Ander-Egg, E. (1990). *Repensando la investigación-acción participativa. Comentarios, críticas y sugerencias*. Editorial El Ateneo.
- Araújo, M., J., Vieira, A. & Gomes, N. (2018). Jovem há muito mais tempo que tu: Um ensaio sobre as atividades de tempos livres em contextos institucionais. *Praxis Educare*. 7, 23-31. <http://www.aptses.pt/wp-content/uploads/2020/03/PRAXIS-EDUCARE-n.%C2%BA-5-2018.pdf>
- Associação Portuguesa de Serviço Social [APSS]. (2015). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/07/Manual-de-Boas-Pr%C3%A1ticas-Um-Guia-para-o-Acolhimento-Residencial-das-Pessoas-mais-Velhas.pdf>
- Carvalho, A. & Baptista, I. (2004). *Educação social. Fundamentos e estratégias*. Porto Editora.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8226/5841>
- Cembranos, F., Montesinos, D., & Bustelo, M. (2001). *La animación sociocultural. Una propuesta metodológica* (14.ª Ed.). Editorial Popular.
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2019). *Sem mais tempo a perder: A saúde mental e a ação interinstitucional*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

- Conselho Nacional de Saúde Mental [CNSM]. (2002). *Propostas e recomendações* <https://www.sg.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recom2002.pdf>
- Cordeiro, J. (1994). *A saúde mental e a vida*. Edições Salamandra
- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de pessoas com doença mental. Das famílias para a instituição, da instituição para a família*. Climepsi.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental [CNSM]. (2008). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016- Resumo executivo*. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Costa, A. (1986). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. Silva e J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 129-148). Edições Afrontamento.
- Costa, A. (1998). *Exclusões sociais* (Cadernos Democráticos, nº 2). Gradiva.
- Coutinho, C., P. (2014). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (2ª ed.). Almedina
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-acção. Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia Educação e Cultura*, 13(2), 455-479. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10148/1/Investiga%c3%a7%c3%a3o%20Ac%c3%a7%c3%a3o%20Metodologias.PDF>
- Decreto-Lei n.º 35/23. *Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho*. Diário da República n.º 141, 1ª Série de 2023-07-23 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

- Delgado P. & Cardoso, M., (2014). A Educação Social em Portugal: Novos desafios para a identidade profissional. *Interfaces Científicas*, 3(1), 113-124 <http://www.aptses.pt/wp-content/uploads/2019/09/1627-5741-1-PB.pdf>
- Dias Cordeiro, J. C. (2002). A psiquiatria na história e na cultura. In J. C. Dias Cordeiro (Org.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, (2ª ed, pp. 37-44), Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dutra, R. R., Vargas, S. C., Tornquist, L., Tornquist, D., Martins, V. A., Krug, S. F., & Corbellini, V. A. (2016). Refletindo sobre o processo de institucionalização do idoso. *Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção*, 1(1), 214-223. <https://doi.org/10.17058/reci.v1i1.8040>
- Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.
- Fazenda, I., (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Ciências e Políticas Públicas*, 3(1), 81-104. <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/38/33>
- Ferreira, J. & Bertão, A. (2017). A metodologia de investigação-ação participativa na Reabilitação Psicossocial de pessoas com doença mental. *Sensos-e*, 9(1), 79-87 <https://parc.ipp.pt/index.php/sensos/article/view/2543>
- Guadalupe, S. (2016). *Intervenção em rede: Serviço social, sistémica e redes de suporte social* (2ª ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção* (2ª ed.). Princípia.
- Hospital Pedro Hispano [HPH]. (2021). *Regulamento interno do departamento de saúde mental*. [Não publicado].
- Khalaf, A. M., Alubied, A. A., Khalaf, A. M., & Rifaey, A. A. (2023). The impact of social media on the mental health of adolescents and young adults: A systematic review. *Cureus*, 15(8), 2-

10 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10476631/pdf/cureus-0015-00000042990.pdf>

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Terapia de grupo*. Editorial Medica Panamericana.

Kirkbride, J., Anglin, D., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.21160>

Kuhn, T. (2009). *A estrutura das revoluções científicas*. Guerra e Paz

Lima, L. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. [https://ap1.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/3171/1/envelhecimento\\_s\\_2010.pdf](https://ap1.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/3171/1/envelhecimento_s_2010.pdf)

Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/53042>

Madeira, L., Queiroz, G., & Henriques, R. (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile. *Scientific reports*, 13, 6912. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33765-0>

Making Caring Common [MCC]. (2023). *On Edge: Understanding and preventing young adults' mental health challenges*. <https://mcc.gse.harvard.edu/reports/on-edge>

Matos, A. (2012). *Mais amor menos doença*. A psicossomática revisitada. Climepsi Editores.

Mendonça, M. (2002). *Ensinar e aprender por projectos*. Edições Asa.

Monteiro, H. (2019). Investigação, transformação e “palavramundo”: Novos e velhos desafios ético-metodológicos. *Educação Sociedade e Culturas*, 54, 65–84. <https://www.up.pt/revistas/index.php/esc-ciie/article/view/50/50>

Nações Unidas [NU] (2024). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. *Journal of Aging and Innovation*, 2(3), 26-41. <https://journalofagingandinnovation.com/pt-pt/manuscritos/volume-2-3rd-edition/>

Observatório Nacional de luta contra a Pobreza [ONLCP]. (2021). *A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico* (Boletim nº 7). <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAde-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2019). *Saúde. Um direito humano. Relatório de primavera 2019*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2019.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001-Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6)

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2020). *Decade of healthy ageing 2020-2030*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_28&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28&download=true)

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] & Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2023). *State of health in the EU. Portugal, perfil de saúde do país* <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6be7d83c-pt.pdf?expires=1713976490&id=id&accname=guest&checksum=35E706DBB197D72D59B85B4DE2915181>

- Oliveira, S. & Filipe, C. (2009). *Guia de recursos de Reabilitação Psicossocial para a saúde mental*. Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor. <https://www.adeb.pt/files/upload/guias/guia-de-recursos-reabilitacao-psicossocial.pdf>
- Ornelas, J. (1996a). Sistemas de suporte comunitário. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 331-339. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3849/1/AP\\_1996\\_23\\_331.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3849/1/AP_1996_23_331.pdf)
- Ornelas, J. (1996b). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263-268. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3843/1/AP\\_1996\\_23\\_263.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3843/1/AP_1996_23_263.pdf)
- Ornelas, J. (2007). Psicologia comunitária: Contributos para o desenvolvimento de serviços de base comunitária para pessoas com doença mental. *Análise Psicológica*, 1 (25), 5-11. [https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6071/1/2007\\_25%281%29\\_5.pdf](https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6071/1/2007_25%281%29_5.pdf)
- Quelhas, R., Moura, M., Farello, G. & Tavares, P. (2021). *Processo de candidatura ao prémio Healthcare Excellence 2021*. [Não Publicado]
- Recuperar Portugal – Estrutura de Missão (2021). *Plano de recuperação e resiliência: PRR – Recuperar Portugal, construindo o Futuro*. Ministério do Planeamento. <https://recuperarportugal.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/PRR.pdf>
- Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98901/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202010%20-%20v28n2a02%20-%20p127-131.pdf>
- Rodrigues, R., (2018). Solidão, um fator de risco. *Opinião e debate*, 34, 1-5. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12073/pdf>
- Santos, B. S. (1995). *Um discurso sobre as ciências* (7ª ed.). Edições Afrontamento.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral* (3ª ed.). Climepsi

- Serrano, G., P. (2008). *Elaboração de projetos sociais. Casos práticos*. Porto Editora
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1995). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Ediciones Paidós.
- Timóteo, I. & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa. Clarificação de sentidos. *Sensos*, 2, 11-26. <https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/6296/1/Sensos%203%20-%20Educacao%20Social.pdf>
- Veiga, S. (2009). *Palcos de conhecimento, espaços de transformação: Contributos da metodologia sociodramática para a formação dos educadores sociais* [Tese de doutoramento, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/11860?locale=pt>
- Veiga, S., Ferreira E. & Quintas, S. (2013). Sentidos: Um projeto de educação social no âmbito da deficiência mental. *Revista Iberoamericana de Educación*, (63), 63-75 [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/12852/1/Art\\_Sofia%20Veiga\\_2013%20%282%29.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/12852/1/Art_Sofia%20Veiga_2013%20%282%29.pdf)
- Veiga, S., Santos, A., Gonçalves, A. (2017). Capacitação, empoderamento e melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 29-40. <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1074/948>
- Vicente, A., Alvarez, D., Cadete, M., Lopes, M. & Cordeiro, P. (2004). *Manual de boas práticas: um guia para acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto da Segurança Social. <https://servicosocial.pt/wp-content/uploads/2015/07/Manual-de-Boas-Pr%C3%A1ticas-Um-Guia-para-o-Acolhimento-Residencial-das-Pessoas-mais-Velhas.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2022). World mental health report. *Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization [WHO]. (2023, outubro, 20). *Mental health of older adults*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization [WHO]. (2024a, novembro 26). *Adolescent and young adult health*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

World Health Organization [WHO]. (2024b, outubro 10). *Mental health of adolescents*.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

# ANEXOS

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO NOME DA INSTITUIÇÃO



### DECLARAÇÃO

O Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, situado na Rua Dr. Eduardo Torres, com o código postal 4464-533 – Senhora da Hora, autoriza que Mariana Esteves Pereira, no âmbito das curriculares “Projeto” e “Seminário” do Mestrado em Educação e Intervenção Social – na Especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, utilize o nome da instituição na produção de documentos para fins académicos e no Relatório Final de Projeto que será apresentado publicamente e, posteriormente, poderá ser disponibilizado no repositório do Instituto Politécnico do Porto.

Pela psiquiatra da equipa coordenadora do  
Programa Psicossocial do Departamento de Saúde Mental

Matosinhos, 12 de outubro de 2024

Assinado por: **ROSA MANUELA QUELHAS DA CRUZ MARTINS FERREIRA**  
Num. de Identificação: 11119980  
Data: 2024.10.12 00:16:06+01'00'



(Rosa Quelhas Ferreira CP 41127)

## ANEXO B – MATRIZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NUM PROJETO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

No âmbito do curso de Mestrado em Educação e Intervenção Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, na especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, os/as mestrandos/as concebem e desenvolvem um projeto de investigação-ação, em contextos considerados de maior risco social e vulnerabilidade.

A mestranda Mariana Pereira foi acolhida no Departamento de Saúde Mental do Hospital Pedro Hispano, para o desenvolvimento do projeto numa das suas respostas. O envolvimento de profissionais e de adultos é voluntário, podendo cada pessoa decidir não participar, em qualquer momento do desenvolvimento do projeto.

A mestranda elaborará um relatório escrito sem qualquer dado pessoal, que será avaliado e que estará disponível *on-line*, no Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. Podem também resultar deste trabalho comunicações em congressos e publicações científicas.

Garante-se que a informação é confidencial, mantendo-se o anonimato e não sendo divulgados os dados pessoais dos participantes. Este documento, que tem o nome da instituição e do/a participante, será guardado na Escola Superior de Educação pela Coordenadora do Curso pelo prazo de 5 anos.

Agradece-se, desde já, a sua participação e, caso concorde em participar no projeto, solicita-se que assine este consentimento.

Confirmo que li e compreendi a informação apresentada e que tive a possibilidade de esclarecer dúvidas com a mestranda. Confirmo, ainda, que, atempadamente, fui informado oralmente do conteúdo deste documento e que aceitei participar no projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social

---

(Local, Data)

---

(Assinatura)

## ANEXO C – MATRIZ DO CONSENTIMENTO INFORMADO CONTEXTO

### B

#### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NUM PROJETO DE INTERVENÇÃO SOCIAL

No âmbito do curso de Mestrado em Educação e Intervenção Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, na especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco, os/as mestrandos/as concebem e desenvolvem um projeto de investigação-ação, em contextos considerados de maior risco social e vulnerabilidade.

A mestranda Mariana Pereira foi acolhida na instituição [REDACTED], para o desenvolvimento do projeto numa das suas respostas sociais. O envolvimento de profissionais e de pessoas idosas é voluntário, podendo cada pessoa decidir não participar, em qualquer momento do desenvolvimento do projeto.

A mestranda elaborará um relatório escrito sem qualquer dado pessoal, que será avaliado e que estará disponível *on-line*, no Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. Podem também resultar deste trabalho comunicações em congressos e publicações científicas.

Garante-se que a informação é confidencial, mantendo-se o anonimato e não sendo divulgados os dados pessoais dos participantes nem o nome da instituição. Este documento, que tem o nome da instituição e da participante, será guardado na Escola Superior de Educação pela Coordenadora do Curso pelo prazo de 5 anos.

Agradece-se, desde já, a sua participação e, caso concorde em participar no projeto, solicita-se que assine este consentimento.

Confirmo que li e compreendi a informação apresentada e que tive a possibilidade de esclarecer dúvidas com a mestranda. Confirmo, ainda, que, atempadamente, fui informada oralmente do conteúdo deste documento e que aceitei participar no projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social

---

(Local, Data)

---

(Assinatura)

# APÊNDICES

## APÊNDICE A– PANORAMA GLOBAL E NACIONAL ACERCA DE SAÚDE MENTAL

Até ao início da pandemia causada pelo SARS-CoV-2, estimava-se que 970 milhões de pessoas no mundo experienciavam uma DM, o que corresponde a 13% da população mundial (WHO, 2022). Destes 970 milhões de pessoas, 31% vivenciavam transtornos de ansiedade, 28,9% transtornos depressivos, 11,1% transtornos de desenvolvimento, 8,8% transtornos de déficit de atenção/hiperatividade e as restantes experiências dizem respeito a transtorno bipolar (4,1%), transtornos de conduta (4,1%), transtornos do espectro do autismo (2,9%), esquizofrenia (2,5%) e transtornos alimentares (1,4%) (WHO, 2022). A prevalência destas EDM varia com o sexo e idade das pessoas, sendo maior a prevalência de perturbações mentais no sexo feminino (52,4%). Apesar dos transtornos depressivos e de ansiedade serem mais comuns nas mulheres e os transtornos relacionados com o uso de substâncias mais comuns nos homens, em ambos, os transtornos de ansiedade e depressivos são os com maior prevalência, sendo que os primeiros são mais comuns em idades mais precoces e os segundos entre os adultos (WHO, 2022).

Em 2019 estes já eram números alarmantes, contudo, após a pandemia do COVID-19 foi registado um aumento significativo de pessoas com EDM (WHO, 2022). Os transtornos depressivos foram aqueles onde a prevalência mais aumentou, em 2019 cerca de 193 milhões de pessoas viviam com transtorno depressivo, após o período pandémico esse número aumentou para 246 milhões de pessoas, o que corresponde a um incremento de 28% (WHO, 2022). Em 2019, quase 298 milhões de pessoas experienciavam perturbação de ansiedade, após a pandemia do COVID-19 este número aumentou para 347 milhões, o que se traduz num aumento de 26% (WHO, 2022). Globalmente foram as mulheres e os grupos etários mais jovens onde se registou o maior aumento de EDM, as primeiras por, provavelmente, serem mais afetadas social e economicamente pelas consequências da pandemia, e os segundos, potencialmente devido ao encerramento das escolas e ao impacto na vida social dos jovens (WHO, 2022).

As consequências de viver com uma perturbação mental e não ter o apoio adequado refletem-se em várias dimensões da vida da pessoa, entre elas nas taxas de mortalidade e nos anos vividos com incapacidade, resultando em impactos para as pessoas, famílias e comunidades e no desenvolvimento social e económico dos países (WHO, 2022). Apesar de ser difícil estimar um número de pessoas que tem como causa de morte condições de saúde mental, uma vez que não é comum registar-se esta como causa nas certidões de óbito, a realidade é que se sabe que pessoas com EDM tem taxas de mortalidade mais elevadas em relação à restante população (WHO, 2022). Por exemplo, pessoas com perturbação bipolar e esquizofrenia morrem em média 10 a 20 anos mais cedo, não devido à perturbação em si, mas relacionado com doenças cardiovasculares, respiratórias e infeções (WHO, 2022). Nestes casos, a EDM não é a causa da morte, mas deduz-se que seja um fator que contribui de forma significativa (WHO, 2022). Também os efeitos colaterais provocados pela medicação prescrita poderão contribuir para o aumento da taxa de mortalidade devido à sua contribuição para a obesidade e intolerância à glicose (WHO, 2022). Além disso, as pessoas com EDM têm maior probabilidade de exposição a determinados fatores de risco de outras doenças, entre eles, o tabagismo, o consumo de álcool, escolhas de alimentação pouco saudável e sedentarismo (WHO, 2022). Estes fatores tornam-se ainda mais graves quando os profissionais de saúde não desenvolvem a sua intervenção olhando a pessoa como um todo, mas apenas como pessoa com EDM, sendo por vezes a saúde física desvalorizada (WHO, 2022). Em termos estatísticos, estima-se que, globalmente, no ano de 2010, mais de quatro milhões de mortes se relacione com condições associadas à saúde mental da pessoa: 2.2 milhões atribuíveis a perturbações depressivas; 1.3 milhões a perturbações bipolares e 700 mil atribuíveis a esquizofrenia (WHO, 2022). Além disso, as perturbações mentais são responsáveis pela maioria dos anos de vida saudável perdidos por incapacidade, representando um em cada seis anos vivenciados com incapacidade (WHO, 2022). Desde 2000, a DM consta das 10 principais causas de incapacidade em todo o mundo, sendo que os transtornos depressivos representam a segunda principal causa de incapacidade e, os transtornos de ansiedade a sexta (WHO, 2022).

Em Portugal, além do crescente aumento de pessoas a experienciar uma DM e à semelhança da tendência que acompanha os restantes países europeus, o consumo de medicamentos psicoativos aumentou, registando-se um aumento de 45% entre 2017 e 2022, o que poderá estar diretamente relacionado com o baixo número de psicólogos a exercer no serviço nacional de

saúde (OCDE & OMS, 2023). Os motivos que estão na origem deste fenómeno poderão ser diversos. Por um lado, o aumento do diagnóstico de perturbações mentais e a maior facilidade de acesso aos fármacos, por outro lado, a pouca disponibilidade de intervenções não farmacológicas diretamente relacionadas com o baixo número de psicólogos a exercer no serviço nacional de saúde (OCDE & OMS, 2023). Atualmente Portugal é já um dos países da UE com maior consumo de antidepressivos e de ansiolíticos sendo que quase dois terços das receitas destes medicamentos foram prescritas por médicos de medicina geral e familiar e apenas 21% emitidas por especialistas em neurologia e psiquiatria (Madeira et al., 2023). Apesar de estes dados demonstrarem o papel dos médicos de família na prestação de serviços de saúde mental, chama também a atenção para a necessidade de aumentar o apoio à decisão clínica destes profissionais no apoio à pessoa com EDM (Madeira et al., 2023). Na realidade, os médicos de família assumem especial importância nos cuidados de saúde mental uma vez que, além de serem frequentemente o primeiro contacto para as pessoas que procuram apoio para a saúde mental são também responsáveis pelo diagnóstico e gestão de casos menos complexos (Madeira et al., 2023). Nos serviços de saúde locais são prestados os cuidados de saúde mental essenciais, sendo também os cuidados primários responsáveis pela articulação com os cuidados hospitalares (Madeira et al., 2023). Nestes são acompanhados os casos mais complexos e de longa duração, em regime de internamento ou de ambulatório (Madeira et al., 2023). Para este acompanhamento são essenciais profissionais da área da SM, no entanto, face ao aumento da procura de serviços de saúde mental após a pandemia de COVID-19, mesmo o aumento de 18% registado entre 2016 e 2021 do número de médicos psiquiatras consegue responder às necessidades da população portuguesa (OCDE & OMS, 2023). A par da escassez de pessoal clínico, também a falta de critérios de referenciação normalizados contribui para o aumento da lista de espera dos serviços de saúde mental. Isto resulta no não cumprimento dos tempos máximos de espera previstos em pelo menos cerca de 40% dos estabelecimentos de cuidados de saúde no SNS (OCDE & OMS, 2023). Assim, além do impacto a nível económico que poderá pressupor experienciar uma DM, as pessoas com EDM são também muitas vezes estigmatizadas, discriminadas e veem os seus direitos básicos serem negados. Em resultado disto, viver uma perturbação de saúde mental resulta muitas vezes no isolamento social, educação interrompida ou inacabada ou desemprego (OCDE & OMS, 2023).

## Referências

Madeira, Queiroz, & Henriques (2023). Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile. *Scientific reports* , 13, 6912, 1-13  
<file:///C:/Users/maria/Downloads/s41598-023-33765-0.pdf>

Observatório Nacional de luta contra a Pobreza [ONLCP], (2021). *A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico* (Boletim nº 7). <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-7-A-sa%C3%BAde-mental-em-Portugal-um-breve-retrato-epidemiol%C3%B3gico-1.pdf>

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] & Organização Mundial de Saúde [OMS] (2023). *State of Health in the EU. Portugal, Perfil de saúde do país*  
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6be7d83c-pt.pdf?expires=1713976490&id=id&accname=guest&checksum=35E706DBB197D72D59B85B4DE2915181>

World Health Organization [WHO] (2022). World mental health report. *Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

## APÊNDICE B- POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

A forma de encarar e de intervir com pessoas com EDM foi se transformando ao longo dos tempos, evoluindo da exclusão e encarceração presentes no passado, até à abordagem na comunidade preconizada pela OMS e que inspira a organização dos serviços de saúde mental portugueses na atualidade (OMS, 2001; CNSM, 2008; Fazenda, 2008; OPSS, 2019; RP, 2021; WHO, 2022).

Até ao final do século XVII, os doentes mentais (terminologia usada na época) e presos de delito comum encontravam-se encarcerados em conjunto, tendo sido neste período em que Pinel, em França, procedeu à sua separação passando a abandonar-se a ideia de punição para a ideia de tratamento (Cordeiro, 1994). Seguindo este pensamento foram surgindo, em 1880, as primeiras medidas de institucionalização psiquiátrica em Portugal (OPSS, 2019). Estas instituições eram apelidadas de manicómios ou asilos de alienados e foram, durante grande parte do século XIX, a única ferramenta de assistência em Portugal (OPSS, 2019). Neste período “a loucura começou a ser considerada uma doença, um problema de saúde, e já não uma questão de manutenção da ordem pública” (Fazenda, 2008, p. 20). Por isto, em 1909, ainda que representando um atraso em relação ao pensamento europeu, Portugal apresenta um Projeto de Lei de Proteção dos Alienados onde constam ideias como “a liberdade dos internados, a fortuna dos alienados e as obrigações das pessoas que têm doentes à sua guarda, mas também a prevenção e punição de maus-tratos sobre doentes, abusos sexuais e internamentos arbitrários” (OPSS, 2019, p. 93). Por esta altura a intervenção com pessoas com EDM era focalizada nos ditos hospitais mentais, instituições construídas fora dos centros urbanos, onde as pessoas permaneciam isoladas da sua família e da comunidade provocando a rutura com os laços familiares e sociais, a perda de individualidade e de identidade e onde muitas vezes estavam à mercê de maus-tratos físicos (Fazenda, 2008). O final da 2ª Guerra Mundial teve um impacto significativo para a luta pelos Direitos Humanos e para o início do recurso a alguns psicofármacos com eficácia terapêutica comprovada, assim, na década de 60 surgiram as primeiras críticas à intervenção com pessoas com EDM, até então orientada em moldes institucionais (OPSS, 2019). Percebeu-se então a urgência do abandono deste modelo tradicional de saúde mental, para modelos baseados na comunidade sendo privilegiados os cuidados ambulatoriais (OPSS, 2019). Legalmente esta abordagem teve início em

1963 com a promulgação da Lei da Saúde Mental (Decreto-Lei n.º 2118/1963) da qual surgiram a construção de centros de saúde mental em vários distritos (OPSS, 2019). Esta Lei deu início à renovação psiquiátrica “sendo que as políticas fundamentais incidiam na continuidade dos cuidados, na facilidade de acesso sem discriminação e na implicação da comunidade onde vive a pessoa com transtorno mental” (OPSS, 2019, p. 93). A par disto, estavam também subjacentes orientações para a prevenção e promoção da saúde mental bem como o foco no tratamento e reabilitação da DM (OPSS, 2019). Contudo, a falta de regulamentação desta lei, considerada avançada para a época, permitiu a continuação do internamento contra a vontade da pessoa com EDM como prática comum até aos anos 90 (OPSS, 2019).

A criação do SNS, em 1979, representou um marco significativo na abordagem à SM. Deste modo foi possível retomar as discussões sobre a integração da SM no domínio da saúde primária da qual resultou a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental em 1984 (OPSS, 2019). Foi entre 1984 e 1990, através da construção da rede de serviços psiquiátricos integrados, que foi possível a reestruturação dos Centros de Saúde Mental, responsáveis pelo acompanhamento das pessoas com EDM desde a fase de tratamento à reabilitação (OPSS, 2019). Seguindo esta linha de pensamento surge em 1992 o Decreto-Lei n.º 127 de onde resulta a integração dos serviços de saúde mental nos serviços de saúde geral. Apesar desta medida ter sido alvo de fortes resistências por associações que envolviam psiquiatras e outros profissionais, a década de 90 foi crucial na evolução das políticas em saúde mental em Portugal (OPSS, 2019). Ainda nesta década, em 1998, foi aprovada uma nova Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho) que deu início à regulação do internamento compulsivo e à priorização da promoção da prestação de cuidados ao nível da comunidade (OPSS, 2019). Relacionada com esta Lei, surgiu também o Decreto-Lei n.º 35/99, responsável pelo estabelecimento de princípios reguladores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental (OPSS, 2019). Juntamente com a legislação subsidiária, esta Lei de Saúde Mental foi responsável pela imposição do modelo comunitário na regulação da saúde mental em Portugal, sendo privilegiados de acordo com este modelo, a “descentralização dos serviços de prestação de cuidados, a desinstitucionalização, o combate ao estigma e pela reintegração” (OPSS, 2019, p. 96). Para auxiliar o movimento de apoio à desinstitucionalização e inserção comunitária, foram ainda criadas unidades socio-ocupacionais e residências na comunidade (Fazenda, 2008; OPSS, 2019).

Com o aparecimento da Psiquiatria Comunitária deu-se uma mudança de paradigma em relação à forma como se encara e intervém com a pessoa com EDM, abandonou-se um modelo onde as pessoas com EDM permaneciam internadas em hospitais psiquiátricos para um modelo que privilegia o tratamento na comunidade, sem afastar as pessoas da sua família, redes de suporte e comunidade (Fazenda, 2008). Em 2004 com o intuito de promover o debate sobre a saúde mental em Portugal, a Direção Geral da Saúde publicou a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental passando a estar, a Saúde Mental incluída no Plano Nacional de Saúde. Integrada nos hospitais gerais e centros de saúde (Fazenda, 2008; OPSS, 2019). Para acompanhar as iniciativas propostas pela OMS, foi estabelecida, em 2006, a Comissão Nacional para a Saúde Mental não só com o intuito de perceber a forma como estavam a ser prestados os cuidados de saúde mental em Portugal, mas, também, com o objetivo de conceber um plano que procurasse a reestruturação e o desenvolvimento destes cuidados (OPSS, 2019). Neste sentido, é criada, no mesmo ano, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] composta por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade” (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3857). Sendo objetivo da RNCCI promover a prestação de cuidados continuados integrados de saúde e apoio social a pessoas que se encontrem em situação de dependência por meio de ações de maior proximidade (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho).

Seguindo a tendência crescente do interesse pelos cuidados de Saúde Mental, em 2008, surge em Portugal o PNSM 2007-2016. Neste documento são defendidos valores relacionados com a integração da SM e a saúde em geral, com a preferência pelos cuidados de SM fora do contexto hospitalar, ou seja, na comunidade, com a proteção e garantia dos direitos humanos das pessoas com EDM e na organização e integração de cuidados (OPSS, 2019). Seguindo estes princípios orientadores, em articulação com a RNCCI e com os serviços locais de SM foram criadas, pela promulgação do Decreto-Lei 8/2010 de 28 de janeiro, equipas multidisciplinares de cuidados integrados de SM. Estas equipas são “habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação” (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, p. 257). Simultaneamente foram fundadas estruturas multidisciplinares responsáveis pela prestação destes cuidados, sendo elas equipas de apoio domiciliário, unidades sócio-ocupacionais e unidades residenciais destinadas a pessoas com EDM grave da qual resulte incapacidade psicossocial (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro). Apesar de o PNSM ter sido

produzido no ano de 2007 com o objetivo de vigorar até 2016, devido à crise económica que devastou Portugal entre 2010 e 2014, o PNSM foi interrompido entre 2011 e 2017 devido aos cortes orçamentais em saúde e à dissolução da Coordenação Nacional de Saúde Mental, justificando-se então a extensão do PNSM até 2020 (OPSS, 2019).

Face a tudo isto, fica perceptível que a forma de entender a saúde e a DM em Portugal está marcada por avanços e recuos. Ainda assim, é possível perceber o aparecimento de uma nova perspetiva sobre a DM e sobre o acompanhamento de pessoas com EDM. De acordo com Fazenda (2017), o modelo de SMC baseia-se na

visão biopsicossocial, que implica um conjunto de intervenções além do tratamento, como a psicoeducação, a reabilitação, o apoio residencial, o emprego apoiado, o treino de competências sociais e profissionais, para permitir que as pessoas com doença mental vivam na sua comunidade e participem em todos os contextos sociais (p. 95)

A adoção do modelo de SMC significa não só intervir com a pessoa com EDM, mas também com as respetivas famílias sendo para isto necessário o envolvimento de vários profissionais num processo no qual se torna crucial refletir sobre o papel que cada um destes grupos deve assumir (Ornelas, 2007). Neste sentido, Fazenda (2017), refere que além da inclusão social, promoção dos direitos humanos e acesso à cidadania plena da pessoa com EDM, este modelo exige também a “participação e articulação de diferentes serviços e de vários profissionais, além dos psiquiatras, como enfermeiros comunitários, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, animadores, numa perspetiva interdisciplinar” (Fazenda, 2017, p. 96). Esta articulação procura responder às necessidades, interesses e potencialidades da pessoa, nomeadamente na busca pela promoção e manutenção de laços sociais e de uma rede social de suporte e no fortalecimento do sentimento de pertença a uma comunidade (Ornelas, 2007).

Na tentativa de adoção do modelo de SMC e seguindo as diretrizes definidas pela União Europeia (CCE, 2005) foi necessária uma reorganização de serviços com o intuito de descentralizá-los, promovendo assim a proximidade com a comunidade. Para isto procurou-se criar departamentos de SM nos hospitais gerais, estando estes departamentos próximos dos cuidados de saúde primários, promover a articulação entre os diversos serviços das comunidades e constituir

equipas de SMC (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental [CNRSSM], 2007; CNSM, 2008; Fazenda, 2008). Claro está que, proceder a esta reestruturação implica várias alterações, entre elas mudanças a nível das instalações e de equipas e o desenvolvimento de novas formas de intervir o que pressupõe também a canalização de recursos financeiros, tudo isto torna este procedimento num processo de elevada complexidade (CNRSSM, 2007).

Apesar das tentativas de Portugal para acompanhar o sistema de saúde já predominante noutros países da europa, na prática, os constrangimentos relacionados com a falta de planeamento e de continuidade no esforço da melhoria de serviços traduzem-se num atraso significativo tanto no que diz respeito ao diagnóstico como ao tratamento e acompanhamento da pessoa com EDM (OPSS, 2019). Entre estes constrangimentos à implementação do PNSM, a Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental [CTARSM], destaca, por exemplo, “inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de SM, que incorporam os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação” (CTARSM, 2017, p. 34) e a prevalência de um “modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias” (CTARSM, 2017, p. 34). Assim são vários os constrangimentos e limitações de cariz político e económico que dificultam o processo de transição para um modelo de SMC, traduzindo-se em fraquezas que impactam diretamente os cuidados prestados pelo SNS na área da SM. Entre essas fraquezas, destacam-se a centralização dos serviços; a prevalência de um modelo ainda centrado no hospital, e não na comunidade; a “(...) resistência de mudança dos envolvidos (...); a falta de profissionais nesta área e de coordenação entre todos os envolvidos; o estigma; a monotorização e avaliação de qualidade pouco utilizadas (...)” (OPSS, 2019, p. 101).

Não fossem já grandes os obstáculos a dificultar este processo de transição, em 2020, Portugal e o Mundo depararam-se como uma emergência sanitária global causada pelo vírus SARS-CoV-2. A pandemia originada por este vírus modificou de forma abrupta o contexto de prestação de cuidados de saúde e significou um investimento na área da saúde sem precedentes para responder às novas necessidades que emergiam (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020). Neste período, verificou-se uma queda acentuada da atividade programada e não programada na rede de estabelecimentos do SNS (ERS, 2020). Assim, tanto pela ausência de acompanhamento

como pela situação vivida, a SM dos portugueses foi impactada de forma severa. Perante os impactos transversais a vários domínios causados pela pandemia foi formulado “um instrumento comunitário estratégico de mitigação do impacto económico e social da crise” (RP, 2021, p. 9) resultando no desenvolvimento do Mecanismo de Recuperação e Resiliência do qual surge o PRR.

Enquadrado pela Estratégica 2030 e respondendo às quatro agendas estratégicas preconizadas na mesma, o PRR português, é um programa de aplicação nacional que tem como principal objetivo funcionar enquanto instrumento de resposta à crise, tendo um período de execução até 2026 (RP, 2021). São três as dimensões estruturantes do PRR: a Resiliência, a Transição Climática e a Transição Digital que procuram dar a “resposta mais adequada aos efeitos da pandemia, promovendo os passos necessários à sustentação da economia e assumindo uma visão para a recuperação do país” (RP, 2021, p. 44). Estas três dimensões do PRR estendem-se em vinte componentes, sendo que o Serviço Nacional de Saúde está incluído na componente C1, que tem como objetivo “reforçar a capacidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, à inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expectativas de uma sociedade mais informada e exigente” (RP, 2021, p. 87). Para isto, é necessário dar resposta aos diversos desafios do sistema de saúde português sendo necessárias três reformas: a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, a Reforma para a SM e a Reforma do modelo de governação dos hospitais públicos (RP, 2021).

A Reforma para a SM encontra-se associada ao PNSM e à implementação da Estratégia para as Demências e tem em vista cinco eixos de intervenção. O primeiro, acompanhando a tendência já apresentada anteriormente, a desinstitucionalização de pessoas que usufruem dos cuidados da RNCCI para respostas residenciais na comunidade. O segundo objetivo relaciona-se com a conclusão da “cobertura nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária” (RP, 2021, p. 89). O terceiro pretende ampliar a RNCII-SM garantindo o aumento da cobertura nacional e do número de lugares. O quarto tem como intuito “qualificar os internamentos de psiquiatria forense e construir unidades forenses de transição para a comunidade (inimputáveis em liberdade para prova)” (RP, 2021, p. 89). E, o último, pretende implementar os Planos Regionais de Saúde para as Demências para garantir a existência de uma resposta intersectorial para as pessoas que vivem com demência,

para as suas famílias e cuidadores (RP, 2021). Em articulação com estes objetivos, pretende-se construir quatro novas unidades de internamento em hospitais gerais, criar 15 Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), requalificar as instalações já existentes dos SLMS, criar 40 equipas comunitárias de acordo com os rácios previamente definidos no PNSM, alargar a RNCCI-SM, contruir uma nova unidade forense e remodelar duas das já existentes (RP, 2021). Em conjunto com a Componente 3 (Reforma Nova Geração de Equipamentos e Respostas Sociais) são também objetivos o alargamento de respostas de cuidados integrados de SM em 50 residências e unidades sócio ocupacionais (até 1000 lugares) e das equipas de apoio domiciliário de SM (até 100 lugares em 10 equipas) (RP, 2021). Com a execução do consagrado no PRR espera-se garantir os cuidados de SM a toda a população. Sendo expectável que a intervenção seja orientada de acordo com o modelo de SMC, dando lugar a uma intervenção orientada por princípios que privilegiem o empoderamento e participação das pessoas com EDM e respetivos familiares no planeamento e avaliação de serviços. Esta ideia torna evidente a “importância da RP da integração social e do apoio às famílias” das pessoas com EDM (Fazenda, 2008, p. 23; RP, 2021).

## Referências

- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – *Saúde mental: nova conceção, nova esperança*. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0205.pdf>
- Comissão das Comunidades Europeias – CCE (2005). *Livro Verde: melhorar a saúde mental da população, rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias. [https://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_pt.pdf)
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – CNRSSM (2007). *Relatório proposta de plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal 2007-2016*. Ministério da Saúde. <https://www.fnerdm.pt/wp-content/uploads/2018/05/Reestrutura%C3%A7%C3%A3o-e-Desenvolvimento-dos->

[Servi%C3%A7os-de-Sa%C3%BAde-Mental-em-Portugal-Plano-de-a%C3%A7%C3%A3o-2007-2016.pdf](#)

Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental [CTARSM], (2017) *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e Propostas Prioritárias para a Extensão a 2020*. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Conselho Nacional de Saúde Mental [CNSM], (2002). *Propostas e Recomendações* <https://www.sg.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/09/Recom2002.pdf>

Decreto-Lei n.º 2118/63. *Diário do Governo* n.º 79/1963. Série I de 3 de abril de 1963. 327-332 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1963/04/07900/03270332.pdf>

Decreto-Lei n.º 36/98. *Diário da República* n.º 169/1998, Série I de 24 de julho de 1998. 1-21 [file:///C:/Users/maria/Downloads/Consolida%C3%A7%C3%A3o%20Lei%20n.%C2%BA%2036\\_98%20%20-%20Di%C3%A1rio%20da%20Rep%C3%ABlica%20n.%C2%BA%20169\\_1998,%20S%C3%A9rie%20I-A%20de%201998-07-24.pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/Consolida%C3%A7%C3%A3o%20Lei%20n.%C2%BA%2036_98%20%20-%20Di%C3%A1rio%20da%20Rep%C3%ABlica%20n.%C2%BA%20169_1998,%20S%C3%A9rie%20I-A%20de%201998-07-24.pdf)

Decreto-Lei n.º 35/99. *Diário da República* n.º 30/1999, Série I de 5 de fevereiro de 1999. 676-681. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/02/030a00/06760681.pdf>

Decreto-Lei n.º 101/06. *Diário da República* n.º 109/2006, Série I de 6 de junho de 2006. 3856-3865. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>

Decreto-Lei n.º 8/10. *Diário da República* n.º 19/2010, Série I de 28 de janeiro de 2008. 257-263. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2010/01/01900/0025700263.pdf>

Decreto-Lei n.º 35/23. Lei da Saúde Mental. *Diário da República* n.º 141/2023, Série I de 23 de julho de 2023. 2-23 <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/07/14100/0000200023.pdf>

Fazenda, I. (2008). *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*. Climepsi.

Fazenda, I., (2017). Saúde mental em Portugal, constrangimentos e desafios para o Serviço Social. *Ciências e Políticas Públicas*. vol. III, N.º 1, 81-104. <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/38/33>

Ministério do Planeamento [MP] (2021). *Recuperar Portugal, contruindo o Futuro. Plano de Recuperação e Resiliência* <https://recuperarportugal.gov.pt/wp-content/uploads/2021/10/PRR.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], (2019). *Saúde. Um direito humano. Relatório de primavera 2019*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2019.pdf>

World Health Organization [WHO] (2022). World mental health report. *Transforming mental health for all*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

## **APÊNDICE C– GUIÃO ORIENTADOR CONVERSAS INTENCIONAIS COM EQUIPA PMDP**

Como surgiu o PMDP?

Há quanto tempo está o PMPD em funcionamento?

De que forma tem vindo a evoluir o PMDP?

Como é feito o encaminhamento das pessoas para o PMDP?

As pessoas chegam ao PMDP maioritariamente por iniciativa própria ou por sinalização de outras entidades?

Existem critérios específicos para integrar o PMDP?

O que acontece se as pessoas não comparecerem às entrevistas marcadas?

O que acontece se a pessoa não pretender frequentar nenhum dos GASM?

Como são escolhidos os GASM para cada pessoa?

Inicialmente, os GASM foram pensados como uma resposta direcionada a pessoas com DMG. No entanto, atualmente, a maioria dos participantes tem DMC. A que se deve esta mudança? Foi uma decisão intencional, uma adaptação às realidades do terreno ou um resultado de outros fatores?

Como avaliam os efeitos ou o impacto do PMDP na vida das pessoas acompanhadas?

## APÊNDICE D- CARACTERIZAÇÃO GLOBAL PARTICIPANTES

Contexto A: "Jovens com Futuro"

NOME	IDADE	SITUAÇÃO PROFISSIONAL	HISTÓRIA CLÍNICA	OUTRAS INFORMAÇÕES
Cristina	25-28 anos	Desempregada	Apresentou-se enquanto neuro divergente e com ansiedade social. Diagnóstico conhecido há dois anos.	Mora com o namorado e seus familiares. Ficou grávida ao longo do desenvolvimento do projeto.
Ana	25-28 anos	Desempregada/ Freelancer	Apresentou-se referindo ter ansiedade social. Diagnóstico conhecido durante funcionamento do grupo.	Mora com os pais.
Orlando	25-28 anos	Desempregado	Não fez referência à sua condição de saúde.	Mora com os pais.

## APÊNDICE E – REGISTOS ATIVIDADES REALIZADAS NA ABRAÇO AMIGO







## APÊNDICE F- GUIÃO ORIENTADOR CONVERSAS INTENCIONAIS COM AS PESSOAS IDOSAS

### 1. Perceber como se sentem em relação a estar na instituição:

- Há quanto tempo estão na instituição?
- Como foi a mudança?
- Gostam ou não do dia a dia na instituição?

### 2. Relações dentro da instituição:

- Com quem costumam conversar durante o dia?
- Gostam de estar em grupo?
- Relações com a equipa de profissionais: como se sentem tratados?

### 3. Relação com a família;

(algumas pessoas podem não ter familiares ou ser um tema sensível por isso tentar que a conversa seja mais natural, mas tentar perceber:)

- Se mantém relações com familiares ou amigos de fora da instituição;
- Se costuma ter visitas na instituição;
- Se costuma sair da instituição com familiares/amigos;

### 4. Quotidiano na instituição

- Como são os dias aqui?
- Gostam das atividades? De qual gostam mais?

### 5. Vida antes da instituição:

- O que fez na vida antes da institucionalização? (trabalho, viagens, hobbies...)

## APÊNDICE G- CARACTERIZAÇÃO GERAL PARTICIPANTES

Contexto B: Abraço Amigo

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO NA ERPI	PROFISSÃO	HÁBITOS, GOSTOS, INTERESSES	OUTRAS INFORMAÇÕES
Raquel	Casa dos 80	Viúva	7 anos	"Jornaleira" (jardinagem, agricultura, costura)	Costura, terço, piscina	Participa de forma voluntária nas tarefas da ERPI (colocar/levantar a mesa)
Henrique	Quase 90	Viúvo	2 anos	Administrativo	Jogar as cartas	Deixou de jogar devido a problemas de audição/visão
Manuela	Casa dos 80	Viúva	1 mês	"Jornaleira" (agricultura)	Crochet, jogar as cartas, jogar dominó, pintar	Veio por escolha. Tinha frequentado anteriormente um centro de dia.
Lúcia	Casa dos 70	Viúva	10 anos	"Jornaleira" (agricultura,	Pintar, terço	Dificuldades de visão.

				pasto de animais		
Rita	Quase 90	Viúva	1 ano	Empregada fabril, comerciante	Pintar, escrever, crochet	
Eva	Casa dos 80	Viúva	3 anos	Empregada fabril	Ler, terço	Dificuldades de visão e audição
Rosa	Casa dos 90	Viúva	2 anos	Comerciante	Jogar dominó	Viveu na Inglaterra
Luísa	Casa dos 90	Viúva	3 anos	Doméstica	Não participa em nenhuma atividade.	Solicita apoio diário para caminhar

## APÊNDICE H: ANÁLISE COMPLEMENTAR DA REALIDADE

### CONTEXTO A: PMDP

Este apêndice tem como finalidade apresentar uma análise mais alargada da realidade do contexto A – o PMDP. Ao longo do presente relatório foram identificadas e descritas as problemáticas específicas que orientam o desenho e desenvolvimento do projeto. No entanto, importa referir que, no decurso da presença e da observação neste contexto, foram igualmente identificados outros problemas e necessidades relevantes, ainda que, por diversos motivos, não tenham sido alvo de intervenção no âmbito deste projeto.

Uma das fragilidades identificadas relaciona-se com a ausência de estratégias de avaliação do PMDP (P4). Através da consulta de documentos, de conversas intencionais com profissionais da equipa e da observação foi possível constatar que não existe, ainda, um registo consolidado do número real de pessoas que frequentam os GASM, dificultando o acompanhamento rigoroso do seu desenvolvimento e evolução. Paralelamente, a escassez de momentos de proximidade com as pessoas participantes nos GASM limita o conhecimento sobre o impacto efetivo da sua participação nas dinâmicas grupais, nomeadamente em termos de bem-estar, promoção de autonomia, redução de isolamento social ou melhoria do estado de SM. Embora existam momentos pontuais de recolha de feedback – por exemplo, nas visitas mensais de supervisão ou durante as reavaliações (idealmente realizadas a cada quatro meses) –, a informação obtida não se encontra sistematizada em documentos específicos nem está organizada de forma acessível e passível de análise. Esta lacuna torna-se particularmente crítica à luz da complexidade crescente na gestão do projeto. A falta de critérios claros e operacionais para o acompanhamento e avaliação do PMDP parece estar a gerar confusão relativamente às pessoas para quem se dirige. Em diferentes momentos observou-se que são encaminhadas para a entrevista que, segundo os pressupostos originais do projeto, não se enquadram no perfil inicialmente definido. Em certos casos, as pessoas chegam à entrevista sem saber o propósito da mesma ou revelam já ter uma rotina ocupacional preenchida que inviabiliza a participação em atividades operacionais. Como referido por um elemento da equipa, “ao ritmo que as entrevistas têm sido feitas, se toda a gente participasse mesmo nos GASM haveria já uma sobrelotação de atividades”. Além do elevado número de encaminhados, a ausência de respostas comunitárias gratuitas com objetivos

semelhantes agrava a situação. Tal como foi partilhado por uma profissional do departamento, “causa muita estranheza encaminhar pessoas para atividades na comunidade que não são gratuitas”. Este facto realça o papel crucial que o PMDP tem assumido na oferta de respostas comunitárias dirigidas a pessoas com EDM, gerando um volume de encaminhamentos superior à capacidade instalada. Por fim, destaca-se ainda a dificuldade em avançar com grupos autogeridos, idealizados como meta de maior autonomia dos participantes. A equipa reconhece a importância de promover a gestão autónoma dos grupos, no entanto, manifesta reservas quanto à capacidade de autorregulação dos mesmos, nomeadamente no que se refere à gestão dos relacionamentos interpessoais, o que tem adiado o desenvolvimento desta estratégia. A ausência de um modelo de avaliação impacta, assim, de forma significativa a eficácia, a sustentabilidade e a clareza da intervenção do PMDP, reforçando a necessidade de desenhar linhas orientadoras para o acompanhamento dos GASM, bem como de instrumentos de monitorização e avaliação contínua dos seus impactos.

Outro problema identificado prende-se com a escassez de recursos humanos, físicos e materiais (P5). Esta limitação manifesta-se, por um lado, no constrangimento da capacidade de acompanhamento contínuo e individualizado às pessoas com EDM integradas nos GASM, e, por outro lado, na fragilidade dos processos de avaliação e monitorização do próprio projeto. A escassez de recursos disponíveis condiciona diretamente a presença regular da equipa nos grupos, bem como a frequência e profundidade das reavaliações, comprometendo a consolidação de um modelo de intervenção baseado nas necessidades dos seus participantes. Este problema, contudo, ultrapassa os limites do contexto do PMPD e mesmo do DSM do HPH, assumindo uma dimensão macrossocial, comum à generalidade dos serviços públicos de SM em Portugal. Assim, este problema não poderia ser passível de resposta ao longo do desenho e desenvolvimento deste projeto, porém, pela forma como impacta as respostas dirigidas às pessoas com EDM, foi alvo de análise e reflexão. Segundo dados da Entidade Reguladora da Saúde [ERS], relativos à atividade de consultas em SM no primeiro semestre de 2023, 39% das pessoas à espera da sua primeira consulta aguardou mais do que o tempo máximo de resposta garantido [TMRG], fixado por lei. A situação torna-se ainda mais crítica no caso dos utentes classificados como “muito prioritários”, dos quais mais de 50% ultrapassaram igualmente o TMRG, demonstrando uma incapacidade estrutural de resposta atempada. No final desse período, havia ainda cerca de 20 mil pessoas a aguardar a sua primeira consulta de SM, das quais 57% “muito prioritários”, 45%

“prioritários” e 29% das pessoas com prioridade “normal” tinham já ultrapassado o prazo legalmente estipulado (ERS, 2023). Uma das causas para esta realidade é, precisamente, a escassez de profissionais especializados. Conforme dados do Conselho Nacional de Saúde [CNS], o rácio de médicos psiquiatras no SNS é de 8 por 100 mil habitantes, significativamente inferior à média dos países da OCDE, que se situa nos 17/100 mil habitantes. No que diz respeito à Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Portugal apresenta 6.5 especialistas por 100 mil habitante, contrastando com uma média 18/100 mil habitantes nos restantes países da OCDE (CNS, 2019). Apesar deste cenário adverso, importa reconhecer que foi precisamente a partir de uma realidade de escassez que emergiu o PMDP, idealizado por uma equipa reduzida, mas motivada a desenvolver respostas inovadoras na comunidade, com enfoque na RP. Ainda que este projeto enfrente limitações ao nível da sua monitorização e avaliação, é inegável o seu contributo positivo para a promoção da SM de muitas pessoas do concelho de Matosinhos, constituindo um exemplo de resiliência profissional.

Importa ressaltar que as problemáticas aqui identificadas, nomeadamente a ausência de estratégias de avaliação do PMDP, não passaram despercebidas à equipa. Neste sentido, foi elaborado um primeiro esboço do desenho de projeto, com o seguinte OG: Promover um processo de avaliação participativa do PMDP. Para a sua concretização, foram pensados três OE:

OE5.1. Reconhecer a importância de um processo de avaliação contínua no PMDP. OE5.2. Envolver todos os participantes do PMDP (participantes, dinamizadores, profissionais) OE5.3 Identificar necessidades e sucessos do PMDP.

Com vista prossecução dos objetivos elencados, foram selecionadas como estratégias principais: conversas intencionais com a equipa do PMDP e com os participantes dos GASM, bem como a realização de um Grupo Focal com os dinamizadores das atividades realizadas nos GASM. Estas estratégias foram pensadas como forma de garantir a recolha de perspetivas diversificadas, promover a participação dos diferentes intervenientes no processo avaliativo e reforçar a centralidade das pessoas com EDM na construção de respostas ajustadas às suas necessidades. Não obstante o reconhecimento da relevância desta problemática e a definição de objetivos e estratégias de intervenção ajustadas, não foi possível desenvolver a ação desenhada, devido a diversos constrangimentos.

## Referências

Conselho Nacional de Saúde [CNS], (2019). *Sem mais tempo a perder: A saúde mental e a ação interinstitucional*. Conselho Nacional de Saúde. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde [ERS] (2023). *Acesso a cuidados de saúde mental nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. [https://www.ers.pt/media/5oopoywj/estudo\\_saude\\_mental\\_20\\_12\\_23.pdf](https://www.ers.pt/media/5oopoywj/estudo_saude_mental_20_12_23.pdf)

## APÊNDICE I – ANÁLISE COMPLEMENTAR DA REALIDADE

### CONTEXTO B: ABRAÇO AMIGO

Este apêndice tem como finalidade apresentar uma análise mais alargada da realidade do contexto B – a Abraço Amigo. Ao longo do presente relatório foram identificadas e descritas as problemáticas específicas que orientam o desenho e desenvolvimento do projeto. No entanto, importa referir que, no decurso da presença e da observação participante neste contexto, foram igualmente identificados outros problemas e necessidades relevantes, ainda que, por diversos motivos, não tenham sido alvo de intervenção no âmbito deste projeto.

O quarto problema identificado neste contexto converge com o P5 anteriormente descrito o contexto A, estando relacionado com a escassez de recursos humanos, particularmente no que respeita ao reduzido número de elementos que integram a equipa técnica da ERPI. Esta equipa é responsável, pelo levantamento de necessidades, problemas e interesses das pessoas idosas bem como por um acompanhamento mais próximo e personalizado. Excluindo a presença temporárias de uma educadora social que se encontra a desenvolver estágio profissional na ERPI, que, apesar de estar a acompanhar a animadora sociocultural, não é tida em conta na identificação deste problema uma vez que é uma situação temporária e que não representa o habitual da instituição, a equipa técnica da ERPI é constituída apenas pela DT e pela AS, ambas Psicomotricistas de formação. Apesar de a DT procurar apoiar a AS sempre que possível, as exigências do cargo e as funções administrativas e de coordenação que desempenha reduzem significativamente a sua disponibilidade para o acompanhamento direto das atividades e das pessoas idosas. Assim, recai sobre a AS a responsabilidade pela gestão e dinamização das atividades dirigidas às cerca de 50 pessoas idosas que frequentam habitualmente a sala de atividades. Para que seja perceptível, das seis horas e meio de trabalho diário da técnica, quatro horas são passadas na execução de atividades com o grande grupo, restando cerca de duas horas e meia para todas as outras funções: planificação e avaliação das atividades, preparação de materiais e ainda apoio às AAD nas deslocações e refeições. Face a esta carga horária e à multiplicidade de tarefas, torna-se evidente que o tempo disponível para estabelecer relações de maior proximidade com as pessoas, escutá-las e conhecer as suas histórias de vida, dificuldades e expectativas é extremamente reduzido – por vezes, inexistente.

Neste sentido, recupera-se a reflexão de Araújo et al. (2018), que alertam para o risco de as atividades se tornarem meramente “coisas que se fazem” (p.24), cumprindo apenas uma função ocupacional superficial. As autoras defendem que o planejamento e desenvolvimento de atividades no contexto de intervenção social e gerontológica, devem ser encarados como um processo exigente, que “exige a nossa reflexão e a participação de quem delas vai usufruir”, salientado assim, a importância da participação ativa das pessoas que vão usufruir as atividades no seu planejamento (Araújo et al.,2018). Assim, apesar da boa vontade, do bom senso e da responsabilidade dos profissionais envolvidos, a falta de condições estruturais – nomeadamente tempo e recursos humanos – limita a possibilidade de desenvolver atividades que respeitem efetivamente a individualidade e os desejos das pessoas idosas (Araújo et al. 2018). Conforme assinalado por Araújo et al. (2018), a verdadeira ação promotora de bem-estar e SM nas ERPI exige a construção de uma relação ao longo do tempo: estar com a pessoa idosa, conhecê-la e escutá-la. Quando esta disponibilidade não existe, como se observa na realidade da Abraço Amigo, o risco de despersonalização, desmotivação e agravamento do sofrimento psíquico das pessoas institucionalizadas torna-se preocupante. A ausência de uma escuta ativa e sistemática das suas vivências compromete o seu processo de integração e reforça sentimentos de invisibilidade e inutilidade, afetando negativamente a sua SM e emocional.

O último problema identificado prende-se com a existência de relações conflituosas dentro da instituição (AAD-Animadora; AAD-AAD; AAD-Equipa Enfermagem) (P6). Este problema foi reconhecido por diversos atores sociais, incluindo a AS, a DT, as AAD, a equipa de enfermagem, bem como por algumas pessoas idosas que várias vezes relatam a sua perceção e desconforto face a discussões presenciadas no quotidiano da instituição. São vários os fatores que contribuem para a manutenção deste problema.

Em primeiro lugar, destaca-se a existência de desvalorização do trabalho da AS por parte de algumas AAD, sendo que expressam comentários depreciativos. Estas manifestações alimentam um clima de tensão e rivalidade entre ambas as funções, fragilizando o trabalho colaborativo e afetando a qualidade da intervenção técnica e do ambiente institucional. Em segundo lugar, foram frequentemente relatos conflitos entre as próprias AAD, muitas vezes motivados por perceções de injustiça na distribuição do trabalho ou pela dificuldade em trabalhar em equipa. São recorrentes frases como “fazem o delas e o resto que se lixe” (AAD) ou eu faço tudo e a outra não

faz nada”, demonstrando sentimentos de frustração e sensação de desequilíbrios na carga laboral. Acresce ainda uma desvalorização de determinados turnos por parte de algumas profissionais – por exemplo, a perceção de que o turno da manhã é mais leve – o que agrava a tensão entre colegas e dificulta a articulação nas tarefas partilhadas. Em terceiro lugar, verificam-se também tensões entre a AAD e a equipa de enfermagem, nomeadamente pela desconsideração de orientações clínicas, pelo questionamento das decisões da equipa de enfermagem e, por vezes, pela desautorização do seu trabalho. Esta postura compromete a comunicação e a cooperação, essenciais ao funcionamento da ERPI.

A análise destes conflitos, permite perceber que estão na sua base sentimentos de desvalorização, sobrecarga emocional e laboral, falhas de comunicação entre turnos e dinâmicas estruturais rígidas, como a tendência a manter as mesmas AAD afetas aos mesmos horários, o que pode limitar a rotatividade e dificultar a criação de uma cultura colaborativa. Perante este cenário, torna-se essencial criar espaços de diálogo e partilha entre os diferentes grupos profissionais – AAD, pela equipa técnica e equipa de enfermagem – com o objetivo de estimular o trabalho em equipa e o respeito mútuo. A promoção de momentos regulares de reflexão conjunta e de mediação de conflitos, associados a estratégias de valorização das funções e competências de cada grupo, poderá contribuir significativamente para a melhoria do clima organizacional e, conseqüentemente, para o bem-estar dos profissionais e das pessoas a morar na instituição.

## Referências

Araújo, M., J., Vieira, A., Gomes, N., (2018). Jovem há muito mais tempo que tu: Um ensaio sobre as atividades de tempos livres em contextos institucionais. *Praxis Educare*. 5, 23-31. <http://www.aptses.pt/wp-content/uploads/2020/03/PRAXIS-EDUCARE-n.%C2%BA-5-2018.pdf>

## APÊNDICE J- SISTEMATIZAÇÃO DESENHO PROJETO

Problemas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Ações
<p>P1- Isolamento social e/ou a solidão vivenciados quer pelas pessoas com EDM que integram o PMDP, quer pelas pessoas idosas que moram na Abraço Amigo</p>	<p>OG1: Contrariar o isolamento social e/ou a solidão através do desenvolvimento de relações de proximidade</p>	<p>OE1.1: Iniciar e manter interações de forma espontânea com outras pessoas; OE1.2: Relacionar-se com os outros, partilhando experiências, interesses e emoções; OE1.3: Estar presente e participar de forma ativa e regular nos encontros/atividades.</p>	<p>Ação1: "Jovens com Futuro"</p>



	<p>organização e dinamização das atividades do cotidiano da ERPI</p>	<p>da participação ativa das pessoas idosas na planificação e dinamização do dia a dia na instituição. OE3.3 Criar e facilitar espaços de escuta ativa que promovam a expressão dos gostos, interesses e motivações pessoais das pessoas idosas. OE3.4. Desenvolver estratégias com vista ao envolvimento das pessoas idosas na organização, desenvolvimento e avaliação das atividades.</p>	
--	--	--	--

## APÊNDICE K- SISTEMATIZAÇÃO E REGISTOS DA AÇÃO “JOVENS COM FUTURO”

Data	Local	Participantes	Descrição	Intencionalidade	Notas
05/03/2024  (1ª sessão)	DSM	Orlando, Ana, Cristina, João, Martim, Mariana S., Mariana P.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação: dinâmica em pares;</li> <li>- Expectativas, organização e formação grupo;</li> <li>- Jogo “Hands Up” (sugestão Cristina);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar-nos a conhecer;</li> <li>- Conhecer os participantes;</li> <li>- Definir o funcionamento do grupo;</li> <li>- Dar espaço aos elementos do grupo para participar de forma voluntária e interessada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Cristina partilhou que era da sua preferência que fosse um grupo fechado;</li> <li>- A Cristina partilhou que não gostava de jogos de tabuleiro, inclusive nunca tinha tido grande oportunidade de jogar porque não tinha com quem o fazer, contudo, demonstrou-se disponível para novas experiências;</li> <li>- O João referiu que apenas foi à sessão por recomendação da médica psiquiatra e que não iria comparecer em mais nenhuma sessão;</li> <li>- A Ana participou na sessão quando era solicitada a sua participação;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre a sessão seguinte;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sobre temas à escolha dos mesmos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrariamente ao perfil descrito pela médica psiquiatra, o Orlando participou ativamente na sessão, não evidenciado a timidez que segundo a profissional o caracterizava;</li> </ul>
12/03/2024 (2ª sessão)	DSM	Orlando, Martim, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogo: <i>"Party and Company"</i>;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quebrar o gelo;</li> <li>- Desafiar os participantes a sair da sua zona de conforto;</li> <li>- Estimular os participantes a novas experiências/atividades;</li> <li>- Promover a construção de uma relação de confiança e amizade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A formação das equipas de jogo foi feita pelos participantes, tendo desde início a Cristina solicitado a Ana para ser sua dupla e, o Orlando quis formar equipa com o Martim;</li> <li>- Todos os participantes estiveram disponíveis para conhecer e seguir as regras do jogo;</li> <li>- Quando algum dos elementos tinha de fazer "mímica", todos se envolviam na dinâmica (nas primeiras tentativas nesta categoria os participantes estavam mais tímidos, mas no decorrer da sessão demonstram maior à vontade);</li> </ul>

					<p>- No final da sessão, a Cristina convidou os participantes para uma <i>Escape Room</i> na semana seguinte, uma vez que as mestrandas iam estar ausentes;</p> <p>- Foi criado um grupo de WhatsApp por iniciativa da Cristina;</p>
26/03/2024 (3ª sessão)	DSM	Orlando, Martim, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	- Discussão sobre costumes e tradições da festividade que se aproxima: a Páscoa;	- Promover a partilha de experiências, emoções e atividades desenvolvidas no decorrer da semana;	<p>- A Ana comunicou ao grupo que a Cristina ia estar ausente porque estava doente;</p> <p>- O Orlando e a Ana partilharam que durante a semana não faziam nada, permanecendo a maioria do tempo em casa, sendo as saídas eram na companhia dos familiares;</p>

			-Jogos de Cartas;	- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;	- O Orlando levou novamente um baralho de cartas e sugeriu alguns jogos que o grupo aceitou;  - O Martim esteve mais calado que o habitual no decorrer da sessão;
02/04/24  (4ª sessão)	DSM	Orlando, Ana, Mariana S., Mariana P.,	- Jogo "Sueca";  - Jogo "STOP";  - Discussão sobre a organização das sessões;	- Discutir a organização das sessões;  - Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;  - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;	- A Ana aceitou a sugestão do Orlando para jogar ao jogo da "sueca", apesar de não conhecer as regras do mesmo, mencionou "Não sei, mas posso aprender";  - A Ana sugeriu jogar ao jogo "Stop"  - As mestradas questionaram o grupo sobre a presença de um interno de psiquiatria, sendo que a Ana mencionou que "É uma boa ideia" e o Orlando mencionou ser uma ideia "muito fixe"  - No final da sessão o Orlando referiu "É tão bom sair de casa";

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante a discussão sobre a organização das sessões, ficou decidido pensar de uma semana para a outra o que poderíamos fazer para evitar situações em que se pretendia fazer uma determinada atividade, mas não estavam disponíveis os materiais;</li> </ul>
09/04/2024 (5ª sessão)	DSM	Orlando, Martim, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P., interno psiquiatria	- Jogo "UNO";	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uma vez que na semana anterior o Orlando queria jogar ao <i>Uno</i>, mas ninguém tinha o jogo, nesta sessão o mesmo levou consigo o baralho de cartas que permitiu jogar durante toda a sessão;</li> <li>- Contrariamente ao que ocorreu na 1ª sessão, quando os participantes se apresentaram ao interno de psiquiatria apenas mencionaram o seu nome;</li> <li>- A Cristina não sabia as regras do jogo, no entanto aprendeu rapidamente e participou ativamente,</li> </ul>

				<p>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>interagindo com todos os elementos do grupo, mas sendo mais reservada com o interno de psiquiatria;</p> <p>- O Martim chegou atrasado à sessão. No final da sessão despediu-se dos elementos femininos com dois beijos, sendo que a Cristina não lhe permitiu este contacto, demonstrando-se desconfortável e estendendo-lhe a mão;</p> <p>- No final da sessão, o interno de psiquiatria deu o seu feedback sobre a mesma, tendo sido o mesmo bastante positivo em relação à dinâmica do grupo;</p>
16/04/2024	DSM	Orlando, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	- Desenho de caricaturas;		<p>- Por sugestão da Ana, esta sessão foi dedicada ao desenho de caricaturas dos elementos do grupo, tendo sido as mesmas escolhidas de forma aleatória;</p>

(6ª sessão)			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche convívio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</li> <li>- Valorização de competências pessoais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No decorrer da sessão todos se envolveram na atividade, partilhando simultaneamente interesses, informações pessoais e experiências;</li> <li>- A partir desta sessão, as mestrandas sentiram que os participantes do grupo passaram a manter mais contacto visual.</li> <li>- A Ana foi bastante elogiada por todos os elementos do grupo pela qualidade dos seus desenhos.</li> </ul>
23/04/2024 (7ª sessão)	DSM	Orlando, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogo "Jenga"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Orlando partilhou que na sessão da semana seguinte seria a última em que poderia estar presente, já que o mesmo iria frequentar uma formação cujo horário se sobreponha ao do grupo;</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafiar os participantes a sair da sua zona de conforto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha de emoções que estavam a deixar os participantes apreendidos;</li> </ul>
<p>30/04/2024</p> <p>(8ª sessão)</p>	DSM	<p>Orlao, Ana,</p> <p>Mariana S.,</p> <p>Mariana P.,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogo "2 verdades, 1 mentira"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um momento simbólico de despedida para o Orlando;</li> <li>- Procurar construir alternativas para manter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Última sessão com a presença no Orlando, que agradeceu às mestrandas do grupo oferecendo de forma simbólica uma orquídea e um abraço;</li> <li>- O desenvolvimento da sessão ficou ao critério do Orlando;</li> <li>- A Cristina levou uma sobremesa confeccionada por si;</li> <li>- A Cristina convidou o grupo para um churrasco em sua casa e o Orlando e a Ana responderam prontamente que sim;</li> <li>- No final da sessão o Orlando estava visivelmente emocionado por ser o último encontro em que poderia estar presente tendo mencionado que "só me apetece</li> </ul>

			<p>- “Despedida” Orlando com lanche convívio;</p>	<p>a relação entre o Orlando e o grupo;</p> <p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p> <p>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</p>	<p>chorar”. As mestrandas conversaram com o mesmo, mencionando que poderiam ser feitas algumas alterações no desenvolvimento das sessões de modo que o Orlando pudesse participar em algumas das mesmas;</p>
07/05/2024	DSM		<p>-Jogo “STOP”;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p>	<p>- A Cristina sugeriu jogar novamente ao jogo “2 verdades e 1 mentira”, porque queria aproveitar essa atividade para partilhar com o grupo que estava grávida de 3 meses. No decorrer da sessão partilhou também os receios que foi sentido ao longo destes 3 meses. Além disso revelou que tinha recorrido ao seu automóvel para se deslocar até ao local da sessão</p>

(9ª sessão)		Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	- Jogo "2 verdades, 1 mentira";	- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;	com o intuito de se desafiar e ultrapassar a ansiedade que sentia ao conduzir;
14/05/2024  (10ª sessão)	DSM	Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	- Partilhas sobre o churrasco convívio organizado pela Cristina;  - Discussão de assuntos da atualidade;	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;  - Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;  - Fomentar discussões sobre assuntos da atualidade e crenças relativas a determinadas temáticas de forma a permitir que os	- A Ana partilhou que tinha ido a um clube de poesia com uma amiga e que tinha gostado bastante do momento. Partilhou também que, no fim de semana, ela, o Orlando e o Martim foram a um almoço convívio na casa da Cristina;  - Quando a Cristina chegou confessou ter sido a primeira vez que recebeu amigos em sua casa.  - Tanto a Cristina como a Ana revelaram ter ficado muito contentes com a presença do Martim neste convívio;

				<p>participantes se conheçam de forma mais profunda;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencionaram que tiveram a oportunidade de conversar, de jogar jogos de tabuleiro e <i>playstation</i>, considerando que era uma experiência a repetir;</li> <li>- Durante a sessão foram abordados assuntos, nomeadamente estabelecimentos prisionais, reinserção social e tempos pandémicos;</li> <li>- No final da sessão ficou combinado que na semana seguinte, caso a meteorologia assim o permitisse, iríamos fazer um piquenique num parque de lazer, sendo que cada um ficou responsável por levar uma bebida/alimento.</li> </ul>
21/05/2024  (11ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S., Mariana P.,	- Caminhada;  - Lanche convívio	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;	- A Ana convidou a Cristina para ir a uma sessão de poesia com a mesma no dia 3 de junho;

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a criação de uma relação de confiança e amizade;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversas sobre experiências do passado, nomeadamente mudanças de coloração de cabelo ao longo dos anos e os tempos de escola;</li> </ul>
31/05/2024 (12ª sessão)	Parque da cidade	Orlando, Cristina, Mariana S.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche convívio;</li> <li>- Jogo "Dominó";</li> <li>- Música ao vivo (Orlando)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> <li>- Valorização de competências pessoais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Orlando comentou que tinha muitas saudades de tocar numa banda, mas sentia que não era o momento de regressar;</li> <li>- A Cristina partilhou que era muito aventureira, tendo partilhado algumas atividades que gostava de fazer com o grupo, nomeadamente saltar de avião;</li> </ul>

<p>04/06/2024 (13ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Mariana S.</p>	<p>- Lanche convívio  - Ida ao - NorteShopping;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;  - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;  - Potenciar a presença em espaços mais desafiadores para os participantes;</p>	<p>- A Cristina e a Ana partilharam como tinha sido a experiência de ir à sessão de poesia, a Cristina comentou que tinha gostado e que lhe tinha sabido bem sair de casa, no entanto, devido ao horário noturno em que decorreu a sessão, tinha tido dificuldades em gerir o sono;  - A Ana partilhou que não se sentia muito confortável em estar em espaços muito movimentados, neste sentido foi desafiada pelo grupo a ir comer um gelado ao centro comercial mais próximo;</p>
<p>11/06/2024</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Orlando, Cristina, Martim, Mariana S., Mariana P.,</p>	<p>- Lanche convívio  - Caminhada pelo parque;</p>	<p>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</p>	<p>- Todos os elementos concordaram que a maior fragilidade era o tempo de espera/espaçamento entre consultas;  - Conversa sobre a estigmatização sobre o acompanhamento na área da SM;</p>

(14ª sessão)				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> <li>- Instigar conversas sobre a SM e o SNS, de forma a perceber a perspetiva dos participantes e a discutir problemas e fragilidades identificadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre os preços praticados nas respostas privadas a nível de SM e partilha de opinião de que se estes fossem mais ajustadas as possibilidades económicas, seriam uma opção a que recorreriam;</li> <li>- A Ana partilhou que já teve relações em que os pares não compreendiam as suas necessidades a nível da SM;</li> <li>- Todos foram da opinião que grupos do género do grupo "Jovens com Futuro" seria benéfico, uma vez que por vezes era difícil estabelecer relações com pares que compreendessem o que vivenciavam;</li> </ul>
18/06/2024 (15ª sessão)				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esta sessão decorreu no DSM devido às condições climatéricas;</li> <li>- A Cristina levou o jogo para o grupo jogar. Nota-se uma evolução na atitude da Cristina que na 1ª sessão</li> </ul>

	DSM	Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P	- Jogo "Scrabble";	- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;  - Desafiar-se novas experiências;	mencionou não gostar de jogos, e na 15ª sessão levou ela mesma um jogo para o grupo;  - A Cristina pediu à Ana para fazer um desenho da sua família;  - A Ana partilhou que tinha começado a fazer trabalhos como freelancer na sua área;
25/06/2024  (16ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.	- Lanche convívio  - Caminhada pelo parque;	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;  - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;	- A Ana partilhou que tinha ido passar o S. João a casa da Cristina e que se tinha sentido muito bem, porque sentia que finalmente tinha uma amiga que a compreendia;  - Ambas partilharam a experiência e as experiências de outros anos;  - A Cristina partilhou que por vezes a sogra tecia comentários do tipo "Ai Cristina, tu és mesmo autista".

					A Ana acrescentou que era desconfortável ouvir esse tipo de comentários estigmatizantes.
01/07/2024  (17ª sessão)	Parque de lazer	Orlando, Cristina, Ana, Mariana S., Mariana P.,	- Lanche convívio;	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;  - Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;	- A Cristina fez algumas partilhas sobre a sua gravidez e sobre a ansiedade para saber o sexo do bebe, uma vez que tinha receio que fosse um menino já que os homens da sua vida tinham sido "todos maus";  - A Ana comentou que os homens eram "tóxicos" e que frequentemente não sabiam lidar com a diferença;  - O Orlando partilhou algumas das suas crenças a nível religioso, tendo sido um tópico de discussão;
09/07/2024		Ana, Cristina, Mariana S.,	Passeio/convívio a convite do	- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;	- O Orlando não foi ao passeio devido à sobreposição de horários, mas tinha muita vontade de ir;  - Foi muito positivo tanto a Ana e a Cristina terem dito que sim ao convívio com pessoas que não conheciam;

(18ª sessão)	Passeio "Nós, ao Encontro"	participantes do grupo MOSTRA!	grupo MOSTRA!, até ao Peso da Régua;	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> <li>- Desafiar-se a novas experiências;</li> <li>- Fomentar momentos de contacto com pessoas com quem os elementos do grupo não têm uma relação previamente estabelecida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Cristina participou de forma ativa nas atividades e jogos desenvolvidos durante o dia, tendo estabelecido diálogos com as restantes participantes;</li> <li>- A Ana esteve mais tímida, refugiando-se na relação estabelecida com a dinamizadora e a Cristina, tendo preferido ficar a registar momentos fotográficos em vez de participar nas atividades.</li> <li>- A Ana estava triste porque tinha sido recusada novamente numa entrevista de emprego, referindo que as suas dificuldades a nível social condicionavam as suas oportunidades de emprego;</li> </ul>
17/07/2024					<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Ana partilhou as dificuldades que foi sentindo ao longo da vida em formar relações de amizade e que sentia que dizia sempre a coisa errada, principalmente</li> </ul>

(19ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche convívio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> <li>- Valorização das competências pessoais e sociais;</li> <li>- Discussão sobre sentimentos mais negativos e fragilidades sentidas pelos participantes;</li> </ul>	<p>porque não entendia quando as pessoas estavam a ser irónicas ou a fazer alguma piada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Ana mencionou sentir que os seus projetos artísticos não eram bons o suficiente e que não tinham qualidade para ser valorizados a nível profissional;</li> <li>- A Cristina partilhou que começou um novo hobby: crochet;</li> </ul>
--------------	-----------------	----------------------------	--	---	--

23/07/2024 (20ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche convívio;</li> <li>- Ida a uma gelataria;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre assuntos da atualidade;</li> <li>- A Cristina e a Ana partilharam que iam juntas para as sessões do grupo, sendo que a Cristina se desafiava a conduzir até casa da residência da Ana, ultrapassando alguma da ansiedade que sentia ao conduzir;</li> </ul>
02/08/2024 (21ª sessão)	Parque de lazer	Ana, Cristina, Mariana S.,	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanche convívio;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha de experiências de vida.</li> <li>- Ambas partilharam que tiveram mais um churrasco na casa da Cristina e que correu tudo bem;</li> </ul>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os elementos de grupo preferiram dar a sua opinião por escrito. No final deste momento foi</li> </ul>

<p>12/08/2024</p> <p>(22ª sessão)</p>	<p>Parque de lazer</p>	<p>Ana, Cristina, Orlando, Mariana S., Mariana P.</p>	<p>- Lanche convívio;</p> <p>- Avaliação;</p>	<p>- Fazer a avaliação participada da ação "Jovens com Futuro";</p>	<p>unanime a preferência pela não partilha do escrito, ficando apenas para leitura das mestrandas do grupo;</p> <p>- No final partilharam que estavam gratos pelos momentos de convívio que não só permitiram a socialização com pares como também um motivo para sair de casa. Partilhando que finalmente se sentiam compreendidos, tendo a Ana reforçando que sentiu algum desconforto na 1ª sessão, mas que nunca tinha tido relações de amizade com pessoas da sua idade.</p> <p>- A Ana e a Cristina lamentaram que o Martim tinha desistido da presença no grupo;</p> <p>- O Orlando partilhou que em homenagem ao grupo ia compor uma marcha pois tinha muitas saudades de tocar.</p> <p>- A Cristina comentou que este grupo não era nada do grupo estilo alcoólicos anónimos que esperava na 1ª</p>
---------------------------------------	------------------------	---	---	---	--

					sessão, e que os jovens são capazes de se comportar dentro dos parâmetros que a mesma considera aceitáveis – não sendo barulhentos, tendo conversas interessantes, etc... Acrescentou que este grupo foi especialmente importante porque a vida dela sofreu e ira sofrer grandes mudanças e encontrou conforto nestes momentos de convívio;
06/09/2024 (23ª sessão)	Visita museu	Ana, Cristina, Orlando, Amiga Ana, participantes do grupo MOSTRA!		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a partilha de experiências, emoções e interesses;</li> <li>- Fortalecer as relações de amizade estabelecidas;</li> <li>- Desafiar-se a novas experiências;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O Orlando comentou que era muito bom sair de casa e que gostava muito de poder usufruir destes momentos mais vezes;</li> <li>- Tanto o Orlando como a Ana conviveram com as outras pessoas – notou-se uma grande diferença na postura da Ana.</li> </ul>

	Soares dos Reis			- Fomentar momentos de contacto com pessoas com quem os elementos do grupo não têm uma relação previamente estabelecida;	
--	-----------------	--	--	--	--

## APÊNDICE L – CONSTRUÇÃO DO GRUPO “JOVENS COM FUTURO”

Estando toda a equipa em sintonia acerca do P1 e P2 no contexto A, partiu-se para a construção de um grupo direcionado para uma faixa etária mais jovem. Para tal, procedeu-se à definição dos critérios de funcionamento do grupo. Num primeiro momento, foi discutida a faixa etária a que o grupo se destinaria, tendo-se decidido contemplar jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, sendo a idade máxima flexível consoante as características da pessoa. De seguida refletiu-se sobre a localização do espaço onde se desenvolveria o grupo, privilegiando-se um local na comunidade, de fácil acessibilidade e o mais perto possível da área de residência dos seus participantes. Considerou-se ainda a possibilidade de uma profissional do PMDP estar presente no espaço – ainda que num local distinto – para intervir, caso fosse necessário. Por fim, estabeleceu-se que, nesta fase inicial, o grupo deveria ser constituído por um máximo de oito a 10 participantes.

Com o intuito de selecionar o espaço para o funcionamento do grupo, iniciou-se o processo de identificação de potenciais participantes. Para tal, foi realizada a consulta dos registos de entrevistas anteriores, com o intuito de identificar e recolher os contactos dos jovens que tinham referido necessidades que vão ao encontro dos objetivos do grupo. Adicionalmente, foram também consideradas indicações das médicas psiquiatras do serviço, que sugeriram jovens acompanhados em consulta e que, segundo as mesmas, apresentavam “alguma dificuldade na socialização, mas que não sejam propensos a ter crises” (profissional do departamento). Foram destacadas nove pessoas. Tendo em conta o seu local de residência, a disponibilidade de locais para receber o grupo, e, atendendo ainda a questões relacionadas com o seguro dos participantes, foi decidido que o grupo funcionaria nas instalações do DSM, no antigo espaço de funcionamento do Clube da Leitura.

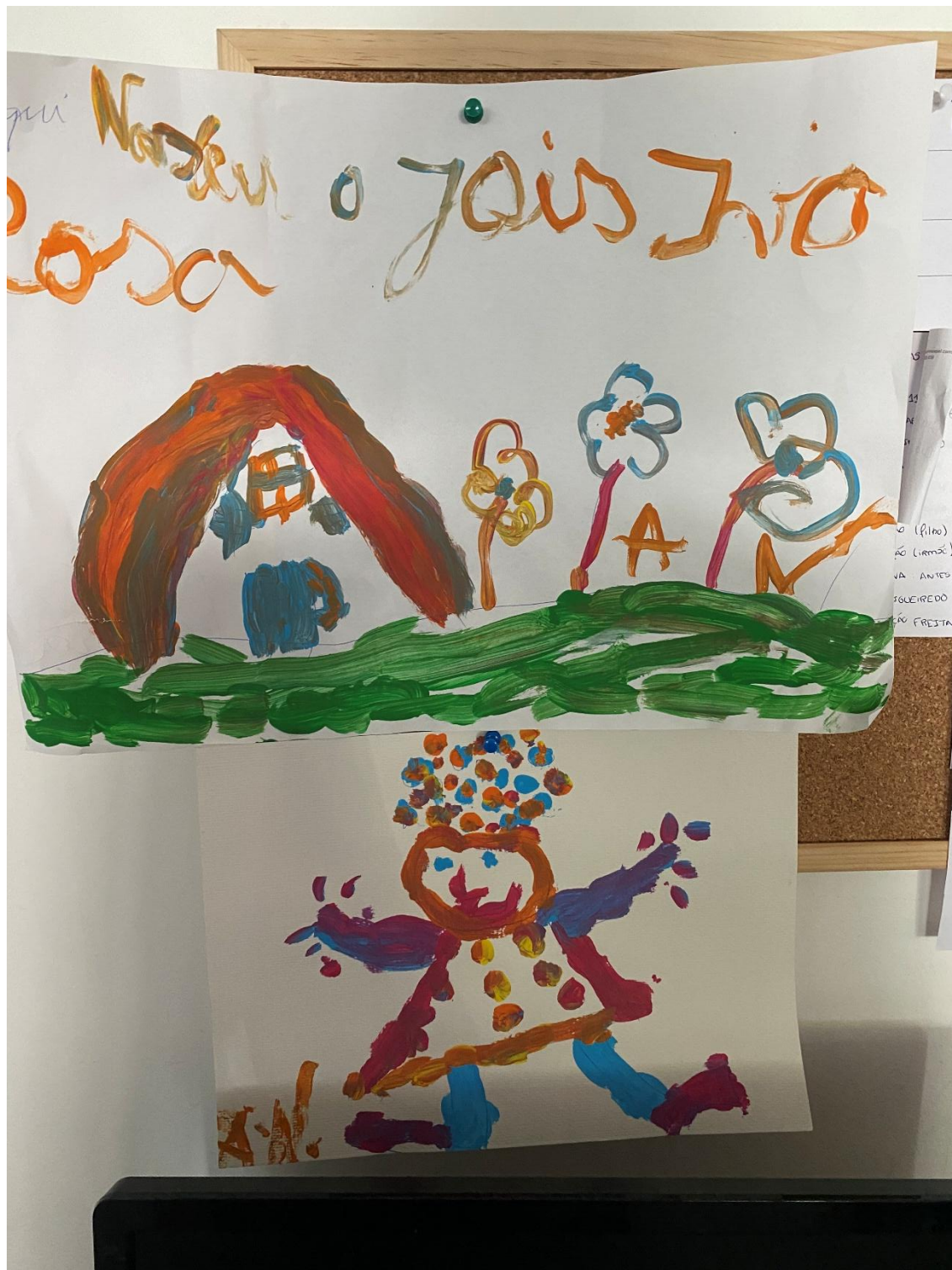
Os primeiros contactos com as nove pessoas identificadas foram realizados pelas médicas responsáveis pelo seu acompanhamento, por se considerar esta abordagem menos invasiva, por partir de uma pessoa já conhecida, podendo contribuir para a adesão ao grupo. Posteriormente, as mestrandas do grupo – uma delas autora deste relatório –, entraram em contacto com as pessoas. Das nove pessoas contactadas, seis comprometeram-se a experimentar o grupo. Quanto às restantes, os motivos de não adesão foram diversos: o José referiu que a sua

disponibilidade tinha mudado devido ao novo emprego, a Carla mencionou ter compromissos regulares nesse horário; e o Ricardo, em contexto de entrevista referiu que “não queria conversar”.



## APÊNDICE N – REGISTOS 4º ENCONTRO

Desenhos D. Rita



## APÊNDICE O –REGISTOS ATIVIDADE

*"Livro D. Rita"*

A D. Rita iniciou a sua participação na atividade escrevendo vários títulos que poderiam dar nome a capítulos marcantes da sua vida. Entre os títulos escolhidos estavam: "O Maldito do Incêndio", "A Mudança", "A Doença Hereditária" e "A Separação da Avó". Após a leitura dos mesmos, partilhou com o grupo algumas das histórias associadas, ficando perceptível que todos diziam respeito a fases menos positivas do seu percurso de vida. Perante essa constatação, foi desafiada a refletir também sobre os momentos e pessoas que considera positivos e marcantes. Como resposta, escreveu na contracapa do seu "livro" os seguintes títulos: "Os Meus Irmãos", "Os Meus Pais", "Os Meus Filhos" e "Os Meus Netos", representando assim os capítulos felizes e afetivamente significativos da sua história. Durante o desenvolvimento da atividade, foi ainda sugerido à D. Rita que, no interior do livro, pudesse incluir algumas características pessoais ou aspetos que a identificassem. Escreveu: "É gostar muito de dar, mas já me avisaram que dê tudo mas que seja meu, explicando que, se considera uma pessoa generosa, mas que por isso já foi alertada várias vezes por outras pessoas; e "Cuidadora", justificando esta última escolha com o facto de ter cuidado, ao longo da sua vida, da sogra, do marido e da mãe, muitas vezes em momentos de maior fragilidade, assumindo esse papel em situações em que mais ninguém o fazia. Num gesto espontâneo, a D. Rita dirigiu-se ao seu quarto e regressou com uma fotografia do seu casamento, que quis partilhar com o grupo. Este momento foi acolhido com entusiasmo e carinho pelas colegas, que a elogiaram e se mostraram muito interessadas. Por fim, acrescentou dois desenhos ao seu livro: o primeiro, de uma galinha, e o segundo, de uma casinha de Santana, na Madeira. Apesar de nunca ter visitado este local, referiu que o desenha e evoca com frequência, admirando a sua beleza. No final, a D. Rita quis guardar o seu trabalho.

Este testemunho revela não apenas a riqueza da história de vida da D. Rita, mas também o seu envolvimento afetivo na atividade e a sua capacidade de integrar momentos difíceis e felizes numa narrativa coerente e pessoal, o que contribui para a valorização da sua identidade e para o fortalecimento dos laços interpessoais no grupo.

Seguem-se alguns registos fotográficos:



O Maldito  
do Incendio  
A Mudança  
A Doença  
Trdiçia  
A Separação  
da Avó

1 e gostar  
muito de  
Dar  
mas já me  
avisaram  
que de tudo  
mas que seja  
Meu

Cuidadora  
Cuidei da  
minha sogra  
do meu  
marido  
e da minha  
Mãe

O Maldito  
do Incendio  
A Mudança  
A Doença  
Trdiçia  
A Separação  
da Avó

Os Meus  
Irmãos  
Os Meus  
Iris  
Os meus  
filhos  
Os Meus  
Netos



### *“Livro D. Eva”*

A D. Eva iniciou a atividade com entusiasmo, escolhendo como título para o seu livro “A Minha Vida Feliz”. Ainda que tenha manifestado alguma insegurança quanto à sua capacidade atual de escrita, por considerar já não escrever tão bem como no passado, aceitou ser apoiada nessa tarefa, mantendo-se envolvida e participativa ao longo de toda a sessão. Começou por escrever sobre as suas primeiras memórias, situando-as na infância, período que descreveu como muito feliz, referindo ter aprendido com facilidade e com gosto. Nas frases escritas, fez referência ao seu percurso inicial na escola e, posteriormente, à aprendizagem da costura, uma área em que reconheceu não se ter sentido particularmente habilidosa. Mais tarde, teve oportunidade de trabalhar numa fábrica, graças à ajuda de uma senhora que a acolheu em sua casa e que lhe proporcionou esse encaminhamento profissional.

Durante a conversa, a D. Eva partilhou que começou a namorar cedo e que acabou por casar com um homem 15 anos mais novo, com quem teve um filho. Ao longo da sua partilha, recorreu frequentemente à palavra “feliz” para descrever tanto o seu casamento como a sua vida de forma geral. Ainda que tenha vivido a perda do esposo, recorda com carinho e gratidão os momentos partilhados, reforçando o tom positivo da sua narrativa pessoal. Após ter recordado e partilhado parte significativa da sua história de vida, foi-lhe lançado o desafio de identificar algumas qualidades pessoais que considera representativas da sua personalidade. Após alguma reflexão, respondeu: “Gosto de me dar bem com todos”. Tendo demonstrado alguma dificuldade em explorar mais características por si mesma. Assim sendo, foi proposta uma pequena dinâmica em que, aproveitando a sua proximidade com a D. Raquel, ambas foram convidadas a dizer uma qualidade uma da outra. A D. Raquel descreveu a D. Eva como “*boa senhora*” e “*simpática*”, reforçando o apreço e reconhecimento mútuo entre as participantes.

Este momento revelou-se significativo não só para o reforço da autoestima da D. Eva, mas também para a valorização das relações interpessoais no grupo, promovendo a empatia e o reconhecimento das qualidades individuais entre pares.

Seguem-se alguns registos fotográficos:

É feliz se for uma vida feliz  
e se for uma vida feliz

A minha vida  
feliz



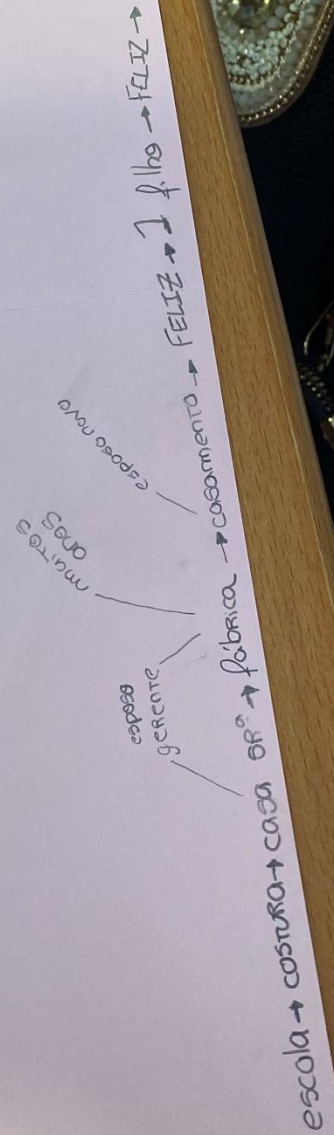
# Infância:

afundas muito bem  
de 2 passadas  
cortamos amuleto novo  
de suas opiniões  
de espigamos quando  
a andava a vender  
a costura a fazer  
a preparar a comida  
a vender em feira

BOA SENHORA

simpática

"GOSTO  
MÁS  
DEU  
BEM  
COM  
TODOS  
OS  
FILHOS"



### *“Livro D. Raquel”*

A chegada da D. Raquel à atividade gerou uma reação imediata da D. Lúcia, que manifestou verbalmente o seu desagrado, afirmando que, na presença daquela colega, não estaria disposta a continuar a participar. A situação evoluiu para um momento de tensão, no qual a D. Lúcia começou a dirigir-se à D. Raquel de forma negativa, provocando uma reação de exaltação por parte desta última. Perante o aumento da tensão e considerando que a atividade decorria há cerca de uma hora, optei por retirar a D. Lúcia da sala para uma conversa individual, com o objetivo de acalmar a situação e escutar as suas motivações. Durante este momento mais reservado, a D. Lúcia manteve a sua recusa em permanecer na atividade enquanto estivesse acompanhada pela D. Raquel. Como forma de assegurar a continuidade da sua participação no projeto e evitar futuros conflitos, ficou acordado com a D. Lúcia que a conclusão do seu "livro" seria feita numa sessão individual, agendada para a semana seguinte.

Até então, a D. Raquel tinha-se revelado como um dos elementos mais reservados do grupo, com uma participação discreta e limitada nas sessões coletivas. No entanto, nesta sessão, estando presente apenas com a D. Eva e a D. Rita, mostrou-se mais disponível para partilhar aspetos da sua vida, que passou a registar no seu livro. Nessa partilha, a D. Raquel revelou que considera ter tido uma vida marcada pela tristeza, encontrando-se agora na instituição *Abraço Amigo*. Descreveu um percurso de vida muito dedicado ao trabalho, nomeadamente em casas e jardins, referindo que pouco usufruiu da sua juventude. Ainda assim, fez referência ao seu casamento como uma fase feliz, do qual nasceram dois filhos – um rapaz e uma rapariga.

Contudo, expressou tristeza pela relação distante que mantém atualmente com os filhos. Este tema, quando abordado, mobiliza emoções profundas, levando-a a emocionar-se durante a partilha. O momento, ainda que sensível, foi importante para dar voz à sua história e proporcionar um espaço de escuta e reconhecimento das suas vivências pessoais. Para aliviar a carga emocional do momento e reforçar a valorização da sua presença no grupo, foi promovida uma pequena dinâmica de reconhecimento mútuo entre as participantes. A D. Eva, com quem mantém uma relação de proximidade, descreveu a D. Raquel com os seguintes elogios: *“pessoa que ajuda o outro”, “trabalhadora” e “amiga”*. Acrescentou ainda que a D. Raquel *“tem de engolir muitos*

sapos na instituição”, numa clara alusão à sua postura conciliadora e ao esforço constante que faz para contornar ou evitar conflitos no contexto institucional.

Este episódio evidencia a importância de considerar a dimensão relacional e emocional nas dinâmicas de grupo, sublinhando também o papel das estratégias de valorização pessoal e escuta ativa como ferramentas essenciais para promover o bem-estar e a participação das pessoas idosas. A gestão flexível da sessão permitiu evitar a escalada do conflito, respeitando os limites de cada participante e garantindo a continuidade do envolvimento no projeto.

Seguem-se alguns registos fotográficos:



a minha foi um boeado triste  
e agora estão na  
casamento tinha 2 filhos



trabalhei em casas e jardins  
o meu casamento foi muito  
feliz

amiga

"tem de engolir  
após"

Trabalhadora

pessoa que  
ajuda o outro

### *“Livro D. Lúcia”*

A D. Lúcia iniciou a atividade referindo que não sabe ler nem escrever, motivo pelo qual foi prontamente oferecida ajuda na elaboração da capa do seu “livro”, apoio esse que foi aceite com naturalidade. Escolheu como título para a sua obra “A Minha Vida é um Romance”.

Partindo do tema da literacia, a D. Lúcia explicou que deixou a escola muito cedo devido a problemas de visão relacionados com a sua condição de saúde, o que lamenta profundamente. No decurso da sua partilha, relatou que foi abandonada pelos pais ainda em criança, tendo sido deixada à porta da casa dos tios, com quem acabou por ser criada, juntamente com a avó. Destacou ainda a figura do padrinho como alguém importante no seu crescimento e formação afetiva. Após este período inicial da vida, relatou que trabalhou no campo, exercendo a função de pastora. Mais tarde, durante as vindimas no Douro, conheceu aquele que viria a ser o seu marido. Deste casamento nasceu um filho, com quem mantém atualmente algum contacto telefónico, ainda que esporádico.

Durante a atividade, foi possível observar que o discurso da D. Lúcia tende a divagar, com frequentes repetições de episódios e narrativas já partilhadas. Essa característica torna, por vezes, difícil o acompanhamento contínuo do seu raciocínio, tanto por parte da dinamizadora como das restantes participantes. Esta forma de comunicação, poderá ser um dos fatores que dificultam a criação de laços próximos com os demais residentes da ERPI, tendo em conta que, em várias ocasiões, a repetição e a extensão dos seus relatos geram sinais de desinteresse ou impaciência entre os pares.

Apesar disso, é notório que a D. Lúcia valoriza profundamente a sua história de vida e procura, através da palavra, afirmar a sua identidade e partilhar os marcos significativos do seu percurso. A adaptação da atividade à sua realidade (nomeadamente a escrita assistida) mostrou-se fundamental para a sua inclusão e participação ativa, reforçando o seu sentimento de pertença e reconhecimento dentro do grupo.

Seguem-se alguns registos fotográficos:

A minha  
vida é um  
Romance



Infância:

AVÓ

Tios

VINHO

Padrinho

~~Escola~~

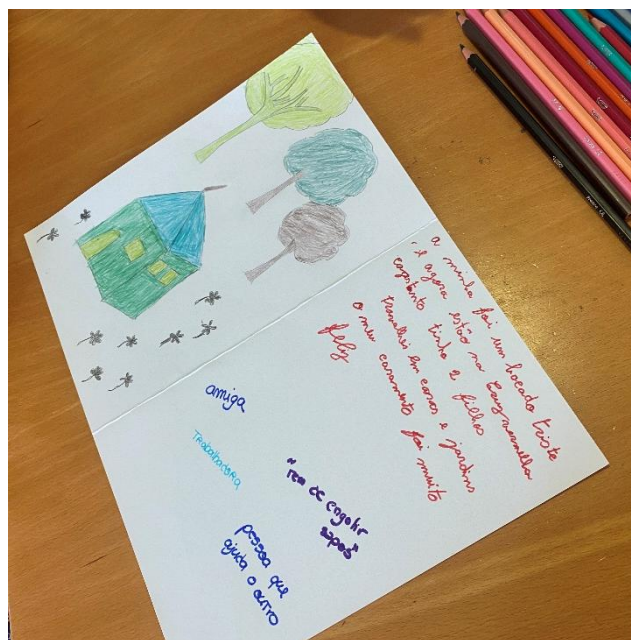
ovelhas (pastora)

Casamento:

Vindimas

doutor

# APÊNDICE P – REGISTOS 7º ENCONTRO



## APÊNDICE Q – 8º ENCONTRO



## APÊNDICE R – GUIÃO ORIENTADOR SESSÃO COM EQUIPA TÉCNICA

1º momento: Discutir o que se entende pela “Participação ativa das pessoas idosas”

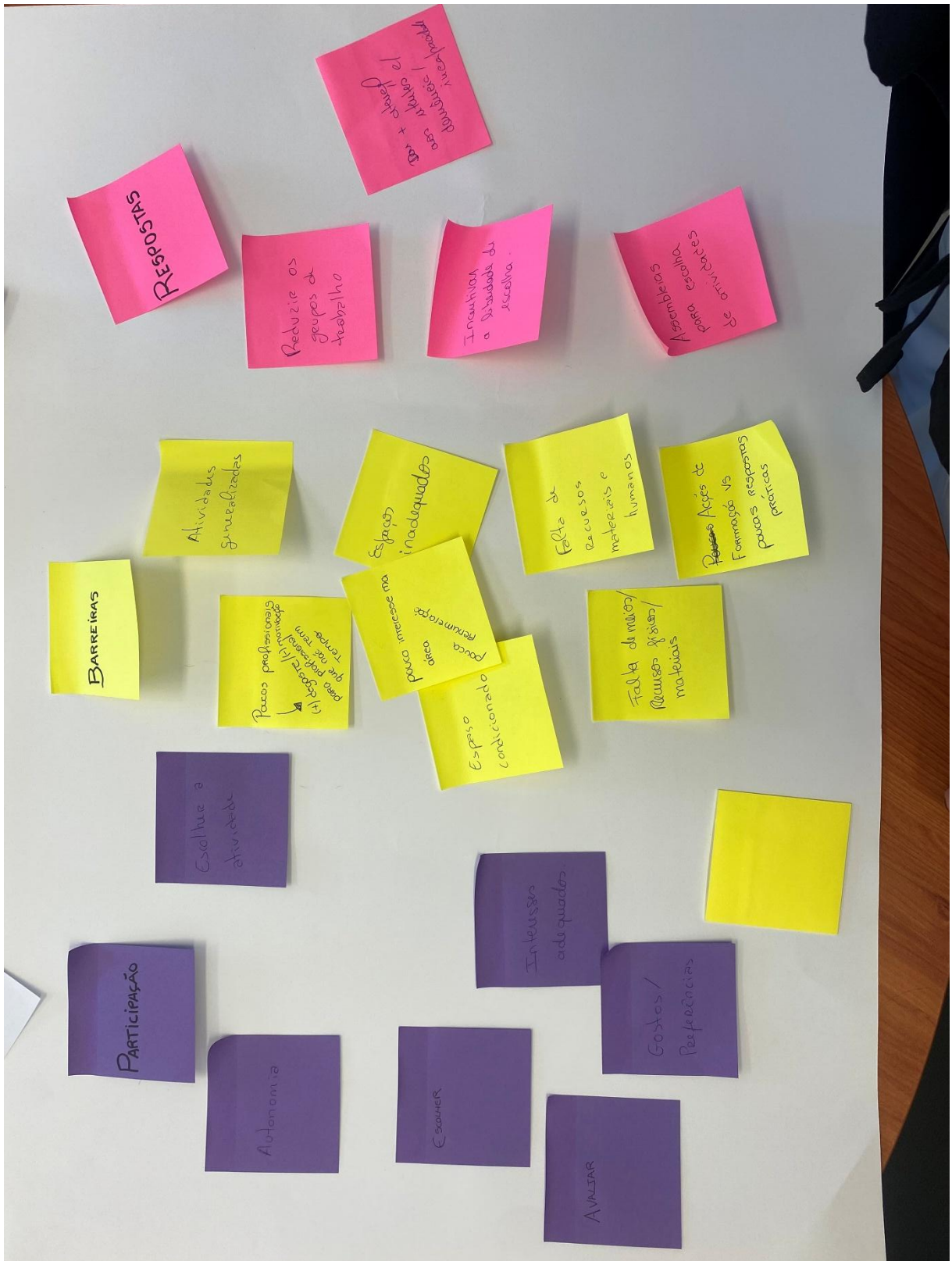
- Em que medida as pessoas idosas estão envolvidas no planeamento das atividades?
- As pessoas idosas participam nas atividades propostas?
- Participam porque querem e gostam ou para fazer a vontade?

2º momento: Que barreiras condicionam a participação das pessoas idosas?

- Barreiras relacionadas com as características estruturais e organizacionais da instituição? (rotinas, espaços, horários...)
- Barreiras relacionadas com as características das pessoas idosas (físicas, cognitivas, emocionais...)
- Barreiras relacionadas com os profissionais (poucos profissionais, pouca abertura...)

3º momento: Que respostas podemos pensar para contornar estas barreiras e promover a participação?

# APÊNDICE S – REGISTOS SESSÃO COM A EQUIPA TÉCNICA



## APÊNDICE T – ACOMPANHAMENTO D. LUÍSA

No Contexto B, foi desenvolvida uma intervenção individual com o objetivo de responder às necessidades físicas e emocionais manifestadas pela D. Luísa. Após um período de hospitalização prolongado, a D. Luísa regressou à ERPI com um estado de saúde bastante fragilizado, utilizando cadeira de rodas e encontrando-se dependente de oxigénio. Desde o seu regresso, demonstrou uma forte motivação para investir na sua recuperação, estabelecendo como meta pessoal o restabelecimento da marcha, mesmo que com algum apoio. Esta capacidade era vista por si como essencial, não apenas do ponto de vista funcional, mas também psicológico, uma vez que simbolizava a possibilidade de recuperar alguma autonomia e retomar aspetos significativos da sua rotina. Ao longo de vários meses, foi desenvolvido um trabalho contínuo centrado na recuperação da marcha. Esta evolução permitiu-lhe, de forma progressiva, retomar atividades do quotidiano que valorizava profundamente, como deslocar-se autonomamente para o quarto após as refeições, sair com a família ou ir cortar o cabelo. Durante este processo de reabilitação, foi-se consolidando uma relação de proximidade e confiança, através da qual a D. Luísa partilhou sentimentos de desvalorização associados à sua condição enquanto pessoa idosa. Revelou sentir-se, por vezes, invisibilizada e incompreendida, expressando o desejo de ser ouvida e reconhecida nas suas necessidades e vontades.

Este acompanhamento evidencia, assim, a importância de escutar e valorizar as necessidades individuais de cada pessoa. A D. Luísa é uma residente que, habitualmente, não demonstra interesse em participar nas atividades promovidas pela AS. Num contexto em que apenas uma técnica é responsável por dinamizar atividades para um número elevado de pessoas idosas, é compreensível que não seja possível dedicar um tempo individualizado diário — por exemplo, meia hora — para responder a solicitações pessoais, sobretudo quando essas solicitações são partilhadas por várias residentes. Ainda assim, a intervenção desenvolvida neste caso específico procurou ir ao encontro de uma necessidade concreta expressa pela própria residente — a de caminhar novamente. Ao reconhecer a marcha como um objetivo pessoal com grande significado funcional e emocional, esta resposta individualizada revelou-se não apenas eficaz na promoção da autonomia física, mas também relevante na valorização subjetiva da D. Luísa enquanto pessoa, com desejos próprios, metas pessoais e um percurso de vida que merece ser escutado e

respeitado. Este caso, portanto, reforça a importância de uma abordagem centrada na pessoa, mesmo em contextos institucionais onde os recursos humanos e o tempo disponível são limitados. A escuta ativa e a resposta individualizada, ainda que pontuais, podem representar um contributo valioso para a promoção do bem-estar, da dignidade e da participação das pessoas idosas nas decisões que dizem respeito à sua própria vida.

Seguem-se alguns registos fotográficos.





**Espaços de Encontro: Cultivar a Saúde Mental  
e enfrentar o Isolamento Social e a Solidão**  
Mariana Esteves Pereira

