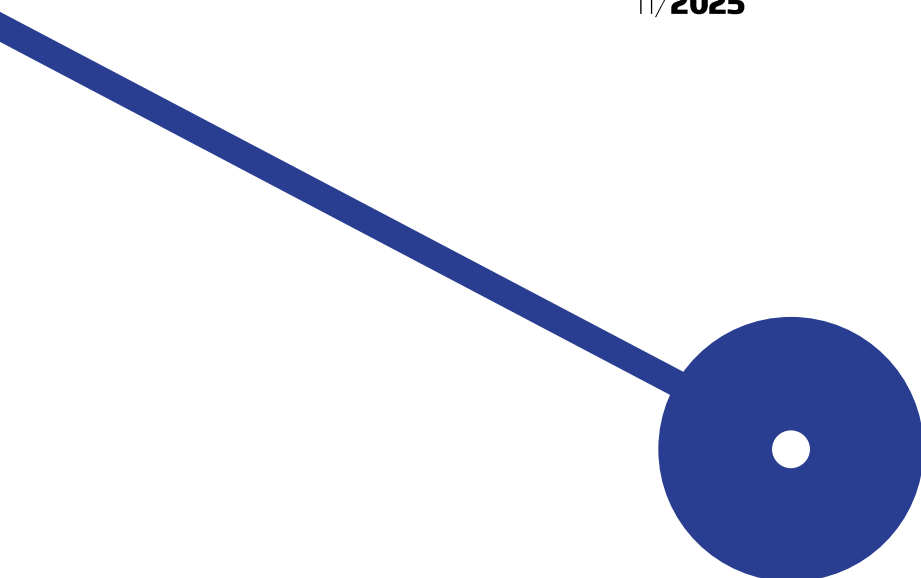




Retratos à mesa: histórias e memórias de vida

Sandra Elisabete Abreu da Silva

11/2025



Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Sandra Elisabete Abreu da Silva

Retratos à mesa: histórias e memórias de vida

Relatório de Projeto

Mestrado em Educação e Intervenção Social

Orientação: Prof.^a Doutora Maria João Antunes

Co-orientação: Prof.^a Doutora Teresa Marisa Alves Martins

Porto, novembro de 2025

Politécnico do Porto

Escola Superior de Educação

Sandra Elisabete Abreu da Silva

Retratos à mesa: histórias e memórias de vida

Relatório de Projeto

Mestrado em Educação e Intervenção Social

Orientação: Prof.^a Doutora Maria João Antunes

Co-orientação: Prof.^a Doutora Teresa Marisa Alves Martins

Porto, novembro de 2025

AGRADECIMENTOS

Este relatório é mais do que um registo de ações e resultados.

É um álbum de retratos, captados em cada interação:

à mesa, nos corredores, na sala de convívio,

onde cada gesto, cada olhar e cada silêncio contam uma história.

A escrita procura refletir a poesia do quotidiano,

a beleza dos detalhes e a profundidade das memórias partilhadas,

acreditando que é nesta atenção ao outro que reside

o verdadeiro sentido da intervenção social.

Agradeço, com toda a sinceridade,

a cada residente que me abriu a porta da sua história,

que me confiou memórias, inquietações, sorrisos e silêncios.

A cada mão pousada no meu braço, a cada despedida calorosa,

a cada partilha inesperada, a cada olhar de cumplicidade,

e ao ter estado apenas presente.

Agradeço a toda a equipa da ERPI,

pelo acolhimento, pela partilha de saberes e pela confiança.

A cada profissional,

que me mostrou que o cuidado é feito de pequenos gestos e de grandes presenças.

Agradeço pelo desafio:

às dúvidas, aos receios, às perguntas sem resposta.

Neste espaço de incerteza cresci,

aprendendo que a verdadeira intervenção social é feita de escuta,

de respeito e de humildade diante da vida dos outros.

Obrigada por me permitirem fazer parte deste álbum,

dos retratos captados e de criarmos juntos novas histórias.

RESUMO ANALÍTICO

“Retratos à mesa: histórias e memórias de vida”, é um projeto educação e intervenção social desenvolvido numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), situada no norte do país. Teve como finalidade: promover o bem-estar, a valorização pessoal e a inclusão social dos residentes da ERPI, reforçando o sentimento de pertença, autoestima e reconhecimento individual. Para concretizar esta finalidade, definiram-se três objetivos: fomentar a comunicação, o diálogo e a partilha entre residentes durante as refeições; valorizar a identidade, a história e as experiências de vida dos residentes e combater o idadismo e promover uma imagem positiva do envelhecimento.

Com vista a alcançar os referidos objetivos, foram desenvolvidas duas ações principais: “conversas à mesa” e “retratos de vida”.

O projeto procurou nortear-se pela investigação-ação participativa, valorizando a participação ativa dos/as residentes, articulando conceitos como cuidado humanizado, envelhecimento ativo e combate ao idadismo. A avaliação responsiva permitiu ajustes contínuos, valorizando as vozes das pessoas num processo coconstruído.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idadismo; Cuidado humanizado; Investigação-ação participativa; Avaliação responsiva.

ABSTRACT

Portraits at the Table: stories and memories of life" is a education and social intervention project developed in a Residential Structure for Elderly People (RCFEP), located in the north of the country.

Its main purpose was to promote well-being, personal value, and social inclusion among the ERPI residents, reinforcing their sense of belonging, self-esteem, and individual recognition. To materialize this purpose, three main objectives were defined: to foster communication, dialogue, and sharing among residents during mealtimes; to value the identity, history, and life experiences of the residents; and to combat ageism while promoting a positive image of ageing.

In order to achieve these objectives, two main actions were developed: "conversations at the table" (conversas à mesa) and "life portraits" (retratos de vida).

The project was guided by participatory action research, valuing the active participation of the residents and articulating concepts such as humanized care, active ageing, and the fight against ageism. Responsive evaluation allowed for continuous adjustments, valuing the voices of individuals in a co-constructed process.

Keywords: Ageing; Ageism; Humanized care; Participatory action research; Responsive evaluation.

LISTA DE SIGLAS

AAD – Auxiliar de Ação Direta

DB – Diário de Bordo

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

UE – União Europeia

IAP – Investigação-Ação Participativa

ISS – Instituto da Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	3
1.1. CONCEITOS E TEORIAS DO ENVELHECIMENTO.....	3
1.2. DESAFIOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO	5
2. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO, SOCIAL E IDENTITÁRIO DA ERPI.....	7
3. INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA: UMA ABORDAGEM TRANSFORMADORA NA ERPI.....	8
4. ANÁLISE DA REALIDADE: A ERPI.....	14
4.1. OS RESIDENTES.....	16
4.2. DO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL AO ENVELHECIMENTO EM CASA.....	32
4.3. IDADISMO.....	35
4.4. CUIDADO HUMANIZADO E HUMANIDADE.....	36
4.5. NA HORA DAS REFEIÇÕES.....	39
4.6. MUDANÇA NA ERPI: INSTALAÇÕES E DINÂMICAS.....	41
4.7. PROBLEMAS, NECESSIDADES, POTENCIALIDADES E PERSPETIVAS DE AÇÃO.....	45
5. DESENHO DO PROJETO	49
5.1. FINALIDADE, OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	50
5.2. AÇÃO 1 CONVERSAS À MESA.....	51
5.3. AÇÃO 2: RETRATOS DE VIDA.....	52
6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	54
6.1. AÇÃO 1: “CONVERSAS À MESA”	54
6.2. AÇÃO 2: “RETRATOS DE VIDA”	63
6.3. DIMENSÃO RELACIONAL NA INTERAÇÃO QUOTIDIANA COM OS RESIDENTES	68
7. AVALIAÇÃO FINAL.....	76
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

ANEXOS	91
ANEXO A. CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO PROJETO	92
APÊNDICES.....	94
APÊNDICE A. RETRATOS DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA.....	95
APÊNDICE B. DB DIA 19 DE FEVEREIRO.....	97
APÊNDICE C. DB DIA 27 DE JANEIRO.....	99
APÊNDICE D. QUADRO DE ANÁLISE DO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO.....	101
APÊNDICE E. QUADRO DOS OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	103
APÊNDICE F. QUADRO RESUMO DAS AÇÕES	104
APÊNDICE G. DB DIA 17 DE MARÇO.....	105
APÊNDICE H. DB DIA 11 DE JUNHO	106
APÊNDICE I. DB DIA 16 DE JUNHO	108
APÊNDICE J. DB DIA 20 DE JUNHO.....	110
APÊNDICE K. TABELA DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E INDICADORES DE ANÁLISE	112

INTRODUÇÃO

Este é um relatório que acompanha o percurso de um projeto de intervenção desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social, na especialização em Ação Psicossocial em Contextos de Risco. O projeto decorreu numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), situada no norte do país, e teve como propósito promover uma abordagem transformadora, alinhada à perspectiva de Timóteo e Bertão (2020), centrada na valorização da voz dos/as residentes e na criação de condições para uma participação mais ativa e significativa no quotidiano institucional.

Inspirada na Investigação-Ação Participativa (IAP), a intervenção visou fomentar um espaço de colaboração, onde residentes e profissionais cocriassem estratégias de convivência mais respeitosas e inclusivas. Ao longo do processo, refletiu-se sobre a importância de promover o envelhecimento ativo, combater estigmas associados à idade e fortalecer vínculos afetivos e sociais, mesmo em contextos de fragilidade ou perda de autonomia.

O projeto pretendeu ir além das abordagens de carácter assistencialista, ainda comuns em muitas respostas residenciais, propondo um cuidado mais humanizado, centrado no reconhecimento e valorização de cada pessoa (Robertis, 2011). Através das atividades propostas, procurou-se contrariar sentimentos de isolamento e de passividade, estimulando momentos de encontro, partilha e construção de significados, aspetos fundamentais para a preservação da identidade e do bem-estar em contexto de institucionalização.

A escolha do nome do projeto surgiu da necessidade de articular as duas ações principais, remetendo para a dimensão da comensalidade, enquanto espaço de encontro e de convivência. Mais do que um título, simboliza uma metáfora daquilo que se procurou alcançar: momentos de proximidade e diálogo capazes de reforçar os laços interpessoais e de dar visibilidade às histórias de vida.

O relatório está organizado em oito capítulos. O primeiro apresenta as bases teóricas da intervenção, abordando conceitos e teorias do envelhecimento e desafios psicossociais. O

segundo apresenta o enquadramento histórico, social e identitário da ERPI, evidenciando a forte ligação à tradição industrial têxtil da região. O terceiro aprofunda o enquadramento metodológico da IAP em contexto de ERPI. O quarto descreve e analisa a realidade da instituição e dos/as residentes, as dinâmicas observadas e as principais necessidades e potencialidades identificadas, articulando estas análises com as dimensões do idadismo, do cuidado humanizado e das rotinas quotidianas. O quinto descreve o desenho do projeto, incluindo a finalidade, os objetivos gerais e específicos, bem como as ações planeadas. O sexto descreve e analisa as ações desenvolvidas, assim como a dimensão relacional quotidiana que delas emergiu. O sétimo capítulo é dedicado à avaliação final e aos impactos do projeto, valorizando os sinais de mudança observados junto dos/as residentes e da instituição. Por fim, o oitavo capítulo, apresenta as considerações finais.

Para salvaguardar a confidencialidade, foram utilizados nomes fictícios e omitidas informações que pudessem identificar a instituição ou os/as residentes. No anexo A apresenta-se o modelo do consentimento informado que foi assinado pelos/as participantes.

Assim, este relatório além de documentar um percurso de intervenção, pretende também contribuir para a reflexão sobre práticas em ERPI, apontando caminhos para um envelhecimento mais participado, digno e humanizado.

descreve a realidade da instituição, os/as residentes, as dinâmicas observadas e as principais necessidades e potencialidades identificadas.

1. O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A crescente longevidade da população global constitui, antes de mais, uma conquista inquestionável e um bem social, atestando o progresso humano alcançado no domínio da saúde e da qualidade de vida. Contudo, a par deste triunfo, o envelhecimento populacional impõe-se como um dos maiores desafios do século XXI. Neste contexto, e conforme divulgado pela ONU, a população mundial atingiu os 8 mil milhões de pessoas a 15 de novembro de 2022 (UNRIC, 2022).

Em Portugal, os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Pordata indicam que, em 2024, o índice de envelhecimento foi de 192,4 idosos por cada 100 jovens, refletindo um aumento de 4,3% face a 2023, e posiciona o país como o segundo mais envelhecido entre os 27 estados-membros da União Europeia. Na localidade onde se situa a ERPI, o índice situava-se em 188, refletindo uma tendência semelhante. Estes indicadores apontam para um envelhecimento acentuado da população portuguesa, destacando o aumento dos idosos e da longevidade. Na União Europeia (UE), a um de janeiro de 2024, a população com mais de 65 anos representava 21,6% do total, com 15,5% entre 65-79 anos e 6,1% com mais de 80 anos – grupo que quase duplicou em proporção desde 2002 (Eurostat, 2025). Segundo o Eurostat, em 2021, as mulheres apresentavam uma esperança de vida superior aos homens – 5,7 anos a mais na UE- (Eurostat, 2023), o que se reflete na sua predominância numérica na ERPI. Os dados indicam ainda que, em média, há cerca de 109 mulheres para cada 100 homens em Portugal (Eurostat, 2025). Segundo o Pordata, em 2024 o índice de longevidade em Portugal situava-se em 49,5, registando-se uma variação de 0,4% face a 2023, e o INE (2025) mostra que, no município onde está inserida esta ERPI, o índice era de 43,3.

É neste cenário que surge o presente projeto, desenvolvido numa resposta social para idosos, procurando compreender e responder aos desafios do envelhecimento populacional, valorizando a participação ativa e a qualidade de vida dos residentes. Para isso, tornou-se fundamental aprofundar o significado do envelhecimento e os referenciais teóricos que direcionaram a abordagem adotada, as quais serão abordadas na secção seguinte.

1.1. CONCEITOS E TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

A longevidade traz consigo desafios muito específicos e acrescidos (Baltes & Smith, 2003; Fonseca, 2006). O aumento da esperança média de vida levou ao crescimento expressivo dos grupos etários mais avançados, mas também evidenciou limitações que não podem ser ignoradas. O envelhecimento é um processo contínuo, gradual e heterogéneo, marcado por alterações naturais que se iniciam na idade adulta, e manifestam-se de forma distinta em cada indivíduo (Rothermund et al., 2023). Atualmente, a idade dos 65 anos tem sido utilizada como marco para o início da velhice, mas, como esclarece Stefanacci (2024), esta escolha é sobretudo histórica e administrativa, relacionada com políticas da idade da reforma, e não corresponde a um limite biológico. Na verdade, o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, que resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Barros-Oliveira, 2010; Lopes & Tracana, 2024; Settersten & Godlewski, 2023).

Neste sentido, Stefanacci (2024) distingue três dimensões do envelhecimento: a idade cronológica, que corresponde ao tempo de vida em anos e tem utilidade sobretudo legal e administrativa; a idade biológica, que reflete as alterações fisiológicas e funcionais do organismo, podendo variar significativamente entre pessoas com a mesma idade cronológica; e a idade psicológica, que se relaciona com a forma como o indivíduo se sente, age e encara a vida, podendo ser mais “jovem” ou “velho” do que a idade cronológica sugere. Fontaine (2000) acrescenta ainda a importância da idade social, entendida como os papéis, estatutos e expectativas atribuídos ao indivíduo pela sociedade. Fontaine (2000) distingue também entre *senescência*, o envelhecimento normal, caracterizado por alterações fisiológicas esperadas e progressivas, e *senilidade*, que diz respeito ao envelhecimento patológico, associado ao aparecimento de doenças e declínios acentuados das funções físicas e mentais. Esta diferenciação é fundamental para compreender que nem todas as alterações observadas na velhice são inevitáveis ou naturais, havendo uma clara distinção entre processos normativos e patológicos (Fontaine, 2000).

Para além destas dimensões, Simone de Beauvoir (2018) sublinhou a importância de compreender o envelhecimento enquanto construção social e cultural. A autora denunciou o silêncio e o tabu que envolvem a velhice nas sociedades contemporâneas, salientando que a definição e o significado da velhice variam consoante a época e o contexto social e cultural.

Beauvoir alerta para o risco da sociedade marginalizar e desumanizar os idosos, tratando a velhice como um “segredo vergonhoso” e relegando os mais velhos para a invisibilidade social (Beauvoir, 2018, p. 5). Assim, compreender o envelhecimento implica também analisar as representações sociais, os estigmas e as dinâmicas de exclusão que afetam a experiência de envelhecer.

Deste modo, o envelhecimento deve ser compreendido como um fenómeno que “integra o ciclo de vida do ser humano e caracteriza-se por ser progressivo, multidirecional e irreversível” (Lopes & Tracana, 2024, p. 143), exigindo uma abordagem que valorize a diversidade de trajetórias individuais e sociais. Neste enquadramento, Erikson et al. (1986, citado por Paúl, 1996) defendem que o envelhecimento deve ser entendido como a etapa final de um processo de desenvolvimento contínuo, em que cada fase da vida contribui para a construção da identidade e da integridade pessoal. Para estes autores, a preparação para a velhice é um processo que se inicia muito antes desta fase, sendo resultado do envolvimento ativo e do equilíbrio entre experiências positivas e negativas ao longo dos diferentes estádios do ciclo vital. Assim, a forma como cada pessoa enfrenta o envelhecimento está profundamente ligada ao percurso individual, às escolhas feitas e à capacidade de integrar e dar sentido às vivências acumuladas (Paúl, 1996).

1.2. DESAFIOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

Baltes e Smith (2003) enumeram alguns resultados como sendo “as más notícias” para as fases mais avançadas do ciclo vital, sendo eles: um declínio acentuado do desempenho cognitivo, com défice mais elevado entre as pessoas acima dos 80 anos, incluindo maior prevalência de demência. Perda em identidade e aumento da solidão, que se traduz numa dependência psicológica, com perdas em satisfação e em contactos sociais. A fragilidade física e a multimorbilidade são marcantes, com a maioria das pessoas (80%) nesta etapa a apresentar perdas em múltiplas áreas, como visão, audição, força, capacidade funcional nas atividades diárias.

Este quadro traduz-se num perfil de funcionamento cada vez mais negativo, especialmente nos anos que antecedem a morte, com maior incidência de hospitalizações e dependência, sobretudo

entre as mulheres, que frequentemente vivem sozinhas ou em instituições; e os autores sublinham ainda uma crescente dificuldade de adaptação psicológica, evidenciando uma rutura na capacidade de enfrentar as perdas e desafios próprios desta etapa da vida. Estas perdas traduzem-se em declínio da autonomia, aumento da solidão e dificuldades de adaptação psicológica, com impacto direto na dignidade e qualidade de vida das pessoas mais velhas (Baltes & Smith, 2003).

O envelhecimento para além das mudanças nas dimensões biológica, psicológica e social, é também marcado por desafios psicossociais, como a solidão, o isolamento e as alterações na forma como as pessoas percebem a sua saúde e bem-estar. Estes fatores afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos (Barros-Oliveira, 2010; Fontaine, 2000). Um estudo longitudinal realizado por Phillips e colaboradores (2022) revelou que a interação entre saúde e solidão é dinâmica e bidirecional na velhice. Os dados indicam que, após os 70 anos, o sentimento de solidão tende a impactar negativamente a saúde física e mental, enquanto o declínio da saúde, sobretudo a partir dos 82 anos, tende a aumentar a sensação de solidão, principalmente quando limita a participação social. Curiosamente, a perceção subjetiva de pior saúde nem sempre está relacionada a uma maior solidão, o que sugere que variáveis de natureza psicológica e social, como as comparações e expectativas, influenciam esta relação. A análise de Phillips et al. (2022) salienta que o envelhecimento deve ser entendido como um processo multivariado, no qual as esferas social, emocional e física estão intrinsecamente ligadas e mantêm uma relação de influência recíproca.

Reconhecendo os desafios e as vulnerabilidades inerentes à velhice, a literatura também destaca esta etapa como um tempo de potencial realização pessoal e de sabedoria. Esta visão é partilhada por Paúl (1996, p. 23), que refere: "A velhice é o estágio da sabedoria, que opõe a integridade ao desespero, é o saber conviver com a integridade da experiência, não obstante o declínio das funções mentais e físicas." Neste contexto, torna-se fundamental refletir sobre o papel dos profissionais e das instituições na promoção de um envelhecimento digno e pleno. É neste âmbito que se destaca a importância do cuidado humanizado, tema que se explora posteriormente neste relatório. Assim, para compreender a realidade e os desafios enfrentados pelos residentes, importa situar a ERPI no seu contexto histórico, social e identitário.

2. ENQUADRAMENTO HISTÓRICO, SOCIAL E IDENTITÁRIO DA ERPI

A ERPI onde decorreu este projeto tem raízes profundas na história industrial da região. Localizada num vale marcado pela tradição têxtil, a região conheceu, no final do século XIX, uma revolução na tecelagem do linho devido às inovações mecânicas. A expansão da indústria do algodão na região intensificou a necessidade de importar fio, tanto em quantidade quanto em qualidade, levando as fábricas a diversificar a sua produção, passando a fabricar também fios de algodão e misturas com linho (Alves, 2002).

Com esta industrialização, surgiram diversas empresas de tecelagem e têxteis, das quais muitas pessoas que residem nesta ERPI foram operárias, tecelãs, afinadoras de teares, ou tiveram as suas vidas profissionais ligadas a estas empresas. Muitas destas pessoas residiam nas freguesias vizinhas, que sofreram influências a nível social, cultural e económico. Estas indústrias sustentavam diretamente um grande número de famílias, além de outros profissionais cujas atividades económicas estavam vinculadas ao setor (Cortesão & Neves, 2012). Esta herança industrial e social continua a marcar a identidade da ERPI e dos seus residentes, muitos dos quais preservam memórias de uma vida ligada ao setor têxtil.

A instituição foi fundada no início do século XX por um dos principais empresários do setor, também benfeitor desta casa. Numa iniciativa inovadora para a época, o fundador instituiu que todos os trabalhadores da sua empresa descontassem um escudo do seu salário para apoiar a “Casa dos Pobres”, para assim cumprir o princípio de que a comunidade deve apoiar os seus menos favorecidos. Para garantir que este contributo não representava uma perda real para os trabalhadores, o empresário aumentou-lhes o salário no mesmo valor do desconto.

3. INVESTIGAÇÃO-AÇÃO PARTICIPATIVA: UMA ABORDAGEM TRANSFORMADORA NA ERPI

A minha integração neste contexto social representou um novo desafio, uma vez que as minhas experiências anteriores centravam-se sobretudo em grupos de crianças e jovens. Após um primeiro contacto com a diretora técnica e a psicóloga da ERPI, a 25 de setembro de 2024, formalizei o pedido de autorização para a realização do projeto nesta instituição. Fui informada de que, dali a cerca de dois meses, a casa entraria em obras e os residentes seriam transferidos para outras instalações. Considerei que acompanhar este processo de mudança poderia ser uma oportunidade para compreender as implicações que tal transição teria para cada residente. O primeiro contacto com os residentes ocorreu a 22 de outubro, com apresentações individuais realizadas pela psicóloga. A diretora técnica apresentou-me também às funcionárias (todas mulheres), o que facilitou a minha integração na rotina da instituição.

A análise da realidade, enquanto etapa fundamental em qualquer projeto de intervenção social, exige mais do que a recolha de dados ou descrições superficiais. Segundo Cembranos et al. (2001), deve ser orientada por critérios de participação, instrumentalidade, criatividade e visão crítica, com o objetivo de transformar a realidade com e para as pessoas que nela vivem. A investigação-ação participativa (IAP) não separa a investigação da intervenção, o que permite aos participantes serem coautores do conhecimento produzido, partindo de uma realidade dinâmica e complexa, enaltecendo a colaboração e a aprendizagem partilhada. Privilegiei, assim, uma abordagem qualitativa, atenta às vozes dos residentes, às suas experiências e dinâmicas subtis do quotidiano institucional, procurando captar não apenas o visível, mas também os silêncios e os discursos latentes. Tendo em vista estes objetivos, considerei a Avaliação Responsiva de Robert Stake a abordagem mais apropriada. Esta metodologia, conforme descrito por Norman e Reist (2020), valoriza o diálogo como elemento central e exige que o investigador procure minimizar os preconceitos, num processo aberto e colaborativo. Esta abordagem alinha-se à IAP, nomeadamente pela participação ativa dos atores sociais e pelo diálogo aberto essencial à construção de conhecimento. Além disso, ambas as metodologias partilham o respeito pela complexidade e a flexibilidade necessárias para criar condições favoráveis à transformação

social. Segundo Stake (2011), a avaliação deve ser contínua, acompanhando todo o desenvolvimento do projeto, ajustando-se às necessidades emergentes, valores e experiências, possibilitando captar mudanças e múltiplas perspectivas dos residentes, não se limitando a momentos pontuais nem a resultados finais.

Nesse sentido, a planificação foi entendida como um processo coletivo e progressivo, que partiu de uma leitura atenta da realidade para desenhar possíveis caminhos de mudança, graduando a utopia em objetivos alcançáveis e adaptando-se continuamente ao contexto. Segundo Cembranos et al. (2001), a participação das pessoas é crucial para assegurar o compromisso, superar resistências à mudança e fomentar a autonomia na gestão dos processos de transformação.

O modelo das nove questões – “porquê, o quê, a quem, para quê, como, quando, onde, com quem e com o quê” (Cembranos et al., 2001, p. 71-72; Serrano, 2008, p. 84-85) – serviu de fio condutor, para o desenho do projeto, permitindo estruturar a análise de forma sistemática, mas aberta à complexidade e à riqueza do fenómeno social. Esta matriz metodológica, mobilizada de forma integrada e reflexiva, orientou a caracterização do contexto histórico e social, as pessoas, as rotinas, as mudanças e as dinâmicas institucionais.

Segundo Quivy e Van Campenhoudt (2013), a investigação estrutura-se em três etapas fundamentais: rutura, construção e constatação. A rutura é especialmente importante, uma vez que implica um distanciamento crítico face ao senso comum e às ideias pré-concebidas, possibilitando questionar práticas e representações instituídas, promovendo efetivamente a transformação social a partir de uma análise reflexiva e partilhada. A minha integração seguiu uma atitude de rutura, como uma criança que entra pela primeira vez num novo mundo, numa casa diferente, curiosa e inquieta ou como um *pesquisador viajante* “vagueando ao acaso, sem destino aparente, no fluxo e refluxo das massas de gente e acontecimentos” (Machado Pais, 2002, p. 55), consciente e disponível para aprender e questionar sem pré-julgamentos. Monteiro (2019) reforça que a participação deve ser intensa e negociada, devolvendo a palavra aos participantes e promovendo autonomia e dignidade, contrariando lógicas institucionais que tendem a silenciar as vozes marginais. Assim, a IAP concretiza o seu potencial transformador e emancipatório ao promover a coconstrução de conhecimento e mudanças sociais e efetivas.

O conceito de pesquisa-ação desenvolvido por Kurt Lewin, em 1946, segundo Hensler et al. (2023), destaca a relevância de integrar a comunidade em todas as fases do processo, unindo a leitura das realidades sociais à ação coletiva através de ciclos reflexivos e de participação. Neste sentido, Santos (1999, p. 46) sublinha que "todo o conhecimento é local e total", construindo-se em volta de temas emergentes dos projetos de vida reais em comunidades específicas, e que o diálogo entre diferentes saberes é fundamental para um entendimento mais amplo e eficaz. Fals Borda (citado por Hensler et al., 2023), Monteiro (2019) e Santos (2007) defendem a necessidade de ultrapassar as hierarquias do conhecimento e considerar a diversidade de saberes, promovendo o diálogo horizontal. Tal abordagem revela-se particularmente pertinente em tempos de incerteza, defendendo que a colaboração e a coconstrução são elementos indispensáveis para enfrentar os desafios sociais contemporâneos.

Freire (2002, p. 17) afirma que "o homem se reconhece como sujeito que elabora o mundo", o que se reflete na metodologia de IAP que incentiva à participação ativa dos sujeitos e promove uma educação que vai além da mera transmissão de conhecimentos. Tavares (2007) ressalta a necessidade de valorizar os saberes que surgem da experiência de cada participante, neste caso numa ERPI, promovendo uma sociedade mais justa e equitativa. A construção do conhecimento é um processo complexo, vinculado às lutas sociais e às relações de poder. No contexto da ERPI, essa complexidade manifestava-se no contraste entre a importância do conhecimento experiencial de cada residente e o seu reduzido peso face às rotinas rígidas da instituição. As regras são estruturadas de forma universal, o que frequentemente desconsidera as rotinas, saberes e histórias de vida anteriores das pessoas.

Nesta perspetiva, autores como Monteiro (2019) e Santos (2007) defendem que a IAP se constitui como uma abordagem de cariz ético-político, essencial para o empoderamento dos indivíduos, pois permite-lhes a reflexão sobre as suas práticas e contextos e a consequente promoção de mudanças significativas. Nesta linha, Freire (1996) alerta sobre os perigos do assistencialismo, que priva os indivíduos da responsabilidade e da consciência crítica. Mendes (2024) e Timóteo e Bertão (2012) defendem uma intervenção fundamentada num paradigma crítico e transformador. Para as autoras, a intervenção social deve capacitar os sujeitos e promover a sua participação ativa na transformação das realidades sociais, orientando-se por valores de justiça, igualdade e

solidariedade. Enquanto Timóteo e Bertão (2012) defendem que o educador social é como um facilitador do desenvolvimento individual e coletivo, atuando de forma crítica, reflexiva e em diálogo com as necessidades das comunidades, Mendes (2024, p. 144) sublinha que “a educação pelo diálogo, pela conversa, oferece condições para a abertura das consciências, para a realização de democracias autênticas”.

Freire (2002) reforça que o diálogo só é possível quando existe empatia e respeito mútuo, princípios essenciais para criar um ambiente propício à colaboração, e Rogers (1985) reforça que a aceitação do outro no seu processo de transformação permite confirmar e tornar reais as suas potencialidades.

Assim, este projeto foi concebido com base na IAP, visando garantir a participação ativa dos idosos na construção do seu quotidiano, valorizando as suas vozes e experiências (Coutinho et al., 2009).

Monteiro (2019) sublinha que sem pessoas e sem a sua energia, não existe projeto nem tampouco metodologia, defendendo, em conformidade com Freire, que a paixão e o amor são essenciais para transformar relações instrumentais em verdadeiros diálogos. Foram essencialmente estes princípios que orientaram as minhas ações na ERPI, onde procurei criar condições para a participação ativa dos residentes, promovendo a escuta ativa, a empatia e o diálogo, de modo que as suas vozes fossem ouvidas e respeitadas, valorizando a sua dignidade. Santos (1999) afirma que a ciência é “auto-conhecimento”, sugerindo que o processo de investigação deverá ser uma oportunidade para as pessoas refletirem e compreenderem as suas próprias realidades. Assim, esta metodologia promove a reflexão crítica e, conseqüentemente, a transformação social, onde o conhecimento produzido é marcado por valores e significados que emergem das vivências individuais.

Mergulhei nas histórias de vida, escutei as suas perspetivas, vulnerabilidades e forças. Em cada interação, procurei promover um ambiente de respeito e incentivar a autonomia, envolvendo-os nas decisões do quotidiano. Por exemplo, solicitei sempre o seu consentimento antes de os auxiliar na locomoção ou alimentação, respeitando as suas vontades. Este meu posicionamento, centrado na aceitação e respeito, contribuiu para fortalecer, na instituição, uma cultura de cuidado

e valorização da experiência das pessoas idosas, desafiando preconceitos e promovendo a inclusão.

A importância de criar oportunidades educativas e de participação para pessoas adultas mais velhas é sublinhada por Martins (2024, p. 149), que defende que a educação e a participação devem ser pensadas “na vida toda e para toda a vida”, valorizando o direito de todos continuarem a aprender e a contribuir para a comunidade independentemente da idade. Contudo, em contextos de institucionalização, a ênfase nas rotinas de cuidado tende a sobrepor-se, limitando as oportunidades de envolvimento cívico ou educativo. É neste sentido que a participação ativa, promovida pelo presente projeto, se revela crucial para restituir este direito, fomentando a valorização dos seus saberes e a sua contribuição efetiva para a dinâmica institucional.

Apesar da IAP valorizar a coconstrução plena das ações com os participantes, deparei-me com limitações na participação ativa. Essa dificuldade decorria, muitas vezes, do não questionamento e da transferência da responsabilidade para os profissionais, ou até uma certa passividade, que podiam advir de fatores culturais e biográficos, e traduziam-se em expressões como “as doutoras é que sabem” ou “elas tratam-nos bem”, quando questionados sobre melhorias para o seu bem-estar, e uma tendência para aceitar as propostas sem questionar, limitando-se a decidir se tinham vontade ou não de participar.

Perante este contexto, fui desenhando o projeto e as ações de forma flexível, considerando sempre as opiniões, experiências e necessidades manifestadas. Procurei tornar a participação o mais efetiva possível, mesmo que esta abordagem não correspondesse totalmente ao modelo clássico da IAP. O objetivo foi garantir, dentro das possibilidades, a inclusão, o respeito pela autonomia e o envolvimento gradual dos residentes nas decisões e atividades do projeto. De forma a reforçar a participação, garanti que as vozes e a criatividade dos residentes fossem consideradas na escolha dos nomes fictícios utilizados neste relatório. Os que compreenderam a proposta, puderam escolher um nome pelo qual gostariam de ser identificados. Nos casos em que limitações psicológicas ou de saúde mental dificultavam a participação, os nomes foram atribuídos por mim, de forma a garantir sempre o anonimato e o respeito pela identidade de cada um. Reconheci fatores institucionais, culturais e biográficos que condicionaram a participação.

Tentei, dessa forma, ajustar a minha abordagem aos ritmos individuais, acompanhando o seu compasso, para promover uma participação genuína e significativa.

A dimensão humana e relacional da intervenção exigiu a articulação da metodologia de IAP com a filosofia da Humanidade. A integração da IAP, que providencia uma estrutura para envolver os residentes na identificação das suas necessidades e na procura de soluções, com a Humanidade, cujos quatro pilares (olhar, toque, palavra e verticalidade) complementam esse processo, permitiu a criação de um cuidado humanizado enriquecido. Esta sinergia garantiu que todas as interações fossem marcadas por empatia, atenção e uma profunda consideração pelas necessidades emocionais e sociais das pessoas. O objetivo final desta combinação foi estabelecer um ambiente de confiança e colaboração, incentivando os residentes a partilharem as suas experiências e a participarem ativamente na construção de uma vivência diária mais digna e significativa.

Face aos desafios da IAP no contexto da ERPI, onde a resignação e a dificuldade em assumir uma participação ativa plena foram barreiras ou criaram desafios, o projeto adotou o conceito de 'objeto flutuante' de Caillé e Rey (2003) como pilar conceptual. Este conceito atua como um mediador simbólico e relacional, permitindo a criação de um 'espaço intermédio'. Como afirmam os autores, este é a "zona de jogo que é o epicentro do campo terapêutico, o espaço intermediário que a ninguém pertence, à exceção do encontro" (Caillé & Rey, 2003, p. 27). Neste espaço, a intervenção foca-se não na tarefa ou no objeto em si, mas sim no desencadeamento de emoções, memórias e transformação pessoal. Ao criar este cenário, o foco passou a ser o de abordar a resignação de forma indireta, promovendo a redescoberta de possibilidades de ligação social, pertença e autonomia. Desta forma, o 'objeto flutuante' reforçou o potencial transformador da IAP ao permitir que o sentido emergisse da interação e não de uma imposição externa.

4. ANÁLISE DA REALIDADE: A ERPI

A ERPI acolhia 35 pessoas, sendo 8 do género masculino e 27 do feminino, distribuídas por 16 quartos 13 duplos e 3 triplos (femininos). De acordo com o organograma da instituição, a estrutura de tomada de decisões é hierárquica, iniciando-se pela direção, seguida pela educadora social, que assume as funções de diretora técnica. Esta supervisiona uma equipa composta por um médico, que realiza atendimentos uma vez por semana, durante três horas; uma enfermeira em regime de tempo integral e outra em regime de meio tempo, abrangendo os turnos de fim de semana, bem como as tardes de terça e quarta-feira; e uma fisioterapeuta que está presente três dias por semana, totalizando nove horas de trabalho. A equipa integra ainda uma psicóloga e uma animadora sociocultural, ambas em regime de tempo integral, de segunda a sexta-feira. No decurso deste projeto, registou-se uma alteração relevante na função de animadora sociocultural. A nova profissional integrou a equipa a 10 de fevereiro de 2025, tendo coexistido com a anterior até ao final desse mês, altura em que esta cessou funções. Esse período de transição permitiu uma passagem gradual de testemunho e facilitou a adaptação dos residentes e da equipa à nova educadora. Essa entrada coincidiu com uma fase de ajustamento institucional, cerca de dois meses após a mudança para as novas instalações, o que contribuiu para a reorganização das rotinas e dinâmicas do grupo. Nos subcapítulos seguintes serão analisados os impactos desta mudança nas atividades, dinâmicas de grupo e participação dos residentes.

As auxiliares de ação direta estão organizadas em quatro turnos. O turno da manhã é composto por quatro funcionárias, o da tarde por três, o da noite por duas e o de fim-de-semana também por três. Os turnos são distribuídos da seguinte maneira: manhã, das 07h00 às 15h00; tarde, das 15h00 às 23h00 – tendo sido com este turno com o qual tive uma maior interação; e noite, das 23h00 às 07h00. Nos fins de semana e feriados, os turnos são organizados entre as 07h00 e as 19h00 e das 19h00 às 07h00. A instituição conta com um total de 22 funcionários. No que respeita ao funcionamento institucional, importa salientar que tanto o regulamento interno como o organograma se encontram em conformidade com o disposto na Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, assegurando direitos, deveres e transparência no funcionamento da ERPI. O regulamento contempla normas de funcionamento, direitos e deveres dos residentes, regras de participação e convivência, bem como procedimentos em situações de emergência,

garantindo o direito à informação para residentes e/ou seus representantes. Além da conformidade legal, destaca-se a aposta num plano de atividades diversificado, promovido por entidades internas e externas. As atividades semanais externas decorrem de segunda a quinta-feira: uma cooperativa pública dinamiza um programa de envelhecimento ativo, com aulas de ginástica às segundas e quintas-feiras, envolvendo 25 residentes. Nas terças e quartas-feiras, uma entidade privada desenvolve projetos de promoção do envelhecimento ativo, com aulas de informática e atividades de estimulação cognitiva (ABC Sénior), dividindo os participantes em dois grupos. Esta colaboração com entidades externas visa diversificar a oferta, proporcionar experiências inovadoras e responder à heterogeneidade de interesses e necessidades dos residentes, além de reforçar a ligação da instituição à comunidade e combater o isolamento social, em consonância com o Manual de Boas Práticas do Instituto da Segurança Social (2005) e a Portaria n.º 67/2012.

Contudo, foi no quotidiano, na relação e na escuta, que se construiu a verdadeira qualidade do cuidado. Apesar do rácio de pessoal cumprir os requisitos legais, a experiência diária revelou limitações significativas: a equipa, embora dedicada, mostrava-se insuficiente para garantir um contacto verdadeiramente personalizado e humanizado com cada residente. Na vivência do dia a dia, deparei-me com situações desafiantes, que mostraram a complexidade no contexto institucional. Por exemplo, a necessidade de deitar os residentes mais cedo do que os próprios gostariam (alguns), o incentivo ao recurso da fralda em situações, que à primeira vista, poderiam parecer evitáveis, ou a existência de uma hora instituída para ir à casa de banho. Como se fosse possível, estarem todos biologicamente sintonizados. A diretora técnica esclareceu-me que esta opção está geralmente associada a pessoas com limitações cognitivas significativas, como no caso das demências, que por vezes expressam vontade de ir à casa de banho, mas já não conseguem reconhecer ou controlar os impulsos fisiológicos. As experiências observadas evidenciaram de que forma a rotina institucional, ainda que justificada por critérios técnicos e organizacionais, podia entrar em conflito com os ritmos e desejos individuais. Tais decisões, muitas vezes motivadas pela urgência de garantir os cuidados a todos antes do final do turno, acabavam por antecipar refeições e momentos de descanso, afetando a autonomia e o bem-estar das pessoas idosas. Essas limitações revelavam a discrepância entre aquilo que está previsto nas normas e aquilo que realmente acontecia, sublinhando a necessidade de reestruturar a

organização dos cuidados e de dotar as equipas de recursos adicionais, de modo a garantir uma resposta que fosse, efetivamente, centrada na dignidade e nas necessidades de cada pessoa. A análise da realidade possibilitou a observação empírica da concretização dos conceitos teóricos sobre envelhecimento no quotidiano institucional. Questões como a diversidade de trajetórias de vida, a interação entre dimensões biológicas, psicológicas e sociais, ou ainda o impacto da solidão e da perda, ganharam aqui expressão concreta, refletindo os desafios e potencialidades da velhice no contexto institucional.

4.1.OS RESIDENTES

Nesta secção, apresento os “retratos das pessoas” que conheci ao longo do projeto. Estes retratos não são apenas descrições institucionais, mas pequenas janelas para as suas histórias e memórias de vida, algumas delas partilhadas à mesa, muitas reveladas em confidências, sorrisos ou silêncios. Cada residente é apresentado como alguém que viveu muito para além da ERPI, fragmentos de vidas plenas, marcadas por afetos, trabalho, sonhos, perdas e conquistas, e mostrando como cada experiência individual se entrelaçou com a dinâmica coletiva da instituição.

Para além das rotinas instituídas e dos papéis que ocupavam naquele momento, pretendo dar a conhecer as pessoas, valorizando as suas histórias de vida e o legado que construíram ao longo do tempo. O grupo de residentes incluía pessoas com idades compreendidas entre os 72 anos (duas pessoas, mas uma faleceu durante o projeto), e os 97 anos. Cada residente trazia consigo uma história de vida única, marcada por percursos profissionais, vivências e personalidades distintas. Esta diversidade constituiu a riqueza das partilhas e evidenciou o valor individual de cada pessoa. Simultaneamente, muitos enfrentavam dores profundas, como o luto e a ausência de familiares próximos. Alguns apresentavam dificuldades cognitivas, outros apresentavam dificuldades para interagir espontaneamente. Estes últimos, embora parecessem, mais afastados da realidade, respondiam com sorrisos ou palavras quando eram abordados com atenção e de forma individualizada. A perda de memória podia ser especialmente dolorosa, pois, por vezes, esqueciam que alguns familiares já tinham falecido, e quando se apercebiam disso, sofriam de novo a perda, como se fosse a primeira vez. A maior parte dos residentes tinha mobilidade reduzida e precisava de ajuda para se deslocar. O sentimento de solidão era uma realidade em

diversos casos, reflexo da limitação das interações sociais entre os residentes. No que respeitava às dinâmicas afetivas, alguns estabeleciam fortes ligações com as auxiliares de ação direta (AAD), procurando nelas atenção, gestos de carinho e alguma proximidade emocional. Pelo contrário, outros mostravam-se mais reservados, evitando conversas ou preferindo estar sozinhos.

As histórias de vida revelavam percursos intensos e marcadamente diversos, abrangendo desde experiências de emigração a longos anos dedicados à família, ao trabalho e ao cuidado de companheiros e filhos. Nas suas partilhas, eram patentes as marcas de esforço, trabalho, coragem e resiliência. Relativamente à adaptação, enquanto alguns se mostravam conformados com esta nova etapa, outros revelavam, ocasionalmente, sinais de revolta ou dificuldade em aceitar as mudanças. Havia residentes que, mesmo enfrentando dificuldades, mantinham um certo sentido de humor e comunicavam através de sorrisos fáceis, olhares, gestos ou pequenas brincadeiras. Outros mostravam-se mais inquietos, com sinais de angústia ou confusão perante o ambiente circundante. Percebi, em alguns casos, o quanto era difícil para eles lidar com a perda de capacidades e com as mudanças impostas pela institucionalização. A observação destes momentos evidenciou a necessidade de uma intervenção que fosse além dos cuidados básicos. A intervenção deveria promover a escuta, o bem-estar emocional, o convívio e, acima de tudo, a preservação da dignidade em cada fase do envelhecimento. Era necessário estar atenta, com presença e empatia genuína. Importa ainda referir que, para a maioria destes residentes, a entrada na ERPI não foi uma escolha, mas uma necessidade imposta por circunstâncias da vida. Muitos chegaram à instituição devido a quedas repetidas, perda de equilíbrio ou problemas motores que comprometeram a sua autonomia e segurança em casa. Outros, por sua vez, necessitaram de apoio físico permanente para as atividades diárias, ou viram-se obrigados a procurar acolhimento institucional devido a alterações cognitivas, como lapsos de memória graves, esquecimentos perigosos (por exemplo, deixar panelas ao lume), ou desorientação. Em muitos casos, a entrada na ERPI aconteceu porque já não existia uma rede familiar disponível. Nessas circunstâncias, a institucionalização surgiu como a única forma de garantir os cuidados necessários e a segurança da pessoa. Mais à frente, irei refletir sobre o conceito de envelhecer em casa, também designado por *ageing in place*, e pensar nas alternativas possíveis à entrada numa instituição, bem como nos desafios concretos que surgem quando se tenta manter um idoso no seu ambiente familiar. Esta

reflexão pareceu-me essencial para perceber melhor as escolhas (ou a falta delas) que tantas famílias enfrentam.

Durante o desenvolvimento do projeto, registou-se o falecimento de seis residentes. Apesar de, à primeira vista, estas perdas se traduzirem numa alteração numérica do grupo, o seu impacto era muito mais profundo, afetando rotinas, relações e o próprio ambiente emocional da instituição. Muitas vezes, os residentes não verbalizavam o luto, mas sentiam-no nas pequenas mudanças do quotidiano. O simples facto de se sentarem ao lado de alguém durante as refeições criava laços e rotinas que, subitamente, se desfaziam com a ausência. Quando um residente falecia, sentia-se sempre um vazio. Em resposta ao impacto dessa ausência, a instituição adotava a prática de mudar algumas pessoas de lugar, quer à mesa das refeições ou na sala de convívio, procurando, assim, evitar que o lugar vazio se transformasse numa lembrança constante da ausência. Eram mudanças discretas, mas planeadas para salvaguardar o equilíbrio emocional do grupo. Acresce que, certas rotinas de alguns residentes estavam ligadas à presença de outros, como, por exemplo, sentiam empatia por alguém e ajudavam-no na alimentação. Quando essa ligação se perdia, o efeito repercutia-se para além da ausência física, afetando diretamente a rotina e o bem-estar emocional de quem ficava.

No entanto, a dinâmica da instituição era continuamente influenciada pela entrada de novos residentes, frequentemente provenientes de uma lista de espera. Desta forma, os lugares vagos eram rapidamente ocupados por outras pessoas, conferindo continuidade ao ciclo da vida na instituição. Cada recém-chegado trazia consigo uma personalidade própria, hábitos, rotinas e formas de estar distintas. Alguns residentes mostravam-se mais ativos e faladores, enquanto outros preferiam o silêncio e a distância. A coexistência desta diversidade exigia do grupo uma capacidade constante de adaptação aos ritmos de cada um, aos silêncios, às rotinas que mudavam e levava à construção de novas formas de convivência e ligação. Com tantas mudanças que aconteciam, tornava-se essencial que a equipa estivesse atenta e sensível ao que cada residente ia sentindo. Cabia-lhe não só ajudar na integração de quem chegava, mas também acompanhar quem ficava, sobretudo nos momentos de perda e nas adaptações que essas ausências exigiam. A riqueza dessas vivências, marcada por perdas e novas chegadas, contribuía para a complexidade e para a vitalidade do quotidiano na ERPI.

Seguidamente apresento o retrato de cada residente, mas importa referir que a descrição corresponde à percepção construída nos primeiros meses do projeto, período durante o qual estabeleci as primeiras aproximações com o grupo. Alguns residentes apresentavam desafios na mobilidade e necessitavam de diferentes formas de apoio, como cadeiras de rodas ou andarilhos. Ao longo dos retratos, a menção a estes apoios de mobilidade será feita de forma concisa, apenas quando a informação for crucial para o retrato individual, garantindo a fluidez da descrição.

Os retratos:

Dona Ana, a residente mais antiga da ERPI e que tinha completado 73 anos em janeiro, apresentava problemas cognitivos. Mãe de uma filha, ela manifestava-se frequentemente distante e desinteressada. No entanto, observei que em interações pontuais, ela expressava as suas emoções, com expressão facial, ora sorria ora estava muito séria. A sua comunicação era reservada e parca em palavras, pois só respondia quando se sentia valorizada e reconhecida, ou quando as atenções estavam centradas em si. A princípio, parecia não ter interesses ou hobbies, respondia a perguntas sobre as suas preferências com um simples "não". Contudo, após algumas tentativas, descobri que ela gostava de algumas atividades simples, como comer, tomar banho e apreciava momentos de carinho, como massagens na cabeça. Embora se sentisse (talvez) desconectada de muitas atividades (não gostava de sair, não ia aos passeios, não participava na maioria das atividades), ainda havia aspetos da vida que lhe podiam trazer prazer. Gostava de beber um copo de vinho às refeições, numa das nossas interações disse "água bebi hoje pela cabeça abaixo [...] água é para lavar os pés". A sua interação com os outros era limitada, mas quando era abordada de maneira gentil e atenciosa, ela respondia positivamente. Eu procurava provocar-lhe sorrisos e notava uma alteração (mesmo que subtil) no seu comportamento, sugerindo-me que ela gostava daquela conexão, mesmo que não o expressasse ativamente. A D. Ana tinha uma rotina em que se envolvia em tarefas simples, como arrumar a loiça do lanche, e demonstrava um certo orgulho em realizar essa atividade, mesmo que isso não parecesse significativo para os outros. No entanto, a mudança de instalações quebrou a rotina, já não arrumava a loiça, e quando eu chegava estava na sala de convívio, mesmo quando começava a reza do terço. Nas instalações de origem nunca estava na sala a essa hora, ficava no corredor, na cadeira junto ao acesso ao exterior, e onde consegui as primeiras interações com ela.

Dona Joana, 81 anos, era a pessoa mais dinâmica deste grupo de residentes. Era a única que fazia a ginástica em pé, todos os outros estavam sentados. Ajudava algumas das pessoas com menos autonomia, mas também nas tarefas da casa. Sabia escrever apenas o seu nome, diz que andou na escola até à 4ª classe. Solteira e não tinha filhos. Apesar de dizer que teve muitos “cadilhos”, como diz o provérbio “quem tem filhos tem cadilhos, quem não os tem cadilhos tem”. A sua trajetória passou por Lisboa, foi empregada de servir, ainda diz a morada completa, mas não se recorda que idade tinha, sabe que era ainda muito nova. Trabalhou para uma família, e conta que a dona da casa se suicidou e deixou crianças pequenas, as quais ajudou a criar. Alguns anos depois, voltou para a vila onde nasceu a pedido de um industrial local, e onde trabalhou até à sua reforma. Cozinhava para os clientes que o patrão recebia na empresa. Dizia que preparou comida para muita gente ao longo dos anos, e contou-me muitas vezes estas histórias com orgulho. Notava-se proximidade com as auxiliares, nas suas conversas, em que abordava aspetos da sua intimidade, como quando afirmou: “Estive em Lisboa, e nunca estive com um homem. Nunca precisei”. Na maioria dos dias mostrava-se bem-disposta. Ao longo do mesmo dia, por vezes, repetia algumas conversas e chegou a partilhar informações que precisei confirmar junto das funcionárias, como, por exemplo, o pedido de uma senhora para que ela ficasse com seu filho pequeno durante a manhã do dia seguinte (não correspondia à verdade).

Dona Maria completou 87 anos em maio, apesar de dizer que tinha 83, mas sentia-se como se tivesse 70 anos. Para se deslocar, necessitava de algum apoio, recorrendo a uma bengala. Iniciou a sua vida profissional tarde (comparativamente aos restantes) “vinte e tais” afirmou. Foi telefonista numa das grandes empresas industriais da zona, estudou até ao 4º ano do liceu, num colégio interno, na zona de Vila Nova de Gaia. É solteira, teve alguns namorados e não tem filhos. É a mais velha de cinco irmãos e tem sobrinhos. Fala deles, mas não sei se a visitavam, porque não referia no seu discurso. Tivemos uma conversa de foro espiritual, sobre a morte, porque revelou que por vezes pensava e perguntava-se para onde ia a seguir. Esteve muito sensível pela altura da quadra natalícia, falava que tinha saudades dos pais, que queria ir para casa, para junto deles. Chorava! Falou com o irmão e pediu-lhe para que não lhe escondesse e para lhe dizer se a mãe tinha morrido. O irmão confirmou, então ficou muito triste e chorosa. Quanto à mudança, nas primeiras interações disse-me que não sabia muito bem o que pensar, gostava de estar nas

instalações que já conhecia bem. Após a mudança, disse que preferia o outro local, por considerar este maior e mais frio. Também a ouvi falar disto ao telefone com um dos irmãos.

Dona Carla completou 81 anos em janeiro. Estudou até à 4ª classe. O seu último emprego tinha sido auxiliar de dentista. Começou por aprender numa costureira, mas depois o pai teve um AVC e ela teve de ser cuidadora dele, acabando por ser cuidadora, também, de outras pessoas. Era mãe de duas filhas, uma estava no estrangeiro, pelo que não a via com frequência, mas ao sábado era dia de telefonemas; a outra morava na cidade, e aos domingos almoçava com ela e a respetiva família. A D. Carla revelou que o marido (já falecido) tinha vício do jogo e levou a família a uma “desgraça” (conversávamos acerca disto com a D. Maria, que referiu ser uma adição, e o que o pai também sofria desse problema). Gosta de cantar e de dançar, descrevendo-se como uma pessoa divertida e apreciadora de festa e de boa disposição. Era cordial, não gostava de confusões e, pelo seu discurso, percebi que era empática e compreensiva. Referiu que, durante as conversas com a D. Joana, apercebia-se das repetições de conversas, mas escutava-a sempre com atenção, sem a interromper.

Dona Laurinda, 85 anos, revelou-me ter sofrido muito ao longo da sua vida. O marido tinha uma outra família em Lisboa, e os seus dois filhos tinham a mesma idade dos seus irmãos consanguíneos. Antes de se reformar, trabalhou durante 39 anos numa das grandes empresas industriais da região. Falou-me do filho, de um neto, da nora que faleceu com 33 anos, ainda o neto era pequeno. Revelou que o neto se tinha suicidado há cerca de três anos, mas não podia precisar porque do tempo já não tinha muita certeza, o tempo, alegou ela, “passa tão depressa”. Quando a nora faleceu, trabalhava numa casa, mas o filho pediu-lhe ajuda para cuidar do neto e, por isso, despediu-se do trabalho para assumir essa responsabilidade. Cuidou do neto até ele fazer 15 anos. Referiu ainda que ele teria 22 anos quando se suicidou. Comentou que o filho teve uma relação que o “desgraçou”, mas não quis entrar em pormenores. Apesar de tudo isso, disse que naquele momento podia estar bem, mas que sofria de dores físicas. Em relação à mudança, desvalorizou, disse que lhe seria indiferente, “estar lá ou cá, será igual”. Quanto às atividades, disse que naquele momento não podia fazer muita coisa, mas tudo o que podia, fazia. Gostava de pintar e de fazer ginástica. Em tempos, referiu, ajudou nas tarefas no refeitório, mas naquele momento

estava impedida, pelas dores físicas. Ao questionar-lhe o que a fazia feliz ou lhe trazia alegria ou prazer, respondeu que não havia nada que fizesse que lhe trouxesse essa felicidade.

Dona Carina, 88 anos, trabalhou como "empregada de servir". Dona de um sorriso fácil e personalidade afável, mas não era consensual, pois algumas residentes tinham opinião contrária. Na sequência do falecimento do marido com quem teve dois filhos, decidiu emigrar para França. Posteriormente, voltou a casar com um viúvo, pai de 4 filhos. Os seus filhos iam quase sempre buscá-la, em domingos alternados. Pediu-lhes para irem buscar antes do meio-dia, porque na ERPI almoçavam a essa hora e ela acabava por ficar sozinha na sala. Comentou que uma das noras a tratava melhor que a outra, e por sua vez sentia que o relacionamento entre o casal também era mais harmonioso. Apesar de considerar uma delas mais fria, gostava das duas. Quanto aos enteados, filhos do falecido marido, afirmou que nunca mais os viu depois de regressar de França, explicando "era a madrasta". Acrescentou com ironia "quando morrer vêm buscar o dinheiro da casa". Não se recordava que já tinha contado alguns factos da sua vida, quando os repliquei mostrou-se surpresa. Entrou na ERPI porque começava a esquecer-se das coisas, relatou que um dia estava no seu quintal e deixou as panelas no fogão, quando voltou à cozinha "estava tudo preto. Podia ter acontecido uma tragédia." Foi esse episódio que levou os filhos a inscrevê-la na instituição. Foi talvez uma das pessoas que se sentiu mais angustiada pela mudança. Nas primeiras interações com ela, contou-me que se assustou e chorou porque pensava ter sido assaltada, dado que tinham "desaparecido" algumas das suas roupas. Tal como outras pessoas, disse que o espaço era maior, mais frio, e que gostava mais do outro lar.

Dona Raquel, 91 anos, era mãe de sete filhos: seis raparigas e um rapaz. Estudou até à 4^a classe, mas proporcionou formação a todos os filhos. Três tornaram-se professoras, o filho formou-se em engenharia e as outras três filhas concluíram o curso profissional de contabilidade. Trabalhou como modista, enquanto o marido era mestre numa tinturaria. Ambos ganhavam bem e, com o fruto do trabalho, conseguiram pagar os estudos dos filhos. Passou o dia de Natal com os filhos e as suas famílias. Duas das suas filhas já se encontravam reformadas. Tinha nove netos, cujas profissões variavam entre enfermagem, engenharia e docência. (Faleceu na noite de 24 de janeiro).

Dona Maria do Socorro, 83 anos, viveu na Suíça durante 20 anos. A emigração começou quando o marido partiu primeiro, seis meses depois, segui-o, regressando temporariamente para levar os filhos. Ao longo da sua vida profissional trabalhou em fiação tanto em Portugal como na Suíça, enquanto o marido trabalhou na tecelagem. Regressou definitivamente quando o marido faleceu, teria pouco mais de 50 anos. Foi sepultado cá, e por esse motivo regressou. Disse-me “não ia ele estar cá e eu lá”. Mãe de quatro filhos, três já eram adultos aquando do regresso, um deles permaneceu lá, os outros residem cá. Recordou episódios de alguns galanteios, e recorreu a algumas expressões típicas, transmitindo humor a narrar as suas histórias. Foi operada à vesícula, de urgência, no dia 23 de dezembro, quando se preparava para passar a quadra natalícia na Suíça. Era uma senhora bem-disposta, mas o seu estado de saúde, que por vezes sentia algumas dores, limitava a sua disponibilidade para as atividades.

Dona Maria Ambrósia, 81 anos, era solteira e não tinha filhos. Tinha seis irmãos. Estudou até ao 2º ano do liceu, e trabalhou como tradutora de inglês numa das grandes empresas têxteis da vila. Era uma senhora simpática, e mostrava-se grata por qualquer atenção que lhe dispensávamos. Tinha uma ferida no rosto, que estava quase curada. Ela valorizava que eu reparasse e lhe comunicasse que estava muito melhor. Recorria ao uso de um andarilho. Tinha problemas de audição, o que limitava a sua interação com os outros e constituía um desafio acrescido na sua participação nas conversas.

Dona Rosa, 94 anos, era analfabeta e explorou uma quinta. Apresentava desafios na mobilidade, necessitava do recurso a uma cadeira de rodas para a sua locomoção. Cultivou legumes, milho, trigo, fez também criação de gado, e outros animais como galinhas e coelhos. Vendia os seus produtos na feira, mas como isso acabava por atrapalhar o seu trabalho, optou por deixar a feira e vender em casa. Gostava muito do seu trabalho, mas era muito exigente, após o falecimento do marido não conseguia fazer o trabalho sozinha, mesmo com a ajuda dos seus filhos. Veio para esta ERPI, para não estar sozinha. Entregou a quinta (era a caseira) aos donos. Revelou-me que não queria estar ali. Já tem um bisneto, aos domingos, costuma sair com a família. Não a vejo falar muito com as pessoas à sua volta. Na ginástica, não participa, mas vi-a marcar o ritmo das músicas com os dedos. Quando eu a auxilio na sua mobilidade ao empurrar a cadeira de rodas vai, frequentemente, a cantarolar.

Dona Vânia, tem 91 anos. Recorria ao apoio de uma cadeira de rodas. Na sequência da mudança, manifestou um medo recorrente, afirmando, amedrontada, que não desejava dormir na rua. Pedia para não a colocarmos na rua. Não se mostrava muito disponível à interação comigo. Respondia aos meus cumprimentos, mas não me olhava.

Dona Maria Rosário, 81 anos, era solteira. Iniciou a sua vida profissional ainda adolescente, a trabalhar na fábrica, em teares. Um dia sentiu-se mal, foi ao hospital e acabou por não voltar ao trabalho da fábrica, ficou em casa a tratar das lides domésticas e dos irmãos. Mais tarde, regressou à escola, concluindo a 3ª classe com 13 anos. Tinha nove irmãos. Num determinado período, necessitou de apoio para locomoção e utilizou um andarilho. Entretanto, recuperou a autonomia nas deslocações. Gostava de auxiliar quem se deslocava em cadeira de rodas, mas nem sempre as suas afirmações ou ações geravam concórdia.

Dona Tatiana, 96 anos, apresentava limitações de mobilidade e recorria ao uso de um andarilho para se deslocar. A sua vida foi dedicada à agricultura, cultivava cenouras, cebolas, batatas, e fez feiras durante quase 30 anos. Foi casada e tinha filhos. Contava que o marido a tratava bem, acompanhando-a até às feiras, embora não permanecesse lá. Desde que residia na instituição, os filhos iam buscá-la ao domingo, alternadamente. Relatava que era feliz por estar ali, valorizando o fato de não ter dores e de manter uma boa saúde desde a sua entrada. Referia, apenas, que depois de falar muito, sentia a garganta seca. Recordava-se do nome da mãe e do pai. Nos primeiros dias de projeto, por vezes perguntava, o que eu estava ali a fazer. Com o passar do tempo, passou a reconhecer-me e afirmava que me conhecia. Mantinha, diariamente, um sorriso nos lábios, o que a tornava cordial e acolhedora nas interações. Dava, por vezes, sinais de esquecimento, sobretudo quando a encaminhava para o refeitório, momento em que expressava a preocupação de não ter dinheiro para pagar a refeição.

Dona Eduarda, 92 anos, apresenta limitações significativas na mobilidade, necessitando do uso de cadeira de rodas para se deslocar. Também requeria assistência durante as refeições, sendo, aliás, uma das residente que eu auxiliei muitas vezes na hora do jantar. Tinha problemas de saúde mental, verbalizava quase sempre as mesmas palavras, quase como um lamento. Esta repetição constante dificultava a interação com os outros, que acabavam por se cansar de ouvir as mesmas

expressões. Durante as refeições, as auxiliares de ação direta recordavam momentos de quando ainda conseguia interagir e manter trocas significativas com os outros. (Faleceu a 8 de março).

Dona Sara, 97 anos, apresentava dificuldades de mobilidade e deslocava-se com o auxílio de uma cadeira de rodas. De trato afável, transmitia simpatia nas interações. Inicialmente contou-me que era solteira e não tinha filhos, mas meses depois, na interação à hora do jantar, soube que tinha filhos e a visitavam. Ao longo da sua vida, trabalhou na fábrica, nos teares e também como empregada de servir. Ao sair da fábrica, ia para uma mercearia onde fritava bacalhau ou sardinhas, e no final da sua jornada, os cutileiros juntavam-se lá a comer, e bebiam um pouco demais. Recebia o pagamento pelo seu trabalho diariamente. Viveu com os pais e restante família durante anos. Após o falecimento de todos, passou a permanecer em casa das famílias onde servia.

Dona Josefina, 84 anos, apresenta limitações na mobilidade, deslocando-se com o apoio de uma cadeira de rodas. A sua interação com os outros é muito reduzida, mantendo-se, na maior parte do tempo, reservada. Alimentava-se de forma autónoma, mas passou a necessitar de auxílio, apresentando, ainda assim, recusa alimentar frequente.

Dona Josefa, 91 anos, enfrenta dificuldades de mobilidade, deslocando-se com o auxílio de um andarilho. Quando tinha 9 anos, estava prestes a fazer o exame da 3ª classe, quando, certo dia, após voltar da escola e de brincar, sentiu-se cansada e deitou-se na cama da tia, onde acabou por adormecer. A tia acordou-a para que fosse à mercearia comprar sabão, mas ela já não ouvia. Contou que a família era muito pobre e não tinha condições de a levar a especialistas, consultando apenas o médico de família. Teve uma irmã, já falecida, mantinha contacto regular com três sobrinhos que a visitavam frequentemente. Ao longo da vida trabalhou como empregada de servir. Foram os patrões que, mais tarde, lhe proporcionaram consultas com especialistas, mas mesmo rodeada de máquinas e exames, não obteve melhorias auditivas. Para comunicar, recorria à leitura labial e conseguia responder de forma perceptível. Exibia, nas suas interações, um trato simpático e cordial.

Dona Florbela era conhecida pelo seu gosto pela música. Ouvi-a cantar à mesa algumas vezes, mas também a vi, noutras ocasiões, adormecida na sala de convívio, enroscada numa manta. Uma das últimas vezes que estive com ela, tinha adormecido durante o lanche, ficando até ao jantar.

Sofria de doença de Parkinson, o que explicava o seu estado de saúde frágil e os períodos de sonolência que se tornaram mais frequentes. (Faleceu no dia 2 de janeiro).

Dona Rita, 92 anos, era viúva e era frequente vê-la com um sorriso nos lábios. Trocava piscadelas comigo à mesa, gesto ao qual eu respondia com igual cumplicidade. Gostava de cantarolar, e uma ou outra auxiliar (AAD) acabava por acompanhá-la. Apresentava dificuldades de mobilidade e deslocava-se com a ajuda de uma cadeira de rodas, apesar de conseguir alimentar-se sozinha. Durante o jantar, a auxiliar Sra. Céu contou que a D. Rita costumava dizer que o marido a visitava à noite, no seu quarto. Então, a auxiliar, perguntou-lhe se isso não era verdade. Como D. Rita mostrou não ter percebido, voltou a perguntar-lhe: “o seu marido não vem ficar consigo?” Naquele momento, a expressão facial de D. Rita mudou, os seus olhos abriram-se e rasgou um belo sorriso. O tema da conversa era sexualidade, e percebi que as auxiliares abordam estes assuntos com naturalidade, por vezes estimulando a partilha por parte dos residentes. Notei que a abordagem era sempre respeitosa, e quando os residentes não queriam falar, mudavam de assunto.

Dona Manuela, 84 anos. Apresentava dificuldades de mobilidade e deslocava-se com auxílio de uma cadeira de rodas. Alimentava-se de forma autónoma, mas não se mostrava disponível para conversar ou interagir comigo. Também falava muito pouco com as auxiliares, mantendo uma postura reservada.

Dona Joana, 82 anos, mãe de 5 filhos, todos casados e bem estabelecidos. Começou a trabalhar na tecelagem, mas acabou por desistir para se dedicar inteiramente aos cuidados dos seus filhos. O marido faleceu há dois anos, e ambos chegaram a residir na ERPI. Descreveu-o como um bom marido, mas ressalta que também soube proteger-se. O marido tinha uma mercearia e gostava de visitar as quintas para experimentar os vinhos. Conta que nesses dias, como estratégia familiar para preservar o bem-estar de todos, jantava com os filhos e logo de seguida iam todos para a cama, pois sabia que tinha bebido demais. Apresentava problemas auditivos, o que dificultava a sua interação diária com as pessoas à sua volta.

Dona Cândida, 91 anos, deslocava-se com o auxílio de uma cadeira de rodas. Ficou solteira para cuidar da mãe. Tem um bom sentido de humor e responde com graça quando falamos das razões por que não casou, dizendo que pretendentes não lhe faltaram, mas que preferia um homem da

sua altura, pois é alta. Não se mostrava muito disponível para interagir comigo. Eu costumava conversar com as pessoas ao seu lado, ela ouvia, mas participava pouco.

Dona Olga, tinha 92 anos, apresentava limitações na mobilidade, necessitando de apoio para se deslocar e utilizava uma cadeira de rodas. Não mostrava disponibilidade para interagir comigo.

Dona Maria de Fátima, tinha 91 anos, deslocava-se em cadeira de rodas. Recebia frequentemente a visita de duas filhas, sendo que uma delas chegava muitas vezes perto do término da hora de visita, o que fazia com que D. Maria chegasse à mesa para jantar depois das 18h30. Interagia pouco, e as auxiliares referiram que essa filha lhe causava inquietação e instabilidade emocional. Essa filha desejava cuidar da mãe em casa, mas as irmãs não permitiram, pois sabiam que ela própria precisava de ajuda emocional, e não conseguiria cuidar adequadamente da mãe. (Faleceu a 10 junho).

Dona Marta, 86 anos, era viúva e tinha filhos, utilizava uma cadeira de rodas. Também precisava de auxílio na alimentação. Apesar de falar muito pouco e com alguma dificuldade, demonstrava bom humor, respondendo e rindo durante as nossas interações. Recebia, frequentemente, visitas de uma filha e de uma nora. (Faleceu a 1 maio).

Dona Felicidade, 72 anos, tinha duas filhas, sendo que a mais nova era uma das AAD e fazia parte do grupo com quem eu interagia mais. Estava muito debilitada devido a um cancro e falava muito pouco. Alguns dias permanecia na sala de convívio, mas na maior parte do tempo ficava no quarto. No início do projeto, auxiliei-a na alimentação. D. Maria Ambrósia, que partilhava a mesa, mencionou que D. Felicidade, naquela semana, estava a comer muito pouco. Curiosamente, nos dias em que eu a auxiliei, ela comeu a sopa toda. Brinquei dizendo que ia ser contratada só para cuidar dela, e ela sorriu. No último dia do mês de janeiro, quando cheguei, ela estava na mesa do primeiro grupo, ocupando o lugar na testeira que “pertencia” antes à D. Florbela. (Faleceu a 23 de fevereiro.)

Dona Isabel, 86 anos. Estava acompanhada da irmã que a tinha ido visitar, na primeira vez que interagi com ela. Nesse encontro, o contraste entre as duas foi evidente, a irmã era mais faladora, enquanto D. Isabel era mais calada. Ambas já tinham perdido os maridos. D. Isabel não tinha filhos.

No início do projeto, era a residente mais recente, mas rapidamente o estatuto mudou. Com o tempo, comecei a vê-la mais faladora, mostrando sentido de humor, embora em alguns dias tenha parecido mais rezingona. Necessitava de apoio para locomoção, utilizando um andarilho.

Dona Joaquina, 75 anos, deu entrada no dia 3 de fevereiro, motivada por quedas frequentes e pela necessidade de acompanhamento, dado que vivia sozinha. Tinha um filho e uma neta que, orgulhosamente, referia ser enfermeira de neonatologia. No primeiro dia, encontrava-se visivelmente abalada, contou que chorou muito e partilhou comigo o peso de deixar a sua casa. Senti que ainda estava a adaptar-se à ideia. Ao jantar, ficou sentada na mesa da D. Carina, que incentivei a acompanhá-la até à sala de jantar, e as duas foram conversando. Quando lhe perguntei como estava a ser o início da estadia, disse que ainda lhe custava, mas que estava a habituar-se. Achei curioso o modo como, mesmo triste, fazia questão de sorrir e manter o bom humor, disse que sempre fora assim e que não adiantava estar triste. O barulho da televisão, por vezes, incomodava-a, e procurava recantos mais sossegados quando podia. A sua integração foi gradual, observava e falava, mostrando-se atenta ao que a rodeava. Nas interações revelou que gostava de fazer tricô e de pintar. Era uma das pessoas que eu vi, frequentemente, na mesa, a pintar.

Dona Lurdes, 79 anos, entrou no início de março (vi-a no dia cinco). Usa cadeira de rodas e é natural de uma freguesia vizinha. Tinha dois filhos, uma filha que trabalhava e estudava à noite, e um filho na Força Aérea. Iniciou a atividade profissional aos 14 anos no setor têxtil, a urdir a teia, processo que antecede a tecelagem. Declarou que não gostava do barulho constante da televisão, preferindo ambientes mais calmos. A sua presença contribuiu para a dinâmica da mesa, o diálogo à mesa entre as pessoas aumentou. Partilhava memórias de trabalho e da terra, e tinha um olhar curioso e atento para tudo o que se passava à sua volta.

Dona Maria da Graça, 84 anos, entrou a 17 de março. Andava com auxílio de um andarilho, e sofreu um AVC dois anos antes, que afetou parte da sua mobilidade e a fez perder a visão do olho esquerdo. Foi casada, divorciou-se cedo e não teve filhos. Viveu com a mãe até esta falecer. Contou que teve uma vida boa, sem grandes problemas de saúde, até ao AVC. Sente-se triste e revoltada por, mesmo cuidado de si, ter tido este desfecho. Gostava de tricotar, mas já não tinha a destreza de antes, o que a entristecia. Partilhou que já pensou em desistir (suicídio), mas

agarrava-se à fé em Nossa Senhora e em Deus. Expressava o que sentia com franqueza e, nos momentos de emoção, a intensidade das suas palavras era sentido por quem estava por perto. Tinha uma presença honesta e sensível.

Dona Oscarina, chegou a 4 de abril, vinda de Viseu. O filho casou com uma médica da cidade, que já trabalhou como médica na ERPI. Estava um pouco desorientada quando chegou, dizia que tinha vindo com várias pessoas e que os filhos ficariam preocupados por não saberem dela. Não sabia se tinha ido só passar uns dias, como já tinha acontecido anteriormente, mas acabou por ficar. A memória já lhe falhava, mas tentava situar-se e partilhava o que conseguia recordar. Sentia saudades da família e mostrava alguma confusão, mas também vontade de conversar. Com o apoio das auxiliares e as interações estabelecidas, demonstrou uma progressiva adaptação ao novo espaço.

Senhor João, 84 anos, demonstrava a complexidade de uma pessoa idosa que enfrentava desafios significativos na adaptação a uma nova fase da vida, marcada pela perda de autonomia, limitações físicas e isolamento social. A sua história foi um convite à reflexão sobre as necessidades emocionais e psicológicas dos idosos em instituições, destacando a importância de intervenções que promovam o bem-estar, a socialização e o suporte psicológico. Consegui uma aproximação quando descobri que tínhamos uma amiga em comum. Ao comunicar-lhe esse facto, o seu olhar mudou e rasgou um pequeno sorriso. No segundo contacto, revelou-me que não estava muito bem, que a sua autoestima estava baixa. Não se identificava com as rotinas da instituição, pois disse que nunca teve rotinas na vida adulta. Viveu 60 anos sozinho, tendo deixado de trabalhar aos 40 anos e vivido dos rendimentos do seu trabalho como comerciante de máquinas de fição, para Portugal e estrangeiro. Pensava na pessoa que foi, nunca fez planos para o futuro e nunca se imaginou com a idade atual, sempre viveu o presente. Não se identificava com as pessoas do grupo. A quadra natalícia deixava-o mais nostálgico e sensível, segundo admitiu. Esteve na Guerra do Ultramar com 21 anos, essa experiência deixou-lhe traumas profundos. Apesar de reconhecer que deveria ter procurado ajuda psicológica, nunca o fez, em parte por ser teimoso (como ele mesmo diz, 'torrão'). Admitiu que essa escolha afetou profundamente as suas relações sociais. Além disso, percebia a perda das capacidades físicas, o que impactava negativamente a sua autoestima.

Senhor José, 92 anos, disse que estudou até à 4ª classe (2º ano) e começou a trabalhar muito jovem, aos sete anos (embora tivesse algumas dúvidas), como serralheiro mecânico. Orgulhava-se da sua profissão, afirmando: “Fui um artista na sua arte”. Emigrou para França, onde sofreu um acidente de trabalho que lhe causou a perda de alguns dedos da mão esquerda. O seu historial de vida incluía severas dificuldades, incluindo andar descalço e passar fome e frio. Recentemente, em outubro de 2024, perdeu a esposa, que, a seu pedido, já vivia há algum tempo num lar. Apesar disso, ele ia buscá-la aos domingos para almoçarem juntos na Póvoa do Varzim e outros locais. Tinha um filho e um neto. Não era crente, convicção que surgiu desde a infância, marcada pela fome e trabalho precoce. Revelou uma atração pela noturnidade, manifestando interesse por ambientes e práticas associadas à vida noturna, e obscura, chegando a afirmar que “era malandro”. Gostava de ler e recitava dois poemas de cor. Segredou-me um episódio pessoal entre ele e a esposa, alegando que tinha confiança em mim. Era conversador, e gostava de contar as suas histórias. Num dia, após o almoço sentiu-se doente e foi para o quarto. Após o horário das visitas, o filho foi visitá-lo, e nesses casos, podiam fazer a visita no quarto.

Senhor Agostinho, 89 anos, enfrentava desafios de mobilidade e utilizava um andarilho para apoio na locomoção. Deslocava-se muito devagar, sendo, quase sempre, ser o último a chegar ao refeitório. Era um senhor simpático e muito calmo, falava de forma pausada e tranquila. Aproveitava, por vezes, o trajeto até o refeitório para conversar consigo. Trabalhou com teares numa empresa da cidade, começando a sua carreira com teares manuais e, posteriormente, assistiu à modernização trazida pela revolução industrial na Europa, aprendendo a trabalhar com teares mecânicos.

Senhor Manuel, 87 anos, apresentava limitações na mobilidade e necessitava de apoio para se deslocar. Utilizava uma cadeira de rodas, mas conseguia deslocar-se sozinho. Trabalhou em França por pouco mais de um ano, mas, decidiu voltar porque a esposa e a filha estavam em Portugal. Entrou em contacto com alguém para saber se teria trabalho ao regressar, e foi informado que sim, o que o motivou a voltar. Durante uma conversa a três, com a D. Mª do Socorro, revelou que a esposa faleceu durante uma operação ao coração. Contou que a sua reforma era tão baixa que, ao estar na ERPI, esta provavelmente tinha prejuízo. Com humor, comparou a sua condição de estar numa cadeira de rodas com a da D. Mª do Socorro, que estava sentada numa

cadeira e tinha um repouso-pés, dizendo que, por ela ter estado na Suíça, a reforma dela era muito alta e o tratamento era diferenciado. Rimos todos da comparação.

Senhor Francisco era a pessoa de trato mais difícil, principalmente na hora da refeição, porque acabava, quase sempre, por resmungar, por querer ser sempre o primeiro a ser servido. Reparei que reclamou em algumas ocasiões. Num dessas vezes, chegou a bater na mesa e a falar alto, provocando a reclamação de alguns residentes, acerca da sua postura. A D. Carla comentou que ele estaria a piorar nos últimos tempos, e todos na mesa, como a D. Maria e o Sr. João, concordaram. A D. Ana, que estava ao fundo na sala, disse-lhe para bater com a cabeça na mesa, enquanto outros diziam para ele ficar calado. A auxiliar Sra. Céu pedia silêncio no refeitório, para que todos terminassem a refeição em tranquilidade. Comigo, o senhor Francisco tinha pouca interação, embora, por vezes me tenha tocado no braço, ou chamado para me sorrir, ou dizer “olá”. Por vezes, quando auxiliava no refeitório acabava por me pedir uma ou outra coisa. Na última vez que, fui buscar um guardanapo para uma das senhoras na mesa redonda, pediu-me um para si. É um pouco rezingão, e não respondia quando lhe estendia a mão para o cumprimentar.

Senhor Rui, 91 anos, tinha limitações na mobilidade e precisava de apoio para se deslocar, utilizando uma cadeira de rodas. Como não se lembrava do nome das pessoas, tratava toda a gente por “parceira(o)”. Mostrava sempre um ar simpático, apresentava alguma dificuldade na audição. Num episódio, antes de o ajudar, olhei-o nos olhos e perguntei se podia deslocá-lo até ao refeitório, mas ele percebeu outra coisa. Repeti, e ele voltou a perceber errado. Quando estive presente no dia de ginástica, notei que fez poucos exercícios, e acabou por adormecer. Inicialmente, realizava as refeições de forma autónoma, mas, com o avançar da sua debilidade, tornou-se uma das pessoas a quem prestei mais apoio na hora do jantar, sobretudo nos últimos meses. Embora interagisse connosco, essa interação foi diminuindo progressivamente.

Senhor Lisboa, 82 anos, apresentava limitações na mobilidade, necessitando de apoio para locomoção, utilizando uma cadeira de rodas. Quando tinha cerca de 16 anos, esteve internado devido a uma doença que o impediu de andar. Essa condição levou a que tivesse de amputar uma perna, aproximadamente aos 50 anos. Começou a trabalhar muito jovem, entre os oito ou dez anos, após fazer o exame da 4ª classe. Trabalhou inicialmente no “tinto” (tingimento ligado à indústria têxtil), mas não lhe agradou a função e passou para a tecelagem cumprindo depois a

carreira de afinador de tecelagem. Não casou, mas viveu em união de facto. Esteve com a primeira companheira 11 anos. A segunda tinha 1 filha, e a terceira tinha um filho.

Senhor Vieira, 84 anos, apresentava limitações na mobilidade, necessitando de apoio para locomoção, e na maioria das vezes desloca-se no cadeirão. Em alguns dias gritava muito e chamava pela mãe. Nesses dias que sentia dor, dizia alguns palavrões. Num dos dias em que estive à mesa a falar com o senhor Lisboa, ele esteve atento à conversa, sem se intrometer ou opinar, só a ouvir. (Faleceu a 2 de junho).

Os retratos das auxiliares de ação direta (AAD), podem ser consultados no Apêndice A, considerando que faziam parte do grupo com o qual tive mais interação, e testemunhei relações de intimidade e confiança.

4.2. DO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL AO ENVELHECIMENTO EM CASA

A definição dos direitos, princípios e valores que orientam o cuidar em acolhimento residencial encontra-se sistematizada no “Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas” (Instituto da Segurança Social [ISS], 2005), destinado a profissionais, dirigentes e familiares. Este documento destaca que o cuidar em contexto residencial deve assentar num conjunto de fundamentos éticos e legais que garantam a proteção, o respeito e a promoção da qualidade de vida dos residentes. A dignidade humana foi sempre o ponto de partida na minha prática. O tratamento com consideração deve ser universal, independentemente da sua condição física, mental, social ou idade. Reconhecer a história de vida de cada um, escutar as suas preferências e respeitar a forma como desejavam ser cuidados, não foi apenas uma questão de atitude, mas sim uma escolha diária consciente, refletida nos gestos e palavras do quotidiano.

O projeto permitiu-me aprofundar a importância de ajustar o cuidado à pessoa, respeitando a sua individualidade, ritmo e necessidades. Cada gesto ou palavra pode fazer a diferença e contribuir para um cuidado verdadeiramente centrado em quem recebe. Neste contexto, a autonomia mostra-se um eixo fundamental: possibilitar tomar decisões ou escolhas simples, como a roupa;

a hora de acordar ou a participação em atividades, contribui para a manutenção da autoestima, sentido de responsabilidade e percepção de controlo sobre a própria vida. Num acolhimento que se quer verdadeiramente centrado na pessoa, a liberdade de escolha torna-se um compromisso diário. Isto exige que as rotinas sejam adaptáveis, as refeições discutidas e as atividades ajustadas aos interesses de quem ali vive (ISS, 2005). É igualmente importante assegurar a privacidade, respeitar o tempo e o espaço de cada um, sobretudo em momentos delicados, como os cuidados de higiene ou de saúde. A confidencialidade deve ser assegurada sempre, protegendo a dignidade e os dados pessoais (ISS, 2005).

Cuidar implica, também, tratar todos com justiça, sem distinções de idade, origem, religião ou orientação sexual, garantindo que todos se sintam incluídos, respeitados e com oportunidades equivalentes. Viver numa instituição não anula os direitos fundamentais, pelo contrário, exige ainda mais atenção à sua defesa e valorização, assegurando integridade física e moral, liberdade de expressão e religiosa, bem como à vivência plena da sua afetividade, sexualidade e vida social (ISS, 2005). Enquanto a assistência em contexto residencial se apoia em princípios éticos sólidos e num cuidado centrado na pessoa, muitos idosos mantêm o desejo de viver no ambiente que lhes é familiar, preservando a autonomia e a ligação à comunidade. Compreender essas duas realidades é essencial para pensar estratégias que promovam qualidade de vida e respeito em qualquer contexto.

O conceito envelhecer em casa, ou *ageing in place*, refere-se à possibilidade de as pessoas idosas permanecerem na sua própria residência e comunidade, mantendo autonomia e segurança, mesmo perante o avanço da idade (Fonseca, 2020; WHO, 2015). Deve ser encarado como primeira opção e não apenas como alternativa à institucionalização, “pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional que traz associadas” (Fonseca, 2015, p. 7). Segundo Fonseca (2015) e o relatório da OMS (2015) o lugar ideal para envelhecer é aquele onde a pessoa construiu as suas referências e relações, reforçando o sentido de pertença e continuidade. O envelhecimento em casa envolve a manutenção da independência, autonomia, desempenho de papéis sociais e a participação ativa na comunidade. Para concretizar este propósito, é fundamental adaptar o ambiente físico e social, garantindo acessibilidade, segurança, acesso a serviços e oportunidades de participação. Neste sentido, Fonseca (2015, p. 10) define o objetivo

do envelhecimento em casa como a manutenção do “máximo possível de independência, privacidade, segurança, competência e controlo sobre o meio ambiente”. O autor acrescenta que o termo *place* (lugar) refere-se não apenas à habitação da pessoa, mas também à sua comunidade.

Apesar da valorização crescente do envelhecimento em casa, a permanência nem sempre é possível ou desejada. Em Portugal, o movimento migratório de idosos – entendido como a mudança voluntária de residência por insatisfação com a habitação ou na procura de melhor clima – é escasso. Pelo contrário, fatores como problemas de saúde que limitam a funcionalidade, a falta de recursos económicos para efetuar reparações necessárias na casa, e a viuvez aparecem recorrentemente como determinantes da institucionalização. Esta realidade estava em consonância com o que foi referido por autores internacionais (Longino, 1982, citado por Paúl, 1996; Patrick, 1980), e com o que foi constatado neste grupo. Adicionalmente, situações de despejo, reabilitação urbana, degradação das habitações arrendadas e pressão imobiliária, sobretudo em zonas centrais das cidades, têm sido identificadas como causas frequentes para a entrada em ERPI, muitas vezes de forma compulsiva e não voluntária. Para a maioria dos idosos, a escolha de um novo local de residência é limitada pela escassez de equipamentos e pelos baixos recursos económicos, tornando a institucionalização um processo frequentemente misto entre o voluntário e o compulsivo, determinado pela conjuntura social e económica (Paúl, 1996). Como refere Paúl (1996, p. 37), “as ‘mudanças assistenciais’ são típicas de idosos cuja independência funcional e recursos económicos diminuíram”, sendo que, em alguns casos, a entrada numa instituição é uma decisão antecipada para garantir segurança futura.

Pelo discurso dos residentes, ficou evidente que a maioria preferia permanecer nas suas casas, confirmando o valor emocional e social de envelhecer no ambiente habitual. Contudo, a realização deste desejo é frequentemente impedida por barreiras estruturais e culturais. O idadismo, por exemplo, manifesta-se na insuficiente adaptação das infraestruturas e na desvalorização social da velhice, o que limita a autonomia e, em última instância, força a institucionalização. Por esta razão, são necessárias intervenções integradas que aliem infraestruturas adequadas a estratégias de valorização social.

4.3. IDADISMO

O idadismo, um preconceito baseado na idade, afeta o cotidiano das pessoas, muitas vezes, até, de forma despercebida (OMS, 2021). Segundo a OMS (2021), os estereótipos associados aos idosos englobam percepções de fragilidade ou incompetência. Enquanto o preconceito se manifesta em sentimentos como pena ou impaciência, a discriminação traduz-se em comportamentos ou políticas que impedem a participação plena das pessoas. É importante notar que, embora alguns estereótipos possam parecer positivos, na prática acabam por limitar o olhar sobre a singularidade de cada pessoa (Patient et al., 2024). A dimensão deste problema é sublinhada por Patient et al. (2024), que referem que o idadismo é amplamente difundido, exibe uma incidência maior do que o racismo e o sexismo, causando efeitos negativos consideráveis para os indivíduos, mas também para as organizações e a sociedade.

Nos relatos dos residentes desta ERPI, foi evidente como os estereótipos internalizados influenciavam negativamente a sua autoestima e autonomia. Essa autopercepção de incapacidade manifestava-se frequentemente em expressões como “as doutoras é que sabem” (D. M^a Socorro); “agora que estou velho” (Sr. José); “sou velho, não sirvo para nada” (Sr. Manuel), revelando uma tendência para delegar decisões e iniciativas à equipa técnica. Num projeto de educação social baseado numa abordagem metodológica como a Investigação-Ação Participativa, tornava-se fundamental reconhecer e trabalhar esta questão, pois só assim seria possível resgatar, ou mesmo despertar nos residentes a vontade e a possibilidade de uma participação mais ativa e significativa, contrariando o ciclo de desvalorização e exclusão promovido pelo idadismo (Lopes & Tracana, 2024).

A ERPI promovia relações intergeracionais, com visitas de grupos de jovens e de turmas do infantário. Segundo Sampaio et al. (2024) estimular a convivência entre gerações e reforçar os laços intergeracionais é uma estratégia para enfrentar o idadismo de forma eficaz. Estas ações, aliadas a estratégias de valorização social e autoestima, são pilares na criação de um ambiente inclusivo e respeitoso.

Contudo, para além de combater os preconceitos, foi imperativo criar um ambiente de cuidado que valorizasse a individualidade e a humanidade de cada residente. Neste âmbito, a filosofia da Humanidade constituiu-se como uma ferramenta útil, complementando a IAP pela sua capacidade de promover o respeito, a empatia e a conexão genuína entre cuidadores e residentes.

4.4. CUIDADO HUMANIZADO E HUMANITUDE

A qualidade de vida dos idosos que vivem em instituições está fortemente dependente tanto da organização da instituição como da qualidade das relações. Ao “abandonarem” o seu lar, as pessoas precisam de cuidados que respeitem, acima de tudo, as suas dimensões física, psíquica, emocional, cultural e social, que garantam os seus direitos de autonomia e identidade. O sucesso de qualquer intervenção depende de uma cultura institucional que valorize os direitos humanos, promova o bem-estar e a qualidade de vida. Neste sentido, o *Manual de Boas Práticas da Segurança Social* (ISS, 2005) reforça a importância de uma prática ética e responsável no cuidado à pessoa idosa.

O aumento da longevidade exige que este prolongamento da vida se concretize através de bem-estar e autonomia. Por isso, a Organização Mundial de Saúde (2002) destaca o envelhecimento ativo como um processo de valorização da saúde, participação e segurança ao longo da vida. Neste âmbito, o cuidado humanizado e individualizado estabelece-se como prioridade, visando respeitar as necessidades dos residentes e valorizando as suas relações familiares e sociais. O acolhimento institucional deve ser percecionado como um verdadeiro lar, um espaço de integração e afeto. A instituição envolve não só os residentes, mas também funcionários, familiares e amigos. De acordo com o nº 2, do artigo 1º da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, “considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.

As estruturas residenciais devem ser flexíveis e centradas nas necessidades e direitos dos residentes. O cuidado é uma prática relacional e afetiva, que vai além da mera prestação de serviços, promovendo a dignidade e o respeito pelo outro. É igualmente importante manter uma

conexão com a comunidade, promovendo interação social e atividades intergeracionais (ISS, 2005), as quais devem ser entendidas como oportunidades de troca de saberes e contribuição recíproca entre diferentes faixas etárias. Tais atividades, que podem incluir projetos de mentoria com jovens estudantes, envolvimento em atividades cívicas e culturais, ou colaboração com grupos comunitários locais, promovem uma inclusão social mais plena e significativa.

No que respeita aos recursos humanos, a qualidade dos cuidados está diretamente ligada às competências técnicas e qualidades humanas dos profissionais: sensibilidade, empatia, iniciativa e capacidade de comunicação. O processo de seleção deve garantir que cada profissional contribua para o bem-estar dos residentes, respeitando a sua individualidade e promovendo a sua autonomia. (ISS, 2005). O Manual de Funções desta ERPI, no capítulo "Descrição das Funções das Auxiliares de Ação Direta", apresenta um perfil de competências, capacidades e aptidões fundamentais para o exercício da função.

Nas minhas observações na ERPI, percebi que a equipa das auxiliares de ação direta (AAD), demonstrou capacidades técnicas e também qualidades humanas que dignificam o cuidado prestado aos residentes. Assisti à relação, intimidade e cumplicidade no dia a dia. Contudo, considero que um aumento nos recursos humanos, viabilizaria dedicar mais tempo e atenção a cada residente. Isso permitiria interações mais personalizadas e profundas, contribuindo para que cada um se sentisse verdadeiramente valorizado e reconhecido na sua individualidade. Esta visão foi corroborada pela diretora técnica, que mencionou que ter uma pessoa disponível na sala de convívio (ou seja, dedicada exclusivamente aos residentes, sem acumular outras tarefas) seria o cenário ideal (embora utópica), pois essa disponibilidade constante garantiria um apoio individualizado e a resposta imediata às necessidades de cada um.

Humanidade

A Metodologia de Cuidado Humanidade (MCH) complementa a IAP ao priorizar dignidade, empatia e cuidado humanizado. Baseia-se em quatro pilares: olhar, toque, palavra e verticalidade, e permite que cada interação com os residentes seja permeada de consideração pelas suas necessidades emocionais e sociais.

Simões et al. (2011) defendem que é nas relações interpessoais que se alicerçam a identidade e dignidade humana. A autonomia, longe de ser um processo isolado, constrói-se na relação com o outro, através de interações quotidianas, tais como uma palavra amiga, um olhar atento, um toque afetuoso, um sorriso, que despertam afetos sentidos. O amor presente nestas interações fortalece a construção da identidade e da autoestima, favorecendo uma vivência mais plena da autonomia e da dignidade. Bauman (2006, p. 106) complementa esta perspetiva ao afirmar que “o amor próprio é construído a partir do amor que nos é oferecido por outros”. No seu conjunto, estes autores sublinham que a identidade, a autoestima e a dignidade constroem-se no reconhecimento e a validação externa, nas interações que fazem a pessoa sentir-se vista, escutada e valorizada. O ser humano, sendo essencialmente relacional, desenvolve a sua individualidade e autonomia por meio da interação com o outro. A suficiência de cada pessoa é alcançada através da reciprocidade e da partilha de experiências, onde o bem-estar do “tu” se transforma no bem-estar do “eu” e vice-versa (Simões et al., 2011).

Foi diante desta filosofia que me entreguei a cada pessoa da ERPI, permitindo momentos de toque, olhares silenciosos e sorrisos, sempre respeitando a individualidade e história de vida de cada um. Permitted que decidissem, que opinassem e ouvi-os numa escuta ativa. Este posicionamento, baseado na compreensão e aceitação do outro, encontra eco em Rogers (1985, p. 32) “[...] significa especificamente aceitar os sentimentos, as atitudes e as crenças que a constituem como elementos integrantes reais e vitais, que eu posso ajudá-la a tornar-se pessoa”. Bermejo (2010, p. 67) acrescenta “escutar é comunicar interesse, mostrar o desejo de que a pessoa do outro está a ser acolhida”. Afirma ainda que se ouve com o olhar e com o silêncio escuta-se – o silêncio interior, o intrapsíquico – necessário para “criar espaço e para que o outro «entre em mim»” (Bermejo, 2010, p. 67). A conjugação entre IAP e Humanidade possibilitou a escuta ativa, participação efetiva e relações mais equilibradas, desafiando dinâmicas de poder e promovendo um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa. Integrar uma metodologia participativa com uma filosofia de cuidado humanizado foi fundamental para lidar com respeito e sensibilidade, com os desafios que o envelhecimento coloca neste contexto residencial, tornando evidente a noção de participação enquanto envolvimento ativo da pessoa, dando espaço à sua voz, permitindo que fosse ouvida e reconhecida como sujeito capaz de influenciar e coconstruir o seu processo de vida e de cuidado.

4.5. NA HORA DAS REFEIÇÕES

Compreendidas as características e vivências dos residentes, passo a descrever a hora das refeições, um momento que é simultaneamente um dos mais estruturantes do cotidiano institucional e um elemento central na observação e intervenção do presente projeto. Durante o jantar, os residentes eram divididos em dois grupos, ao contrário do que ocorria no almoço. O primeiro incluía as pessoas com menor autonomia, que necessitavam de mais apoio no dia a dia. Depois do jantar, enquanto as auxiliares os acompanhavam nos cuidados de higiene, ajudavam a trocar de roupa e colocavam-nos na cama, o segundo grupo terminava a sua refeição. Essa organização permitia que as auxiliares conseguissem atender a ambos os grupos de forma eficiente. Apesar de jantarem às 19h00, ouvi algumas das pessoas do segundo grupo expressarem ansiedade para se deitar.

A descrição do contexto que se segue refere-se às instalações temporárias para onde os residentes foram transferidos. A estrutura do espaço tinha a forma de "L". Em frente à recepção encontravam-se as salas de visitas e os gabinetes; atrás, dois corredores davam acesso aos quartos. Ao lado da recepção ficava a sala das funcionárias. Os dois corredores iam dar a um espaço de transição que dava acesso à cozinha e à sala de jantar. Esses interligavam-se com outros dois que conduziam aos restantes quartos, e terminavam na sala de convívio. A iluminação natural dos corredores, providenciada por claraboias, revelou-se excessiva no verão, gerando calor e justificando a instalação de ar condicionado nos corredores. Nesse espaço de transição, havia uma mesa, destinada aos residentes com menor mobilidade do primeiro grupo.

Inicialmente, esta mesa retangular acomodava oito mulheres, mas, após o falecimento de duas delas, houve reconfigurações nos lugares e passaram a estar presentes, ao jantar, dois homens (o que não se observa durante o almoço). Na sala de jantar, as mesas eram redondas. Numa delas tinham lugar cinco homens, três dos quais pertenciam ao primeiro grupo. Numa outra, sentavam-se sete mulheres; após a morte de uma delas, a mesa ficou temporariamente com seis, mas com a entrada de três novas pessoas, retornou a sete, todas do segundo grupo. Na mesa seguinte, havia cinco pessoas, das quais apenas uma fazia parte do primeiro grupo. Na penúltima mesa, estavam cinco mulheres, sendo que duas pertenciam ao primeiro grupo. Na última mesa,

sentavam-se cinco pessoas, todas do segundo grupo. Todas as pessoas que jantavam na sala tinham autonomia suficiente para se alimentarem, e era nesse momento que as auxiliares de ação direta e eu, que fazia questão em participar, auxiliávamos as pessoas na mesa retangular frente ao refeitório. Durante esse tempo, assisti e participei em muitas conversas e interações entre as auxiliares e os residentes. Era, também, um momento em que as auxiliares partilhavam histórias e experiências.

As auxiliares (AAD) comentaram sobre as dificuldades enfrentadas por alguns residentes (especialmente duas pessoas do género masculino) que, por estarem mentalmente saudáveis, sentiram-se desconfortáveis ao serem auxiliados na higiene e no banho. Para alguns, o início desse processo não foi fácil, o que afetou a sua autoestima, relataram elas. Oosterveld-Vlug et al. (2013) referem que muitos residentes sentem a sua dignidade e o valor pessoal ameaçados ou colocados em causa, em particular quando a autonomia representou um pilar central da sua identidade. Assim, aceitar ajuda torna-se um passo difícil, geralmente associado a sentimentos de frustração e resistência, com impacto direto na autoestima. As auxiliares (AAD) partilhavam comigo experiências em trabalhos anteriores, relacionando, maioritariamente, essas histórias com as interações ou situações que surgiam à mesa. Usámos o humor e a brincadeira transformando o momento da refeição numa oportunidade de convívio e de construção de relações. Esta dinâmica contrastava com o ambiente na sala de jantar, onde o diálogo era notoriamente escasso. O ambiente era mais calmo, talvez até solitário, pois não havia o som da televisão a preencher o silêncio.

Ao colaborar no auxílio aos residentes, procurei estabelecer uma relação de confiança com as auxiliares de ação direta, assente na horizontalidade. Acreditei que, pelo exemplo, poderia estimular uma reflexão sobre as práticas de cuidado. Comecei a executar pequenas tarefas que, habitualmente, pertenciam às auxiliares, como levantar os pratos e taças de sobremesa. De forma consistente e numa abordagem calma, olhava a pessoa e perguntava-lhe, se podia auxiliá-la na refeição e, no final, pedia sempre permissão para levantar o prato e tirar-lhe o babeto. Com gestos simples, queria mostrar que cada pessoa importa e merece atenção e respeito. Notei que algumas auxiliares, ao presenciarem estas atitudes, tentaram imitá-las, o que me fez acreditar que, talvez,

a minha forma de interagir, pudesse, de algum modo, fazer alguma diferença, influenciando as suas práticas.

Fui percebendo que a forma como tudo estava organizado, com horários muito rígidos e poucas pessoas para tantas tarefas, era um constrangimento para que as auxiliares conseguissem adaptar-se às necessidades de cada residente. Mesmo tentando promover um cuidado mais próximo e atento, sentia que, muitas vezes, a estrutura da instituição acabava por se impor. Isso gerava desconforto, tanto para os residentes como para as auxiliares.

Por exemplo, numa situação concreta, a auxiliar pediu-me que levasse uma residente, D. Rosário, que se desloca em cadeira de rodas, ao quarto após o jantar. Seguindo a minha prática habitual, aproximei-me da residente e perguntei-lhe se a poderia levar ao quarto, ao que ela respondeu que não queria ir naquele momento. Informei a auxiliar da resposta, mas esta dirigiu-se à residente, repetiu o pedido e, perante nova recusa, afirmou: "mas tem que ser, não pode ficar aqui". Esta situação ilustra a tensão que frequentemente se vive entre a necessidade de cumprir as tarefas e horários institucionais e a importância de respeitar a autonomia e vontade dos residentes. Por um lado, compreendo as exigências do funcionamento diário e a pressão sentida pelas auxiliares para garantir que todos os procedimentos decorrem dentro dos prazos estabelecidos; por outro, não posso deixar de refletir sobre o impacto que este tipo de imposição pode ter na perceção de dignidade e bem-estar dos residentes, que podem sentir que as suas vontades são desvalorizadas em prol da eficiência institucional.

4.6. MUDANÇA NA ERPI: INSTALAÇÕES E DINÂMICAS

Alterações no espaço físico e na equipa de profissionais podem afetar profundamente os residentes (Oosterveld-Vlug et al., 2013). A chegada de novas pessoas, a mudança de rotinas ou mesmo uma simples reorganização do ambiente são muitas vezes vividas como uma rutura, exigindo um esforço de adaptação que nem todos conseguem fazer com facilidade. Os autores destacam que a perda de referências familiares, de papéis e de autonomia, bem como a dificuldade em criar novas relações de confiança com profissionais, são fatores que podem ameaçar o sentido de dignidade dos idosos.

No contexto da ERPI estas questões tornaram-se particularmente evidentes aquando da mudança de instalações e da chegada de uma nova animadora sociocultural, como descreverei.

A casa onde nasceu esta ERPI entrou em obras, com uma duração prevista de cerca de dois anos. Assim, no dia 4 de dezembro, os residentes foram transferidos para um espaço provisório. O novo espaço, situado no centro da cidade, tinha sido uma antiga residencial e foi recentemente intervencionada, adaptada e equipada para receber este grupo. A mudança teve um impacto visível, afetando quer os residentes, quer as auxiliares. Em conversas intencionais, algumas auxiliares (AAD) admitiram que ainda estavam em fase de adaptação. "Há coisas melhores, e há coisas piores" partilharam as três (Sra. Céu, Sra. Cláudia e Sra. Marilu), num tom cúmplice embora visivelmente contido.

No espaço anterior a sala de jantar apresentava maiores dimensões, o que gerava um distanciamento maior entre os residentes, que se sentavam três por mesa, todas retangulares. No novo espaço, as mesas passaram a ser redondas, com exceção de uma, que permanecia do lado de fora da sala. Sobre este novo mobiliário a sra. Céu (AAD) partilhou: "As pernas destas mesas atrapalham, não são como as outras, que não atrapalhavam as cadeiras de rodas" – referindo-se ao facto de, nas mesas retangulares, as pernas ficarem nas extremidades, facilitando a mobilidade. A maioria dos residentes inicialmente considerava este espaço demasiado grande. Muitos lamentavam a longa caminhada que precisavam fazer da sala de convívio ao refeitório e mencionavam, também, que o ambiente era mais frio. No entanto a residente que mostrou mais ansiedade, a D. Carina, acabou por ficar mais tranquila, recordámos, com algumas risadas, o dia em que chorou a pensar que tinha sido roubada, quando a sua roupa desapareceu.

As mudanças não se limitaram às mesas, o armário que guardava a loiça do lanche e do pequeno-almoço, situado na divisória entre a sala e a cozinha, numa altura de 60 centímetros, ficava agora num armário tipo cristaleira, colocado na parte superior, em que ficava quase à altura dos meus ombros. Esta era uma função que a residente mais nova, D. Ana, assumidamente tinha tomado como sua, mas nestas instalações, deixou de a cumprir. Comecei a ver a D. Ana sempre sentada na sala de convívio, o que não era habitual. Anteriormente, nas minhas observações, costumava vê-la a vaguear pelo corredor ou no refeitório, geralmente envolvida a arrumar a loiça do lanche. Nunca a tinha visto na sala de convívio sentada. Mas ali havia vida, e por isso não era estanque.

Como referem Carvalho e Batista (2004, p. 64) “cunhada com a marca do humano, com todas as suas perplexidades e enigmas, a realidade social é inevitavelmente rebelde em relação às construções teóricas que motiva”. Havia sempre novos desenvolvimentos e novos acontecimentos. Quando ponderei trabalhar com a D. Ana as suas rotinas, ou novas rotinas, ela começou a demonstrar medo de andar sozinha, sem apoio. Em determinados momentos, só se levantava da cadeira quando alguém a ia auxiliar, ou, por vezes, pedia-me ajuda para se deslocar ao refeitório ou ao quarto. Recebia acompanhamento psicológico.

Também a falta de espaço exterior, como o pátio, começou a revelar-se um constrangimento para que as pessoas pudessem usufruir do ar livre e do silêncio, sem o som da televisão, e pudessem conversar. “Nem se pode ir lá para fora conversar!” (D. M^a do Socorro); “É muito barulho, por vezes peço à dra. para ir para uma sala de visitas, e se não estiver ocupada, ela deixa-me ir.” (D. Joaquina); “Alguns colocam o som mais alto [da televisão] e não pedem” (D. Lurdes).

A diretora técnica destacou, numa conversa, os constrangimentos logísticos decorrentes da mudança, nomeadamente especificações operacionais para a realização de atividades externas. O elevador pela sua dimensão apresenta limitação de capacidade, permitindo apenas o transporte de uma cadeira de rodas. Além disso, uma das carrinhas, devido às suas dimensões, não conseguia entrar na garagem. Por esse motivo, era necessário estacioná-la na rua, que é de sentido único e tem espaço insuficiente para permitir o trânsito de outros veículos em simultâneo, o que dificultava a circulação. Estas limitações logísticas faziam com que fosse preciso muito mais tempo para preparar e acompanhar os residentes. Paralelamente, a substituição da animadora sociocultural trouxe um novo desafio operacional, uma vez que a nova profissional não se sentia apta para conduzir uma das carrinhas. Esta situação resultou na mobilização de outros recursos humanos, com o intuito de garantir a mobilidade do grupo.

Outras mudanças na dinâmica e vida quotidiana

Ao longo do desenvolvimento do projeto, que decorreu de outubro de 2024 a setembro de 2025, muita coisa mudou por ali. Mudaram de espaço, e com a mudança vieram os receios, os quartos novos e os cheiros diferentes. Ouvi alguns revelarem “este é mais frio” (D. Maria); “o outro é mais acolhedor” (D. Carla); “temos de caminhar muito até ao refeitório” (Sr. José).

O grupo também se transformou: sete pessoas faleceram, e cada ausência deixou um vazio difícil de preencher. E sete novas caras chegaram, trazendo consigo novas histórias, silêncios, manias e até alguma inquietação. A partida de alguém traz mudanças estruturais, mudam-se pessoas de lugar, uns ocupam os lugares vagos, uma estratégia para suprimir a ausência, uma perda que traz consequências, mesmo que a pessoa ao seu lado não falasse, a que passou a estar pode conversar, ou pode gemer de dores. Durante o período da minha intervenção, mantive-me próxima. Nunca me afastei com receio da dor ou do sofrimento que pudesse existir. Pelo contrário, fiz questão de estar presente, disponível, caso alguém quisesse ou precisasse partilhar, fosse sobre a partida de alguém, fosse sobre as mudanças que isso acarretava nas suas vidas. Houve dias em que bastava um olhar, um gesto, ou simplesmente a minha presença silenciosa, como aconteceu com a D. Felicidade, poucos dias antes de falecer (pode ser consultado o Apêndice B do Diário de Bordo (DB) referente ao dia 19 de fevereiro). Nesses momentos, percebi que, mesmo sem grandes palavras, o simples facto de estar ali, presente, podia ser o maior gesto de cuidado.

A chegada da nova animadora sociocultural, em fevereiro, trouxe alguma energia renovada e vontade de experimentar novas dinâmicas. É importante referir que os trabalhos manuais e a confeção de objetos decorativos para as festividades já faziam parte das rotinas do grupo, e os residentes continuavam a valorizar ver o resultado do seu tempo e esforço exposto nas mesas ou nas paredes, dizendo muitas vezes que “trabalhámos muito” (D. Laurinda), “ui, o trabalho que isto deu” (D. Carina). No entanto, a grande diferença não está tanto nas atividades em si, mas na tentativa de promover mais momentos de interação entre os residentes. Partilhei com a nova profissional a minha perceção da pouca ligação afetiva entre os residentes, o que se traduzia numa interação limitada. Ela concordou comigo e tentou promover mais interação nas atividades internas, enquanto eu já vinha a incentivar o diálogo à hora das refeições. No entanto, nem sempre a voz dos residentes era ativa nestas decisões, quando foi feita a mudança da disposição das cadeiras na sala de convívio, muitos mostraram-se indignados e desconfortáveis com a divisão do grupo, expressando claramente o seu desagrado, “oh estamos aqui de costas, não tem sentido nenhum” (D. M^ª do Socorro). Este episódio evidenciou que, apesar da intenção de inovar, nem sempre as mudanças são bem recebidas ou sentidas como positivas por todos, e que a eficácia da intervenção tem limites quando esta não parte do próprio grupo. Daí a minha perceção da necessidade de criar mais momentos de escuta ativa, nos quais cada residente se sentisse ouvido

e envolvido nas mudanças. Contudo, o dilema persistia: como se podia promover uma ligação genuína entre os residentes, respeitando as rotinas habituais, mas também acolhendo a novidade? Com o tempo, alguns faleceram, outros chegaram, e o grupo foi mudando, com novas histórias, outras formas de estar e, claro, com elas, novos desafios.

4.7. PROBLEMAS, NECESSIDADES, POTENCIALIDADES E PERSPETIVAS DE AÇÃO

Tal como detalhado na secção 1.4, a análise da realidade nesta ERPI assentou numa abordagem participativa e qualitativa, utilizando a técnica das nove perguntas de Cembranos et al. (2001), que oferece um quadro metodológico robusto para compreender a realidade social. A análise foi fortemente ancorada na experiência direta com os residentes. Desde o início, procurei compreender não só as rotinas e atividades internas, mas também o contexto mais alargado, questionando a equipa e os próprios residentes sobre as preferências, hábitos e participação em atividades externas. Esta análise foi coconstruída a partir de conversas informais, observação da dinâmica do grupo e das interações do quotidiano, muitas vezes subtis, seguindo a orientação do modelo participativo de Cembranos et al. (2001). Com o envolvimento ativo dos residentes e da equipa, identificámos problemas, necessidades e potencialidades, que serviram de base para a definição das ações a implementar.

A planificação é, na visão de Cembranos et al. (2001), essencial para evitar a indefinição de objetivos, a improvisação e a concentração de tarefas em poucos membros do grupo. Assim, só através de um questionamento sistemático (Cembranos et al., 2001; Serrano, 2008) é viável construir intervenções verdadeiramente participadas, ajustadas à realidade e orientadas para resultados concretos. Esta abordagem permitiu, ainda, envolver os próprios residentes e a equipa na identificação dos problemas e potencialidades, o que promoveu o compromisso e aceitação das mudanças propostas.

As observações e interações ao longo das visitas, revelaram desafios significativos, que se traduziram em problemas como o isolamento, a falta de interação de qualidade, a resistência a

novas atividades e a autodesvalorização dos residentes. Estes fatores colocaram em evidência a necessidade de reforçar a autoestima, promover laços sociais e criar espaços de escuta ativa.

Parte do isolamento social revelou-se estar relacionado com o sentimento de não pertença à instituição, manifestado pelo desejo de não querer estar ali. Esse sentimento pode resultar da entrada involuntária na ERPI, da ausência de alternativas habitacionais ou da dificuldade em aceitar a nova realidade institucional. Tal condição contribuiu para a retração social, a diminuição das interações e resistência à participação em atividades, reforçando o ciclo de isolamento e solidão. Apesar de alguns residentes participarem nas atividades propostas, frequentemente o faziam sem entusiasmo ou vontade genuína. Em certas situações, a adesão limitava-se à necessidade de sair do espaço habitual, mas não obtinham prazer ou satisfação dessas experiências. Um exemplo ocorreu durante um passeio, quando o Sr. João comentou: "Fui, mas mais valia não ter ido. Fui só para poder sair daqui, sempre o mesmo «rame-rame», mas também não estive bem no passeio". Este tipo de relato evidenciou que a participação nem sempre corresponde a um envolvimento autêntico, sendo marcada pela apatia ou pelo desejo de evasão.

O grupo era majoritariamente composto por pessoas com mais de 80 anos, variando entre os 76 e os 97 anos. Alguns residentes apresentavam limitações cognitivas, enquanto vários outros enfrentavam problemas de saúde física ou emocional que restringiam a sua participação. Esta realidade levou-me a registar no meu diário de bordo a seguinte reflexão: "Quando na sala envidraçada me deparei com cinco pessoas em cadeiras de rodas e aparentemente sem muita disponibilidade, senti que seria realmente difícil um projeto com esta faixa etária." Muitos refugiavam-se em si mesmos para evitar interação, fosse por dores físicas, como alguns se lamentavam e outros se percebia pela expressão facial, fosse por cansaço ou simplesmente por preferência pessoal, como a senhora, D. Ana, que respondeu "nada" quando lhe perguntei o que gostava de fazer. Ou até quando interagi com a pessoa surda, D. Josefa, que me contou um pouco de si (ver Apêndice C. DB dia 27 de janeiro) e num outro dia, certamente para me evitar, disse que não ouvia. Tentei a interação, que lesse os meus lábios, mas não estaria disposta a falar comigo, apesar de me ter dado um belo sorriso, mostrando-se, assim, indisponível.

Das minhas observações constatei e os próprios residentes confirmaram a pouca comunicação entre si. Algumas lamentavam a predominância de críticas, o que se traduzia em afastamento e

solidão. Em alguns casos, a ausência de interações de qualidade podia estar associada a sentimentos de solidão ou desvalorização pessoal, frequentemente manifestados em expressões como "estou velho", "não sirvo para nada" ou "agora só tenho doenças". Não obstante, importa salientar que o desejo de estar só nem sempre indica autodesvalorização, podendo corresponder a uma escolha pessoal e ao respeito pela individualidade. A solidão, por sua vez, parecia diminuir a empatia e criar barreiras à criação de laços. Notei ainda uma resistência generalizada a atividades intelectuais, com preferência por dinâmicas mais animadas e atividades manuais. A animadora sociocultural referiu: "Gostam de atividades físicas, e não apreciam as atividades intelectuais. Gostam de jogos de equipa, de disputa. Tinham yoga, mas não apreciavam, é muito sereno, gostam de mais agitação." Esta perceção foi confirmada pelos residentes "Não gostávamos nada daquilo. Muito parado. Muito estranho" (D. Laurinda e D. Carla).

Uma fragilidade evidente residia na inexistência de um espaço acolhedor e acessível para atividades em pequenos grupos. Embora as salas de visitas situadas junto à entrada, pudessem ser utilizadas, a sua localização implicava deslocações longas para quem tem mobilidade reduzida. Esse constrangimento era agravado pelo receio de se exporem perante o grupo, acentuando o silêncio e o distanciamento. Esse sentimento associava-se diretamente à perceção de que "as pessoas não conversam, apenas criticam o que se diz e o que se faz" (D. Carla). Assim, a inexistência de um recanto acolhedor para pequenos grupos condicionava a dinâmica das atividades e a própria qualidade da intervenção.

Apesar desses desafios, identifiquei várias potencialidades. Destaco a existência de atividades externas promovidas por associações locais, que traziam diversidade ao quotidiano. A equipa técnica revelava-se disponível e aberta ao diálogo, e as auxiliares de ação direta desempenhavam um papel fundamental no cuidado e até incentivo à participação dos residentes. Havia um gosto evidente por atividades manuais e físicas, sobretudo entre as mulheres, e um desejo de utilidade, como demonstrava a D. Joana que gostava de ajudar a guardar babetes ou varrer o corredor, ou a D. Laurinda, que já tinha participado nas atividades domésticas, e que me confidenciou: "Gostava de ajudar a fazer estas coisas, agora não posso, fico de braços cruzados". No entanto, ainda conseguiam participar, dobrando os babetes, enquanto estavam sentadas na sala de convívio.

As memórias e histórias de vida partilhadas foram outro recurso valioso, revelando percursos de trabalho, emigração, superação e afetos. Saliento, ainda, a potencialidade da interação intergeracional, não apenas nas visitas familiares, mas também na possibilidade de encontros com outros grupos, fossem crianças, jovens ou adultos de outras instituições, em espaços comuns ou em atividades conjuntas, dentro e fora da ERPI, o que enriquecia a dinâmica social e emocional dos residentes. Para uma leitura simples, organizou-se um quadro síntese da análise do contexto (Apêndice D) que mostra os principais problemas identificados, os seus indicadores e causas, assim como as necessidades e as potencialidades existentes do contexto.

Da análise emergiu a convicção de que não faria sentido acrescentar novas atividades de lazer ou educativas ao quotidiano já preenchido. O mais pertinente seria centrar a intervenção na valorização das vivências individuais, criando espaços de escuta, partilha e reconhecimento pessoal, respeitando o ritmo e a vontade de cada um. Este princípio ficou especialmente evidente num episódio vivido com a D. Felicidade, detalhado anteriormente, e dias depois desse episódio, fui informada do seu falecimento, reforçando a urgência e relevância de considerar cada residente na sua singularidade. Assim, a proposta de intervenção foi-se desenhando de forma orgânica, procurando promover o bem-estar emocional, valorizar as memórias e os percursos de vida, e reforçar o sentido de pertença à comunidade e ao grupo. As atividades pensadas assentaram na partilha de histórias de vida, em conversas orientadas e em pequenos grupos, sempre com respeito pela disponibilidade e pelos silêncios individuais.

A metodologia foi flexível, aberta à participação ativa dos residentes. Os recursos necessários foram simples: bloco de notas, tempo e disponibilidade para escutar, respeitando sempre a privacidade e o espaço de cada um. As atividades integraram-se naturalmente na rotina semanal, aproveitando momentos de maior tranquilidade, em espaços comuns ou em ambientes mais reservados, conforme a necessidade de cada situação.

O meu foco foi procurar reconhecer e valorizar cada história individual, dando sentido ao passado e ao presente de quem ali residia. Este gesto, pautado pelo respeito e pela autenticidade, demonstrou ser crucial para reforçar a autoestima, combater o isolamento e criar, conseqüentemente, um ambiente mais humano e acolhedor.

5. DESENHO DO PROJETO

Segundo Carvalho e Batista (2004, p. 68), os projetos educativos devem orientar-se por três princípios basilares: “sentido transformador”, “sentido integrador” e “sentido ético”, perspectivados numa lógica de interdependência. Estes princípios são fundamentais em qualquer intervenção social com pessoas idosas, pois permitem estruturar ações que promovam mudança, integração e respeito pela dignidade de cada pessoa.

Com base nestes princípios, foi realizada uma análise da realidade, recorrendo à observação participante e ao diálogo com os residentes, auxiliares de ação direta e equipa técnica da ERPI. Esta abordagem permitiu identificar necessidades, potencialidades e expectativas do grupo, bem como compreender o contexto institucional e relacional do projeto, tal como defende Mendes (2024, 143) “é preciso desenvolver a capacidade de identificar os problemas da realidade, a partir da interação social bem como buscar soluções que advêm do pensamento e do diálogo.”

Nas primeiras interações, constatei rotinas bem estabelecidas, muitos silêncios e algum distanciamento entre os residentes, principalmente durante as refeições. Esses silêncios, pareciam, muitas vezes, ser sinal de solidão e da falta de partilhas maiores. A necessidade de companhia e de alguém que escutasse ficava clara nos pequenos gestos, nos olhares e nos agradecimentos espontâneos dos residentes, que valorizavam muito a presença, a conversa e a atenção dedicada. As auxiliares destacaram, por sua vez, que muitos residentes gostavam muito de ter uma oportunidade para conversar e serem ouvidos, mesmo que por um breve momento. Talvez, até, de poderem dirigir a conversa.

Não obstante as dificuldades, observei que muitos residentes participavam regularmente em atividades promovidas por diversos parceiros, tais como associações locais, a ação social municipal e outras entidades. Essas iniciativas englobavam visitas a museus, eventos culturais e encontros interinstitucionais. Isso mostrava abertura à comunidade e interesse em experiências variadas, contrariando a ideia de que fosse um grupo homogêneo ou passivo.

Neste contexto, e seguindo a metodologia proposta por Guerra (2002), tornou-se fundamental definir uma finalidade clara para o projeto, bem como objetivos gerais e específicos que orientassem a intervenção e permitissem avaliar o seu impacto. O projeto procurou, assim, responder à necessidade de diálogo, escuta e valorização pessoal sentida no quotidiano da ERPI, reforçando a autoestima e o sentido de pertença, e combater o isolamento e o idadismo.

5.1.FINALIDADE, OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Segundo Guerra (2002), as finalidades traduzem a razão de ser do projeto e a sua contribuição para a transformação das situações identificadas no diagnóstico, enquanto os objetivos gerais definem as grandes linhas orientadoras da ação e os objetivos específicos operacionalizam essas intenções, tornando possível medir e avaliar o impacto da intervenção.

Assim, definiu-se como finalidade: promover o bem-estar, a valorização pessoal e a inclusão social dos residentes da ERPI, reforçando o sentimento de pertença, autoestima e reconhecimento individual.

Para concretizar esta finalidade, foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos, formulados a partir do ponto de vista dos participantes e procurando responder às suas necessidades, interesses e potencialidades, tal como recomenda Guerra (2002). Apresentam-se de seguida os objetivos gerais (OG) e específicos (OE), conforme detalhados no Apêndice E:

OG 1: Fomentar a comunicação, o diálogo e a partilha entre residentes durante as refeições.

OE1.1: Expressar opiniões, memórias e gostos pessoais em contexto de grupo;

OE1.2: Interagir com outros residentes, reduzindo o isolamento e o silêncio;

OE1.3: Ouvir e respeitar diferentes vivências e perspetivas;

OE1.4: Sugerir temas de conversas, sentindo-se parte ativa do grupo.

OG 2: Valorizar a identidade, a história e as experiências de vida dos residentes.

OE2.1: Partilhar histórias, memórias ou objetos que considerem significativos;

OE2.2: Reconhecer e valorizar a sua própria trajetória de vida;

OE2.3 Identificar pontos de ligação e empatia com outros residentes;

OG 3: Combater o idadismo e promover uma imagem positiva do envelhecimento.

OE3.1: Reconhecer e contrariar estereótipos e preconceitos associados à idade.

OE3.2: Valorizar o seu contributo e saber para o grupo;

OE3.3: Sentir-se respeitado e reconhecido na sua dignidade e direitos.

Para cada objetivo geral e os seus objetivos específicos, foram desenhadas ações concretas descritas de seguida (pode ser consultado no Apêndice F, quadro resumo das ações).

Para atingir estes objetivos, procurei adotar uma abordagem centrada na pessoa, privilegiando a escuta ativa e o respeito pela individualidade. Pretendi dar protagonismo aos participantes, estimulando a sua participação ativa, o que resultou no fortalecimento da autonomia e da autoestima. A plasticidade da metodologia revelou-se imprescindível, uma vez que possibilitou a adaptação das atividades às necessidades, interesses e características individuais, reconhecendo a riqueza das suas histórias pessoais e a diversidade de experiências do grupo. Integrei as ações na rotina diária, utilizando momentos específicos, como o jantar ou o tempo seguinte à reza do terço, o que fomentou uma participação espontânea e um envolvimento contínuo.

5.2. AÇÃO 1 CONVERSAS À MESA

Esta ação responde diretamente ao OG1 (fomentar a comunicação, o diálogo e a partilha entre residentes durante as refeições) e ao OG2 (valorizar a identidade, a história e as experiências de vida dos residentes), operacionalizando os respetivos objetivos específicos.

O título “Conversas à Mesa” foi escolhido porque a mesa é, tradicionalmente, um espaço de encontro, partilha e convivência. No contexto da ERPI, a hora das refeições é muitas vezes marcada pelo silêncio. Com esta ação, desejei fazer do jantar um momento diferente, um espaço de conversa, em que cada residente se pudesse sentir ouvido e tivesse oportunidade de partilhar memórias, opiniões ou simples gostos, e também favorecer a criação de laços entre eles. Dessa forma recorri a perguntas simples, abertas e temáticas, que muitas vezes serviram de ponto de partida para as conversas informais, considerando o ritmo e a disposição de cada um.

A ação foi desenvolvida à mesa, durante o jantar, beneficiando a naturalidade e o ambiente de convívio que este momento do dia proporcionava. A pergunta do dia era, ocasionalmente, antecipada aos residentes curiosos (frequentemente a D. M^a Ambrósia), mas a partilha efetiva ocorria à mesa, acompanhando o ritmo da refeição.

Adaptação da ação das “Conversas à Mesa”

Numa fase inicial, o recurso a perguntas temáticas foi essencial para incentivar o diálogo entre os residentes. Contudo, percebi que algumas questões não eram facilmente compreendidas ou não despertavam grande interesse. Notei, também, que sem a minha intervenção, o jantar rapidamente voltava ao silêncio habitual, o que mostrou que, apesar da aceitação da proposta, a sua continuidade dependia ainda da minha mediação. Dada a diversidade do grupo, marcada por diferentes níveis de autonomia, vontade de participar e também por algumas limitações auditivas ou cognitivas, senti necessidade de ajustar a metodologia para assim promover maior autonomia, inclusão e assegurar que as práticas de diálogo pudessem manter-se vivas na minha ausência.

Para isso, adotei uma estratégia mais flexível. Em cada encontro, a minha iniciativa consistia em convidar um dos residentes a lançar um tópico de diálogo, fosse uma questão, pensamento, um comentário, uma dúvida ou até mesmo algo simples, como uma notícia ou um programa de televisão visto recentemente. A partir daí, cabia a cada um a liberdade de responder, acrescentar a sua opinião ou simplesmente escutar. Esta alteração procurou valorizar a autonomia, estimular a criatividade e dar verdadeiro protagonismo aos residentes. Ao mesmo tempo, permitiu que as conversas se tornassem mais naturais, ajustadas ao grupo e com maior potencial de continuidade no tempo. Encaro esta flexibilidade como parte fundamental do processo de avaliação do projeto, já que foi o que possibilitou responder melhor às necessidades do grupo e, em última análise, criar uma dinâmica repetível e autossustentável.

5.3. AÇÃO 2: RETRATOS DE VIDA

Com esta ação, pretendeu-se responder ao OG2 (valorizar a identidade, a história e as experiências de vida dos residentes) e ao OG3 (combater o idadismo e promover uma imagem positiva do envelhecimento), operacionalizando os respetivos objetivos específicos. Através da

partilha de memórias, histórias e objetos significativos, pretendeu-se criar um espaço de reconhecimento individual e coletivo, onde cada residente pudesse sentir-se valorizado quer pela sua trajetória de vida quer pelo contributo que trouxe ao grupo.

Inspirada na perspetiva de Erikson et al. (1986, citado por Paúl, 1996) sobre o envelhecimento, esta ação visou proporcionar, aos residentes a oportunidade de voltar às suas experiências, contá-las e atribuir-lhes um novo sentido. Esta atividade permitiu que cada pessoa refletisse sobre o seu percurso, valorizasse as conquistas e enfrentasse os desafios da velhice com maior sentido de integridade e pertença. Ao promover a partilha de memórias e a construção de sentido, estas práticas contribuíram para reforçar a autoestima, a identidade e a sabedoria dos residentes, concretizando, na prática, os princípios do desenvolvimento ao longo do ciclo vital.

O título “Retratos de Vida” foi escolhido porque cada história, memória ou objeto partilhado seria como uma fotografia, um fotograma único e significativo na vida de cada residente. Esta ação não pretendeu que cada pessoa contasse toda a sua história, mas sim que partilhasse um momento, uma memória ou um objeto especial, que pudesse ser ouvido e valorizado pelo grupo. O objetivo era que cada partilha inspirasse os outros a recordarem e a narrarem também episódios das suas vidas, criando assim um verdadeiro mosaico de “retratos” e memórias, onde todos se pudessem rever e sentir incluídos.

Esta ação realizou-se após a reza do terço, no tempo que antecede o jantar (cerca de 20 a 30 minutos), beneficiando do ambiente mais recolhido e tranquilo. A expectativa residia em que a partilha de memórias e histórias se prolongasse naturalmente durante o jantar, fosse através da conversa ou da reflexão individual, o que potenciava o impacto da ação no grupo.

Esta ação, além de promover o reconhecimento individual, visava também fortalecer os laços entre residentes, gerando um ambiente mais coeso e inclusivo, onde a diversidade de experiências era valorizada como fonte de aprendizagem coletiva.

6. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Neste capítulo, apresento o desenvolvimento do projeto, detalhando as ações desenvolvidas, as estratégias adotadas e as aprendizagens que emergiram ao longo do percurso. Mais do que descrever o que foi feito, procuro interpretar os acontecimentos, avaliando o impacto das intervenções e refletindo sobre os desafios e sucessos vividos no terreno.

6.1. AÇÃO 1: “CONVERSAS À MESA”

A ação “Conversas à Mesa” surgiu da vontade de aproveitar o momento das refeições como espaços de encontro e partilha entre os residentes. Muitas vezes, estes momentos decorriam em silêncio, pelo que se procurou transformá-los em ocasiões de diálogo, escuta e aproximação. A substituição das mesas retangulares por mesas redondas, devido à nova sala de jantar ser mais pequena e acolhedora, criou as condições ideais para lançar este convite à interação.

A importância do momento da refeição vai muito além da satisfação de uma necessidade biológica, assumindo um papel central na construção de laços sociais, hospitalidade e pertença. Como referem Fernandes (1997) e Rodrigues (2012), a comensalidade (o ato de comer em conjunto) é um fenómeno antigo, presente em diferentes culturas e épocas, sendo frequentemente associada a ritos de passagem, festas e celebrações que marcam a integração dos indivíduos nos grupos sociais. Segundo Rodrigues (2012 p. 97), “participar da partilha na mesa constitui ser companheiro e, muitas vezes, essa transação pode também significar a porta de entrada em algum grupo social”, sublinhando o valor simbólico e relacional deste gesto. De forma complementar, Fernandes (1997) destaca que a comensalidade é também uma expressão de ritualização social, onde a partilha da refeição reforça identidades e relações, funcionando como um mecanismo de integração e hospitalidade.

Neste sentido, a ação “Conversas à Mesa” inspira-se nesta tradição de convivialidade, procurando criar oportunidades para a expressão e o encontro entre os residentes, contrariando o isolamento frequentemente observado. Ao promover a partilha à mesa, a ação recuperou o potencial integrador e humanizador da comensalidade, tal como destacado por Fernandes (1997) e

Rodrigues (2012), contribuindo para a valorização pessoal e para o sentimento de pertença no quotidiano institucional.

Embora a planificação inicial previsse o início desta ação para o dia 7 de abril, acabámos por antecipar para o dia 4, aproveitando uma oportunidade espontânea de diálogo que surgiu à mesa. O tema da velhice emergiu naturalmente, proporcionando um momento de partilha muito rico e significativo entre os residentes, o que justificou plenamente o arranque antecipado da iniciativa. Assim, um dos residentes afirmou “ser velho é mau” (Sr. Manuel). Perguntei o que significava a velhice para ele. Respondeu que se perdiam muitas coisas, uma delas o poder movimentar-se. A D. Tatiana na mesma linha respondeu que perdeu a mobilidade para ir onde quisesse, sem o andarilho. A D. M^a da Graça disse que se perdia tudo. E então partilhou que tinha tido um AVC, perdido a visão do olho esquerdo e a mobilidade dos braços, que gostava muito de tricotar, mas que, na altura já não o podia fazer. Que cuidou do seu corpo a vida toda, não tinha diabetes, nem colesterol, não andou em noitadas, não bebia álcool, e mesmo assim teve um AVC. Mais que revoltante, assumiu que era triste. Não conseguia ir sozinha a lado algum sem o andarilho. Afirmou ainda que não sabia o que fazia cá, que já tinha pensado no suicídio. Mas tinha fé na Nossa Senhora e Deus, e era a isso que se agarrava. Emocionou-se, mas todos nós, à sua volta, sentimos as suas palavras. A D. Maria tentava confortá-la, abordando a situação com otimismo e dando valor ao facto de estarem vivos.

Quando questioneei o Sr. João, este manifestou-se indisponível para responder, alegando que este tema lhe trazia tristeza e dor. A resposta serviu para que a planificação das sessões seguintes, retratassem temas mais animados, com mais atenção ao que poderia causar desconforto.

Na segunda sessão, realizada a 7 de abril, lancei a pergunta: “*qual a música ou cantor que mais gostam?*” O tema musical revelou-se eficaz, pois despertou memórias, incentivou a conversa e resultou em momentos de partilha espontânea. Os residentes falaram das suas preferências musicais, recordaram discos que tinham, nomes de cantores e até lembranças ligadas a danças ou festas. As respostas foram diversas, muitos evocaram músicas populares portuguesas, sobretudo fados e fadistas, enquanto outros referiram cantores internacionais, formando uma lista variada.

Alguns dias depois, algumas pessoas do grupo mostraram curiosidade ao perguntar para que serviria a recolha das músicas. Esse gesto simples impulsionou a ideia de valorizar as vozes e expectativas e aplicar no quotidiano institucional. Inspirada pela abordagem centrada na pessoa de Carl Rogers e pela necessidade de transformar a escuta em ação, decidi criar um momento especial onde as escolhas de cada um pudessem ser celebradas e partilhadas em grupo.

Assim, no dia 10 de maio, um sábado de manhã (dia sem atividades planeadas na instituição) fui à ERPI para poder “oferecer” as músicas e artistas que tinham mencionado. Preparei uma *playlist*, levei uma coluna portátil e, ao chegar à sala de convívio, perguntei se gostariam de ouvir as suas músicas. Disseram que sim; desliguei o som das televisões e liguei a coluna. A primeira música foi a opção da D. Carla. Sorriu-me e, já a dançar pela sala (mesmo não sendo o meu estilo musical, mas por total empatia), também ela me acompanhou.

Perguntei ao Sr. Agostinho se tinha apreciado, e respondeu-me que sim, com o mesmo sorriso e palavras de agradecimento. Reparei na D. Ana sentada de olhos fechados, a movimentar a cabeça, como que a sentir a música. Quando tocou o artista que tinha referido, abriu os olhos, e sorriu ao perceber que era o “seu” artista. A D. Joana, que estaria a ajudar na sala de jantar, veio assim que ouviu a Amália. Referiu que a ouviu, e veio logo, porque gosta muito, cantando a música até ao fim com entusiasmo e expressivamente.

Muitas das senhoras, como a D. Laurinda, a D. Joaquina, a D. Carla, cantarolavam as músicas. A D. Tatiana mostrou-se animada, e ainda dançou um pouquinho agarrada ao seu andarilho, sempre com um sorriso nos lábios e bem-disposta.

Como a lista de reprodução ficou interrompida pela hora de almoço, decidimos que a outra parte ficaria para um outro dia, a agendar. Assim, regresssei no sábado dia 19 de julho. No dia 17 tinha estado com eles e perguntei se gostariam que voltasse a colocar as músicas que tinham partilhado como as suas preferências. Comecei pela parte da lista que faltava, mas depois tocaram também outras, que tinham tocado na sessão anterior. A D. Joaquina surpreendeu-me ao revelar que o António Variações era a sua preferência, anteriormente tinha referido que não gostava de nada e que preferia o silêncio, assim, para terminar, ouvimos duas músicas dele.

Agradeceu-me o gesto, tal como todos os presentes. Ouvia-os cantarolar quase todas as canções.

Foi uma bela manhã de sábado de boas lembranças e notas musicais. Percebi-os agradados, e disseram que eu devia levar mais músicas. Prometi que, numa próxima vez, seriam eles a escolher as músicas na hora, como uma sessão de discos pedidos.

Na terceira sessão, realizada no dia 09 de abril, a questão proposta foi “*Qual o seu prato preferido?*”. Expliquei, especialmente ao Sr. João, que como ele me tinha dito que não queria relembrar coisas más, falar de comida poderia levá-los para bons lugares e memórias agradáveis. A partilha foi muito rica, com uma grande variedade de pratos mencionados, desde “pica no chão” (referido por quatro pessoas da mesma mesa), feijoada, bacalhau no forno, sopa, batatas assadas, cabrito, filetes, frango assado, bacalhau à Gomes Sá, até houve quem dissesse que gostava de tudo, sem preferência.

O mais interessante desta sessão foi quando questionei se se lembravam de algum prato que os fizesse recordar a infância. Duas pessoas responderam prontamente: a D. Laurinda referiu “lembro-me muito bem” de comer feijão galego na casa da avó, enquanto a D. Carla recordou o arroz de favas da avó, mencionando que gostava muito desse prato, ambas mostraram uma certa nostalgia. As declarações recolhidas ilustraram o poder da comida enquanto elemento capaz de despertar memórias e estabelecer uma ligação entre o presente e momentos afetivos do passado. Esta diversidade de respostas colocou em evidência que cada um transporta vivências distintas, sugerindo que a temática alimentar pode constituir um excelente pretexto para a partilha de lembranças significativas.

No dia 14 de abril, tivemos a quarta sessão desta ação. A D M^a Ambrósia perguntou-me qual seria a pergunta daquele dia e acabei por lançar o tema da conversa na sala de convívio, mas percebi que a pergunta escolhida — “*Se pudessem escolher um superpoder, qual seria?*” — gerou alguma dificuldade de compreensão inicial, e fui ajustando a explicação e incentivando a participação. A maioria dos residentes expressou o desejo de andar sem dores ou limitações.

As respostas foram muito reveladoras e pessoais: “ter a minha mãe e o meu pai”; “andar como antigamente”; “ser sempre sexta-feira quando estava na casa dos 30 anos”; “voltar atrás, ser um homem independente”; “queria comer bem, um arroz de frango ou de coelho. Não daqui. Um muito bem feito”; “queria sossego, uma sala sem barulho”; “tirar a dor de cabeça que tem desde criança”; “tirar as dores”; “queria a minha neta sempre à minha beira e o meu filho”; “queria ter a mesma energia para vender porta a porta”. A D. Ana disse não saber.

As respostas obtidas revelaram as saudades e desejos individuais e, também, sublinharam a importância de se criarem espaços onde os residentes possam expressar livremente as suas aspirações, memórias e necessidades.

Momentos antes de nos dirigirmos para o refeitório, partilhei o tema, também com o Sr. João, que considerou difícil responder, e afirmou: “isso não é para a minha idade”. Aproveitei o comentário para falar sobre o idadismo, explicando o seu significado e as consequências de associar a ideia de que certos desejos ou projetos só fazem sentido na juventude. Conversámos, ainda, sobre o valor de cada fase da vida e, refletimos que a velhice também faz parte da experiência humana.

A quinta sessão, realizada no dia 16 de abril, e aproveitando a proximidade da Páscoa, a pergunta lançada foi “*Qual era o vosso ritual/tradição de Páscoa?*”. Muitos residentes partilharam as suas recordações, e foi interessante observar como, ao ouvirem os contributos uns dos outros, iam completando as suas próprias memórias. Por exemplo, alguém mencionou a tradição de ter roupa nova e, de imediato, outra pessoa acrescentou que também tinha esse hábito, mesmo depois de já ter referido outras tradições ou ter contribuído.

Entre as respostas, destacaram-se o cabrito; as amêndoas; os ovos cozidos pintados com casca de cebola; a abertura da porta ao compasso ou à cruz; a entrega de um envelope com uma contribuição; a aletria, o almoço em família; a rosca ou regueifa, e quem dissesse que era como um almoço de domingo. Houve quem referisse que não tinha ovos pintados e quem partilhou que pintava ovos para os netos. A D. Joana, uma vez que foi empregada interna, partilhou que trabalhava sempre muito nesta época, ajudando a manter as tradições da família onde servia. Já a D. Joaquina, que viveu em Angola, explicou que lá não se comemorava a Páscoa e que, em Portugal, também não celebrava porque como trabalhava no hospital, estaria sempre ao serviço.

Mas em quase todas as casas a tradição se assemelhava. Talvez umas mais recheadas que outras, mas em todas as casas seguiam a mesma linha.

No dia 23 de abril, tivemos a sexta sessão, a pergunta proposta foi: *“Qual o momento mais feliz de que se recorda?”*. As reações dos participantes foram diversas. Enquanto alguns residentes afirmaram ter “muitos momentos felizes”, outros partilharam marcos específicos, como: o nascimento dos filhos; o dia do casamento e o nascimento dos netos. Uma residente resumiu o seu sentimento com a expressão concisa: “fui feliz” (o que me levou a refletir sobre a nostalgia presente nas suas palavras). Três pessoas disseram não se lembrar de nenhum momento (D. Maria, D. M^a do Socorro, D. Ana). Neste contexto, o Sr. José ainda brincou, afirmando que o momento mais feliz foi quando “me saiu o Euromilhões”. Brincámos com a ironia do comentário, mas este desvio levou-o a recordar a fome que tinha passado, (esclarecendo, assim, que o Euromilhões era uma brincadeira para aliviar a tensão). Por outro lado, a D. Isabel sentiu a pergunta invasiva e respondeu com alguma agressividade que não queria falar sobre isso, referindo que eram coisas dela. O Sr. João referiu o momento do seu regresso da guerra em Angola, sublinhando que a mãe foi de carro buscá-lo a Lisboa, e ele correu para junto dela sem participar no desfile militar, afastando-se daquelas vivências.

Na sétima sessão optei por não lançar nenhuma pergunta, com o objetivo de observar como decorreria o jantar sem a minha intervenção direta. Rapidamente se tornou evidente que, sem esse estímulo, a sala de jantar voltava ao silêncio de sempre. Havia poucas conversas e quase não existia partilha entre os residentes. A D. M^a Ambrósia perguntou se não haveria uma pergunta, e da D. Maria comentou: “sem pergunta as pessoas não conversam”. Esses comentários fizeram-me refletir, e mostraram-me que, para o projeto ter continuidade, era necessário que as perguntas e os temas surgissem do próprio grupo. Só assim poderiam sentir-se parte ativa da dinâmica e criar um espaço realmente deles. A partir daí, adaptei a metodologia e comecei a incentivar os residentes a sugerirem e lançarem perguntas, para que o diálogo se tornasse um hábito que pudesse continuar mesmo sem a minha presença.

Na oitava sessão, no dia 03 de maio, a D. M^a Ambrósia mostrou interesse e perguntou, pouco antes do jantar, qual seria a pergunta da sessão. Embora tivessem sido incentivados a formular uma questão, percebi que os residentes ainda tinham dificuldade em assumir essa iniciativa, não

sabendo o que perguntar. Foi nesse contexto de transição que lhe expliquei a questão que tinha em reserva: *“Com a sua experiência de vida, que conselho daria a uma jovem de 20 anos?”*. No entanto, apercebi-me de que ela não compreendia totalmente a questão. Expliquei-a de outra forma, todavia, a persistência das dúvidas levou-me a concluir que existia uma dificuldade em apreender o seu sentido integral. De modo a evitar que se sentisse desconfortável ou exposta diante do grupo, decidi não levar a pergunta para a mesa naquele dia. A sessão acabou por ser diferente do habitual e fez-me perceber, mais uma vez, a importância de adaptar as atividades ao ritmo e às capacidades de cada residente. Durante o jantar, fiquei atenta e reparei que, na mesa das senhoras as conversas iam acontecendo naturalmente, assim como na primeira mesa. Estive ainda junto à segunda mesa, onde procurei estimular o diálogo entre os quatro residentes.

Na nona sessão, realizada no dia 6 de maio, optei por propor a pergunta *“Como vivenciou, ou que memórias tem do 25 de Abril?”*, apesar de ter refletido que as questões partissem do próprio grupo. Esta decisão prendeu-se com o facto de termos celebrado recentemente o 25 de Abril, reconhecendo a relevância do tema para os residentes e a oportunidade de promover a partilha de memórias associadas a esta data marcante.

A maior parte dos residentes recordou o momento com satisfação. O Sr. João, apesar de considerar que foi um embuste, afirmou que foi melhor que ficar na ditadura, e lembrava-se perfeitamente do dia e dos acontecimentos. Houve quem referisse que trouxe paz e sossego, apesar de nunca ter passado fome. Outra referiu que o pai trabalhava na Câmara e era oprimido pela PIDE, tendo chegado a ser preso por falar num café de Salazar, e o marido dela era político e, por isso, revelou que trouxe liberdade. Outra pessoa, Sr. José, contou que até chorou, revelou que a sua ideologia política era de esquerda e partilhou episódios, como um em que almoçou com o Álvaro Cunhal. Outro disse que foi alegria para uns e tristeza para outros, mas, no seu caso, foi alegria. Uma das senhoras, a D. Lurdes, mostrou o maior entusiasmo, disse que se recordava como se fosse hoje e que foi uma alegria para o povo. Relembrou que estava a trabalhar na fábrica e que, durante o turno, não se ouvia nada, “nem um pio”, só soube do acontecimento no final do turno. Disse ainda que o marido estava na França, e ela perguntou-lhe em quem deveria votar, ele respondeu em “Mário Soares”. Na mesa das senhoras, como estavam a conversar, não estendi a conversa até lá.

Foi sem dúvida um belo momento de recordar com liberdade. A partilha de memórias sobre o 25 de Abril resgatou, não só histórias pessoais relevantes, como também se configurou como um fator de fortalecimento do sentimento de pertença e a valorizar a história comum dos residentes.

No dia 12 de maio, na décima sessão, a D. M^a Ambrósia perguntou se não havia pergunta. Sugerí então que fosse ela quem lançasse um tema para grupo. Após uma breve hesitação, perguntou-me: *“O que gostou mais na sua vida?”* Respondi, admitindo que era uma questão complexa, dada a variedade de momentos que poderíamos escolher. A maioria considerou complicado selecionar só um momento.

O Sr. José deu ênfase às noites passadas em Lisboa e partilhou um episódio inusitado no qual foi aliciado por um homem para dormir com ele, que lhe ofereceu 50 contos: “olhe que era muito dinheiro na altura” comentou ele. Este relato levou a uma breve conversa sobre mudanças sociais ao longo do tempo.

Na mesa das senhoras, a D. Carina valorizou a sua casa, a D. Joaquina recordou os anos em Luanda antes do 25 de Abril, e a D. Joana mencionou o tempo vivido em Lisboa. A conversa fluiu para os usos e costumes, diferentes dos daqui, especialmente no que toca à forma como os vizinhos se relacionam, ambas referiam que não sentiam essa proximidade e intromissão nos locais que mencionaram.

Notei que a dinâmica de permitir que fossem os próprios a escolher a pergunta revelou-se mais integradora. Ao colocar a questão ao grupo todo, quem quisesse podia responder à vontade. No entanto, quando a pergunta é dirigida especificamente à pessoa ao lado, pode surgir algum constrangimento, pois há quem prefira não falar ou tenha dificuldades auditivas, o que acabava por dificultar a fluidez da conversa. Nesta sessão, levei a questão de uma mesa para outra, o que pareceu facilitar a conversa em torno do mesmo tema, embora cada grupo tenha seguido caminhos diferentes nas suas discussões, explorando diversas perspetivas ou abordando outros temas.

Na décima primeira sessão, realizada no dia 16 de maio, comecei por perguntar à mesa das senhoras qual seria a pergunta do dia. Após algum tempo de reflexão e sem sugestões concretas,

a D. Carina comentou que gostaria de dormir bem, e o tema da conversa acabou por se centrar nesse desejo e nas experiências relacionadas com o sono.

O tema que emergiu na primeira mesa foi o das viagens. A D. M^a Ambrósia partilhou ter vivido dois anos em Inglaterra, um em Leicester e outro em Londres, preferindo esta última. O Sr. João mencionou viajar com frequência em contexto profissional. Por seu turno, a D. Carla referiu ter explorado muitos lugares em Portugal e Espanha. Já o Sr. José partilhou que residiu cerca de uma década em França.

Esta sessão ilustrou que permitir que os temas surjam espontaneamente das conversas dos residentes promove uma partilha mais autêntica e adaptada aos interesses do grupo, reforçando o protagonismo de cada um e a riqueza das experiências individuais.

Na décima segunda e última sessão, a D. Maria esteve ausente vários dias devido a uma hospitalização, depois de uma queda que lhe provocou a fratura da anca. Quando regressou, teve de jantar numa mesa separada, afastada do grupo habitual, junto à mesa retangular, fora da sala de jantar, uma vez que tinha de estar com a perna na horizontal. Para a integrar na dinâmica, pedi-lhe que sugerisse uma pergunta para levar às outras mesas. A D. Maria propôs a questão: *“Gosta de cá estar? E porquê?”*.

Na sala de jantar, apresentei a pergunta ao grupo, referindo que tinha sido sugerida pela D. Maria. Comecei pela mesa do meio, onde o Sr. Manuel respondeu prontamente: “que remédio!” Mostrou uma cicatriz no braço e explicou que ficou com a cara negra devido a uma queda, acrescentando que, se pudesse, estaria em casa. A D. Lurdes partilhou o mesmo sentimento, afirmando que está ali por falta de alternativa, opinião partilhada também pelas senhoras da mesa seguinte. Todas referiram que preferiam estar em casa, ainda que reconhecessem que “aqui não se está mal”, havendo sítios piores, mas também melhores.

Em contraste, a D. Carla e a D. M^a Ambrósia disseram que gostavam de ali estar, mostrando uma perspetiva mais positiva sobre a experiência institucional.

No final, voltei junto da D. Maria e relatei-lhe o teor das respostas do grupo à questão que colocou. Ela admitiu que também preferia estar em casa, mas sublinhou, contudo, que a sua situação era satisfatória. Concordou que há sempre lugares melhores e piores.

Depois destas sessões, e após um conhecimento mais aprofundado do grupo, ficou evidente o potencial da ação “Conversas à Mesa” como espaço de partilha, escuta e criação de laços entre os residentes. Observei que a participação variava conforme o dia, o estado emocional e as dinâmicas do grupo. Constatou-se a existência de momentos de grande envolvimento, em contraste com dias dominados pelo silêncio. Tal evidencia a importância de se respeitar o ritmo e as necessidades individuais.

Apurou-se que muitos residentes demonstravam dificuldade em iniciar conversas ou colocar questões, frequentemente por receio de parecerem intrusivos ou serem julgados pelos outros. Essa barreira comprometia a continuidade espontânea da ação e revelava a necessidade de apoio externo para dinamizar o diálogo. Por conseguinte, considerei que as auxiliares de ação direta poderiam assumir um papel importante para dar o pontapé de saída nas conversas. Ao lançarem perguntas simples sobre as atividades do dia, notícias ou acontecimentos do dia-a-dia, criariam oportunidades de partilha, o que resultaria num ambiente mais dinâmico e inclusivo.

A experiência demonstrou que, mediante estímulo, os residentes tendiam a envolver-se mais, partilhando memórias e opiniões que enriqueciam o quotidiano na instituição. Contudo, para esta dinâmica ser duradoura e sustentável, o envolvimento de toda a equipa revelava-se imprescindível, promovendo uma cultura de comunicação aberta, onde todos se sentissem valorizados e confortáveis para participar.

Em resumo, a ação “Conversas à Mesa” possibilitou o resgate do valor simbólico e relacional da comensalidade, impulsionando o diálogo e o sentimento de pertença. O desafio futuro passa por reforçar o papel das auxiliares como facilitadoras deste processo, garantindo que o espírito de partilha e escuta ativa se mantenha presente no dia a dia da instituição.

6.2. AÇÃO 2: “RETRATOS DE VIDA”

A ação “Retratos de Vida” fundamenta-se na metodologia de História de Vida, que, mais do que uma técnica de investigação, constitui um processo relacional e participativo, baseado na escuta ativa e na construção de vínculos de confiança entre os residentes e os interlocutores (Silva et al., 2007; Medeiros & Aguiar, 2018). Tal como destaca Antunes (2011), a utilização das histórias de vida na formação promove a apropriação do património vivencial e a construção de sentido, favorecendo a valorização da identidade e o reconhecimento mútuo. Silva et al. (2007) referem que a partilha da história pessoal permite ao sujeito re-significar o seu percurso, atribuindo-lhe novos sentidos e promovendo a valorização da sua identidade (Becker, 1999; Paraná, 1996, citado por Silva et al., 2007). Além disso, este método contribui para dar voz àqueles que, muitas vezes, ficaram à margem do discurso dominante, reforçando a dimensão coletiva e social das narrativas individuais (Paraná, 1996, citado por Silva et al., 2007; Medeiros & Aguiar, 2018).

Além de constituir uma metodologia científica, a história de vida apresenta-se também como uma prática social ancestral, presente na transmissão de memórias entre gerações, nas narrativas familiares e comunitárias e na preservação de objetos e lembranças, que funcionam como depositários da história individual e coletiva (Bragança, 2012). Este método, ao articular a história individual e a história coletiva, constrói uma ponte entre trajetórias pessoais e o contexto social, favorecendo a compreensão dos processos humanos em toda a sua complexidade (Silva et al., 2007). A relevância desta abordagem é igualmente sublinhada por Paúl (1996), que defende que a compreensão do bem-estar dos idosos exige o conhecimento das suas experiências passadas, uma vez que diferentes histórias de vida produzem diferentes expectativas e critérios de satisfação. Tal como refere a autora, a reminiscência não é obrigatória nem universalmente benéfica, podendo assumir significados positivos ou negativos conforme o contexto e o percurso individual. Assim, a metodologia de História de Vida, ao privilegiar a escuta ativa, a valorização da autonomia e o respeito pelo ritmo de cada pessoa, responde à necessidade de criar espaços seguros onde a pessoa mais velha possa partilhar, ou optar pelo silêncio, de acordo com a sua vontade e experiência (Paúl, 1996).

Assim, a proposta foi apresentada aos residentes e a adesão foi feita de forma voluntária, após explicação do objetivo: partilhar pequenas histórias, fotografias ou objetos, num ambiente seguro e de respeito mútuo. Desde o início, ficou claro que nem todos se sentiam à vontade para partilhar

em grande grupo. Alguns manifestaram vontade de participar apenas como ouvintes, outros expressaram receio ou vergonha de expor aspetos pessoais, o que foi sempre respeitado. Pensamos em pequenos grupos, de forma a garantir um ambiente facilitador da partilha individual. O processo de construção do grupo foi gradual. No dia nove de maio, após conversas informais à mesa e na sala de convívio, incentivei a participação dos residentes para integrarem a ação. A maioria mostrou-se recetiva, alguns até sugerindo de imediato a história que gostariam de partilhar, como o Sr. João, que referiu o acidente de viação que marcou a sua vida. Outros, como a D. M^a Ambrósia, mostraram interesse em participar, salientando, porém, que preferiam não falar em voz alta perante o grupo, preferindo pequenos grupos ou com o meu apoio.

Agendamos a primeira sessão para o dia 20 de maio, mas acabou por ser adiada devido a um passeio institucional que deixou os residentes cansados. A sessão ocorreu no dia seguinte, num grupo reduzido e no exterior, numa varanda junto à sala de convívio, por sugestão dos próprios, dado não existir uma sala mais privada perto da sala de convívio. O Sr. Manuel não quis participar, alegando não ter histórias para contar. A D. Maria, recém-chegada do hospital, e a D. M^a Ambrósia, ausente devido a uma queda, também não participaram. O Sr. Agostinho, apesar de ter manifestado interesse, não foi chamado devido à complexidade da sua mobilidade e constrangimentos logísticos. Visto que a sessão decorreu na varanda, e o seu ritmo de deslocação lento (cerca de sete minutos para percorrer cinco metros) tornava a participação inviável antes da hora do jantar, a sua inclusão na atividade foi ponderada e adiada para um momento mais adequado. Assim, participaram apenas três pessoas.

O Sr. João, que partilhou a sua história sobre o acidente de carro, confessou no final que não gostava de assumir o papel de comunicador, sendo muito reservado e pouco dado a falar de si. Agradei-lhe a partilha e ele perguntou qual seria a importância da sua história. Respondi que cada pessoa tem um percurso único, e por isso valioso, que contribui para o reconhecimento mútuo e, por conseguinte, para a empatia. Realcei que, através daquelas partilhas pretendia criar um espaço onde todos partilhassem, ouvissem e fossem ouvidos, contando livremente histórias, sensações e memórias, sem receios de críticas. Recordei-lhes o que tantas vezes me diziam, “eu sou velho, não sirvo para nada”, e sublinhei que, apesar das perdas e limitações, todos contribuíram para a sociedade atual, transmitindo histórias, cultura, tradições e valores.

A D. Carla partilhou que não era a velhice que a incomodava, mas sim o medo da doença, ao que respondi que a doença não era condição exclusiva da idade. A D. Laurinda, com humor, contou um episódio do passeio em que, ao ser questionada por uma conhecida, não soube responder para onde tinham ido, pois tinha-se esquecido. Uma reação que valorizei como sinal de leveza e adaptação. Avaliei a sessão como profundamente significativa e gratificante, não obstante o grupo reduzido, propiciando um ambiente confortável para a partilha. No final, o Sr. João comentou, enquanto nos dirigíamos para o refeitório, ter sido a primeira vez que falava com a D. Laurinda, o que mereceu a minha especial valorização.

Apesar da relutância do Sr. João em assumir o papel de narrador, as suas partilhas foram de grande profundidade. Verifiquei, pela escassez de reação imediata do grupo, que a profundidade destas narrativas não foi totalmente percebida pelos restantes. No entanto, constituiu um momento valioso para o mosaico da vida de cada um e, certamente, para o meu.

Após a primeira sessão, tornou-se evidente que a dinâmica do grupo seria marcada por flutuações na disponibilidade e na vontade de partilha dos residentes. Nos dias seguintes, como a 27 de maio e 2 de junho, o grupo mostrou-se indisponível ou pouco recetivo à proposta. A adesão foi fortemente influenciada por fatores como o cansaço, questões de saúde e, sobretudo, a disposição emocional de cada um. O Sr. João mantinha-se de olhos fechados, a D. Carla encontrava-se ausente da sala de convívio, e a D. Laurinda deixou clara a sua opção por se manter afastada, expressando que não queria participar naquele momento.

Essa resistência à partilha em grupo evidenciou-se ainda mais nos dias seguintes. O Sr. João referiu que não se sentia bem, a D. Laurinda manifestou indiferença e proferiu até alguma crítica à história partilhada anteriormente. Já a D. Carla, após reflexão, optou por não expor a sua história em grupo, preferindo fazê-lo apenas em privado. Sugeriu contar a história apenas para mim, decisão que respeitei, ajustando a abordagem à vontade de cada um.

As palavras da D. Carla e da D. Laurinda evidenciaram a percepção de que, naquele grupo, partilhar histórias podia expor os residentes a críticas ou observações que os pudessem magoar. A D. Carla referiu explicitamente que “ali, com aquelas pessoas, não se consegue conversar” e que “as pessoas só criticam, ou fazem pequenas observações que acabam por me magoar”. No dia

seguinte, acrescentou: “Não quero andar para aí a contar a minha vida”. Também a D. Laurinda questionou o interesse em ouvir histórias dos outros. Essas expressões mostraram que, para alguns residentes, o ambiente do grupo não é sentido como suficientemente seguro ou acolhedor para a partilha, o que contribuiu para a sua resistência.

Essa constatação sublinhou a necessidade de escutar atentamente as vozes dos residentes e de criar, sempre que possível, ambientes de confiança e respeito mútuo, onde cada um se sinta livre para partilhar, ou não, as suas histórias, sem receio de críticas ou julgamentos.

Nos dias seguintes, e não obstante a resistência manifestada pelo grupo, tive oportunidade de escutar as narrativas do Sr. Agostinho e também da D. Laurinda, com episódios que classifiquei como marcantes. O Sr. Agostinho contou-me memórias da sua passagem pela tropa, um período em que o seu empenho e dedicação lhe valeram reconhecimento e oportunidades que preferiu recusar, mostrando o quanto valorizava a sua terra, as suas raízes e a sua família. Já a D. Laurinda partilhou algumas histórias da juventude, marcada por um conflito familiar, mas reconhecendo a evolução e amadurecimento das pessoas e das relações ao longo dos anos, além de intensa, mostrou a sua capacidade de reconciliação e amadurecimento pessoal.

Assim, a ação “Retratos de Vida” desenvolveu-se num equilíbrio entre o incentivo à partilha e a adaptação contínua às necessidades e limites do grupo. Fomos ajustando o caminho de acordo com as suas necessidades. Notaram-se resistências e recusas, que entendi como parte integrante da vida e das experiências que cada um trazia consigo. O percurso, de avanços e recuos, confirmou que criar espaços de escuta e partilha em contexto institucional era um processo lento, mas profundamente significativo.

Perante esta situação, ajustei o método, privilegiando a escuta individual sempre que essa fosse a preferência do residente, garantindo que o objetivo central da ação, que era valorizar e dar voz à história de vida de cada um, se mantivesse, mesmo que o formato coletivo não fosse, naquele momento, o mais adequado ao grupo.

Deste modo, a ação “Retratos de Vida” revelou-se um percurso de avanços e recuos, marcado pelo respeito absoluto à individualidade, ao silêncio e à vontade de cada residente. Nem todos

desejaram partilharam as suas histórias em grupo, contudo, encarei cada recusa ou resistência como forma de expressão legítima da autonomia de cada um. Mais do que a participação em si, priorizei assegurar que todos se sentissem vistos e respeitados, independentemente do seu nível de envolvimento.

Essa experiência consolidou a convicção de que, na intervenção com pessoas idosas, a escuta ativa, a adaptação contínua e a valorização das diversas trajetórias são pilares fundamentais para promover a dignidade, a inclusão e o bem-estar.

Foi precisamente essa postura relacional que norteou toda a minha intervenção na instituição. Para além das ações planificadas, foram os pequenos gestos, as conversas informais e o cuidado diário que verdadeiramente construiu laços e transformaram o ambiente institucional. É sobre esta dimensão relacional, presente nas interações do dia a dia, que me debruço na secção seguinte.

6.3. DIMENSÃO RELACIONAL NA INTERAÇÃO QUOTIDIANA COM OS RESIDENTES

A minha intervenção quotidiana com os residentes foi muito além das ações planificadas no projeto, refletindo uma postura relacional, reflexiva e ética, em sintonia com a perspetiva da Educação Social transformadora defendida por Timóteo e Bertão (2012). Estas autoras sublinham que a qualidade da relação de ajuda se constrói num espaço intersubjetivo, exigindo do profissional uma atitude de escuta ativa, compromisso com a mudança pessoal e social e valorização das dimensões do ser e do estar. Assim, cada interação foi vista como uma oportunidade para promover a capacitação, a participação e o bem-estar dos sujeitos, indo além de uma lógica assistencialista ou meramente instrumental. Esta abordagem, coerente com os princípios da investigação-ação participativa, orientou a minha prática diária e manifestou-se em episódios descritos no diário de bordo, onde procuro adaptar-me às especificidades e necessidades de cada pessoa, como ilustram os exemplos seguintes.

Nesta dimensão relacional, os objetivos específicos que operacionalizei de forma mais direta estão associados à valorização da identidade e história de vida dos residentes (OG2) e ao combate ao idadismo (OG3). Inicialmente, estava previsto que estes objetivos específicos fossem operacionalizados sobretudo em grupo, nomeadamente através da ação “Retratos de Vida”, promovendo a partilha coletiva de memórias e experiências, ainda que também estivesse contemplada a possibilidade de abordagens individuais. No entanto, a relutância e resistência manifestadas pelos residentes face à exposição em grupo, levaram-me a adaptar novas estratégias. Assim, esses objetivos passaram a ser operacionalizados sobretudo na relação individual, através de interações informais, conversas diárias e pequenos gestos de reconhecimento e escuta ativa.

Essa adaptação metodológica permitiu respeitar a vontade e o ritmo de cada pessoa, garantindo que a valorização da identidade e o combate ao idadismo fossem trabalhados de forma personalizada e ética, em linha com a literatura que destaca a importância de dar voz à memória individual dos idosos.

Os exemplos que se seguem ilustram diferentes formas de operacionalizar estes objetivos. Num dos registos (Apêndice G. DB), descrevo como, após o jantar, transformei uma simples bola de papel num mediador simbólico de brincadeira e interação. Este momento espontâneo facilitou a inclusão e o envolvimento, mesmo de pessoas com limitações físicas. Como referem Timóteo e Bertão (2012), é fundamental que o educador social assumira uma postura flexível, criativa e centrada na pessoa, capaz de responder às situações concretas e valorizar a singularidade de cada sujeito. Também a gestão das rotinas diárias reflete esse compromisso. Em função do ritmo mais lento de dois residentes, adotei o procedimento de antecipar o momento de os chamar para o jantar. O meu propósito era assegurar que a chegada à sala de refeições se desse com serenidade e dignidade. Para o efeito, perguntava diariamente à auxiliar responsável pela cozinha, com uma antecedência de aproximadamente quinze minutos, sobre a possibilidade de os chamar, precisamente porque demoravam mais tempo do que os restantes. Este cuidado, embora simples, traduzia o respeito pelos tempos de cada um, promovendo a inclusão e o bem-estar no quotidiano institucional.

Apesar de inicialmente estes residentes estranharem esta antecipação, e manifestarem algum constrangimento, fui explicando com calma a razão do cuidado, até que, com o tempo, passaram a agradecer diariamente, demonstrando compreensão e valorizando esse gesto individualizado. Eu chamava-os e a D. M^a Ambrósia perguntava de seguida: “Posso ir? Não é cedo?” e o Sr. Agostinho perguntava, também, “Está na hora?”, e respondia aos dois: “Sim! Está na vossa hora.” Mais do que responder a necessidades básicas ou executar tarefas planificadas, procurei construir diariamente um espaço seguro e de confiança, onde cada residente se sentisse reconhecido, incluído e valorizado. Essa é a essência da relação de ajuda, como referem Timóteo e Bertão (2012) e Lopes e Tracana (2024), um vínculo que combate o isolamento, promove o bem-estar e assegura um envelhecimento digno.

A relação de ajuda que procurei construir encontrou também eco no conceito de “objetos flutuantes” de Caillé e Rey (2003). Para estes autores, os objetos flutuantes são dispositivos ou elementos simbólicos que, ao serem introduzidos ou reconhecidos no espaço relacional, criam um território comum, um “espaço intermédio” onde profissional e residentes podem experimentar novas formas de diálogo, criatividade e transformação. Estes objetos, que podem ser materiais, como uma bola de papel, ou imateriais, como um tema de conversa, têm a capacidade de romper com a rotina comunicacional, desbloquear situações e ampliar o campo das possibilidades de relação e mudança.

No exemplo do diário de bordo, a bola de papel tornou-se um verdadeiro “objeto flutuante”, ao ser apropriada de forma lúdica e relacional, serviu de mediador simbólico que facilitou a participação, o envolvimento e o bem-estar dos residentes. Da mesma forma, determinadas conversas espontâneas sobre a velhice, a perda ou sentido da vida, assumiram também o papel de objetos flutuantes, ao emergirem como temas partilhados que permitiram dar voz às emoções, promover a escuta ativa e criar espaço para a coconstrução de sentido. Até mesmo elementos inesperados do quotidiano, como a saia que usei num dos dias, podem assumir essa função. Passo a descrever: num dos dias a D. Carla reconheceu na minha peça de roupa uma técnica de costura dos anos 60, então partilhou instintivamente memórias, e com elas emoções ligadas à sua juventude e a momentos marcantes da sua vida. Esse momento ilustrou como objetos aparentemente triviais

podem despertar memórias e incentivar partilhas, ligando o passado ao presente, e juntando diferentes histórias de vida.

Por isso, tanto os objetos quanto as palavras podem, quando reconhecidos e acolhidos, funcionar como pontos de encontro e transformação no quotidiano institucional. Tal como referem Caillé e Rey (2003, p.17), o “objecto flutuante é espaço de liberdade no sentido em que permite àqueles que se encontram saírem do convencional. É também para eles lugar de passagem; com esse contacto, não apenas a relação, mas também os próprios sujeitos sofrem uma transformação”. Deste modo, a utilização consciente destes objetos flutuantes, mais do que uma técnica, foi expressão de uma postura relacional que reconheceu o valor do espaço intermédio e da coconstrução de sentido na relação de ajuda.

Esta orientação relacional, inspirada também nos princípios da abordagem centrada na pessoa de Rogers (1985), assenta na empatia, autenticidade, congruência e aceitação incondicional, criando condições para que cada residente se sentisse valorizado e capaz de se desenvolver no seu próprio ritmo. Naquele quotidiano, feito de pequenos gestos e encontros, reconheci também o que Martins (1998, p.2) identifica como o “ponto de referência das novas esperanças da sociedade”, onde o homem comum, imerso no dia a dia, se torna protagonista de pequenas transformações. A vida quotidiana, tantas vezes desvalorizada enquanto objeto de conhecimento, revela-se afinal “o tempo e o lugar da eficácia das vontades individuais, daquilo que faz a força da sociedade civil” (Martins, 1998, p.2). Assim, cada relação de ajuda, por mais simples que pareça, é também um gesto de resistência e de construção de sentido, onde o conhecimento de senso comum e a experiência partilhada ganham relevância na construção das relações sociais e na promoção da dignidade.

Assim, a minha prática quotidiana, ancorada na escuta, na criatividade e na atenção ao que emerge na relação, concretizava os princípios da Educação Social transformadora e da relação de ajuda simbólica e relacional (Timóteo & Bertão, 2012), contribuindo para a emancipação, a inclusão e o desenvolvimento pessoal e social dos sujeitos com quem interagi.

Durante a minha participação na instituição, procurei manter um contacto regular e individualizado com quase todos os residentes. Sempre que possível, fazia questão de

cumprimentar cada pessoa, dizendo o seu nome, olhando-a nos olhos, trocando algumas palavras, escutando as suas preocupações ou simplesmente partilhando um sorriso, ou um toque de mãos, fazendo-me presente. Com o tempo, percebi que muitos valorizavam esse tempo de atenção pessoal e que, para alguns, a minha presença se tornou parte da rotina, chegando mesmo a “cobrar” o meu tempo: “Hoje ainda não tinha passado por aqui”; “Ali a conversa estava boa? Ficou ali muito tempo”; “Hoje ainda não conversei contigo”, eram frases que escutava com frequência. Tentei gerir o tempo de forma que todos sentissem o meu olhar e a minha escuta, adaptando sempre a abordagem ao perfil e à vontade de cada um. A minha intervenção pautou-se pela coconstrução de uma relação personalizada com cada pessoa, respeitando o seu ritmo, preferências e necessidades de comunicação.

Entre os residentes, destaco o caso da D. Ana, a mais jovem da instituição, mas a residente mais antiga, com problemas cognitivos. Apesar de recusar sistematicamente participar em atividades ou passeios, jamais a excluí do contacto diário. Aproximava-me dela, lançando convites para passear ou fazer alguma coisa juntas. Ela respondia sempre com negativas, mas sorridentes. O sorriso mostrava contentamento naquele “jogo” relacional. Ao longo de todo o projeto, integrei-a, colocava-lhe perguntas, abracei-a e dei-lhe carinhos. Ela aceitava as minhas manifestações e retribuía-as com sorrisos. A dada altura, estabeleceu-se a rotina de iniciar a interação questionando-a se tinha tido saudades minhas, e ela, antes de responder, concedia-me sempre um sorriso, o que me enchia de alegria. Muito embora não participasse nas atividades, gostava desta rotina de interação, interpretei que se sentia ouvida, incluída e valorizada. Esta relação diária foi uma forma concreta de combater o isolamento, reforçar a dignidade e garantir que, mesmo sem adesão às propostas, cada residente é visto e respeitado na sua individualidade. Tal preocupação é essencial como defendem Lopes e Tracana (2024, p. 143), “este isolamento da pessoa idosa põe em causa o envelhecimento com qualidade de vida, assim como a sua própria dignidade”.

Um exemplo significativo desta operacionalização individual dos objetivos específicos, sobretudo no combate ao idadismo (OE3.1 e OE3.2), ocorreu em várias conversas com residentes. Destaco, em primeiro lugar, uma conversa com a D. Laurinda, que partilhou comigo a sua visão negativa da velhice, dizendo: “Aqui não estamos a fazer nada, neste momento não sinto ânimo pela vida.” Ao

escutar este desabafo, procurei desconstruir o estereótipo de inutilidade frequentemente associado à idade avançada, um dos pilares do idadismo. Expliquei-lhe que o envelhecimento é apenas mais uma etapa da vida, tal como qualquer outra, e utilizei a analogia de um fruto numa árvore: começamos pela flor, crescemos e amadurecemos, podemos ser colhidos para alimentar outros ou, mesmo caindo, continuamos a ter um papel, servindo de alimento aos pássaros ou fertilizando o solo. A D. Laurinda ouviu atentamente e concordou, reconhecendo que cada fase tem o seu valor. Reforcei ainda que todos os residentes são importantes, pois contribuíram para o que somos enquanto sociedade, transmitindo tradições e histórias que lhes foram contadas e que elas próprias recontaram, o que transmitiram aos filhos, netos e bisnetos, tudo é riqueza que fica gravada na sociedade. Acrescentei também que eu própria estava ali a aprender com o que me diziam e revelavam, e que nem imaginavam o quanto já tinha aprendido e o quanto me tinham ajudado a transformar.

Noutra ocasião, numa interação com a D. Rosa, voltou a emergir o tema do envelhecimento e do sentido da vida. Perguntei-lhe por que estava ansiosa, e ela respondeu que estava “à espera, à espera, e que não se faz nada” e manifestou saudades do campo e do trabalho agrícola, mas também alguma tristeza ao recordar essas memórias. Partilhou comigo: “Temos que sofrer e aguentar, não é?” Procurei acolher a sua emoção e, ao mesmo tempo, desafiar essa visão resignada, dizendo-lhe que recordar faz parte da vida, mas não implica necessariamente sofrer. Expliquei-lhe que era normal sentir falta das coisas que já não temos, mas que essas memórias faziam parte da sua história e da pessoa que ela era. No fim da conversa, a D. Rosa agradeceu aquele tempo de interação.

Esses episódios demonstraram como, através de pequenos gestos e conversas individuais, é possível promover a valorização pessoal, combater preconceitos associados à idade e reforçar a dignidade e autoestima dos residentes, operacionalizando de forma concreta os objetivos específicos definidos para essa dimensão relacional. Para além das situações em que o idadismo se manifestava de forma mais explícita, como nos casos anteriores, surgiram também episódios em que os desafios do envelhecimento institucionalizado se expressaram sobretudo através do isolamento social, da perda de autonomia e da dificuldade de adaptação à rotina, aspetos igualmente relevantes na promoção do bem-estar dos residentes.

Um exemplo disso é a experiência do Sr. João, que partilhou, por diversas vezes, o seu sentimento de desajuste face à vida na instituição. Referiu que a rotina era sempre igual, que nunca teve tantas regras e que sempre tinha sido uma pessoa livre, sentindo-se agora no extremo oposto, com uma vida sem objetivos. Relatou ainda o afastamento dos amigos e a tendência para se isolar, mesmo reconhecendo que gostaria de manter contacto, mas mostrando resistência em tomar a iniciativa. Ao longo do diálogo, procurei incentivá-lo a desafiar-se, a procurar pequenas mudanças e a recorrer ao apoio da equipa para facilitar o contacto com a sua rede social, dada a dificuldade com o seu novo telefone (Apêndice H. DB). No dia seguinte, o Sr. João revelou uma certa dificuldade em colocar em prática as sugestões, escolhendo afastar-se, mas reconhecendo a importância do assunto. A minha intervenção focou-se em reconhecer os seus sentimentos, mas também em desafiar a resignação, instigando a reflexão sobre o seu papel ativo na manutenção das relações sociais (Apêndice I. DB).

No terceiro dia, voltei a abordar o tema com o Sr. João, questionando se tinha pensado em desafiar-se e contactar algum amigo, na tentativa de realizar um gesto que o animasse. Partilhou comigo que, por acaso, tinha ligado para um amigo sem querer, e este retornou-lhe a chamada, contando que estava de férias. Aproveitei para reforçar que aquele contacto, ainda que fortuito, podia ser significativo e animador, pois o simples gesto de ligar e perguntar pelo bem-estar de alguém é, por si só, uma forma de manter laços e demonstrar afeto. Sublinhei que estes pequenos momentos de ligação social eram fundamentais para a sua satisfação emocional e para a construção de sentido no seu quotidiano (Apêndice J. DB). Este episódio, embora não traduza diretamente uma manifestação de idadeísmo, evidencia os riscos do isolamento e da perda de sentido frequentemente associados ao envelhecimento em contexto institucional. A intervenção focada na escuta ativa, na valorização da autonomia e na promoção de pequenas iniciativas de ligação social contribuiu para combater os seus efeitos indiretos e reforçar a dignidade e o bem-estar dos residentes, em linha com as recomendações para um envelhecimento ativo e inclusivo.

No acompanhamento ao Sr. João, o “objeto flutuante” não surge como um elemento material, mas sim como um tema simbólico: a ligação social e o desafio à resignação. Ao trazer para a relação a possibilidade de contactar amigos, de pedir apoio para utilizar o telefone ou de refletir sobre o seu papel ativo, criei um espaço intermédio (Caillé & Rey, 2003) onde o residente pôde, de forma

protegida e sem pressão, experimentar pequenas mudanças e redescobrir possibilidades de ligação e pertença. Esse espaço de liberdade, mediado pela escuta ativa e pelo respeito pelo ritmo do Sr. João, permitiu-lhe revisitar sentimentos de autonomia e sentido, mesmo diante da resistência inicial. Assim, tal como defendem Caillé e Rey (2003), o foco não está no objeto ou na ação em si, mas no que ela desencadeia em termos de emoções, memórias e transformação pessoal.

Além dessas interações individuais mais estruturadas, pequenos momentos do cotidiano revelaram o impacto da dimensão relacional na valorização do envelhecimento, promoção da autoestima, pertença e combate ao idadismo (OG3). Após muitos meses de interação e construção de uma relação de confiança mútua, em algumas ocasiões informais, quando alguém se referia de forma depreciativa à sua idade ou usava expressões como “já sou velho”, utilizei intencionalmente o humor ou a provocação leve, e questionava: “Mas preferiam ter morrido mais cedo, com 50 ou 70 anos?” As reações eram sempre de rejeição bem-humorada, “Ai menina, claro que não” (D. Carina, D. Tatiana), o que permitia celebrar a longevidade, promover a reflexão positiva e reforçar o sentido da própria vida. Esses momentos ilustraram como, enquanto estratégia relacional, usada com consciência e com sensibilidade, o humor e a escuta atenta foram ferramentas poderosas na desconstrução do idadismo e na valorização dos residentes.

7. AVALIAÇÃO FINAL

Como referido na metodologia, inspirei-me na avaliação responsiva de Robert Stake (2011) por se destacar pela promoção de relações horizontais e colaborativas. Esta abordagem procura criar um ambiente em que todos os envolvidos possam participar ativamente, influenciar o processo e contribuir de forma significativa para a avaliação. Ao permitir que diversas vozes sejam ouvidas e consideradas, incentiva a um envolvimento genuíno, apoiado pelo diálogo aberto e pelo respeito mútuo, que favorecem a partilha de perspetivas e o reconhecimento de experiências variadas dos residentes (Abma, 2006; Norman & Reist, 2020; Stake, 2011). Neste sentido, o avaliador atua como um facilitador do diálogo, atento e sensível às diversas e diferentes experiências, opiniões e pontos de vista de todos os envolvidos (Abma, 2006; Norman & Reist, 2020; Stake, 2011). Norman e Reist (2020) caracterizam a avaliação responsiva como uma abordagem holística, marcada pela subjetividade, tal como ressalta Stake (2011). Esta avaliação concentra-se nas atividades realizadas do projeto ao invés das intenções iniciais, procurando responder às necessidades e interesses expressos pelas pessoas envolvidas e valorizando a diversidade de perspetivas e valores.

Deste modo, trata-se de uma avaliação flexível e ancorada na prática real, que tem como objetivo compreender o que realmente acontece e o que é importante para os residentes, procurando aumentar a análise para além dos resultados inicialmente planeados (Abma, 2006; Norman & Reist, 2020; Stake, 2011). Assim, não posso dizer que as ações do projeto não atingiram os objetivos, porque a metodologia adotada permitiu ajustes constantes, revelando-se flexível, uma das suas maiores vantagens, permitindo que todos os momentos fossem fiéis às vontades e necessidades individuais ou do grupo.

Esta abordagem aproxima-se da perspetiva humanista de Rogers (1985, p. 263) para quem “em terapia, os exames são elaborados pela vida” e o papel do profissional é proporcionar meios para que cada pessoa desenvolva recursos para enfrentar os desafios reais do seu quotidiano. Assim, a avaliação no âmbito deste projeto não se limita a verificar resultados segundo critérios externos, mas procura valorizar as experiências, aprendizagens e transformações que emergem do processo relacional e da participação ativa dos residentes.

Foram utilizados métodos qualitativos, nomeadamente a observação participante e as conversas intencionais, com registo detalhado de interações, reações e comportamentos. Paralelamente, conversas informais recolheram perceções sobre valorização pessoal e sentimento de inclusão. Os dados foram organizados em categorias previamente definidas, como valorização pessoal – expressões de autoestima e partilha de histórias de vida – e inclusão social – envolvimento nas atividades e relações interpessoais. Esta organização permitiu uma análise estruturada que reflete as experiências individuais e coletivas, refletida na tabela que apresenta categorias, subcategorias e exemplos de indicadores (Apêndice K). As narrativas e exemplos apresentados a seguir refletem concretamente esses indicadores.

Com esta abordagem qualitativa pretendeu-se captar o impacto real das ações no quotidiano dos residentes, promovendo uma avaliação ajustada às suas necessidades e ao contexto da intervenção. Os exemplos seguintes ilustram concretamente como esta abordagem responsiva se manifestou no quotidiano da ERPI, no entanto, são apenas exemplos representativos, e não uma descrição de todos.

Numa conversa recente com a D. M^a da Graça, percebi essa mudança refletida na sua atitude. Quando a cumprimentei e perguntei como estava, respondeu: “Estou bem, há dias que se está melhor outros pior, mas faz parte da nossa vida. De qualquer pessoa, não é?” A minha prática diária de perguntar à auxiliar responsável pela cozinha se poderia chamar mais cedo os dois residentes que demoravam mais tempo a deslocar-se sensibilizou, com o tempo, as auxiliares, que passaram a solicitar-me autonomamente para chamar esses residentes para a sala de jantar antes do grupo. As auxiliares (AAD) sublinhavam ainda o valor dos momentos em que eu interagia e conversava com os residentes, reconhecendo a sua importância e afirmando: “ainda bem que fala com eles, eles precisam e nós, muitas vezes, não temos tempo”.

A D. Ana, com quem mantive um jogo relacional diário, surpreendeu-me após uma semana em que faltei, ao dizer-me: “Já não a vejo há muito!”. Respondi que não consegui ir por questões profissionais e perguntei se tinha tido saudades minhas durante esse tempo, ao que, surpreendentemente, respondeu: “Tive!”. Foi raro durante todo o projeto ouvir outras coisas além do “Não”, que prontamente respondia a tudo, sem se alongar na conversa. Noutros momentos, demonstrou confiança ao pedir-me apoio em pequenas tarefas mais íntimas, como fechar a

persiana do quarto, subir a cabeceira da cama ou ajudá-la a desapertar o soutien. Esses gestos, repletos de significado, evidenciaram o vínculo e o impacto positivo da minha intervenção, consolidando, de igual modo, a relação e a confiança estabelecidas.

A D. Manuela, embora eu a cumprimentasse sempre, olhava-me e limitava-se a responder com gesto de aceno de cabeça, que eu interpretava como consentimento quando a questionava se podia levantar a mesa (no caso: o seu prato, copo, colheres). Contudo, foi apenas no decorrer do mês de julho que, após muitas tentativas de interação, ela me surpreendeu ao responder a uma questão levantada durante a refeição. Disse-lhe que estava admirada porque não tinha ainda ouvido a sua voz, até aquele momento. A partir desse dia, passou a responder-me quando a cumprimentava, e ao despedir-me, ela respondia "Até amanhã!", demonstrando abertura fruto da confiança que se criou.

A D. Vânia, também em meados do mês de julho, surpreendeu-me quando, ao cumprimentá-la olhou-me nos olhos e sorriu. Algo inédito, nunca o tinha feito antes. Costumava olhar sempre para o chão ou outro lado, mas nunca estabelecendo contacto visual direto. Esse gesto repetiu-se nos dias seguintes. É possível que esta alteração se prenda com uma transformação implementada por mim no início de julho: o cumprimento individual de cada residente através de um aperto de mão. Este gesto, por ser simples e personalizado, pode ter provocado na D. Vânia um sentimento de reconhecimento e valorização, o que a levou, por sua vez, a iniciar o contacto visual e o sorriso. Na verdade, eu já havia adotado esta forma de cumprimento com todos os senhores (exceto o Sr. Francisco, que recusava o cumprimento). Mas considerei importante estender o gesto a todo o grupo, para criar uma maior proximidade e incluir todos, sem exceção. Assim, conseguia dar atenção a cada um, e por vezes, nessa altura, iniciavam-se conversas que me faziam ficar ali por mais tempo, antes de continuar a cumprimentar os restantes. Considerei que todas as mulheres gostaram deste contacto pessoal. Estavam sempre prontas a estender-me a mão e a falar comigo, e por vezes, até me pediam dois beijinhos. Foi um pouco diferente do que acontecia quando eu entrava e dizia apenas um "olá, boa tarde" geral, que, na verdade, era, talvez, pouco pessoal e pouco caloroso. Senti que houve um maior agrado com esta proximidade, o que potenciou o fortalecimento dos laços e mais oportunidades genuínas de partilha.

O desafio assumido do Sr. João ao procurar manter os laços de amizade e contactos mostrou-se uma via profunda e sincera de abordar questões relacionadas com a sua autoestima, ainda que muitas vezes sem que ele tivesse plena consciência delas.

O facto de ter deixado de ouvir os residentes referirem-se a si próprios como “sou velho”, constitui uma evidência de que o impacto do projeto, centrado na pessoa, se traduziu na criação de um ambiente mais acolhedor, participativo e humanizado, onde cada um se sentiu visto, ouvido e valorizado. Estas abordagens promoveram mudanças reais e significativas no quotidiano, contribuindo para o bem-estar emocional, a autoestima e o sentimento de inclusão social, consolidando os princípios de uma avaliação que reconhece a complexidade e subjetividade das experiências humanas.

Ainda no final de agosto, quando após mais um dia na ERPI me despedia, ouvi a D. Carina “podia vir mais vezes, gostamos de a ter por aqui.” Ao que respondi que iriam continuar a ver. O Sr. João e a D. M^a da Graça também perguntaram como corria o mestrado e o meu trabalho ali, revelei que iria continuar a visitá-los mesmo após terminar o projeto, ao que afirmaram: “que bom!” e agradeceram.

Posso, assim, concluir que o projeto contribuiu para um ambiente mais acolhedor, participativo e humanizado, visto que cada residente sentiu que foi visto, ouvido e valorizado. Gestos simples de atenção e reconhecimento revelaram-se cruciais para fortalecer relações, melhorar o bem-estar emocional, a autoestima e o sentimento de pertença. É ainda pertinente sublinhar que as ações desenvolvidas – as conversas à mesa e os retratos de vida – configuraram-se como desafios naturais do processo, que refletiram as preferências e necessidades do grupo. A avaliação manteve-se ininterrupta, garantindo a flexibilidade e a capacidade de adaptação do projeto. Verificou-se que os residentes demonstram maior facilidade em participar em pequenos grupos ou em conversas individuais, expressando um maior conforto e envolvimento nestas situações. Estes exemplos demonstraram que a avaliação vai muito além de resultados quantificáveis, refletindo mudanças subtis, mas significativas, no quotidiano e na qualidade de vida dos residentes, e confirmando a importância de uma abordagem responsiva e centrada na pessoa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Comecei este relatório com a descrição do meio social onde a ERPI está inserida. Contudo, após a análise realizada, percebi que o contexto geográfico não teve a influência que inicialmente pensei. Esta ERPI poderia estar inserida no centro de uma grande cidade e, ainda assim, os problemas e necessidades dos residentes seriam semelhantes, mudando apenas os protagonistas e os seus milhões de mosaicos de *frames* das suas vidas.

O traço comum a esta e outras ERPI's é a experiência da institucionalização, tal como evidenciado em projetos anteriores, nos trabalhos de colegas deste mestrado e na literatura. O sentimento de perda de papéis sociais, a solidão, a dependência e a vulnerabilidade são aspetos recorrentes, quer em meios urbanos, quer em rurais, como também é destacado em estudos nacionais. Como refere Netto (2002, citado por Cardão, 2009), a institucionalização pode ser uma das situações geradoras de stresse para a pessoa idosa, interferindo não só na sua saúde e bem-estar, como também contribuindo para quadros depressivos. Os fatores psicossociais como a perda de autonomia, rotinas padronizadas e ausência de papéis sociais ativos, intensificam a vulnerabilidade emocional. A uniformização institucional, ao esbater as singularidades, acentua o risco de alienação e compromete o direito do residente a um envelhecimento digno e personalizado (Cardão, 2009).

Ao longo do projeto observei a ausência de sentimento de pertença, a dificuldade em manter o reconhecimento da própria identidade e o peso de conviver diariamente com pessoas com quem muitas vezes não existe afinidade. Viver esta fase da vida nessas circunstâncias implica uma exigência constante de tolerância e adaptação, que se traduz numa rutura das rotinas e preferências pessoais construídas ao longo de uma vida inteira. Pergunto-me: quão doloroso será este processo? (considerando que ao longo da vida escolhemos com quem queremos estar...)

A sociedade, de forma geral, valoriza e exige longevidade. Como refere Fonseca (2020, p. 24) “viver mais tempo é fruto de conquistas diversas sob ponto de vista médico, tecnológico e social”. Contudo, paradoxalmente, parece que as necessidades das pessoas mais velhas continuam a ser desvalorizadas. Constata-se que as políticas e práticas atualmente em vigor podem não ser

suficientes para garantir qualidade de vida ao longo destes anos adicionais. Neste sentido, Baltes e Smith (2003), advertem que prolongar a vida sem garantir qualidade, dignidade e suporte adequado pode converter os ganhos da longevidade em novos dilemas sociais e éticos. Assim, torna-se imperativo que as respostas sociais e institucionais não se limitem a prolongar a existência, mas que assegurem a participação ativa, autonomia, a identidade e o direito a envelhecer com sentido.

No desenvolvimento do projeto, compreendi que podemos estar sedentos de conversa, rodeados de pessoas e, ainda assim, permanecer calados e mergulhar na solidão. É possível identificar afinidades com uma ou outra pessoa, mas quando a vida institucional impõe rotinas rígidas e limita a individualidade, até essas possibilidades se reduzem. Reconheço que, a nível organizacional, é difícil prescindir de horários e procedimentos para levantar, deitar, tomar banho, entre tantos outros. No entanto, questiono: até que ponto estas rotinas não privam os residentes de viverem a sua essência? Como podem estar abertos ao encontro com o outro, se já não lhes é permitido ser quem são?

Importa ainda destacar que a dignidade dos residentes está profundamente ligada às condições de trabalho dos profissionais que lhes prestam cuidados, especialmente das auxiliares de ação direta (AAD). O trabalho destas mulheres, frequentemente marcado por salários baixos e baixas qualificações exigidas, não corresponde à exigência e responsabilidade de cuidar de pessoas em situações de grande fragilidade. Para além das tarefas de limpeza e organização dos espaços, são elas que garantem, diariamente, o tratamento humano e afetivo essencial à vida institucional. Esta realidade revela-se perversa e exige uma reflexão séria sobre políticas institucionais e sociais que promovam, de forma efetiva, a valorização destes profissionais.

Sem esta valorização e sem melhores condições de dignidade laboral, qualquer esforço para melhorar a vida das pessoas idosas nas ERPI será necessariamente incompleto. Só com profissionais respeitados, reconhecidos e corretamente remunerados será possível garantir um cuidado verdadeiramente humanizado e transformador.

Durante o projeto, estive limitada ao tempo que poderia disponibilizar, encontrando-os quase sempre no final do dia. Talvez tivesse sido mais proveitoso, ou pelo menos diferente, se pudesse

estar presente desde o início da tarde, colaborando mais de perto com a animadora sociocultural e desenvolvendo atividades mais ajustadas às necessidades individuais de cada residente. Se iniciasse agora um novo projeto nesta ERPI, o meu dilema seria: como poderia contribuir para diminuir este sentir de perda e isolamento?

Ainda assim, dentro do possível, acredito que o cuidado individual, o respeito e a presença genuína tiveram impacto positivo. As bases da IAP, aliadas ao cuidado humanizado, permitiram-me criar uma relação horizontal, pautada pelo respeito e dignidade. Talvez não tanto pelas histórias que incentivei a partilhar, mas pela disponibilidade em estar, escutar e valorizar cada pessoa. Considerando que esta abordagem se configura como um meio de sustentar a identidade de indivíduos confrontados com múltiplas perdas, assumo o compromisso de a manter como baliza, integrando-a plenamente na minha presença e atenção em todos os futuros encontros e relações. Por conseguinte, torna-se imprescindível que as políticas e práticas direcionadas às ERPIs sejam objeto de uma revisão e de um ajuste contínuos, visando assegurar não só a longevidade, mas primordialmente a qualidade de vida, a autonomia e a participação efetiva das pessoas. Só através desta reformulação é que estes ambientes poderão promover o bem-estar integral, o fortalecimento da identidade e um genuíno sentido de pertença. A intervenção social e os cuidados, por inerência, devem respeitar a individualidade de cada pessoa, valorizar as suas histórias, potencialidades e preferências, e promover um envelhecimento digno e significativo, que reconheça a pessoa para além das suas limitações ou necessidades assistenciais. Baltes e Smith, (2003) e Fonseca (2006) defendem que as políticas de envelhecimento devem ser integradas em estratégias sociais mais amplas, que promovam o equilíbrio intergeracional, beneficiando todas as gerações, especialmente em contextos de recursos limitados, para garantir a sustentabilidade futura da sociedade.

Para concluir, cabe aqui uma reflexão de Cardão (2009, p. 74): “Envelhece-se biologicamente, é certo, mas sobretudo, envelhece-se quando deixamos de nos encantar com os processos da vida.” Para que nos inspire a valorizar cada momento, cada relação e cada oportunidade para dignificar todos os nossos estágios e etapas.

BIBLIOGRAFIA/REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abma, T. A. (2006). The practice and politics of responsive evaluation. *American Journal of Evaluation*, 27(1), 31–43. <https://doi.org/10.1177/1098214005283189>
- Alves, J. F. (2002). O trabalho do linho. In J. A. Mendes & I. Fernandes (Coords.), *Património e indústria no Vale do Ave* (pp. 292–299). Adrave.
- Associação Portuguesa de Psicogerontologia. (2012–2023). *Regulamento Prémio Envelhecimento Ativo dra. Maria Raquel Ribeiro – 12.ª Edição*
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. <https://doi.org/10.1159/000067946>
- Barros-Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4.ª ed.). Legis Editora.
- Bauman, Z. (2006). *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Relógio d'Água.
- Beauvoir, S. de. (2018). *A velhice* (3ª ed.). Editora Nova Fronteira. (Original publicado em 1970).
- Bermejo, J. C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Paulinas.
- Bragança, I. F. S. (2012). História de vida nas ciências humanas e sociais: caminhos, definições e interfaces. In I. F. S. Bragança (Ed.), *Histórias de vida e formação de professores: diálogos entre Brasil e Portugal* (pp. 37–57). EDUERJ. <https://doi.org/10.7476/9788575114698.0004>
- Caillé, P., & Rey, Y. (2003). *Os objetos flutuantes: À redescoberta da relação de ajuda*. Climepsi Editores.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Coisas de Ler.

- Cardoso, R., & Moreira, D. (2017). Da educação à intervenção social: A construção do conhecimento na transformação da realidade. *Revista de Estudos e Investigación en Psicología y Educación*, 5, 102-106. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2373>
- Carvalho, A. D., & Batista, I. (2004). *Educação social: Fundamentos e estratégias*. Porto Editora.
- Comissão de Proteção ao Idoso. (n.d.). *Quem somos*. Disponível em https://www.cpidoso.pt/quem_somos.
- Cortesão, L. (1990). Projecto, interface de expectativa e de intervenção. In E. Leite, M. Malpique, & M. R. Santos (Orgs), *Trabalho de projecto 2 – Leituras comentadas* (pp. 81-89). Afrontamento.
- Cortesão, L., & Neves, F. (Coord.). (2012). *A Marcha da Fome de Pevidém: Memórias de um Passado na Inquietude do Agora*. Instituto Paulo Freire de Portugal.
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M., & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: Metodologia preferencial nas práticas educativas. *Psicologia de ação e cultura*, XIII, 355-380.
- Eurostat. (2023). *Demography of Europe – 2023 edition*. Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023>
- Eurostat. (2025). *Population structure and ageing*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Fernandes, A. T. (1997). Ritualização da comensalidade. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 7, 7-30. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/article/view/2579>

- Figueiredo, A. M. G., Melo, R. C. C. P. de, & Ribeiro, O. de P. (2018). Metodologia de cuidados humanidade: Dificuldades e benefícios da sua implementação na prática. *Revista de Enfermagem Referência, IV(17)*. <https://doi.org/10.12707/RIV17063>
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª ed.). Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725401507>
- Fonseca, A. M. (Org.). (2015). *Boas práticas de Ageing in Place: Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian; Faculdade de Educação e Psicologia – Universidade Católica Portuguesa. https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/39Est_Boas_Praticas_Ageing_in_Place.pdf
- Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies | Ciências e Políticas Públicas, 6(2)*, 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>
- Fonseca, C., Luz, H., & Melo, R. (2021). Metodologia de cuidado Humanidade: Benefícios e desafios da sua implementação na prática. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 7(1)*, 14–24. <https://doi.org/10.31211/rpics.2021.7.1.200>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (J. N. de Almeida, Trad.). Climepsi Editores.
- Freire, P. (1996). *Educação como prática da liberdade* (5ª ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (2002). *Pedagogia do oprimido* (17ª ed.). Paz e Terra.
- Garcia, A. P., Gameiro, F., Rosa, B., & Ferreira, P. (2025). Risco(s) de violência e solidão na população idosa: Dados preliminares. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia, 7*, 373–387. <https://doi.org/10.61415/riage.352>
- Guerra, I. C. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação: O planeamento em ciências sociais* (2ª ed.). Principia.

- Hensler, L., Alatorre Frenk, G., & Merçon, J. (2023). Participatory action research. In T. Philipp & T. Schmohl (Eds.), *Handbook of transdisciplinary learning* (pp. 257–266). transcript Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783839463475-027>
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2005). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas: Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. <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>
- Instituto Nacional de Estatística. (sd). *Estimativas anuais da população residente*. Recuperado em 16 de abril de 2025, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=13053&tipoSelecao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true
- Latorre, A. (2005). *La investigación-acción: Conocer y cambiar la práctica educativa* (3ª ed.). Editorial Graó
- Lopes, A., & Tracana, R. B. (2024). Envelhecer (con)dignidade: Um direito ético e moral. *RIAGE – Revista Ibero-Americana da Gerontologia*, 5, 143–156. <https://doi.org/10.61415/riage.234>
- Martins, J. S. (1998). O senso comum e a vida cotidiana. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, 10(1), 1–8. <https://revistas.usp.br/ts/article/view/86696>
- Martins, T. A. (2024). Participação e educação: na vida toda e para toda a vida. In H. Monteiro, I. Timóteo, & A. Bravo (Orgs.), *Contra-manual de investigação-ação participativa* (pp. 150–157). Alphabook
- Medeiros, E. A., & Aguiar, A. L. O. (2018). O método (auto) biográfico e de histórias de vida: reflexões teórico-metodológicas a partir da pesquisa em educação. *Revista Tempos e*

- Mendes, I. (2024). A saber: o diálogo é saber e sabe bem. In H. Monteiro, I. Timóteo & A. Bravo (Orgs.), *Contra-manual de investigação-ação participativa* (pp. 134–147). Alphabook.
- Minayo, M. C. S. (Org.), Deslandes, S. F., Neto, O. C. & Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Vozes.
- Monteiro, H. (2019). Investigação, transformação e «palavramundo»: Novos e velhos desafios ético-metodológicos. *Educação, Sociedade & Culturas*, 54, 65–84. <https://doi.org/10.34626/esc.vi54.50>
- Monteiro, H., Bravo, A., & Timóteo, I. (Orgs.). (2024). *Contra-manual de investigação-ação participativa*. Alphabook.
- Morin, E. (2005). *Introdução ao pensamento complexo*. Sulina.
- Norman, T., & Reist, D. (2020). *A brief introduction to responsive evaluation*. University of Victoria, Centre for Indigenous Research and Community-Led Evaluation. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/iminds/norman-reist-2020-a-brief-introduction-to-responsive-evaluation.pdf>
- Nunes, L. (2015). Olhares bioéticos para o envelhecimento. Dos documentos produzidos pelos Conselhos de Ética. *Revista Ibero-Americana de Salud y Envejecimiento*, 1(2), 234–260. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).234](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).234)
- Oosterveld-Vlug, M. G., Pasman, H. R. W., van Gennip, I. E., Muller, M. T., Willems, D. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2580–2590. <https://doi.org/10.1111/jan.12171>

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas 2021-2030*. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>
- Patient, D. (Coord.), Schmitz, S., Esteves, C. S., Vauclair, C.-M., & Rosa, M. (2024). *Compreender o Idadismo no Local de Trabalho*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. S.H.O. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Phillips, D. M., Finkel, D., Petkus, A. J., Muñoz, E., Pahlen, S., Johnson, W., & Pedersen, N. (2022). Longitudinal analyses indicate bidirectional associations between loneliness and health. *Aging & Mental Health*, 27(6), 1217–1225. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2087210>
- Pordata. (sd). Índice de envelhecimento e outros indicadores demográficos. Consultado em 01 de novembro de 2025, em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao>
- Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (2013). *Manual de investigação em ciências sociais* (6ª ed.). Gradiva.
- Rodrigues, H. A. F. (2012). Alimentação como fonte de sociabilidade e de hospitalidade. *SINAIS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, 12(1), 85–100.
- Rogers, C. R. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.). Moraes Editores.
- Rothermund, K., Englert, C., & Gerstorf, D. (2023). Explaining variation in individual aging, its sources, and consequences: A comprehensive conceptual model of human aging. *Gerontology*, 69(12), 1437–1447. <https://doi.org/10.1159/000534324>
- Sampaio, C., Dias, C., Morais, D. B. R. S., Rocha, P., Faria, P. R., Santos, M., Mendes, M., Francischetto, G. P. P., Santiago, N. E. A., & Fonseca, I. C. (2024). *A proteção da pessoa vulnerável –*

perspetiva multidisciplinar: 1.º Momento: A proteção da pessoa idosa. EDUM – Escola de Direito da Universidade do Minho.

Santos, B. S. (1999). *Um discurso sobre as ciências* (11ª ed.). Afrontamento.

Serrano, G. P. (2008). *Elaboração de projectos sociais: Casos práticos* (E. Araújo, Trad.). Porto Editora.

Settersten, R. A., Jr., & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging. In V. L. Bengtson & R. A. Settersten, Jr. (Eds.), *Handbook of theories of aging* (3rd ed., pp. 9–25). Springer Publishing Company.

Silva, A. P., Barros, C. R., Nogueira, M. L. M., & Barros, V. A. (2007). "Conte-me sua história": Reflexões sobre o método de História de Vida. *Mosaico: Estudos em Psicologia*, 1(1), 25–35. <https://periodicosdes.cecom.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/6224>

Simões, M., Rodrigues, M., & Salgueiro, N. (2011). Humanidade, ligação interpessoal de relação e cuidado. *Revista Portuguesa de Bioética*, 14, 213–225. <http://hdl.handle.net/10400.4/1019>

Stake, R. E. (2011). Program evaluation particularly responsive evaluation. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 7(15), 180–201. <https://doi.org/10.56645/jmde.v7i15.303>

Stefanacci, R. G. (2024). *Considerações gerais sobre o envelhecimento*. MSD Manuals. <https://www.msmanuals.com/pt/casa/quest%C3%B5es-sobre-a-sa%C3%BAde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-corporal/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-o-envelhecimento>

Tavares, M. & Santos, B. de S. (2007). Em torno de um novo paradigma sócio-epistemológico: Manuel Tavares conversa com Boaventura de Sousa Santos. *Revista Lusófona de Educação*, 10(10), 131–137.

- Timóteo, I., & Bertão, A. (2012). Educação social transformadora e transformativa: Clarificação de sentidos. *Sensos*, 2(1), 11–26. <http://hdl.handle.net/10400.22/6296>
- United Nations. (2020). *Seventy-fifth session, agenda item 131: Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly on 14 December 2020: 75/131. United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030) (A/75/L.47 and A/75/L.47/Add.1)*. <https://undocs.org/A/75/L.47>
- United Nations Regional Information Centre (UNRIC). (2022). *8 mil milhões de pessoas*. UNRIC. <https://unic.org/pt/8-mil-milhoes-de-pessoas/>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. <https://iris.who.int/handle/10665/340208>

ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMENTO INFORMADO UTILIZADO NO PROJETO

A 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 Sandra Silva foi acolhida na instituição _____, para o desenvolvimento do projeto numa das suas respostas sociais. O envolvimento de profissionais e de crianças/jovens 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 do/a participante, será guardado na Escola Superior de Educação pela Coordenadora do Curso pelo prazo de cinco anos.

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

Confirmando que li e compreendi a informação apresentada e que tive a possibilidade de esclarecer dúvidas com a mestrande. Aceito participar no projeto desenvolvido no âmbito do Mestrado em Educação e Intervenção Social.

(Local, Data)

(Assinatura)

APÊNDICES

APÊNDICE A. RETRATOS DAS AUXILIARES DE AÇÃO DIRETA

Ajudante de cozinha

Senhora Conceição – trabalha na ERPI há 8 anos. Iniciou no cuidado às pessoas idosas e de há quatro anos para cá, estava no serviço da cozinha na equipa do fim de semana. Gostava mais, por ser mais tranquilo, ressaltando que também gostava de estar com as pessoas idosas. Interagi com ela num domingo de manhã, a cozinha estava limpa, sem loiça suja na banca, apenas panelas no fogão e um aroma agradável. Como estavam todos na sala de convívio a ouvir a missa transmitida na televisão, aproveitei a oportunidade para estabelecer um diálogo com ela, a fim de compreender como ela entendia o ambiente e as dinâmicas, mas rapidamente percebi que se sentiu um pouco constrangida, possivelmente por considerar que os seus contributos seriam de pouca relevância para a minha pesquisa ou para a nossa interação. Como resultado, ela gentilmente sugeriu a participação de uma residente, a D. Joana, que estava num pátio contíguo à cozinha, a descascar alhos.

Auxiliares de ação direta

Senhora Céu – numa das minhas primeiras interações perguntei-lhe se era a cozinheira. Respondeu que não, estava ao serviço da cozinha, como à noite não há cozinheira, e que apenas servia o jantar. Enquanto conversávamos tratava da medicação para as pessoas idosas. Revelou-me que gostava mais de cuidar das pessoas do que aquele serviço, mas naquela semana era o que lhe competia. Trabalhou num outro lar, estava contente, mas mudou porque ali não tinha trabalho ao fim de semana e ficava mais perto de sua casa. Tinha uma boa relação com todos (diariamente apresentava-se sempre de cara alegre e sorriso nos lábios). A sra. Céu interagiu de forma descontraída e respeitosa, compartilhava histórias e ria. Promovia um cuidado humanizado a todos.

Senhora Marilu – a mãe era uma das residentes da ERPI. Era a mais nova do grupo. Era muito animada e faladora. Apesar de ser muito brincalhona, tratava com respeito, mas menos comedida

que a sra. Céu. Não tratava a mãe de forma diferenciada, e para que não fosse alvo de crítica, preferia que a mãe fosse auxiliada pelas outras colegas. Era uma pessoa bem-disposta e os residentes gostavam dela.

Senhora Cidália – inicialmente aparentava ser uma pessoa mais séria, comparativamente com o grupo de trabalho. Apesar de não ser tão brincalhona como as restantes colegas de turno, mantinha uma boa relação com os residentes. O seu serviço não passava pela cozinha, apenas pelo cuidado aos residentes, e outras tarefas da instituição. Era assertiva e o foco era o bem-estar de cada pessoa.

Senhora Cláudia – era conversadora. Gostava de ambas as tarefas, auxiliar as pessoas e fazer o serviço de cozinha. Num dos dias, ela estava a preparar as mesas para o jantar, usando toalhas/individuais que eram mantidas durante todo o dia. Notei que uma delas estava molhada com cevada do lanche e ela já tinha colocado um prato em cima. Com delicadeza, disse-lhe que seria melhor trocar a toalha porque estava pouco brioso, e também mencionei que a babete também estava muito molhada, quase afirmando que precisava ser lavada. Perguntei à sra. Cláudia por que razão utilizavam a colher da sopa para a sobremesa. Respondeu que não sabia, mas que era assim quando foi para cá, e continuou a fazer da mesma forma. Disse-lhe que era estranho, porque em casa também não fazemos isso, ao que surpreendentemente respondeu “na minha casa acontece. Muitas vezes vai com o mesmo talher.” – ora, então aqui a questão é mesmo outra, tratavam da mesma forma que se tratavam a si e às suas famílias. E não o faziam por negligência ou menosprezo.

Havia uma dinâmica de apoio mútuo e vigilância entre as auxiliares, que reforçava a qualidade do cuidado prestado, mesmo perante desafios momentâneos nas relações individuais. Foi visível em alguns dias ou situações, quando uma das auxiliares pudesse estar mais cansada ou menos tolerante. Todas agradeciam com humildade, o facto de as ajudar nas tarefas, reconheciam, certamente, que a minha presença não me obrigava a executá-las, e valorizavam o meu gesto e agradeciam constantemente. Tinham grandes responsabilidades, conheciam as limitações ou restrições alimentares, administravam medicamentos e faziam controlo a diabetes.

APÊNDICE B. DB DIA 19 DE FEVEREIRO

A diretora técnica veio abrir-me a porta. Cruzei-me nas escadas com a filha de uma residente, que tinha acabado de sair, mas encontrei a porta fechada. Esse foi o mote da nossa conversa: permitir que façam visitas após as 17h30. Exprimi agrado por essa flexibilidade. A resposta mereceu que eu o anotasse, disse-me então: "é a casa deles! Por vezes os horários são difíceis de ajustar."

A dona Felicidade hoje transmitia desmotivação, desalento. Senti-me impotente e lamentei, nada poder fazer por ela. No entanto pensei que podia sim: estar ali, com ela, num gesto de amor. É o melhor que posso fazer. (Emocionei-me. Senti que estaria a sofrer). Encostei o rosto ao seu braço e disse-lhe que lamentava. Fiquei assim por algum tempo, em presença. Perguntei-lhe se hoje estava a ser um dia difícil. Abanou com a cabeça, num gesto afirmativo. Não jantou praticamente nada. Não insisti, hoje sentia-a diferente. Perguntei-lhe se era capaz de fazer um esforço para engolir uma colher de fruta com a medicação. Abanou a cabeça, negativamente.

É doloroso ver alguém ser consumido por uma doença... olhei-a, acariciei-a. Ao contrário dos dias anteriores, não tentei animá-la, estive apenas presente, ali com ela, maioritariamente em silêncio.

Quando a levaram para o quarto fui à sala de convívio, pelo corredor da esquerda, onde encontrei a dona Ana. Ao ver-me aproximar, o seu sorriso cresceu à medida que encurtei a distância. Continua sem conseguir dizer porque tem medo de andar sem auxílio, apenas afirma que as pernas começam a tremer.

A educadora sociocultural, que substituirá a atual, pintou as unhas às senhoras - coutou-me a dona Laurinda, quando me sentei ao seu lado e reparei nas suas mãos. Depois, na sala de jantar, observei que havia tantas outras com unhas pintadas e falámos sobre isso.

Faltavam 10 minutos para o jantar, fui ter com o Sr. Agostinho e disse-lhe que se ele quisesse já podia ir para a sala de jantar, pois desloca-se muito lentamente. Respondeu que ainda não estava na hora. Afirmei que ele chegaria na hora, e já poderia ir. Agradeceu-me.

O Sr. Francisco viu-o levantar e disse que não era hora de ir. Respondi que seria a hora para ele, uma vez que chega sempre muito depois dos outros.

A auxiliar Céu comentou que tinha adiantado o trabalho, e pode servir o jantar mais cedo. Auxiliou a dona Ana e a maioria levantou-se para se deslocarem até ao refeitório.

Auxiliei a dona Vânia, no regresso à sala, ao passar pelo Sr. Agostinho disse que ele poderia sair da sala às 18h45 para poder chegar à mesma hora que todos os outros. Agradeceu e perguntou se me pagavam por estar ali. (Não percebi a razão da pergunta)

Transmiti à auxiliar Céu a sugestão que fizera ao senhor Agostinho, ao que respondeu ser uma boa ideia.

Mais uma vez, a última a sair da sala foi a dona Maria. Eu auxiliava-a e conversava com ela enquanto nos dirigíamos para o refeitório. Disse-lhe que da minha observação reparei que as pessoas ali conversam pouco, umas com as outras. Ela confirmou, disse não saber porquê, mas não se conversa muito, nem à mesa. Relembrei-a da minha função ali e quis saber o que pensava sobre fazermos uma espécie de mesa-redonda, onde as pessoas pudessem conversar, ouvir e dar a sua opinião sobre certos assuntos. Respondeu que era muito boa ideia.

APÊNDICE C. DB DIA 27 DE JANEIRO

Falei com a dona Josefa. Falou-se sobre si. A dona Josefa andava na escola e a 4 dias de fazer o exame da 3ª classe, com 9 anos, chegou da escola, e depois das brincadeiras de criança, estava cansada, deitou-se na cama da tia e adormeceu. A tia acordou-a para que fosse à mercearia comprar sabão, já não ouvia. Diz que a família era muito pobre e não podia ir a especialistas, só ao médico de família. Tinha uma irmã, já faleceu. Mas tem 3 sobrinhos e vêm visitá-la.

Foi empregada de servir, e os patrões foram com ela a especialistas, viu-se cheia de máquinas, mas não resultou.

Disse-lhe que a minha avó também é surda, desde nascença. Nunca ouviu e não sabe ler os lábios como ela. Sorriu, e mostrou-se surpresa. No meio da conversa perguntou-me quem era a menina surda que eu conhecia, disse-lhe que era a minha avó. E respondeu logo de seguida, “eu como fiquei assim, surda, não casei”.

- O seu relato ficou marcado pela ligação entre a surdez e a ausência de casamento, mostra como essa condição é vista por ela como um obstáculo significativo para a vida afetiva e social.

Quando cheguei, a auxiliar Cláudia deu-me a notícia do falecimento da dona Florbela. Foi ela quem a encontrou. Revelou-me que durante a madrugada sentiu necessidade de trocar mensagens com a auxiliar Marilu, mas disse que apagou a mensagem não fosse ela pensar que era a sua mãe. A auxiliar Céu durante o jantar revelou que a dona Rosário costuma dizer que o marido a vem visitar durante a noite, no seu quarto. E então perguntou-lhe se não era verdade. Mas parecia que não tinha percebido, então a sra. Céu pergunta-lhe se o marido não vem ficar com ela, nesse momento a sua expressão facial muda, os seus olhos abrem e ela dá um sorriso. Referiam-se a sexo, e percebo que as auxiliares abordam o tema de forma natural, algumas vezes até puxando por elas.

Dona Ana vinha para a sala de jantar apoiada na sra. Cláudia, e a chorar dizia que tinha medo. Não queria fazer o percurso sozinha. Apoiei-a pelo outro lado, e auxiliiei-a a sentar.

Estava tudo sentado à mesa, para jantar, quando perguntei à Cláudia onde estaria a dona Tatiana. Fui procurá-la na casa de banho, junto à sala de convívio. Mas não estava. Fui ao quarto, mas também não estava. Perguntei à sra. Céu e Marilu se sabia onde estaria, fui às salas de visita, não

estava. A sra. Marilu decidiu ir pelos quartos a ver se a encontrava. Estava num quarto, deitada na cama, como se fosse o seu, descalça, pronta que a viessem ajudar a despir.

Sra. Marilu brincava com ela enquanto lhe vestia o casaco. Ela ria pelo sucedido.

- O sorriso da sra. Marilu ao brincar com ela mostra a importância do afeto, da paciência e do reconhecimento da dignidade mesmo em momentos de fragilidade. Vejo estas auxiliares capazes de um tratamento adequado, e na verdade, num ou outro momento de alguma tensão, conseguem amparar-se, umas puxando pelas outras.

APÊNDICE D. QUADRO DE ANÁLISE DO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO

Problema	Indicadores	Causas	Necessidades	Potencialidades
Isolamento social e solidão	Pouca interação entre residentes; relatos de solidão; baixa participação	Barreiras físicas; perdas familiares; ambiente pouco estimulante; sentimento de não pertença e desejo de não estar na ERPI	Reforço da autoestima; promoção de laços sociais	Atividades externas promovidas por associações; grupo de residentes; recursos humanos (equipa técnica e auxiliares)
Falta de interação de qualidade	Conversas superficiais; queixas sobre críticas; ausência de partilha significativa	Ambiente institucional; medo de julgamento; falta de espaços adequados	Criação de espaços de escuta ativa; atividades em pequenos grupos	Grupo de residentes; familiares; amigos
Autodesvalorização	Expressões como “não sirvo para nada”, “estou velho”	Perda de papéis sociais; falta de reconhecimento; discurso social negativo	Valorização individual; reconhecimento pessoal	Memórias e histórias de vida partilhadas
Ausência de espaço acolhedor	Falta de locais próprios para pequenos grupos; desconforto em grandes grupos	Limitações arquitetónicas; não existência de espaços pequenos	Criação/adaptação de espaços acessíveis e acolhedores	Existência de espaços comuns adaptáveis

Barreiras físicas à participação	Dificuldade em deslocar-se	Mobilidade reduzida; doenças crónicas	Apoio à mobilidade; adaptação das atividades	Auxiliares de ação direta e equipa técnica
Desmotivação e sofrimento emocional	Relatos de tristeza, apatia, sinais de sofrimento	Perda de autonomia; doenças crónicas; ausência de relações significativas	Apoio emocional; presença e escuta ativa	Grupo de residentes, auxiliares de ação direta, equipa técnica, familiares e amigos

APÊNDICE E. QUADRO DOS OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

Finalidade: Promover o bem-estar, a valorização pessoal e a inclusão social dos residentes da ERPI, reforçando o sentimento de pertença, autoestima e reconhecimento individual.

Objetivo geral (OG)	Objetivo específico (OE)
OG 1: Fomentar a comunicação, o diálogo e a partilha entre residentes durante as refeições	Expressar opiniões, memórias e gostos pessoais em contexto de grupo
	Interagir com outros residentes, reduzindo o isolamento e o silêncio
	Ouvir e respeitar diferentes vivências e perspetivas
	Sugerir temas de conversas, sentindo-se parte ativa do grupo
OG 2: Valorizar a identidade, a história e as experiências de vida dos residentes.	Partilhar histórias, memórias ou objetos que considerem significativos
	Reconhecer e valorizar a sua própria trajetória de vida
	Identificar pontos de ligação e empatia com outros residentes
OG 3: Combater o idadismo e promover uma imagem positiva do envelhecimento.	Reconhecer e contrariar estereótipos e preconceitos associados à idade
	Valorizar o seu contributo e saber para o grupo
	Sentir-se respeitado e reconhecido na sua dignidade e direitos

APÊNDICE F. QUADRO RESUMO DAS AÇÕES

Ação	Objetivos	Descrição	Momento/ Periodicidade	Resultados esperados
Ação 1: Conversas à mesa	OG1 e OG2 e os respectivos OE (podem ser consultados no apêndice anterior)	Dinâmicas de conversa durante o jantar, com perguntas temáticas e, posteriormente, questões lançadas pelos próprios residentes. Adaptação contínua para promover autonomia e protagonismo.	Durante o jantar (semanal/regular)	Maior participação, diálogo, fortalecimento de laços, inclusão
Ação 2: Retratos de vida	OG2 e OG3 e os respectivos OE	Partilha de memórias, relatos de fotografias, de pequenas histórias e objetos significativos, pequenos momentos que constituem a vida de cada pessoa.	Antes do jantar (após o terço), semanal ou quinzenal	Reforço da autoestima, coesão grupal, valorização da diversidade

APÊNDICE G. DB DIA 17 DE MARÇO

Hoje entrou uma nova senhora, a Dona M^a da Graça. Fomos apresentadas pela diretora técnica, mas não tivemos oportunidade de falar.

Houve algumas alterações dos lugares no refeitório, como também na sala de convívio, onde, com os cadeirões dividiram a sala em dois subgrupos.

Hoje, após o primeiro grupo ter terminado o jantar, eu levantava os individuais/toalha de papel, e colocava-os uns em cima dos outros, depois amarrotei e fiz uma bola de papel. Com ela brinquei um pouco sozinha, atirando-a ao ar. Enquanto a dona Sara ria ao ver-me brincar. Então depois, comecei a atirar a bola à dona Sara. Ela defendia, não deixando a bola passar para o seu colo. Depois de alguns passes de bola disse estar cansada. Então perguntei ao senhor Rui se também queria participar. Respondeu afirmativamente. Então comecei a atirar-lhe a bola de papel para que defendesse, não a deixando passar para o seu colo. Depois de algum tempo também disse estar cansado. Ambos têm pouca mobilidade nos membros superiores, mas brincaram com primazia. A dona Josefina sorria, e perguntei-lhe se também queria participar. Respondeu que não. A auxiliar Céu, sorridente, disse-me que muito precisam eles que interajam desta forma com eles, uma vez que elas – as auxiliares de ação direta – não têm esse tempo para lhes dedicar. Gostou desta minha e criatividade e espontaneidade.

Fui à sala de convívio e a primeira pessoa com quem interajo é, obviamente, a dona Ana. Aproximo-me e sorri. Pergunto-lhe como está, e quando iremos passear. Como sempre a resposta é “não sei!”, o que me dá sempre esperança. Será um dia!

Conversei um pouco com cada um.

APÊNDICE H. DB DIA 11 DE JUNHO

A dona M^a de Fátima faleceu ontem. (Há uma semana foi o Sr. Vieira). Novas mudanças na dinâmica, hoje estava uma nova auxiliar, Liliana, além das 3 habituais. Disseram, as auxiliares, que precisam de mais uma pessoa porque os residentes começam a ficar mais debilitados e para conseguirem auxiliar todos dentro do horário, era assim necessário. Percebi mais tarde, porque foi referido pelos residentes que a Liliana estaria cansada, porque estava ali desde as 7 da manhã. (num turno com mais de 12h!! Como é possível? Como é permitido?) A sra. Marilu está de férias. A dona Oscarina e a dona Rosa jantam agora no 1º grupo. O Sr. José também jantou mais cedo. E também o Sr. Agostinho estava perto da mesa retangular. Perguntei a razão. Disseram que como fica mais cansado, após o lanche fica por ali, mais próximo para o jantar. Disse-me ele que as suas pernas incham muito, de manhã estão bem, mas depois de andar um pouco ficam assim, inchadas. Referiu que sempre andou bem e, com cerca de 70 anos começou a ter problemas. Com humor disse que pelo menos da cintura para cima não tem problemas e o médico até lhe reduziu a medicação. Falamos sobre a vida e do "azar" que teve de ter as pernas assim. Que afinal não é azar, é o nosso corpo, mas que ainda lhe permitem caminhar. Disse-lhe que aprendi muito ali com todos eles, e uma das coisas foi "cada um tem o seu tempo, e anda na sua velocidade. Se lá fora corro ou ando despachada, aqui o tempo desacelera, e adapto-me ao ritmo de cada um". Ele concordou comigo. "Talvez as suas pernas estejam a pedir para abrandar", disse-lhe. Voltou a dar-me um carinho na face. Tem alguma dificuldade nas mãos, permito-o, sem hesitar, e com um sorriso. A auxiliar Céu, ali próxima, brincava com ele, e ele sorria. Afirmei que ele está sempre bem disposto, respondeu-me: "quase sempre". A senhora Céu disse que estaria feliz porque estava a conversar, gosta de ter alguém para conversar. A dona Maria continua também junto à mesa retangular, numa mesa só para si. Diz que prefere estar ali porque vê movimento. Na sala de convívio, "são sempre as mesmas caras", disse ela. Depois de auxiliar na alimentação fui à sala de convívio. Fui junto da dona Ana, e como sempre, perguntei-lhe quando íamos passear e se teve saudades minhas, ri sempre que lhe pergunto. Depois fui ter com a Sr. João. Confidenciou-me que a sua autoestima estava em baixo. Diz que a rotina aqui é sempre a mesma, as pessoas não se enquadram no seu estilo, referindo "nunca tive tantas rotinas como agora". Foi sempre livre, e agora sente-se exatamente no oposto. Uma vida sem objetivos. Perguntei como se sentiria melhor? Com amigos? Disse que quando está assim, tem tendência para se afastar,

e nem tem paciência para ninguém, nem mesmo para si. Diz que não pode estar com os amigos regularmente porque eles têm a sua vida. Afirmou que também não faz parte de si ligar para conversar ou saber como estão. Perguntei se gosta/aprecia que os amigos lhe liguem. Respondeu afirmativamente. Pedi para pensar se os amigos também não gostariam que ele tivesse a iniciativa de ligar e perguntar se estariam bem. Mostrou alguma relutância, afirmou que ele não é assim. Eu não propus que mudasse, mas que apenas fizesse diferente, que se desafiasse, dado que estaria a precisar de se ligar à sua rede social, às suas relações, porque esta distância ou afastamento estaria a trazer-lhe dor. Sugeri que pensasse no que poderia ele fazer por si próprio, amanhã, que o levasse a sentir-se melhor. Disse que não se entende com o telefone, e sugeri que pedisse ajuda a alguma profissional para que pudesse fazer a chamada. Eram 18h30 quando vieram chamar para o jantar. Hoje iam muito cedo! Ele perguntou se já tinha estado com a dona Carla, respondi que não, disse-me que ainda não a tinha visto. Perguntei se não tinha almoçado lá. Respondeu "sim", mas durante a tarde não a tinha visto. Justificando "não a consigo ver daqui" - realmente, os cadeirões encostados à parede e seguidos, impede que se vejam. Disse-me que era a única pessoa com quem sente afinidade. Sentei-me entre a dona Carla e a dona Laurinda. A dona Carla estava com as pernas ao alto, estava com as pernas inchadas. Na brincadeira surgiu a ideia de terem massagens ali, aos pés. A dona Laurinda disse que ia gostar. Perguntei se só aos pés ou pelo corpo todo. Respondeu que nunca teve essa experiência, só tem a fisioterapia. Já há uns anos fez acupuntura, mas nunca como se vê na televisão, massagens com pedras, e com outras coisas. Falava-me da atualidade, de notícias que tinha ouvido, todas sobre violência. Na sala de jantar, eram notórias as mudanças. Na mesa maior, a das senhoras, que apenas faltava a dona Oscarina, tentei perceber se conversavam, quando vi uma das senhoras a desfazer o pão e deitar na sopa perguntei se ainda se lembravam das sopas de vinho, se alguém na família fazia. A dona Laurinda disse que sim, que o pão saía do forno e ainda quente o deitavam na tigela com vinho. Lembrava-se ainda de que a família fazia criação de animais, como o porco, e tinham carne todo o ano. Salgavam, "agora é tudo congelado". Os porcos comiam "lavadura, os restos dos legumes, as cascas" - que hoje é o lixo orgânico - "hoje é tudo diferente, ninguém sabe o que come". Fui auxiliar a dona M^a Ambrósia que me pediu que a acompanhasse até ao quarto. Quando regressei à sala estava vazia, apenas com as senhoras ainda na conversa, e uma já levantada, revelando que se iriam recolher.

APÊNDICE I. DB DIA 16 DE JUNHO

Às 18h00 o 1º grupo já tinha terminado de jantar. O Sr. Agostinho estava sentado perto da mesa retangular, perguntei se os seus pés já estariam inchados e referi que deve colocá-los, quando sentado, mais elevados para que ajude a não ficarem tão inchados, o Sr. José jantou mais cedo.

A dona Ana como sempre, diz-me que não sabe se quer passear comigo. O Sr. João que parecia estar com boa cara, disse que era só a cara. Perguntei se tinha pensado no que lhe tinha dito, e respondeu afirmativamente, no entanto disse que não consegue, que se retrai, e prefere ficar sozinho. Disse-lhe que ele não precisa de sofrer, porque já se sente sozinho, não gosta de estar ali, não se identifica com as pessoas, e por isso não precisa magoar-se mais ao isolar-se. Sublinhei que apenas lhe digo por pensar ser o melhor para si, e ele agradeceu e diz que sabe que é, no entanto, admite que ele não é assim. Respondi que deveria tentar desafiar-se, e desafiar o seu ego, e fazer o contacto com algum dos seus amigos. Referi que se todos fossemos assim, ninguém faria o contato, ficaríamos todos à espera. Já em modo de leveza, comparei com as paixões. Respondeu que talvez tenha sido mal-habitado, porque era procurado, não precisava procurar. Demos ainda umas risadas.

Sentei-me ao lado da dona Carina. Falou da família, das relações, da entrada no lar. "Chorei tanto!", não queria sair da sua casa e entrar numa outra que desconhecia. Crê em Deus, e compreende que os filhos não tenham essa fé. Um filho está numa união de facto, e o seu neto não é batizado "se ele quiser, será!", disse que é o que lhe diz o filho. Tem sentimento especial pela Nossa Senhora, e todas as noites lhe reza, e faz o pedido para que a leve. Perguntei qual razão para esse pedido. "Que estou aqui a fazer? Não estou aqui a fazer nada. Nem na minha casa estou." Mas continuou o discurso com coisas prazerosas e com sentido de humor. Voltou a referir que uma das noras não lhe liga nenhuma, não fala com ela, já a outra é completamente diferente, fala muito com ela, "é muito minha amiga". Estava na hora de jantar, sentei-me um pouco ao lado da dona M^ª da Graça e dona Carla. Na mesa das senhoras começamos a falar sobre animais e a forma como os tratavam algumas pessoas, há mais de duas décadas. A dona Isabel lembrava-se de ver gatinhos pequenos serem atirados ao rio e outras barbaridades.

Na primeira mesa falta a dona Maria, que com a perna ainda em repouso faz as refeições sozinha numa mesa junto à mesa retangular, fora da sala de jantar. O Sr. José tem jantado mais cedo,

sozinho. Ficando apenas a dona M^a Ambrósia, que tem problemas de audição, o Sr. João e a dona Carla. Conversam, mas não há a mesma dinâmica.
Hoje estiveram apenas 3 auxiliares de ação direta.

APÊNDICE J. DB DIA 20 DE JUNHO

Hoje festejou-se o S. João na ERPI! Decoração, música, arcos e desfile e claro, um almoço a preceito, com sardinhas na brasa, caldo verde e uma saborosa salada, revelaram alguns dos residentes e a maioria disse que gostou muito. Só o Sr. João disse ter sido horrível. Perguntei se esse sentir é por estar ali, e que na verdade preferia estar na rua, onde se faz a festa, ao que respondeu afirmativamente. A dona M^a da Graça além de ter referido que gostou muito, também agradeceu à diretora, disse ser um miminho porque "tinha sabor a casa". Disse que ali não é como estar em casa, e não se come o que se quer, mas estes mimos sabem muito bem. Revelou que sempre pensou na velhice, e sempre poupou para poder ali estar. Não que o desejasse, mas por falta de alternativa. É divorciada e não tem filhos, e por isso tinha de pensar no futuro. A dona Carla também falou acerca da maioria estar ali por não ter alternativa. Tal como ela, após um AVC, disse ter ficado muito limitada, e a filha não podia dar-lhe a assistência necessária. Entretanto foi recuperando. Voltando à festa, disse que ainda dançou, mas que ouviu críticas quanto a isso. "Dançar faz bem", disse-lhe eu. "Dance! Dance por si, sem ouvir o que dizem os que não gostam". Mas referiu, ainda, que muitas pessoas fazem queixa à diretora técnica, quando "ouvem ou veem fazer alguma coisa, fazem logo queixinhas. Eu não me meto, estou sossegada no meu canto. Deveríamos dar-nos bem". Também a animadora sociocultural estava animada e feliz. Disse que correu muito bem e que os residentes gostaram muito, porque também saem da rotina, tal como para todas as pessoas que lá trabalham. Uma das auxiliares, a senhora Céu, disse-me que a ERPI, quando regressar após as obras concluídas, terá novas valências, como o apoio domiciliário. Falei com ela acerca das novas políticas e que refletem uma mudança de paradigma: do modelo centrado apenas na institucionalização para um modelo misto, que valoriza o envelhecimento em casa, reforçando o apoio domiciliário, a autonomia, a participação e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Como sempre, dediquei-me à dona Ana, mas continuo sem sucesso. No entanto pediu-me ajuda para levantar o colchão (dormem com o tronco mais elevado), pelo caminho, perguntei-lhe se já conseguia andar sozinha, ao que respondeu que já começa a perder o medo. Parabenizei-a dizendo que assim fica com liberdade. Agradeceu, mais que uma vez, a minha ajuda. Disse-me, no regresso à sala de convívio, que a dona M^a do Socorro tinha caído e estava no hospital à espera de ser operada. Perguntei à auxiliar Cláudia se podia chamar mais cedo o Sr. Agostinho e a dona M^a

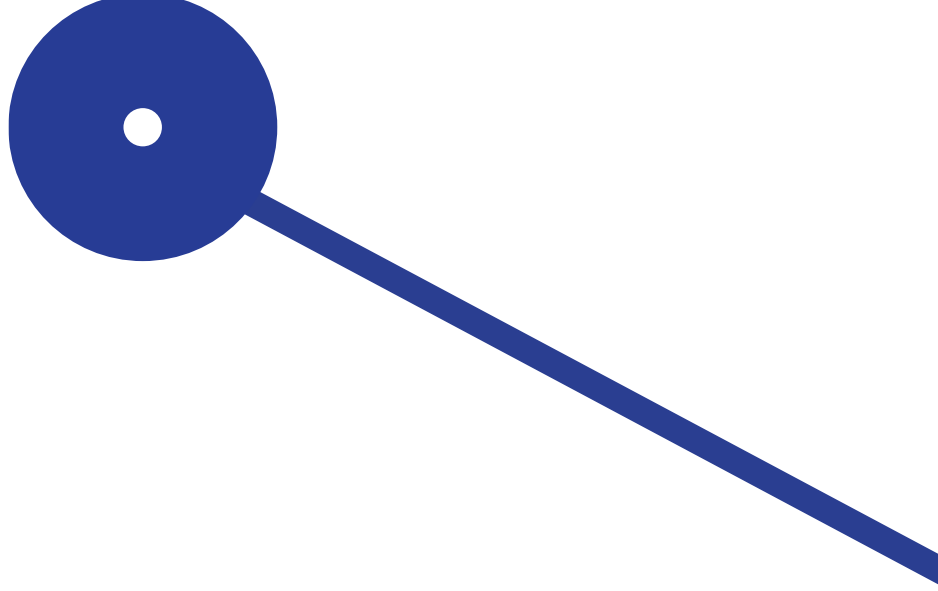
Ambrósia, para o jantar. Respondeu afirmativamente, ao que fui chamá-los. Agradeceram pelo cuidado. Referi ao Sr. Agostinho que estranhei o facto de ele não estar ali perto da dona Maria, respondeu com um levantar de ombros, disse-lhe que talvez seja para caminhar um pouco, antes que o corpo se habitue a não fazer esforço. Sugeri que enquanto estivesse sentado, elevasse as pernas num banco para o efeito.

Hoje foi um dia muito agitado, com música e bailarico e talvez por esse motivo poucas pessoas falavam durante o jantar, respeitei o momento.

Voltei a abordar o tema com o Sr. João, questionando se tinha pensado em desafiar-se e contactar algum amigo, na tentativa de realizar um gesto que o animasse. Partilhou comigo que, por acaso, tinha ligado para um amigo sem querer, e este retornou-lhe a chamada, contando que estava de férias no Algarve. Aproveitei para reforçar que este contacto, ainda que fortuito, podia ser significativo e animador, pois o simples gesto de ligar e perguntar pelo bem-estar de alguém é, por si só, uma forma de manter laços e demonstrar afeto. Sublinhei que estes pequenos momentos de ligação são fundamentais para a sua satisfação emocional.

APÊNDICE K. TABELA DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E INDICADORES DE ANÁLISE

Categoria	Subcategoria	Método de recolha	Indicadores/Perguntas
Valorização pessoal	Expressões de autoestima	Observação participante	Demonstra sinais de orgulho, satisfação ou iniciativa?
	Partilha de histórias de vida	Conversas intencionais, registo das narrativas	Sentiu-se confortável ao partilhar as suas experiências? Demonstrou satisfação ao partilhar?
Inclusão Social	Envolvimento nas atividades	Observação participante; conversas intencionais	Participa ativamente? Mostra interesse?
	Relações interpessoais	Conversas intencionais	Sente-se parte do grupo? Tem amigos aqui?



Retratos à mesa

Sandra Elisabete Abreu da Silva