



INSTITUTO SUPERIOR DE  
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

# “A Importância do Envolvimento dos Utentes na Definição e no Desenvolvimento do Plano de Atividades de um Centro de Dia”

**Discente:** Pedro Filipe Cardoso Pinto

Trabalho de Projeto apresentado ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

## **Orientador**

Professora Doutora Sónia Martins

Maio 2025

## **Agradecimentos**

O término deste trabalho de projeto é o culminar de um percurso profissional e académico que representa um processo de crescimento e de aprendizagem ao longo de 12 anos de trabalho, empenho e esforço pessoal na área do envelhecimento.

Em primeiro lugar, um especial agradecimento a todos os utentes que participaram simpaticamente e amavelmente neste estudo e que sem a participação deles, nada disto seria possível.

Também a todos os meus colegas de trabalho, nomeadamente aqueles que estão ligados com a resposta social de Centro de Dia e que contribuíram e influenciaram de certa forma positivamente a realização deste trabalho, nomeadamente o Diretor Técnico, Enfermeira, Animadora Cultural, Documentalista e Auxiliares de Ação Direta.

Depois à orientadora e Professora Doutora Sónia Martins pela sua disponibilidade, orientação, esclarecimentos e motivação que me foi dando ao longo destes meses de muito trabalho.

Por fim e não menos importante à minha família de coração por todo o apoio, incentivo, paciência e amor que me deram, como sempre.

Serei eternamente grato. Muito Obrigado.

## **Resumo**

O processo de envelhecimento é dinâmico e multifacetado, envolvendo mudanças físicas, psicológicas e sociais. Algumas destas mudanças, como o aparecimento de doenças crónicas, muitas das vezes associada à perda de autonomia e de independência, bem como ausência de retaguarda familiar ou uma maior vulnerabilidade para situações de isolamento social e solidão nesta fase da vida, surgem como fatores que contribuem para a necessidade de apoio de respostas sociais adequadas. Das diversas respostas, surgem os Centros de Dia (CD) desempenham um papel fundamental ao oferecer cuidados e apoio, permitindo às pessoas mais velhas permanecerem no seu meio familiar e comunitário por mais tempo e com mais qualidade de vida. Estes serviços incluem auxílio nas atividades diárias, higiene, alimentação e atividades socioculturais que promovem o bem-estar global dos utentes. Neste contexto, importa realçar a importância da participação ativa das pessoas mais velhas na escolha destas atividades, de forma a permitir uma maior eficácia e satisfação por parte dos seus participantes. Contudo, estes planos são frequentemente elaborados sem ter em consideração os interesses e necessidades dos beneficiários, tornando-os desajustados. Torna-se assim fundamental envolver os utentes desde a conceção das atividades e recolher *feedback* para futuras melhorias. É neste âmbito, que o presente trabalho enquadrado no Mestrado em Gerontologia Social do ISSSP, tem como principal objetivo apresentar um projeto de intervenção assente num plano de atividades desenvolvido com base numa avaliação prévia dos interesses, gostos e necessidades dos utentes de uma Instituição Particular de Solidariedade Social da região do Tâmega e Sousa.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento, Envelhecimento ativo; Centro de dia; Plano de Atividades; Participação Ativa dos mais velhos

## **Abstract**

The aging process is dynamic and multifaceted, involving physical, psychological, and social changes. Some of these changes, such as the onset of chronic diseases, often associated with loss of autonomy and independence, lack of family support, or increased vulnerability to social isolation and loneliness, emerge as factors that contribute to the need for appropriate social support services. Among the various available responses, Day Care Centers (DCCs) play a key role by offering care and support, enabling older adults to remain in their family and community environments for longer and with a better quality of life. These services include assistance with daily living activities, hygiene, meals, and socio-cultural activities that promote the overall well-being of the users. In this context, it is important to highlight the active participation of older adults in the choice of these activities, as this allows for greater effectiveness and satisfaction. However, these activities plans are often designed without considering the interests and needs of the users, making them maladjusted. Therefore, it is essential to involve users from the conception of activities and gather feedback for future improvements. It is within this framework that the present work, part of the Master's Degree in Social Gerontology at the ISSSP, aims to present an intervention project based on an activity plan developed through a prior assessment of the interests, preferences, and needs of the users of a Private Institution of Social Solidarity in the Tâmega and Sousa region.

**Keywords:** Aging, Active Aging, Day Care Center, Activity Plan, Active Participation of Older Adults

## Índice

Agradecimentos.....	ii
Resumo.....	iii
Abstract .....	iv
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Gráficos .....	viii
Lista de abreviaturas/siglas .....	ix
INTRODUÇÃO .....	11
1. CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	14
1.1 - Envelhecimento populacional.....	14
1.2 - Processo de envelhecimento .....	15
1.3 - Respostas sociais para pessoas mais velhas.....	21
1.4 - A importância do envolvimento das pessoas mais velhas no funcionamento das respostas sociais.....	23
2. CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	28
2.1- Metodologia do projeto.....	28
2.2 - Procedimentos para caracterização e elaboração do diagnóstico social da instituição e dos utentes.....	29
2.3 - Procedimentos metodológicos para caracterização do grau de satisfação dos utentes (público-alvo do projeto a ser elaborado) relativamente às atividades de animação oferecidas pelo CD .....	32
2.4 - Procedimentos de tratamento e análise da informação recolhida (qualitativa e quantitativa) .....	33
3. CAPÍTULO III - ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL .....	36
3.1 - Caracterização da instituição .....	36
3.2 - Caracterização dos utentes da instituição .....	41
3.3 - Análise das respostas ao questionário de avaliação do grau de satisfação das atividades do CD pelos utentes da Instituição .....	49

3.4 - Análise SWOT .....	58
4. CAPÍTULO IV - PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	61
4.1 - Fundamentação .....	61
4.2 - Objetivos .....	62
4.3 - Público-Alvo .....	62
4.4 - Procedimentos para a implementação e descrição do projeto de intervenção .....	63
4.5 - Procedimentos para a implementação e avaliação do projeto de intervenção .....	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
BIBLIOGRAFIA.....	82
ANEXOS.....	94

## Lista de Tabelas

Tabela 1.....	34
Tabela 2.....	40
Tabela 3.....	46
Tabela 4.....	47
Tabela 5.....	48
Tabela 6 .....	49
Tabela 7.....	50
Tabela 8 .....	50
Tabela 9.....	51
Tabela 10 .....	53
Tabela 11.....	54
Tabela 12.....	56
Tabela 13.....	59
Tabela 14 .....	64
Tabela 15 .....	67
Tabela 16 .....	69
Tabela 17 .....	71
Tabela 18.....	72
Tabela 19.....	73
Tabela 20.....	74
Tabela 21.....	75
Tabela 22.....	76
Tabela 23.....	77
Tabela 24.....	78

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 .....	41
Gráfico 2 .....	42
Gráfico 3 .....	42
Gráfico 4 .....	43
Gráfico 5 .....	44

## Lista de abreviaturas/siglas

BES	Bem-Estar Subjetivo
CD	Centro de Dia
CR	Creche
DGSS	Direção-Geral da Segurança Social
ERPI	Estrutura Residencial para Pessoas Idosas
IAP	Investigação-Ação Participativa
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
ISS	Instituto da Segurança Social
ISSSP	Instituto Superior de Serviço Social do Porto
LSNS-6	<i>Lubben Social Network Scale – 6 itens</i>
MA	Manual de Acolhimento
NIH	<i>National Institutes of Health</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Plano Anual de Atividades
RI	Regulamento Interno
ROS	<i>Reactive Oxygen Species</i>
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SASP	<i>Senescence Associated Secretory Phenotype</i>
SPMSQ	<i>Short Portable Mental Status Questionnaire</i>
SS	Segurança Social
SWLS	<i>Satisfaction with Life Scale</i>
SWOT	<i>Strengths / Weaknesses / Opportunities / Threats</i>

UN *United Nations*

WHO *World Health Organization*

WHOQOL-BREF *World Health Organization Quality of Life – Abbreviated Version*

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população surge como um dos problemas cruciais do século XXI (Cabral et al., 2013). As alterações demográficas e o aumento da esperança média de vida da população impõem diversos desafios aos indivíduos e à sociedade, traduzindo-se, a nível individual, no aumento da longevidade, e a nível coletivo, nas mudanças e deficiências das relações sociais e familiares, bem como pelas suas implicações económicas (Pocinho, 2014). Neste sentido, a positividade do fenómeno da longevidade aliado ao impacto negativo que o processo de envelhecimento tem vindo a demonstrar ao nível da saúde, da independência, das relações sociais e da qualidade de vida dos indivíduos mais velhos, torna-se assim uma motivação para investigar uma forma de contornar a negatividade destes impactos neste processo.

De acordo com as Nações Unidas (2023), estima-se que, até 2050, a população mundial com 65 ou mais anos duplique, representando aproximadamente 16% da população global. Em Portugal, este fenómeno tem-se intensificado de forma expressiva. Segundo as Estimativas da População Residente de 2023, o índice de envelhecimento atingiu 184,9 idosos por cada 100 jovens, evidenciando uma trajetória contínua de envelhecimento populacional [Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024)]. O número de pessoas com 65 ou mais anos corresponde a 24,5% da população total, enquanto os jovens até aos 14 anos representam apenas 12,6%. Estes dados consolidam Portugal como um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo. A conjugação do aumento da longevidade com a redução da natalidade tem resultado numa sociedade em profunda transformação, exigindo respostas sociais eficazes para garantir o bem-estar da população mais velha (Paúl & Fonseca, 2005).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo ativo e progressivo, marcado por perdas e ganhos, dificuldades e potencialidades. Além disso, é um processo dinâmico e heterogéneo, que implica alterações a nível físico, psicológico e social. Em muitas situações, sobretudo resultado de doenças crónicas, perda de independência e autonomia, ausência de retaguarda familiar ou situações de isolamento social, torna-se necessária a existência de respostas sociais adequadas que apoiem as pessoas mais velhas no seu dia a dia e contribuam para a sua qualidade de vida. Neste contexto, os Centros de Dia (CD) assumem um papel fundamental como uma das principais respostas sociais. Estes serviços visam proporcionar suporte e assistência às pessoas idosas, permitindo-lhes permanecer no seu meio familiar e comunitário, enquanto recebem os cuidados e apoios de que necessitam (Orellana et al., 2020). Os CD oferecem uma variedade de

serviços, incluindo apoio nas atividades da vida diária, cuidados de higiene, alimentação e, fundamentalmente, atividades socioculturais que promovem a estimulação cognitiva, emocional e social dos utentes (Gaviano et al., 2024; Tenchov et al., 2024). A envolvência das pessoas mais velhas na escolha destas atividades é fundamental não só para uma maior satisfação destas pessoas quando às atividades em que participam, mas também para uma maior eficácia destas iniciativas na melhoria dos resultados que pretendem atingir, como por exemplo, maior sociabilidade, menor isolamento, menos sentimentos de solidão, entre outros (Aroogh & Shahboulaghi, 2020; Löfgren et al., 2022).

Sabe-se, no entanto, que na grande maioria das vezes, os planos de atividades existentes nas instituições, são pensados pelas equipas técnicas, sem serem planeados com base nos reais interesses dos seus beneficiários. Por conseguinte, tornam-se planos desajustados, sem qualquer interesse e real valor. Por isso é indispensável envolver os utentes nas atividades, desde logo na criação e elaboração do plano de atividades, solicitando o seu feedback ao longo e no final das mesmas, de forma a permitir ajustes e melhorias em planificações futuras (Wallcraft, 2012).

Com base nesta problemática e no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), o presente estudo consiste numa proposta de projeto de intervenção numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), na sub-região portuguesa do Tâmega e Sousa, mais concretamente na valência de CD. Este projeto tem como objetivo incentivar a participação ativa dos utentes na conceção e implementação do plano de atividades, promovendo um envelhecimento mais dinâmico e significativo. Através da escuta ativa e do envolvimento das pessoas mais velhas na escolha e planeamento das atividades, pretende-se garantir que estas sejam mais alinhadas com os seus interesses e necessidades, aumentando a adesão e satisfação com os serviços prestados pelo CD.

Este trabalho de projeto está organizado em quatro capítulos. O primeiro apresenta um enquadramento teórico sobre o envelhecimento populacional, o processo de envelhecimento e as respostas sociais destinadas às pessoas mais velhas, destacando a importância da promoção do envelhecimento ativo. O segundo capítulo descreve a metodologia adotada para a elaboração do diagnóstico social da instituição e dos utentes, com recurso à análise documental, observação participante e questionários. O terceiro capítulo contextualiza a instituição estudada, caracterizando os seus utentes e analisando a sua perceção face às atividades disponibilizadas, incluindo uma análise de *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (SWOT) dos fatores internos e externos que influenciam a intervenção. No último capítulo é apresentado o projeto

de intervenção, mais especificamente a fundamentação, a descrição do mesmo, no qual também inclui os seus objetivos gerais e específicos, procedimentos metodológicos para a implementação avaliação do projeto. Por fim, existe um ponto dedicado às considerações finais, na qual é realizada uma reflexão sobre a importância deste projeto para as pessoas mais velhas e para a instituição.

# 1. CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 - Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico, caracterizado pelo aumento progressivo do número de pessoas mais velhas em relação ao total da população (Fernandes et al., 2023). A nível global, as projeções demográficas indicam que a população mundial está a envelhecer a um ritmo acelerado. De facto, prevê-se que até 2080, o número de indivíduos com 65 anos ou mais ultrapasse o número de crianças com menos de 18 anos, um marco histórico que sublinha a profundidade desta transformação demográfica. Esta tendência é impulsionada, pelo contínuo aumento da esperança de vida, como resultado dos avanços médicos e melhorias nas condições de vida, e por reduções significativas nas taxas de fertilidade, que se têm observado por todo mundo (UN, 2024). Nos anos 80, apenas 14 países, predominantemente localizados na Europa e América do Norte, tinham atingido o pico populacional. Contudo, este número aumentou consideravelmente, incluindo atualmente 63 países. Esta lista inclui, para além da Europa e América do Norte, regiões da Ásia, América Latina, Caraíbas e Oceânia, ilustrando a universalidade do envelhecimento populacional. A Europa lidera esta transição demográfica, com países como Itália, Alemanha e Portugal a apresentarem algumas das populações mais envelhecidas do mundo. Na Ásia, países como o Japão e a Coreia do Sul também enfrentam desafios semelhantes, com uma proporção crescente de pessoas mais velhas na sua população. Na América Latina, países como o Brasil e o México começam a sentir-se os efeitos do envelhecimento populacional, apesar de ainda estarem numa fase relativamente inicial deste processo. A Oceânia, embora com características demográficas distintas, não está imune a estas tendências, observando-se um envelhecimento gradual das suas populações (UN, 2024).

O envelhecimento populacional em Portugal é uma tendência que se tem destacado nos últimos anos, resultando em mudanças significativas na estrutura etária da população. Segundo as estimativas do INE para 2023, a população residente no país foi estimada em 10.639.726 pessoas, indicando um crescimento em comparação com 2022. No entanto, esse aumento não tem sido suficiente para inverter a tendência de envelhecimento demográfico (INE, 2024). O índice de envelhecimento, que compara a população com 65 anos ou mais (população idosa) com a população de 0 a 14 anos (população jovem), aumentou consideravelmente na última década. Em 2012, havia 131,4 mais velhas para cada 100 jovens, enquanto em 2023 esse número subiu para 188,1 idosos por cada 100 jovens. Este aumento no índice de envelhecimento

está relacionado com várias dinâmicas demográficas. A proporção de jovens (população de 0 a 14 anos) diminuiu de 14,9% para 12,8% da população total entre 2012 e 2023, enquanto a proporção de idosos aumentou de 19,5% para 24,1% no mesmo período. Para além disso, a idade mediana da população passou de 42,6 anos em 2012 para 47,1 anos em 2023. Outro indicador importante é o índice de dependência total, que mede a pressão demográfica sobre a população em idade ativa (15-64 anos). Este índice aumentou de 52,3 jovens e idosos para cada 100 pessoas em idade ativa em 2012 para 58,5 em 2023. Este aumento resulta tanto da redução do índice de dependência de jovens quanto do aumento do índice de dependência de idosos (INE, 2024).

## **1.2 - Processo de envelhecimento**

O envelhecimento é um processo inevitável e universal que resulta num declínio progressivo e irreversível da função física em todos os sistemas de órgãos. Este declínio inclui processos biológicos e bioquímicos, conduzindo a impactos profundos dos estilos de vida e das interações sociais (Guo et al., 2022; van Beek et al., 2016).

Os mecanismos do envelhecimento podem ser classificados em duas categorias principais. A primeira sugere que o envelhecimento é geneticamente programado através de processos de desenvolvimento, como a senescência celular, mudanças neuroendócrinas e alterações imunológicas. A segunda propõe que o envelhecimento resulta de danos aleatórios, como o acúmulo de mutações somáticas e o stress oxidativo. No entanto, a distinção entre estas categorias está cada vez mais difícil, uma vez que os mecanismos partilham semelhanças com doenças específicas (Davalli et al., 2016).

O envelhecimento está ligado à instabilidade genética, com danos no DNA e mutações, acumulando-se ao longo do tempo devido a vários fatores, como exposição à radiação, produtos químicos e erros na replicação do DNA. Estas mudanças genéticas podem levar à disfunção celular e contribuir para o envelhecimento. A hereditariedade genética representa no máximo 3% do processo de envelhecimento, sendo os processos epigenéticos e as modificações pós-tradicionais mais importantes na taxa de envelhecimento entre as diferentes populações e em diferentes regiões anatómicas do organismo (Davalli et al., 2016). Para além disso, o envelhecimento está associado a mudanças hormonais, incluindo a queda de hormonas sexuais como o estrogénio e a testosterona, afetando vários processos fisiológicos e contribuindo para problemas de saúde relacionados com a idade. O sistema imunitário também muda com a idade,

reduzindo a capacidade de combater infecções e aumentando o risco de doenças autoimunes e cancro. Com o tempo, as células acumulam resíduos, como proteínas e lipídios danificados, prejudicando a função celular e contribuindo para o envelhecimento. As mudanças nos padrões de expressão génica também ocorrem, levando a funções celulares alteradas e doenças relacionadas com a idade. Apesar do envelhecimento ser influenciado por uma combinação de fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida, alguns mecanismos fundamentais incluem a senescência celular, o stress oxidativo, o encurtamento dos telómeros, a disfunção mitocondrial, a inflamação, a instabilidade genética, as alterações hormonais, o declínio do sistema imunitário, a acumulação de resíduos celulares e a alteração na expressão génica (Pyo et al., 2020).

A senescência celular, um fenómeno no qual as células perdem a capacidade de dividir e proliferar, é um aspeto fundamental do envelhecimento, estando associado a várias doenças relacionadas com a idade (Van Deursen, 2014). As células senescentes não podem dividir-se mais como anteriormente (Ogrunc & di Fagagna, 2011) e exibem uma aparência distinta e aumentada (Jeyapalan & Sedivy, 2008). Estas apresentam atividade aumentada da  $\beta$ -Galactosidase associada à senescência (SA- $\beta$ -Gal) (Valieva et al., 2022) e ativam proteínas supressoras de tumor como p53 em resposta a danos significativos no DNA (Chen et al., 2007; Di Micco et al., 2021). As células senescentes secretam moléculas sinalizadoras, incluindo citocinas pró-inflamatórias e quimiocinas, compondo o fenótipo secretório associado à senescência (SASP), que pode contribuir para a inflamação crónica e doenças relacionadas com a idade (Cuollo et al., 2020). Estas células também resistem à apoptose, persistindo nos tecidos e causando efeitos prejudiciais (Tripathi et al., 2021).

O stress oxidativo é também um mecanismo importante no processo de envelhecimento e no desenvolvimento de doenças relacionadas com a idade, ocorrendo quando há um desequilíbrio entre a produção de espécies reativas de oxigénio (ROS) e a capacidade do corpo de neutralizá-las com antioxidantes (Liguori et al., 2018; Pizzino et al., 2017). As ROS são subprodutos de processos celulares como o metabolismo (Juan et al., 2021).

O stress oxidativo provoca danos no DNA, proteínas e lipídios, prejudicando a função celular e contribuindo para o envelhecimento (Checa & Aran, 2020). Este processo está ligado à instabilidade genómica e ao aumento do risco de cancro e outras doenças relacionadas com a idade (Maynard et al., 2009). As mitocôndrias, as principais produtoras de ROS, também são afetadas, resultando na disfunção mitocondrial que intensifica a produção de ROS e cria um

ciclo vicioso de danos celulares (Giorgi et al., 2018; Palareti et al., 2016). Para além disso, o stress oxidativo pode desencadear inflamação crónica, conhecida como *inflammaging*, associada a doenças como aterosclerose, distúrbios neurodegenerativos e diabetes (Baechle et al., 2023; Ferrucci & Fabbri, 2018). Este também acelera o encurtamento dos telómeros, levando ao envelhecimento celular (Barnes et al., 2019; Erusalimsky, 2020). Com o tempo, as defesas antioxidantes naturais do corpo podem tornar-se menos eficazes, exacerbando o stress oxidativo (Buckner et al., 2018; Pizzino et al., 2017). Este está associado a várias doenças relacionadas com a idade, incluindo doenças cardiovasculares, distúrbios neurodegenerativos (Pizzino et al., 2017; Uttara et al., 2009), cancro e diabetes (Asejeje et al., 2023; Ogunro & Yakubu, 2021). O stress oxidativo também contribui para o envelhecimento da pele, causando rugas e manchas (Papaccio et al., 2022; Rinnerthaler et al., 2015).

O envelhecimento não se restringe apenas às alterações biológicas, mas é também influenciado pelas escolhas e estilos de vida dos indivíduos. Os contornos do envelhecimento são moldados por hábitos sociais, incluindo escolhas alimentares, atividade física, envolvimento social e gestão do stress (Jeżewska-Zychowicz & Gajda, 2023; Liffiton et al., 2012; Whittaker et al., 2018; Wickramasinghe et al., 2020), para além da fidelidade e integridade (Božek et al., 2020). Estes aspetos da vida humana podem agravar ou atenuar os efeitos do envelhecimento, tornando-os componentes essenciais no panorama mais amplo do envelhecimento saudável. Neste sentido, é fundamental considerar que o envelhecimento não deve ser analisado exclusivamente sob uma perspetiva clínica ou patológica, mas sim como um processo multifatorial, em que o contexto social, emocional e relacional desempenha um papel fundamental.

Na dimensão psicológica, o envelhecimento é frequentemente acompanhado por alterações significativas ao nível do funcionamento cognitivo e emocional. O declínio cognitivo progressivo inclui dificuldades na atenção, memória, velocidade de processamento e função executiva, sendo estes processos frequentemente afetados pelo envelhecimento fisiológico do cérebro (Harada et al., 2013). Embora estas alterações façam parte de um envelhecimento normal, tornam-se mais acentuadas em situações de envelhecimento patológico, como o aparecimento de perturbações neurocognitivas, como a demência ou o défice cognitivo ligeiro. De facto, o envelhecimento constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças neurodegenerativas, com implicações diretas na autonomia e qualidade de vida (Hou et al., 2019; Sun et al., 2024; Zhang et al., 2012). Para além das alterações cognitivas, há

também uma maior vulnerabilidade a perturbações do foro emocional. No domínio emocional, as pessoas mais velhas enfrentam vulnerabilidades acrescidas. A presença de sintomatologia depressiva e ansiosa é comum, ainda que frequentemente subvalorizada ou confundida com os efeitos naturais do envelhecimento (Blazer, 2003; Dziechciaż & Filip, 2014). A depressão na velhice pode estar relacionada com diversos fatores, como por exemplo o isolamento social, a perda de papéis familiares ou profissionais significativos, a viuvez, o declínio das capacidades físicas, a institucionalização, e a sensação de inutilidade ou de ser um fardo para os outros (Paúl & Fonseca, 2006). É importante referir que o sofrimento psicológico em as pessoas mais velhas pode manifestar-se de forma atípica, através de queixas somáticas, retraimento ou desmotivação, sendo por isso fundamental que os profissionais de saúde estejam sensibilizados para estas manifestações.

A autoestima e a perceção de controlo pessoal são fatores fundamentais na saúde psicológica das pessoas mais velhas. Ryff (1989) destaca que o bem-estar psicológico depende de dimensões como o propósito de vida, o crescimento pessoal e a autonomia, sendo a manutenção de um sentido de identidade pessoal e de coerência narrativa essencial para a adaptação ao envelhecimento. O sentido de continuidade do “Eu”, a aceitação das perdas e a capacidade de reconstruir objetivos são elementos que favorecem uma vivência positiva da velhice (Fonseca, 2005; Paúl & Fonseca, 2006). Neste contexto, a teoria da seletividade socioemocional de Carstensen (1995) explica que as pessoas mais velhas tendem a valorizar mais as relações interpessoais significativas e a regular melhor as emoções, focando-se em experiências emocionalmente gratificantes. O bem-estar psicológico nesta fase da vida está profundamente ligado à perceção de controlo, à capacidade de resiliência e à manutenção de uma identidade pessoal positiva (Fonseca, 2005).

Nesta linha, entende-se por resiliência psicológica a capacidade de adaptação positiva perante adversidades, sendo um dos conceitos-chave na compreensão de como diferentes pessoas vivenciam o envelhecimento. Algumas as pessoas mais velhas, mesmo perante perdas e limitações, conseguem manter níveis elevados de satisfação com a vida, o que sugere a existência de mecanismos internos e externos de adaptação (Windle, 2011). António Fonseca (2005) argumenta que a adaptação positiva à velhice depende das condições objetivas de saúde e também da atitude subjetiva em relação ao envelhecer. A promoção de um envelhecimento ativo e positivo implica a estimulação contínua das capacidades cognitivas, emocionais e relacionais dos indivíduos, integrando estratégias que valorizem o papel social das pessoas mais

velhas e a sua autonomia na tomada de decisões. De acordo com a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson (1982), nesta última fase da vida, os indivíduos enfrentam o conflito entre integridade do ego versus desespero. A capacidade de integrar a sua história de vida com um sentimento de coerência e aceitação conduz a um envelhecimento mais sereno, enquanto a insatisfação ou o arrependimento podem gerar frustração e desespero. Assim, o envelhecimento bem-sucedido não depende só da ausência de doença, mas também da manutenção da saúde mental, da participação social e do reconhecimento do valor pessoal.

No que diz respeito à dimensão social, o envelhecimento traz frequentemente desafios relacionados com a redução da rede de suporte social, podendo contribuir para um maior risco de isolamento social e presença de sentimentos de solidão. A perda de entes queridos, a diminuição da mobilidade e a saída do mercado de trabalho contribuem para a diminuição do contacto social e, conseqüentemente, da participação ativa na comunidade (Victor & Bowling, 2012). O isolamento social é um dos fatores que mais comprometem a saúde mental das pessoas mais velhas, sendo essencial implementar políticas públicas e respostas sociais que promovam a inclusão e a participação intergeracional (Ribeiro & Paúl, 2011). A solidão, em particular, tem sido apontada como um fator de risco para a saúde física e mental. Cacioppo e Cacioppo (2014) demonstram uma forte associação entre solidão crónica e o aumento de sintomas depressivos, declínio cognitivo acelerado, doenças cardiovasculares e mortalidade precoce. Neste sentido, o reforço das relações sociais e do sentido de pertença a um grupo é essencial. A participação em atividades comunitárias, como as promovidas por CD, Universidades Seniores ou associações culturais, revela-se fundamental na manutenção da identidade social e autoestima das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2008; Fonseca, 2005; Lima, 2023).

A exclusão social é também uma realidade para muitas pessoas mais velhas, especialmente aquelas com baixos rendimentos, níveis reduzidos de escolaridade ou que residem em zonas rurais ou periféricas, onde os serviços e recursos são mais escassos. Esta exclusão não se limita à ausência de redes de apoio familiar ou comunitário, mas estende-se à marginalização simbólica, à invisibilidade nos discursos públicos e à escassa representação dos interesses das pessoas mais velhas nas políticas sociais (Walker, 2002; Walsh et al., 2021). Muitas pessoas mais velhas experienciam um sentimento de desvalorização social, em que o envelhecimento é encarado como sinónimo de dependência, inutilidade ou obsolescência, o que contribui para o seu afastamento das esferas decisórias e dos espaços de participação ativa (Formosa, 2014). Para além disso, fatores como a fragilidade física, as barreiras arquitetónicas, a iliteracia digital

e a ausência de transportes públicos acessíveis dificultam ainda mais a inclusão social das pessoas mais velhas, restringindo a sua mobilidade, autonomia e acesso à informação (Paúl & Fonseca, 2006; Ribeiro & Paúl, 2011; Walker, 2002). A solidão e o isolamento, frequentemente associados à perda de familiares, amigos ou do cônjuge, agravam estas condições, podendo originar consequências negativas ao nível da saúde mental, como depressão ou ansiedade, para além de um aumento da vulnerabilidade física (Victor & Bowling, 2012). Estes conceitos, embora frequentemente confundidos, são conceitos distintos, ainda que interligados. O isolamento social é um fenómeno objetivo, relacionado com o tamanho e a estrutura da rede social de um indivíduo, bem como com a frequência e qualidade das suas interações (Coyle & Dugan, 2012). Já a solidão refere-se à experiência subjetiva de ausência de apoio, conexão ou companheirismo, mesmo em contextos onde existe contacto com outras pessoas. Ambos os fenómenos têm implicações sérias para a saúde física e mental das pessoas mais velhas. Neste sentido, a promoção da integração social das pessoas mais velhas deve ser encarada como uma responsabilidade coletiva e interinstitucional, que requer o envolvimento articulado das famílias, das comunidades locais, das organizações da sociedade civil e das entidades públicas. Como salientam Ribeiro e Paúl (2011), a construção de uma sociedade inclusiva exige a criação de respostas formais adequadas e também uma mudança cultural que valorize a presença ativa e contributiva das pessoas mais velhas na sociedade. Programas baseados em abordagens participativas e centradas na pessoa — como a cogestão de atividades ou o envelhecimento baseado na comunidade (*community-based ageing*) — têm demonstrado ser eficazes na promoção da cidadania, da autoestima e do sentimento de pertença das pessoas mais velhas (Fernández-Ballesteros, 2008; Kiratipaisarl et al., 2025). Importa também referir o papel transformador da educação ao longo da vida (*lifelong learning*) como mecanismo de inclusão e de empoderamento das pessoas mais velhas. Iniciativas como universidades seniores, oficinas comunitárias e projetos intergeracionais promovem o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como também o reforço das redes sociais e a quebra de estereótipos geracionais (Formosa, 2014; Páscoa & Gil, 2019).

Assim, o envelhecimento bem-sucedido resulta da articulação sinérgica entre as dimensões biológica, psicológica e social, numa perspetiva holística e centrada na pessoa. Esta abordagem deve assentar em intervenções interdisciplinares e personalizadas, que integrem profissionais de áreas como a psicologia, o serviço social, a gerontologia, a enfermagem e a educação social, promovendo não só o bem-estar físico, mas também o equilíbrio emocional, a integração comunitária e o exercício pleno da cidadania em idade avançada (Paúl & Fonseca, 2006).

Garantir a autonomia, o respeito pela vontade individual e a participação ativa das pessoas mais velhas na definição das suas rotinas e projetos de vida constitui, portanto, um imperativo ético e social.

### **1.3 - Respostas sociais para pessoas mais velhas**

Como referido acima, o envelhecimento caracteriza-se por ser um processo dinâmico e heterogéneo, que implica alterações a nível físico, psicológico e social. Em muitas situações, sobretudo resultado de doenças crónicas, perda de independência e autonomia, ausência de retaguarda familiar ou situações de isolamento social e de solidão, torna-se necessária a existência de respostas sociais adequadas que apoiem as pessoas mais velhas no seu dia a dia e contribuam para a sua qualidade de vida. O apoio social é um elemento fundamental para o bem-estar ao longo do ciclo de vida, sobretudo na velhice, fase em que podem surgir maiores vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais. Segundo Cohen et al. (2004), o apoio social compreende os recursos emocionais, instrumentais e informativos que ajudam o indivíduo a lidar com situações de stress e desafios da vida quotidiana, estando intimamente associado à conectividade social e à perceção de suporte por parte da rede envolvente.

As respostas de apoio social para as pessoas mais velhas integram-se no sistema de proteção social da Segurança Social, tendo como principal objetivo o de garantir condições de dignidade, bem-estar e inclusão social, promovendo assim o envelhecimento ativo, seguro e participativo (DGSS, 2022). Em Portugal, estas estruturas foram sendo implementadas com maior intensidade a partir da segunda metade do século XX, num contexto de consolidação do Estado Social e de valorização dos direitos sociais consagrados na Constituição da República Portuguesa, nomeadamente o direito das pessoas idosas à segurança económica, à saúde e à participação na vida social e cultural (Constituição da República Portuguesa, art. 72.º).

Atualmente, as principais respostas sociais direcionadas às pessoas mais velhas incluem as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), os Centros de Férias e Lazer, o Acolhimento Familiar, os Centros de Noite, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) e os CD. As ERPI, anteriormente designadas por “lares de idosos”, destinam-se a pessoas com perda de autonomia ou ausência de rede de suporte familiar, oferecendo alojamento permanente, alimentação, cuidados de higiene, vigilância médica e apoio psicossocial. Estas estruturas garantem a segurança e o acompanhamento contínuo das pessoas idosas, respondendo às situações mais exigentes em termos de dependência (SS, 2023). Os Centros de Férias e Lazer

têm como principal finalidade proporcionar momentos de convívio, lazer e ocupação saudável do tempo livre, através de programas organizados de carácter recreativo e cultural. Ao favorecerem o contacto social e a participação ativa, estas iniciativas contribuem para o combate ao isolamento e à solidão, promovendo o bem-estar emocional das pessoas idosas (DGSS, 2022). O Acolhimento Familiar constitui uma resposta alternativa à institucionalização tradicional, integrando a pessoa idosa no seio de uma família de acolhimento previamente credenciada e acompanhada pela Segurança Social. Esta solução permite a prestação de cuidados individualizados num ambiente familiar e afetivo, sendo particularmente indicada para idosos que valorizam a convivência e a proximidade interpessoal (DGSS, 2022). Os Centros de Noite oferecem um serviço específico de acolhimento noturno, dirigido a pessoas mais velhas que, por razões de saúde ou segurança, necessitam de acompanhamento durante a noite, mas que mantêm a sua autonomia e independência durante o dia. Esta resposta permite uma gestão mais equilibrada do cuidado, aliviando também a sobrecarga dos cuidadores informais (DGSS, 2022). O SAD é uma resposta que visa garantir a permanência da pessoa idosa no seu domicílio, assegurando-lhe cuidados básicos como alimentação, higiene pessoal, limpeza doméstica, administração de medicação e apoio psicossocial. Esta modalidade de intervenção promove a autonomia e independência e a permanência no meio habitual de vida, valorizando a individualidade e a história de vida da pessoa (DGSS, 2022).

Entre todas as respostas sociais existentes, os CD destacam-se pelo seu carácter preventivo e comunitário, sendo especialmente relevantes no contexto de promoção do envelhecimento ativo (Silva, 2023). Estas estruturas funcionam durante o dia e destinam-se a proporcionar um conjunto de serviços que inclui alimentação, cuidados de higiene, apoio na saúde, atividades lúdicas, socioculturais e de estimulação cognitiva, bem como apoio psicossocial. A grande vantagem dos CD reside no facto de permitirem que a pessoa idosa continue a residir no seu domicílio, preservando os seus laços familiares e a sua autonomia, enquanto recebe acompanhamento adequado ao longo do dia. Para além disso, os CD cumprem uma função essencial na deteção precoce de sinais de fragilidade, negligência ou isolamento, funcionando como elo entre os serviços sociais, os profissionais de saúde e as famílias. São também um importante recurso de apoio aos cuidadores informais, contribuindo para o alívio da sobrecarga física e emocional associada à prestação contínua de cuidados (Fonseca, 2021). Os CD promovem a inclusão social, reforçam o sentimento de pertença e estimulam a participação ativa dos idosos na vida da comunidade, sendo uma peça-chave na implementação de políticas de proximidade.

Neste âmbito, as respostas sociais são fundamentais para garantir que a população mais velha receba o apoio necessário, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida nesta fase da vida. Em Portugal, várias iniciativas foram implementadas e criadas para atender às necessidades dos mais velhos, assegurando um envelhecimento digno e integrado na sociedade.

#### **1.4 - A importância do envolvimento das pessoas mais velhas no funcionamento das respostas sociais**

Nas últimas décadas, tem-se verificado uma crescente preocupação com o envelhecimento demográfico, particularmente na Europa, onde a proporção de pessoas mais velhas continua a aumentar significativamente (Eurostat, 2023). No entanto, apesar deste aumento, a participação das pessoas mais velhas nas dinâmicas sociais e, em particular, no funcionamento das respostas sociais destinadas às mesmas, permanece limitada. Frequentemente, as pessoas mais velhas são consideradas apenas como destinatários passivos de cuidados e serviços, em vez de serem reconhecidos como sujeitos ativos, com voz e experiência, capazes de contribuir para a conceção e implementação destas mesmas respostas. Esta abordagem contribui para a perpetuação de estereótipos associados ao envelhecimento, como a fragilidade, dependência ou desinteresse, e promove uma exclusão silenciosa dos processos de tomada de decisão (Walker, 2002; WHO, 2015).

A exclusão das pessoas mais velhas das decisões que lhes dizem diretamente respeito reflete uma lógica assistencialista, centrada na prestação de cuidados e não na capacitação. Esta postura institucional contribui para uma visão redutora do envelhecimento, negligenciando o potencial de participação e protagonismo dos mais velhos na sociedade (Broome et al., 2012). Em contextos de resposta social, como por exemplo, ERPI, CD ou SAD – a falta de mecanismos efetivos de escuta e envolvimento pode traduzir-se em serviços menos adaptados às reais necessidades dos utentes e num menor sentimento de pertença e valorização por parte destes.

Neste contexto, o conceito de envelhecimento ativo, proposto pela OMS, surge como uma resposta paradigmática à necessidade de redefinir o papel das pessoas idosas na sociedade (OMS, 2002). De acordo com a OMS (2002), o envelhecimento ativo é definido como “um processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (p.14). Segundo a mesma entidade, a palavra ativo corresponde “à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo

ou de fazer parte da força de trabalho” (p.14). Este conceito reconhece o envelhecimento como um processo dinâmico, enfatizando que as pessoas mais velhas devem permanecer integradas na sociedade, tendo as suas necessidades e direitos respeitados, enquanto continuam a contribuir de forma significativa para a comunidade. Neste âmbito, a literatura evidencia que a falta de envolvimento comunitário está associada ao aumento de sintomas depressivos e ansiosos entre os mais velhos (Bond et al., 2020). De acordo com Hao et al. (2017), pessoas mais velhas que enfrentam dificuldades de integração na comunidade apresentam maior tendência para desenvolver depressão e perda de interesse em atividades anteriormente valorizadas. Em contrapartida, a participação ativa em contextos sociais e comunitários surge como um fator protetor. O estudo de Chen et al. (2021) revela que a participação comunitária tem impacto direto no envelhecimento bem-sucedido, promovendo sentimentos de pertença, propósito e utilidade, fundamentais para o fortalecimento do bem-estar emocional e da saúde mental. Deste modo, fica clara a importância de estratégias e políticas que incentivem o envolvimento das pessoas mais velhas nas dinâmicas sociais, culturais e institucionais, não só para combater o isolamento e a solidão, mas também como caminho para a promoção de um envelhecimento mais pleno, ativo e bem-sucedido.

Neste contexto, destaca-se o recente Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, aprovado pelo Governo de Portugal, procura enfrentar os desafios das mudanças demográficas e promover o bem-estar da população mais velha (Diário da República, 2024). Portugal, sendo o quarto país mais envelhecido do mundo, adotou este plano pioneiro para melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, particularmente dos maiores de 65 anos. O plano está estruturado em seis pilares estratégicos que incluem áreas como a saúde, a educação, o trabalho e a proteção social. Este inclui mais de 130 ações específicas que visam promover a participação ativa das pessoas mais velhas, fomentar a inclusão social, melhorar o acesso aos serviços de saúde e apoiar a aprendizagem ao longo da vida. A implementação do plano destaca-se pela articulação entre os setores público, privado e social, garantindo respostas integradas e adaptadas às necessidades reais das pessoas mais velhas. Para além disso, o plano reforça a importância de considerar as pessoas mais velhas como protagonistas do seu próprio bem-estar, promovendo a sua independência e participação em decisões que impactam as suas vidas. O objetivo é garantir que o envelhecimento seja acompanhado de qualidade de vida, respeito e segurança (Diário da República, 2024).

A manutenção de um estilo de vida ativo e socialmente integrado é reconhecida como um fator fundamental no processo de envelhecimento (Adams et al., 2011). A teoria da atividade no envelhecimento afirma que os níveis elevados de participação em atividades sociais e de lazer, assim como a capacidade de adaptação a novos papéis em resposta a mudanças circunstanciais, são determinantes para o bem-estar das pessoas mais velhas. Para além disso, o envolvimento social tem sido destacado como um dos pilares do “envelhecimento bem-sucedido” (Havighurst, 1953; Rowe & Kahn, 1997). Neste âmbito, o conceito de “envolvimento” inclui, de um lado, a realização de atividades que conferem propósito e significado à vida e, de outro, a preservação de vínculos interpessoais significativos (Rowe & Kahn, 1997). Diversos autores evidenciam a associação entre a prática de atividades e benefícios substanciais para a saúde e o bem-estar das pessoas mais velhas, incluindo melhorias na função cognitiva, na saúde mental e na prevenção de doenças crónicas, como enfermidades cardiovasculares (Adams et al., 2011; Carlson et al., 2012; Parisi, 2010; Parisi et al., 2012). Uma revisão da literatura refere a importância de três variáveis principais que mediam a relação entre a prática de uma atividade e o bem-estar do indivíduo: i) a autonomia para escolher a atividade; ii) o grau de satisfação ou socialização proporcionado pela atividade; e iii) o significado ou propósito que a atividade confere à vida da pessoa mais velha (Adams et al., 2011). Assim, a identificação das atividades mais valorizadas pelas pessoas mais velhas, bem como os fatores que facilitam ou dificultam o seu envolvimento nessas práticas, pode contribuir para a criação de políticas públicas e intervenções direcionadas à promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Os interesses e preferências das pessoas mais velhas podem variar significativamente em função de fatores socioeconómicos. Os que vivem com baixos rendimentos tendem a apresentar interesses diferentes em comparação com as pessoas mais velhas que apresentam maior poder económico (Gümüş & Erbaş, 2020). Este primeiro grupo ao longo da sua vida tem muitas vezes restrições devido à escassez de tempo livre e recursos financeiros, limitando o desenvolvimento dos seus interesses ao longo dos anos (Vithanage & Dunusinghe, 2023). Para além disso, a falta de transporte adequado associado a condições financeiras desfavoráveis pode restringir o acesso a atividades fora do ambiente doméstico (Castro et al., 2022). As pessoas mais velhas com baixos rendimentos têm também normalmente acesso apenas a instituições sociais com menos recursos o que pode condicionar o acesso a atividades do seu interesse. Para promover o acesso a atividades relevantes em instituições sociais com recursos limitados, um passo fundamental é identificar os interesses dos residentes (Schuhmacher et al., 2023). O conceito de interesse refere-se às atividades pelas quais uma pessoa sente curiosidade, atração ou satisfação ao

participar (Calatayud et al., 2023; Kielhofner, 2009). O interesse desempenha um papel importante na motivação para iniciar e manter a participação em atividades, para além de influenciar a experiência do significado associado a essas práticas. Quando uma pessoa mais velha demonstra interesse numa determinada atividade, é mais provável que sinta uma motivação intrínseca para se envolver e, com o tempo, desenvolva uma ligação mais profunda à medida que aprende mais sobre o tema ou domínio de interesse (Hidi & Renninger, 2019). O desenvolvimento do interesse ocorre como um processo contínuo, desde a atração inicial até a interpretação positiva da experiência de realização da atividade (Kielhofner, 2009).

Nesta perspetiva, a implementação de melhorias no acesso às atividades em instituições sociais de pessoas mais velhas representa uma alteração no ambiente que pode transformar a qualidade de vida dos residentes, especialmente daqueles que vivem em condições socioeconómicas desfavoráveis. Os estudos na área de psicologia do interesse sugerem que o ambiente desempenha um papel fundamental no estímulo inicial ao envolvimento. O interesse pode-se tornar mais sólido e individualizado quando há um acesso consistente a recursos que viabilizem essa participação (Hidi & Renninger, 2019). As modificações ambientais podem desafiar a cultura de inatividade prevalente em muitos lares residenciais e promover novas abordagens nos cuidados prestados a pessoas mais velhas (Grabowski, 2021; Smith et al., 2019). Contudo, para que as atividades sejam verdadeiramente relevantes, estas precisam alinhar-se com os interesses, preferências e capacidades de cada indivíduo (Tierney et al., 2023). Desta forma, a prioridade deve ser compreender de modo mais profundo as necessidades, interesses e desejos dos residentes (Bowes et al., 2022). A partir desta compreensão, é possível oferecer atividades adequadas ao contexto doméstico e também capacitar os cuidadores para apoiar o envolvimento ativo das pessoas mais velhas, promovendo maior satisfação e qualidade de vida.

De acordo com Szanton et al. (2015), as pessoas mais velhas demonstram frequentemente uma preferência por atividades físicas quando questionados sobre as suas atividades preferidas. Estas preferências incluem caminhar, correr, praticar jardinagem ou desportos, contrariamente a atividades mais sedentárias, como ver televisão, participar de cultos religiosos ou viajar. Tal comportamento desafia os estereótipos tradicionais que associam a população mais velha a um estilo de vida predominantemente sedentário (Horton et al., 2007).

A relevância da prática de atividades físicas, mesmo em formas mais leves, como pequenas caminhadas, está amplamente documentada na literatura gerontológica (Simonsick et al., 2005; Xue et al., 2012). A manutenção de um estilo de vida fisicamente ativo é considerada uma das

intervenções mais eficazes recomendadas por gerontólogos e geriatras, sendo frequentemente descrita como uma "solução universal" para a prevenção e gestão de condições como depressão, doenças cardiovasculares e diversas incapacidades funcionais (Conn, 2010; Motl & McAuley, 2010; Pasco et al., 2011; Woodcock et al., 2011). Para além disso, um painel de consenso do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (*National Institutes of Health* – NIH) sobre demência concluiu que a atividade física é a única intervenção respaldada por evidências científicas robustas no que se refere à prevenção do declínio cognitivo (Daviglius et al., 2010). Adicionalmente, os estudos sobre atividade física entre as pessoas mais velhas indicam que a sua prática está associada a melhorias significativas na qualidade de vida, transpondo os benefícios fisiológicos para incluir também aspetos emocionais e sociais do bem-estar (Elavsky et al., 2005; Rejeski & Mihalko, 2001). Estas evidências sublinham a importância de promover a atividade física como uma estratégia essencial para o envelhecimento saudável e ativo.

## **2. CAPÍTULO II - METODOLOGIA**

### **2.1- Metodologia do projeto**

A metodologia de projeto consiste num conjunto estruturado de etapas que permitem planear e conduzir processos de mudança na realidade (Boutinet, 1997). Esta fundamenta-se na pesquisa e na resolução de desafios, promovendo o desenvolvimento de competências ao longo de sua aplicação (Leite et al., 2001). Segundo Jean-Pierre Boutinet, esta abordagem está inserida numa cultura de antecipação, impulsionada pelo progresso científico e tecnológico, sendo utilizada em diferentes áreas, como pesquisa, desenvolvimento, políticas públicas e projetos sociais (Nunes et al., 2007). Além disso, consiste num modelo organizado para a análise e resolução de problemas, proporcionando uma direção estruturada aos envolvidos ao longo do percurso (Leite et al., 2001). Entre as suas principais características estão a colaboração interdisciplinar, a flexibilidade para adaptações conforme necessário e o trabalho coletivo como elemento essencial. Este método envolve assim a recolha de dados e a sua interpretação, permitindo definir estratégias e ações a serem implementadas. Ao contrário de um processo rígido, a metodologia de projeto é dinâmica e adaptável, aproximando-se da investigação, na qual a relação entre teoria e prática se fortalece através da intervenção direta no contexto estudado. Esta interação proporciona uma compreensão mais aprofundada da realidade e maior efetividade na sua transformação (Leite et al., 2001).

Entre os seus princípios fundamentais da metodologia de projeto estão a definição clara de objetivos, a autonomia dos participantes, a originalidade na abordagem dos problemas, a complexidade das tarefas e a necessidade de um desenvolvimento faseado. O processo é composto por várias etapas, nomeadamente: i) diagnóstico da situação; ii) definição de estratégias; iii) execução das ações; iv) avaliação dos resultados; e v) disseminação das conclusões obtidas (Nunes et al., 2007). Sendo um método baseado na reflexão crítica e na participação ativa, permite compreender problemas e encontrar soluções práticas para a sua resolução (Leite et al., 2001). A versatilidade da metodologia de projeto permite a sua aplicação em múltiplos setores, como políticas públicas, pesquisa científica e inovação. No âmbito social e comunitário, possibilita que os participantes tenham um papel ativo na transformação das suas realidades. Por outro lado, no contexto empresarial, auxilia no desenvolvimento estratégico e na tomada de decisões. Em qualquer área, destaca-se pela sua capacidade de estruturar ações orientadas para objetivos concretos, adaptando-se a desafios complexos e promovendo abordagens inovadoras (Nunes et al., 2007).

## **2.2 - Procedimentos para caracterização e elaboração do diagnóstico social da instituição e dos utentes**

O diagnóstico social da instituição, assim como a caracterização dos utentes e colaboradores, foi realizado através da análise documental. De acordo com Carmo e Ferreira (2008), a análise documental implica a seleção cuidadosa, tratamento e interpretação dos dados presentes em documentos relevantes para o contexto do estudo. Para Sá Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 5) é “(...) um procedimento onde se utiliza métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos”. Este processo permite ao investigador explorar uma área específica, evitando duplicações de resultados já conhecidos e acrescentando novas informações ao campo científico. Por outras palavras, este método qualitativo tem como objetivo encontrar informações precisas nos diversos documentos selecionados. Realça-se, assim que a investigação qualitativa é um percurso metodológico que consiste num instrumento de compreensão detalhada, em profundidade dos factos que estão a ser investigados. Segundo Minayo et al. (2011, p. 21) “(...) o método qualitativo trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Para Sá-Silva et al. (2009), o valor das informações incluídas nos documentos analisados é um dos principais motivos para a ampla utilização deste método. De facto, este tipo de análise possibilita ao investigador expandir a compreensão de áreas que exigem uma contextualização histórica e sociocultural mais profunda. Cellard (2008) destaca que, ao se analisar e reconstruir um evento passado, os documentos escritos tornam-se uma fonte insubstituível para o investigador. Em muitos casos, especialmente ao estudar períodos históricos mais distantes, estes documentos representam quase a totalidade das informações disponíveis, tornando-se essenciais para qualquer reconstituição rigorosa do passado.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), os documentos podem ser classificados em três categorias principais: documentos internos, comunicação externa e registos. Os documentos internos referem-se a materiais administrativos, como normas e regulamentações institucionais. A comunicação externa inclui documentos destinados à comunicação com a comunidade educativa, como atas de reuniões e circulares informativas. Por último, os registos contêm informações individuais de todos os envolvidos no ambiente do estudo (Bogdan & Biklen, 1994).

Flick (2008) argumenta que, ao selecionar documentos para análise, o investigador não deve focar-se exclusivamente no conteúdo apresentado. Apesar do conteúdo ser relevante, é igualmente essencial considerar o contexto em que o documento foi produzido, bem como o

seu propósito e uso. Estes elementos ajudam a interpretar e entender melhor um caso específico, seja ele relacionado com um percurso pessoal ou com um processo histórico. Kripka et al. (2015) acrescentam que a escolha dos documentos para um trabalho de investigação requer uma definição cuidadosa do âmbito da análise. O documento selecionado deve estar diretamente relacionado com a questão que o estudo pretende responder, tornando essa escolha um processo intencional, guiado pelos objetivos e hipóteses do trabalho e fundamentado no referencial teórico adotado. Para estes autores, as perguntas formuladas pelo investigador ao documento são tão essenciais quanto o próprio conteúdo documentado, pois é através delas que o material ganha significado e contribui efetivamente para a investigação (Kripka et al., 2015).

No presente estudo foi realizada uma análise minuciosa de documentos internos fornecidos pela instituição, incluindo o Manual de Acolhimento, o Regulamento Interno, os Estatutos e relatórios institucionais. Estes documentos serviram como fontes principais para a compreensão dos aspetos essenciais da instituição, como a missão, a visão, os valores, a estrutura organizacional, as rotinas, os serviços e o perfil dos utentes e dos colaboradores. Com base nos Estatutos e no Manual de Acolhimento, foi possível identificar e interpretar os objetivos gerais da organização, os valores que orientam as suas práticas e a visão que a instituição procura alcançar. Através do Regulamento Interno e do Manual de Acolhimento, foi possível delinear a estrutura hierárquica e as funções desempenhadas pelos colaboradores. Esta documentação permitiu assim aferir informações sobre as responsabilidades e atribuições de cada setor e sobre as políticas de integração e acolhimento dos novos funcionários. Foi ainda analisado o plano de atividades, o qual ofereceu uma visão detalhada das ações programadas pela instituição, permitindo avaliar a adequação das estratégias adotadas para o cumprimento dos seus objetivos e o alinhamento com a missão e valores institucionais.

Os documentos analisados também forneceram informações detalhadas sobre os serviços oferecidos pela instituição, como a Creche, o CD e o Serviço de Apoio Domiciliário, bem como sobre as instalações físicas e os equipamentos disponíveis em cada setor. Estas informações foram essenciais para caracterizar as respostas sociais oferecidas pela instituição e para avaliar a adequação dos espaços às necessidades dos utentes. Para além disso, a análise documental forneceu dados sobre o perfil dos utentes atendidos, incluindo informações demográficas, níveis de dependência e tipos de assistência oferecidos. Os registos e relatórios institucionais, que descrevem os serviços de apoio prestados diariamente, foram fundamentais para delinear o público-alvo da instituição e identificar as suas principais necessidades.

Por fim, os documentos permitiram identificar os principais projetos em desenvolvimento e as parcerias estabelecidas, tanto com entidades públicas quanto com organizações privadas. Estas

parcerias foram analisadas com base nos dados disponíveis nos acordos com o Instituto da Segurança Social (ISS) e nas atividades documentadas pela instituição, evidenciando uma colaboração ativa com outras organizações para ampliar o alcance e a efetividade das suas ações.

Para além da análise documental, recorreu-se à técnica de observação participante, uma abordagem qualitativa que permite ao investigador imergir no ambiente estudado, participando ativamente nas atividades e interações do grupo observado. De acordo com Polit e Beck (2018), os estudos de natureza etnográfica e observacional consistem em análises holísticas sobre os padrões, os modos de vida e as experiências de determinados grupos culturais. Spradley (1980) enfatiza que o papel do investigador vai para além de observar os comportamentos ou emoções dos participantes. O etnógrafo deve explorar profundamente os significados atribuídos a esses comportamentos e sentimentos, investigando todas as dimensões envolvidas. Neste contexto, a observação desempenha uma função central na recolha de dados, sendo frequentemente realizada através de notas de campo, registos em diários ou relatos detalhados, que servem como base para análise e interpretação subsequente. No presente estudo, optou-se pela utilização da observação direta, com registo sistemático de notas de campo, enquanto técnica qualitativa de recolha de dados. Esta abordagem teve como objetivo captar, de forma densa e contextualizada, as interações quotidianas entre colaboradores e utentes, bem como compreender as práticas institucionais de promoção da integração social e da solidariedade. A observação permitiu descrever as atividades e rotinas desenvolvidas, assim como captar elementos subtis, como expressões não verbais, atitudes, dinâmicas relacionais e a dimensão emocional dos participantes, elementos muitas vezes inacessíveis por via de métodos exclusivamente verbais (Angrosino, 2007; Flick, 2008). O registo das notas de campo foi realizado de forma sistemática, com atenção às situações emergentes e aos significados atribuídos pelos sujeitos envolvidos, permitindo uma interpretação mais rica e profunda do contexto observado. Este tipo de observação é particularmente útil em contextos institucionais, onde os comportamentos são moldados por normas, rotinas e interações simbólicas, e onde a presença do investigador pode ser integrada sem interferência significativa nos processos observados (Bogdan & Biklen, 1997). Ao permitir uma aproximação direta à realidade quotidiana da instituição, esta técnica revelou-se fundamental para a compreensão das dinâmicas relacionais, dos valores organizacionais e das estratégias de intervenção praticadas, constituindo-se como um contributo essencial para a análise crítica e reflexiva dos dados recolhidos.

### **2.3 - Procedimentos metodológicos para caracterização do grau de satisfação dos utentes (público-alvo do projeto a ser elaborado) relativamente às atividades de animação oferecidas pelo CD**

Neste trabalho recorreu-se a técnicas de recolha de dados quantitativos e qualitativos. Trata-se de trabalho com um desenho descritivo, que teve como principal finalidade avaliar o interesse e as necessidades dos utentes de uma instituição social localizada na região do Tâmega e Sousa. Este estudo inclui uma amostra de utentes do CD da instituição. Foram considerados para este estudo, os utentes com idade igual ou superior a cinquenta e seis anos e que aceitaram participar neste estudo. Foram excluídos os utentes com indicação de diagnóstico de perturbação neurocognitiva, como demência do tipo de Alzheimer ou com deterioração cognitiva moderada a grave que impedisse a compreensão do objetivo do estudo.

Como técnica de recolha de dados, recorreu-se inquérito por questionário. Sabe-se que a construção adequada do instrumento de recolha de dados é fundamental para assegurar que a investigação estabeleça uma correspondência sólida entre os pressupostos teóricos e os dados empíricos (Vilelas, 2020). Nesse sentido, Álvares (2021, p. 9) afirma que “a escolha da recolha autónoma de dados, através da aplicação de um inquérito por questionário, é particularmente indicada em estudos que visam descrever um fenómeno”. Neste estudo, optou-se assim por desenvolver um questionário como instrumento principal de recolha de dados. Segundo Vilelas (2020, p.315), “os questionários são ferramentas estruturadas e escritas, desenvolvidas para obter informações dos participantes por meio de questões relacionadas a conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos”.

O questionário utilizado (Anexo 3), foi estruturado em três partes distintas, sendo composto por 16 questões, na sua maioria fechadas. A primeira parte do questionário englobou questões para recolha de informações que permitiam uma caracterização sociodemográfica dos utentes e do vínculo com a instituição. Na segunda parte, as questões estavam direcionadas para uma avaliação das atividades existentes na instituição. Para cada atividade, era questionada a participação e frequência da mesma do utente e posteriormente solicitado o seu grau de satisfação, recorrendo-se a uma escala de tipo Likert de 5 pontos, que variava entre 1= Muito insatisfeito, a 5=Muito satisfeito. A última parte do questionário, incluía 3 questões abertas, que permitiam ao utente a partilha da sua opinião relativamente às atividades existentes no CD, bem como sugestões de melhoria e de atividades futuras.

Para este estudo, os questionários foram aplicados individualmente e em suporte físico, tendo sido aplicados pela enfermeira no CD, numa data e hora de acordo com a disponibilidade do utente. A realização das entrevistas ocorreu entre os dias 2 e 18 de janeiro de 2025, no gabinete de enfermagem, um espaço confortável e que garantia a privacidade necessária.

Previamente ao estudo, foi solicitada autorização à direção da instituição para a realização deste estudo (Anexo 1 e 2). Antes da sua aplicação do questionário, foi fornecida informação escrita sobre o estudo e obtido o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido a todos os participantes (Anexo 4). Todos os procedimentos éticos inerentes à investigação com humanos foram assegurados, nomeadamente assegurou-se que a participação era voluntária, podendo o utente desistir a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio. Além disso, foram assumidos todos os procedimentos para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, sendo que estes serão eliminados no final deste trabalho académico.

## **2.4 - Procedimentos de tratamento e análise da informação recolhida (qualitativa e quantitativa)**

Os procedimentos de tratamento e análise dos dados recolhidos envolveram métodos de análise qualitativa e quantitativa, considerando a natureza dos dados recolhidos. Relativamente ao processo de análise documental, este iniciou-se com uma avaliação preliminar dos documentos, onde foram considerados aspetos fundamentais como o contexto de produção, os autores envolvidos, interesses subjacentes, confiabilidade, natureza do texto e principais conceitos. Estes elementos foram analisados de acordo com as necessidades específicas do investigador e servem como base para a análise detalhada que ocorre em seguida, constituindo o próprio processo de análise documental (Cechinel et al., 2016). Para o tratamento da informação qualitativa, utilizou-se um procedimento sistemático de leitura, interpretação e categorização dos dados. A análise documental iniciou-se com uma leitura exploratória de todos os documentos institucionais, o que permitiu uma compreensão inicial do conteúdo e a identificação preliminar de temas e padrões (Câmara, 2013). Seguidamente, foi desenvolvida uma codificação temática com base nos objetivos da investigação, onde foram criadas categorias e subcategorias que refletiam as dimensões principais em estudo. Alguns exemplos dessas categorias são a missão e valores, o perfil dos utentes, os serviços oferecidos, as parcerias e desafios e necessidades. Este sistema de codificação permitiu organizar as informações de

forma estruturada e facilitar a interpretação dos dados, destacando elementos relevantes sobre o funcionamento e os valores da instituição. Relativamente aos questionários, os dados recolhidos através das respostas abertas foram analisados utilizando o método de análise de conteúdo, conforme proposto por Bardin (2011). Esta abordagem tem como finalidade organizar e interpretar as informações obtidas, estruturando-as em categorias que possibilitem uma compreensão mais aprofundada dos participantes. A análise de conteúdo permitiu sistematizar as respostas de forma rigorosa, garantindo um tratamento metódico das respostas, especialmente devido à complexidade inerente às entrevistas semiestruturadas. O investigador realizou múltiplas leituras do material, de modo a familiarizar-se com os dados e identificar os principais temas abordados pelos participantes. O processo de análise foi conduzido com o auxílio de uma tabela de codificação (Tabela 1), seguindo as diretrizes estabelecidas por autores como Creswell and Creswell (2017) e Gondim et al. (2016), permitindo uma organização estruturada e coerente da informação recolhida.

**Tabela 1** - Codificação das respostas abertas dos questionários (Adaptado de Bardin, 2011)

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de Registo</b>	<b>Unidade de Contexto</b>
Representa os temas centrais abordados nas questões abertas.	Principais subtemas identificados dentro de cada tema principal.	Excertos específicos que ilustram uma característica relacionada com a categoria subcategoria.	Partes do texto mais amplas que incluem a unidade de registo, proporcionando um contexto para melhor compreensão do seu significado.

A análise qualitativa incluiu ainda a interpretação contextualizada dos dados, procurando compreender como os princípios institucionais influenciam as práticas quotidianas e o impacto das ações desenvolvidas. Foi dada especial atenção à natureza das relações entre os colaboradores e os utentes, assim como à integração dos valores da instituição nos serviços oferecidos.

Para o tratamento dos dados quantitativos foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão, sendo os resultados apresentados como média (desvio-padrão) ou mediana (mínimo e máximo) para as variáveis contínuas (ex. idade), e com recurso a proporções com

percentagens (%) para as variáveis categóricas (ex. sexo). Para esta análise, recorreu-se ao software Microsoft Excel.

A análise descritiva permitiram descrever o perfil dos participantes e compreender a distribuição das características dos utentes, incluindo variáveis como idade, nível de dependência, frequência de atividades, frequência de utilização dos serviços, grau de satisfação, entre outras. Estes dados proporcionaram uma visão objetiva sobre o perfil dos utentes e as exigências institucionais, possibilitando identificar padrões e tendências de modo quantitativo.

### **3. CAPÍTULO III - ENQUADRAMENTO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL**

#### **3.1 - Caracterização da instituição**

A instituição que serve de base para este estudo, está localizada no norte do País, mais concretamente na região do Tâmega e Sousa. Com uma particularidade muito específica, pois segundo os seus estatutos, no 1º artigo é considerado como de natureza, “uma pessoa jurídica canónica de natureza pública, sujeita em Direito Canónico de obrigações e de direitos consentâneos com a índole de instituto da Igreja Católica, em ordem ao bem público eclesial, ereta canonicamente por decreto do Bispo da Diocese do Porto e sob sua vigilância e tutela, com estatutos aprovados por esta autoridade eclesiástica” (Estatutos, 2015, p.1).

No que se refere aos Princípios Inspiradores, no 3º artigo, podemos verificar que o Centro Social prossegue o bem público eclesial na sua área de intervenção, de acordo com as normas da Igreja Católica, e tem como fins a promoção da caridade cristã, da cultura, educação e a integração comunitária e social, na perspectiva dos valores do Evangelho, de todos os habitantes da comunidade onde está situado, especialmente dos mais pobres.

O Centro, na prossecução dos seus fins, deve orientar a sua ação sócio caritativa à luz da Doutrina Social da Igreja tendo em conta, entre outros, os seguintes princípios inspiradores e objetivos (Estatutos, 2015):

- A natureza unitária da pessoa humana e o respeito pela sua dignidade;
- O aperfeiçoamento cultural, espiritual, social e moral de todos os paroquianos;
- A promoção integral de todos os habitantes da Paróquia, num espírito de solidariedade humana, cristã e social;
- A promoção de um espírito de integração comunitária de modo que a população e os seus diversos grupos se tornem promotores da sua própria valorização;
- O espírito de convivência e de solidariedade social como fator decisivo de trabalho comum, tendente à valorização integral dos indivíduos, das famílias e demais agrupamentos da comunidade paroquial;
- O desenvolvimento do sentido de solidariedade e da criação de estruturas de partilha de bens.

À parte desta particularidade, é uma IPSS, com as respostas Sociais tradicionais de Creche (CR), CD e SAD. O seu início, segundo o Manual de Acolhimento disponível na Instituição, remonta ao ano de 1995, quando o seu presidente assume funções de pároco na paróquia onde está a Instituição e segundo diz: “uma das dificuldades que senti, foi em dar respostas no âmbito sócio caritativo, às pessoas que me batiam à porta a solicitar auxílio (MA, 2014).

Inaugura assim no mês de fevereiro do ano de 2011, as instalações de uma instituição que serve um grande número de beneficiários de diversas freguesias e de vários concelhos. O acordo estabelecido pelo Instituto da Segurança Social (ISS), prende-se com o número de 33 para a resposta social CR, 40 para a resposta social de CD e ainda 40 para o SAD, mas na prática, o apoio vai muito para além destes números, pois a procura e as necessidades são demasiadas nesta região.

O Manual de Acolhimento (MA) que serve como matéria de análise documental deste trabalho, é uma ferramenta cada vez mais indispensável na gestão dos Recursos Humanos, apresentando-se assim como um elemento facilitador do processo de acolhimento e integração de novos funcionários. Procura de certa forma, dar a conhecer o modo de funcionamento, as regras e os valores partilhados, identificando assim de uma forma mais rápida e sólida a cultura da Instituição (MA, 2014).

No que diz respeito às instalações, um equipamento novo de raiz, constituído por três pisos. Num primeiro estão todas as instalações da resposta social CR, secretaria, gabinetes dos técnicos superiores e ainda um WC. Já no segundo piso, todo o espaço é pensado e destinado para o CD (sala de atividades, sala de convívio, gabinete de enfermagem, salão de cabeleireiro/estética, casas de banho, quarto para descanso, refeitório e ainda um espaço verde (jardim) na parte exterior do edifício. No piso inferior, encontramos o espaço da cozinha, lavandaria, garagem e ainda vários espaços para arrumos.

Esta Instituição tem como missão prestar um serviço de qualidade adequado a cada pessoa, respondendo às suas necessidades de forma a contribuir para o seu desenvolvimento integral, do seu bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

Em relação à sua visão, pretende ser uma instituição de referência e excelência na ação social e reconhecida pelos serviços de qualidade que presta. Quer ser resposta a novos desafios, para necessidades novas que se avistem, no meio onde atua. No que se refere aos valores, assenta na

promoção do bem-estar, a proximidade e o humanismo com as pessoas no desenvolvimento integral do seu potencial. Valorizar um clima de afeto, onde os sentimentos são o melhor instrumento de trabalho e cuidar de cada utente com o respeito e dignidade que merece (MA, 2014).

Com base na 4ª norma do Regulamento Interno (RI), cuidados e serviços, o CD assegura a prestação dos seguintes cuidados e serviços:

- Atividades socioculturais, lúdico-recreativas, de motricidade e de estimulação cognitiva;
- Alimentação, nomeadamente pequeno-almoço, almoço e o lanche;
- Cuidados de higiene pessoal;
- Tratamento de roupa;
- Cuidados de imagem;
- Transporte;
- Outros, em função das necessidades dos utentes, nomeadamente um apoio da resposta social do SAD (RI, 2015).

No MA, de uma forma mais objetiva e sintetizada, são ainda apresentados outros objetivos catalisadores da Instituição, como minorar o isolamento e a solidão, o abandono de pessoas mais velhas e ainda de serem criteriosos nos recursos humanos, para oferecer uma gestão séria, eficaz, permitindo assim oferecer um serviço de máxima qualidade.

Segundo o MA, a Resposta Social de CD, prende-se com um horário entre as 08:00h e as 17:00h, de segunda a sexta-feira e tem como alvo, utentes com idades a partir dos 60 anos. Segundo a 5ª norma do RI, as condições de admissão, são para pessoas de ambos os sexos, na situação de reforma, pré-reforma ou pensionista. Salienta ainda, que poderão ser admitidas pessoas que não preencham estas condições, desde que a sua situação familiar, socioeconómica, de saúde física e psíquica ou de isolamento justifique o apoio deste serviço. Em relação à admissão de cidadãos portadores de deficiência, diz que será considerado caso a caso, de acordo com as capacidades dos serviços (RI, 2015). Em relação às condições de prioridade na admissão, reforçam como prioridade máxima os seguintes critérios (RI, 2015):

- Situação económico-financeira precária;
- Residência na área de intervenção do estabelecimento;

- Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas para assegurar os cuidados básicos;
- Risco de isolamento social;
- Ordem de inscrição.

O PAA socioculturais da Instituição (Tabela 2), está afixado e pode ser consultado por qualquer elemento da equipa ou de quem o pretenda fazer. Este tem como objetivo primordial, proporcionar uma vida mais ativa e mais criativa, assim como melhorar as relações de comunicação dos utentes com os outros, desenvolvendo assim a autonomia pessoal (PAA, 2024). As atividades para este ano, pretendem-se desenvolver em torno da promoção de saúde, educação e formação, atividades ocupacionais e ainda de lazer.

Em relação aos objetivos mais específicos, salientam que pretendem:

- Compreender as funções cognitivas, as necessidades, as expectativas e as motivações das pessoas mais velhas;
- Trabalhar e potenciar as dimensões Física, Psíquica, Intelectual, Espiritual, Emocional, Cultural e Social de cada utente;
- Proporcionar maior qualidade de vida, sentimento de utilidade, retardamento do processo de envelhecimento;
- Proporcionar um envelhecimento saudável e integrado;
- Proporcionar iniciativas que promovam alegria e diversão;
- Recordar vivências, costumes e tradições populares;

Na tabela seguinte, será apresentado o plano anual de atividades da instituição, relativamente ao ano anterior.

**Tabela 2 - Plano Anual de Atividades**

Horários	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
10:30h às 11:30h	<b>Segundas, Terças e Quintas-feiras – Hora de Informação - Expressão e Comunicação oral e corporal</b> <b>Quarta – feira - Projeto Musicalidade/ Sessão de Música</b> <b>Sexta – feira - Projeto Musicalidade / Psicóloga</b>				
11:30 às 12:00h	<b>TERÇO</b>				
14:00h às 15:00h	- Telejornal; - Jogos de mesa; -Dinâmicas de grupo; -Atividades lúdicas; -Comemoração de dias temáticos; -Expressão plástica; -Estimulação cognitiva em grupo; - Culinária;	-Telejornal; -Jogos de mesa;  <b>Aula Ginástica</b>	- Telejornal; - Jogos de mesa; -Dinâmicas de grupo; -Atividades lúdicas; - Comemoração de dias temáticos; Expressão plástica; -Estimulação cognitiva em grupo; - Culinária;	-Telejornal; - Jogos de mesa;  <b>Aula Música</b>	-Telejornal; - Jogos de mesa;  <b>Aula Ginástica</b>

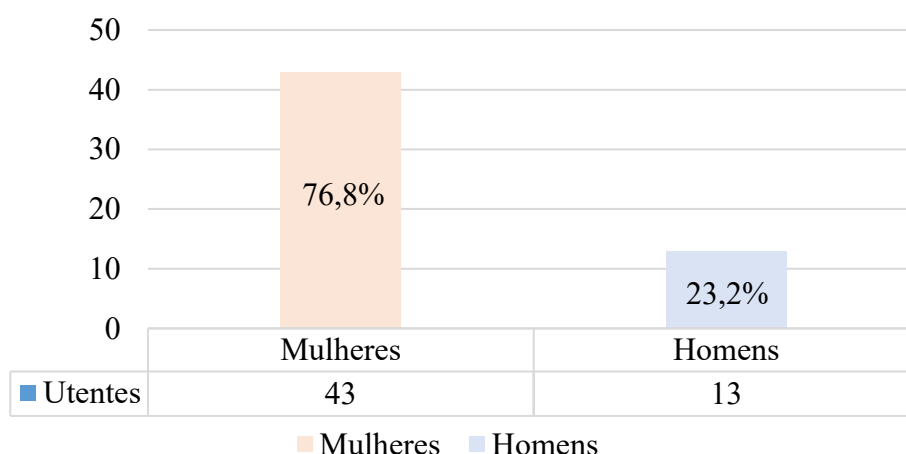
A equipa é composta por sete profissionais, que estão a tempo integral e que compõem o quadro de pessoal da resposta social de CD, mais especificamente o Diretor Técnico, Animadora Sociocultural, Cozinheira, Auxiliar de Cozinha, duas Auxiliares de Ação Direta e ainda uma Auxiliar de Serviços Gerais. Existem ainda mais três técnicos superiores (Enfermeira, Documentalista e *Marketeer* Social) e uma Auxiliar de Serviços Gerais que estão grande parte do seu tempo nesta resposta Social de CD.

No momento, a Instituição detém de 11 viaturas, (cinco viaturas de 9 lugares, quatro viaturas de dois lugares, uma viatura de cinco lugares e ainda uma viatura tipo furgão, que são utilizadas para as diversas respostas sociais da Instituição.

### 3.2 - Caracterização dos utentes da instituição

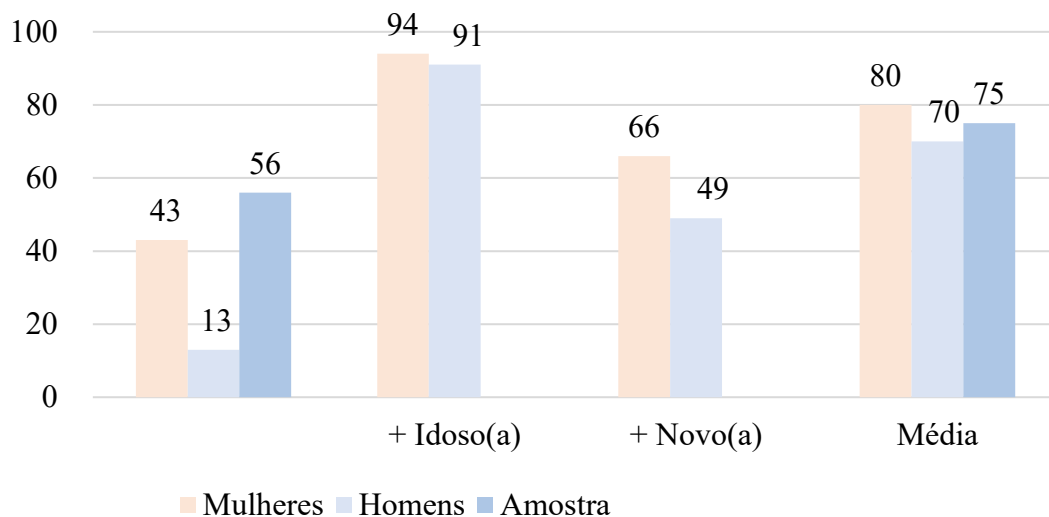
As fichas de inscrição desempenham um papel essencial tanto na organização de uma IPSS, quanto para o utente e respetiva família. As fichas de inscrição formalizam o início do acolhimento, reúnem informações importantes que orientam a equipa e permitem aos utentes um acompanhamento mais individualizado e adequado. Com estas fichas, consegue-se ter toda a informação centralizada, identificar as necessidades, integrar as famílias e reduzir os riscos, facilitando assim todo o acompanhamento ao utente.

Através destas fichas, que fazem parte dos processos de cada utente, consegui analisar uma série de dados sociodemográficos do grupo existente na instituição, propriamente na resposta social de CD. A Instituição dispõe de 56 utentes inscritos, sendo na sua maioria do sexo feminino (76,8%).



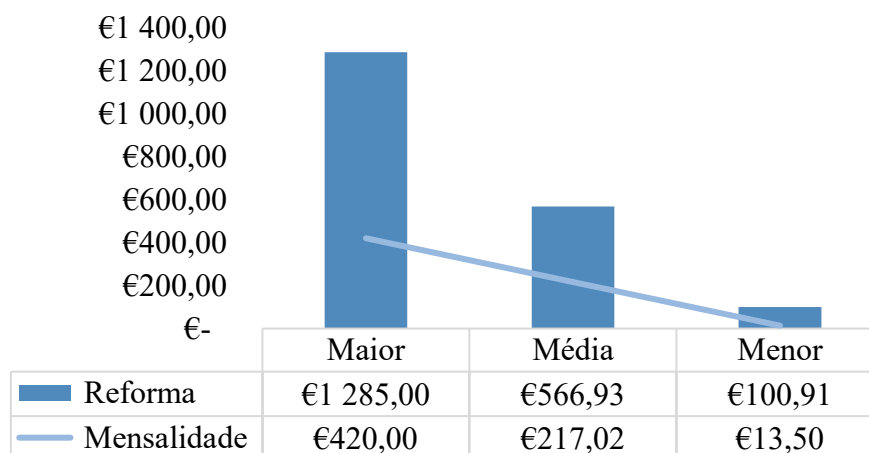
**Gráfico 1** – Número de utentes por sexo

No que se refere às idades, constatou-se que o utente mais velho da resposta social tem 94 anos e é do sexo feminino. O utente mais novo é homem e tem apenas 49 anos. Em relação à média de idades, a média geral da amostra foi de 75 anos. Quando relacionado com o género, podemos concluir que 80 anos é a média do sexo feminino e que 70 anos é a média referente ao masculino (Gráfico 2).



**Gráfico 2** – Idades máximas e mínimas/ média por sexo

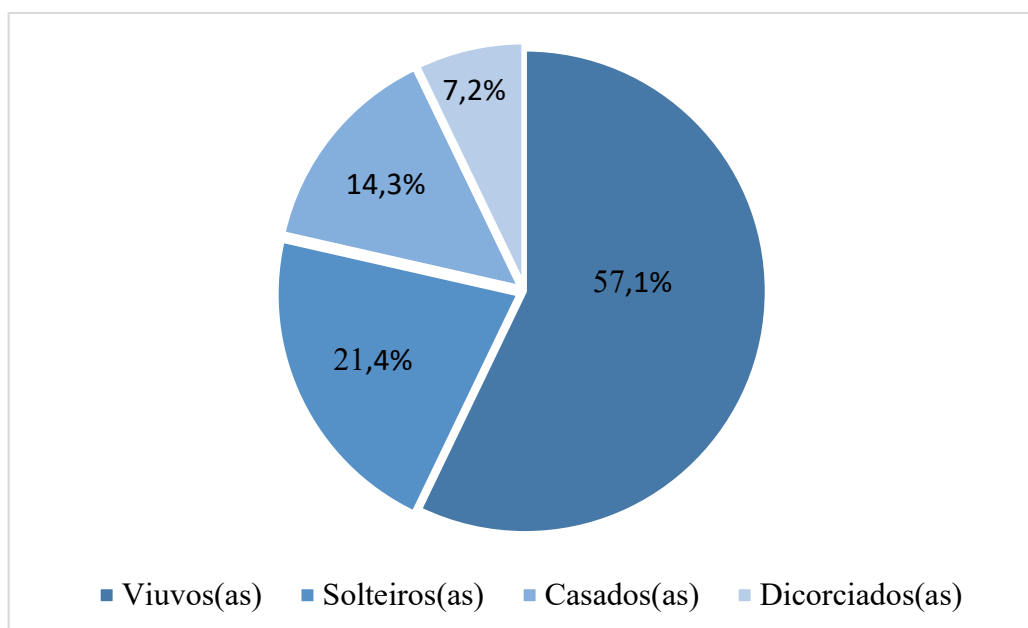
Na ficha de inscrição, estavam disponíveis os valores das reformas dos utentes e quais as mensalidades que estavam a pagar para frequentar a resposta social de CD. Nesse sentido, verificou-se que a reforma mais alta é de 1.285.00€ e que a mais baixa é de apenas 100.91€, fazendo uma média de 566,93€. No que se refere às mensalidades, a mais alta é de 420€ e a mais baixa de apenas 13,50€, fazendo uma média de 217,02€ (Gráfico 3).



**Gráfico 3** – Reformas e Mensalidades

O estado civil pode influenciar vários aspetos nas vidas das pessoas mais velhas, contudo a nível financeiro, constatou-se que se por um lado os utentes casados repartiam rendimentos maiores, o que pode significar uma maior segurança financeira, por outro lado, já os utentes viúvos (as) e divorciados (as) vivenciavam uma perda significativa de rendimentos.

Ao nível do estado civil, podemos concluir que os viúvos (as) eram o estado civil predominante (51,7%) (Gráfico 4).



**Gráfico 4** – Estado Civil

É comum que algumas pessoas mais velhas de diferentes concelhos e freguesias frequentem Instituições fora das suas áreas de residência. Isto deve-se em parte à falta de vagas, ofertas de serviços específicos e ou até preferências pessoais ou familiares permita com que isso aconteça com alguma frequência.

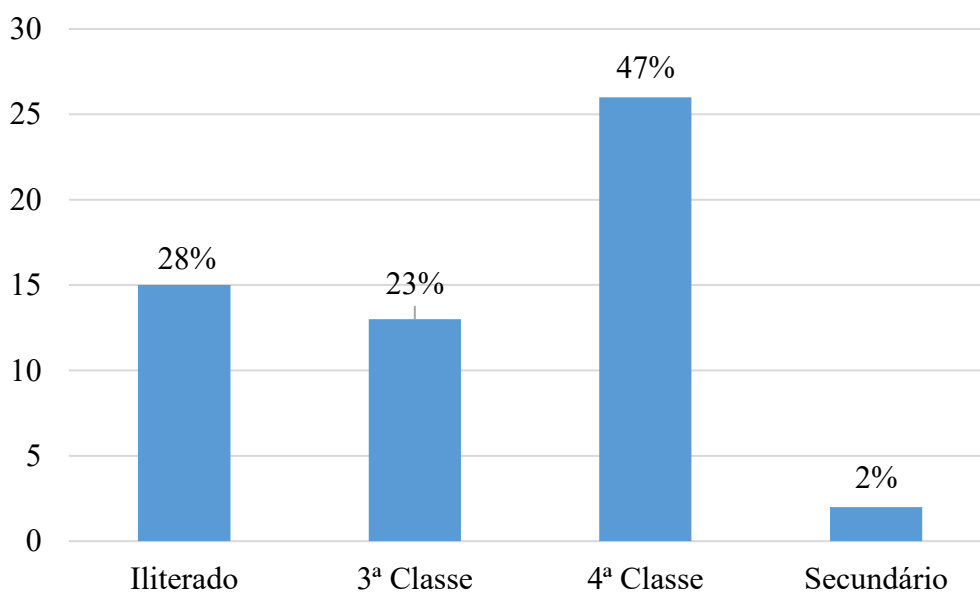
Neste sentido, os utentes desta Instituição dividiam-se por serem residentes em três concelhos distintos, visto a instituição estar geograficamente rodeada e muito próxima de freguesias de outros dois concelhos, permitindo à instituição ter 57% dos utentes do concelho onde se localiza a instituição e 43% de utentes de dois outros concelhos vizinhos.

Sabe-se que ter um número considerado de filhos, não significa necessariamente ter uma rede de apoio familiar sólida e positiva. Existem fatores, como a distância geográfica, compromissos familiares, condições de saúde e financeiras dos próprios filhos e até preferências pessoais das pessoas mais velhas que podem interferir nessa retaguarda familiar. Assim, enquanto ter filhos pode ser um potencial, contudo há diversos fatores que influenciam a possibilidade de ter ou não esse suporte.

Em relação ao número de filhos, que é considerado na ficha de inscrição como retaguarda familiar, podemos concluir que os utentes tinham em média 3 filhos (16,07%). Cerca de 18% não tinham filhos.

No mesmo processo dos utentes, existe uma ficha de avaliação diagnóstica, que é preenchida já numa fase em que o utente terminou o processo de adaptação e é essencial para a equipa técnica conhecer melhor o perfil e as necessidades do mesmo. De uma forma geral, detém novamente os dados pessoais e socioeconómicos dos utentes, uma avaliação funcional do estado físico e das capacidades de realizar as diversas atividades diárias, uma breve avaliação cognitiva e emocional, as capacidades e interesses, o contexto habitacional e por fim, ainda as necessidades de apoio e as intervenções necessárias. Nesse sentido, estes são igualmente dados importantes para a caracterização destes utentes.

No que se refere à escolaridade, conclui-se que 47% da nossa amostra tem apenas a 4ª classe e que apenas 2% da amostra tem o nível de secundário (Gráfico 5).



**Gráfico 5** – Nível de Escolaridade

As condições habitacionais são essenciais para o bem-estar e para a qualidade de vida das pessoas mais velhas, uma vez que o ambiente onde vivem afeta diretamente a saúde, segurança, autonomia e independência. Investir em boas condições habitacionais pode em alguns casos, ser complicado, contudo, é sem dúvida uma medida que garante um envelhecimento com

dignidade e com uma certa e maior independência. Dos utentes da amostra, 44,60% viviam nas suas próprias casas, 35,7% partilhavam a habitação com alguém, 12,50% viviam em casas cedidas, e apenas 7,10% viviam em casas arrendadas.

Em relação às condições habitacionais, de uma forma geral, 67,90% dos utentes viviam com condições Muito Boas/ Boas, 26,80% em condições consideradas razoáveis e apenas 5,40% da amostra viviam com más condições habitacionais.

O regime habitacional e as respetivas condições são fatores muito importantes para este grupo de pessoas mais velhas. Terem habitações próprias, proporcionará de certa forma, uma maior estabilidade e segurança, contudo pode não existir as condições físicas necessárias.

Por outro lado, terem habitações arrendadas, pode também significar ausência dessas mesmas condições. Quando se refere às habitações cedidas, por um lado significa uma redução de custos, por outro lado pode significar uma certa dependência.

Em relação às habitações partilhadas, esta modalidade por ser benéfica para o bem-estar emocional e social, mas de certa forma poderá significar uma perda de privacidade. Estas e outras questões como acessibilidades, conforto térmico, ventilação, iluminação, segurança são fundamentais para analisar mais especificamente estas modalidades.

Fazendo uma ligação entre o regime habitacional e as condições habitacionais, pode-se concluir que 28,60% das condições consideradas muito boas eram daqueles que vivem numa casa partilhada. Quando se fala em condições boas e razoáveis, 41,10% da amostra estava no regime de casa própria e em relação às condições más, verificou-se que nenhum dos utentes estava nessas condições habitacionais, numa casa partilhada (Tabela 3).

**Tabela 3** - Comparação entre o Regime Habitacional e as Condições

Condições	Casa Própria		Casa Arrendada		Casa Cedida		Casa Partilhada	
	Muito Boas	1	1,80%	-	0,00%	4	7,10%	16
Boas	13	23,20%	1	1,80%	-	0,00%	3	5,40%
Razoáveis	10	17,90%	2	3,60%	2	3,60%	1	1,80%
Más	1	1,80%	1	1,80%	1	1,80%	-	0,00%

A religião desempenha um papel fundamental na Instituição, pois maioritariamente foram educados no catolicismo. A fé traz um conforto espiritual e oferece um apoio moral e social. A religião acaba por ser uma âncora emocional em vários momentos, além disso, ajuda a preservar determinados valores e tradições que os utentes trazem consigo.

É ritual nesta instituição a prática de rezar o terço diariamente e mensalmente a realização de uma missa com o presidente da instituição. Além de serem momentos de devoção pessoal, não deixa de ser um momento de convívio e de partilha de experiências de fé.

Neste caso, na instituição 98,20% eram religiosos/ católicos e apenas 1,80% da amostra não se identificavam com nenhuma religião.

A última profissão dos utentes, antes da reforma, pode influenciar significativamente a forma como vivem o envelhecimento. As profissões acabam por moldar a identidade e o estilo de vida e as expectativas das pessoas em relação à reforma. Na sua grande maioria, estes utentes dedicaram-se a profissões de menor qualificação e sentiam principalmente um alívio físico ao se encontrarem reformados.

Como se pode verificar na tabela seguinte, 60,70% da amostra dedicou a sua vida profissional ao trabalho Doméstico/Agricultura

Surgiu ainda uma percentagem de 5,40% da amostra com pessoas que nunca trabalharam.

**Tabela 4** – Profissões exercidas antes da institucionalização

<b>Administrativos</b>		<b>Agricultura</b>		<b>Alfaiate</b>		<b>Artesão</b>	
1	1,80%	14	25,00%	1	1,80%	1	1,80%
<b>Comerciante</b>		<b>Construção Civil</b>		<b>Costureira</b>		<b>Cozinheira</b>	
2	3,60%	4	7,10%	1	1,80%	1	1,80%
<b>Doméstica</b>		<b>Ferroviário</b>		<b>Metalúrgico</b>		<b>Nunca Trabalhou</b>	
20	35,70%	1	1,80%	4	7,10%	3	5,40%
<b>Operário Fabril</b>		<b>Técnico Reparações</b>					
2	3,60%	1	1,80%				

Como já referido anteriormente, a instituição dispõe de um gabinete de Enfermagem disponível para os utentes de CD. Neste âmbito, existe um documento de acompanhamento clínico atualizado regularmente pelo gabinete de enfermagem sob a supervisão da enfermeira da instituição para cada utente, o que é essencial para garantir um atendimento contínuo, seguro e adaptado à saúde dos utentes, com tudo isto, desempenha um papel central na prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Esse documento monitoriza a saúde, de um modo geral, com registos essenciais da pressão arterial, glicemia, peso, entre outros. Este acompanhamento regular pode prevenir algumas complicações, pois ao perceber mudanças no quadro clínico, muitas das vezes encaminham os utentes para cuidados extras ou redobrados. Este documento é também uma ferramenta para a comunicação eficiente entre os vários profissionais de saúde que possam estar alinhados nos cuidados, promovendo assim uma abordagem integrada e rigorosa.

Em resumo, o documento de acompanhamento clínico é essencial para a promoção de um ambiente seguro e cuidadoso para a Instituição, promovendo assim uma maior qualidade de vida para os seus utentes e ainda uma sensação de maior segurança para os seus familiares.

Ao analisar as capacidades funcionais, ao nível da Alimentação verificou-se que 96,40% dos utentes eram independentes. Quanto ao autocuidado, que engloba a higiene pessoal, o uso sanitário e o vestir-se/ despir-se, 57,10% da amostra eram independentes e 37,50% dependiam parcialmente de alguém para o fazer (Tabela 5).

Em relação ao termo mobilidade, engloba também a transferência interior (cama-cadeirão/cadeira) e transferências exterior, 60,70% eram independentes e 37,50% parcialmente dependentes.

Quando nas dependências se referem trabalhos domésticos, estava também englobado a gestão do dinheiro e as idas às compras/farmácia. Neste campo, concluiu-se que 41,10% eram independentes, 39,30% parcialmente dependentes e 19,60% revelaram uma dependência total. No controlo do regime terapêutico, constata-se uma percentagem menor de pessoas independentes, com apenas 21,40%. Houve uma dependência parcial em 39,30%. Foi ainda na dependência total, deste regime terapêutico que se encontrou a maior percentagem desta tabela com 39,30% (Tabela 5).

**Tabela 5 – Capacidades Funcionais e Físicas**

<b>Dependências</b>	<b>Alimentação</b>		<b>Autocuidado</b>		<b>Mobilidade</b>		<b>Trabalhos Domésticos</b>		<b>Regime Terapêutico</b>	
<b>Independentes</b>	<b>54</b>	96,40%	<b>32</b>	57,10%	<b>34</b>	60,70%	<b>23</b>	41,10%	<b>12</b>	21,40%
<b>Dependência Parcial</b>	<b>1</b>	1,80%	<b>21</b>	37,50%	<b>21</b>	37,50%	<b>22</b>	39,30%	<b>22</b>	39,30%
<b>Dependência Total</b>	<b>1</b>	1,80%	<b>3</b>	5,40%	<b>1</b>	1,80%	<b>11</b>	19,60%	<b>22</b>	39,30%

Conhecer as principais patologias que afetam as pessoas mais velhas é crucial para os profissionais de uma Instituição, pois permite adaptar cuidados, atividades e estratégias de prevenção de forma mais eficaz.

Em relação a este domínio, a hipertensão é dos diagnósticos mais frequentes, com 71,40% dos utentes, seguido das patologias motoras, que preencheram 51,80% da amostra, e por último, com 48,20%, as patologias cardíacas e circulatórias (Tabela 6).

As patologias neurológicas e a diabetes *mellitus* surgiram em 41% dos utentes. Cerca de 39% reportaram doenças auditivas e visuais. Com uma elevada percentagem, surgiu a demência de tipo Alzheimer, com 25% da amostra a ter um diagnóstico deste no estado moderado a grave. Os problemas gastrointestinais com 23,30% e ainda com 16,10% as doenças urinárias foram igualmente identificadas com percentagens menores, aparecem os problemas respiratórios com

8,90% e as neoplasias com 1,80%. De salientar ainda que a presente tabela continha as patologias infectocontagiosas, mas à data não existia nenhum utente com estas patologias.

**Tabela 6 – Patologias Atuais**

Patologias	Respiratórias		Urinárias		Cardíacas/circulatórias		Hipertensão	
<b>Homens</b>	<b>1</b>	1,8%	<b>2</b>	3,6%	<b>1</b>	1,8%	<b>8</b>	14,3%
<b>Mulheres</b>	<b>4</b>	7,1%	<b>7</b>	12,5%	<b>26</b>	46,4%	<b>32</b>	57,1%
<b>Total</b>	<b>5</b>	8,9%	<b>9</b>	16,1%	<b>27</b>	48,2%	<b>40</b>	71,4%

Patologias	Gastrointestinais		Neoplasias		Auditivas e Visuais		Neurológicas	
<b>Homens</b>	<b>3</b>	5,4%	<b>1</b>	1,8%	<b>6</b>	10,7%	<b>6</b>	10,7%
<b>Mulheres</b>	<b>10</b>	17,9%	-	-	<b>16</b>	28,6%	<b>17</b>	30,4%
<b>Total</b>	<b>13</b>	23,3%	<b>1</b>	1,8%	<b>22</b>	39,3%	<b>23</b>	41,1%

Patologias	Diabetes		Motoras		Alzheimer Moderada a Grave	
<b>Homens</b>	<b>4</b>	7,1%	<b>3</b>	5,4%	<b>2</b>	3,6%
<b>Mulheres</b>	<b>19</b>	33,9%	<b>26</b>	46,4%	<b>12</b>	21,4%
<b>Total</b>	<b>23</b>	41,00%	<b>29</b>	51,8%	<b>14</b>	25,0%

### **3.3 - Análise das respostas ao questionário de avaliação do grau de satisfação das atividades do CD pelos utentes da Instituição**

Esta instituição tem 56 utentes, destes foram excluídos 22, de acordo com a avaliação da enfermeira. Mais concretamente, 14 utentes foram excluídos por terem diagnóstico de Demência do tipo de Alzheimer, numa fase considerada moderada a grave. Além disso, 8 utentes foram excluídos, pelas seguintes situações: falecimento (1 utente), desistência da Resposta Social (2 utentes), internamento hospitalar (2 utentes), ausência por tempo indeterminado (1 utente) e ainda (2 utentes) que tinham duas deficiências em simultâneo, mudez e surdez que impossibilita a comunicação e a aplicação do questionário. Deste modo, a amostra total foi de 34 utentes, que responderam ao questionário.

Esta amostra apresentou uma média de idades de 77 anos, tendo variado entre uma idade mínima de 56 e máxima de 90. O sexo feminino foi o mais prevalente (76,5%). O estado civil viúvo(a) atingiu os 55,9% da amostra, logo de seguida os solteiros (as) com 23,4%. Cerca de 44% dos utentes estavam na instituição há mais de 5 anos. (Tabela 7).

**Tabela 7** – Resultados da caracterização sociodemográfica da amostra

<b>Idades</b>	<b>Percentagens</b>	<b>Género</b>	<b>Estado Civil</b>	
55-65	11,8%	Feminino	Solteiro (a)	23,4%
66-75	29,4%	76,5%	Casado (a)	11,8%
76-85	26,5%	Masculino	Divorciado(a)	8,9%
86-90	32,3%	23,5%	Viúvo(a)	55,9%

<b>Tempo de frequência na Instituição</b>	<b>Percentagem</b>
Menos de 1 ano	35,1%
1 a 2 anos	2,8%
2 a 3 anos	8,9%
3 a 4 anos	8,9%
Mais de 5 anos	44,3%

Todos os inquiridos, responderam positivamente o facto de a Instituição proporcionar atividades aos seus utentes, ser uma mais-valia, reconhecendo assim a importância das atividades.

No que se refere à avaliação e frequência das atividades existentes na instituição (Tabela 8), a atividade com menos percentagem de participação é a da Sessão de Música e Canto, com apenas 50% de frequência. A atividade com mais adesão, diz respeito à atividade de rezar o terço com uma percentagem de 79,4%. Pode-se ainda concluir que não existe ninguém muito insatisfeito (a), nem insatisfeito(a) com as atividades.

A taxa maior de satisfeito(a) é de 52,9% que corresponde ao Projeto Musicalidade (Sessão de Música) e a percentagem maior de muito satisfeito(a) é de 58,8% e diz respeito a atividade de rezar o terço. A percentagem maior de nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a) é da atividade de ginástica com 8,8%.

**Tabela 8** – Percentagem da participação e da avaliação das atividades

<b>Atividades</b>	<b>Participação</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Hora da Informação</b>	61,8% - Participa 38,2% - Não Participa	14,6% - Satisfeito(a) 47,2% - Muito Satisfeito(a)
<b>Projeto Musicalidade (Sessão de Música)</b>	73,5% - Participa 26,5% - Não Participa	2,9% - Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 52,9% - Satisfeito(a) 17,7% - Muito Satisfeito(a)
<b>Projeto Musicalidade</b>	67,6% - Participa 32,4% - Não Participa	5,9% - Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 17,6% - Satisfeito(a)

<b>(Sessão com a Psicóloga)</b>		44,1% - Muito Satisfeito(a)
	<b>Sessão de Música e Canto</b>	50,0% - Participa 50,0% - Não Participa
<b>Aula de Ginástica</b>		2,9% - Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 11,8% - Satisfeito(a) 35,3% - Muito Satisfeito(a)
		64,7% - Participa 35,3% - Não Participa
<b>Rezar o Terço</b>		8,8% - Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 23,5% - Satisfeito(a) 32,4% - Muito Satisfeito(a)
		79,4% - Participa 20,6% - Não Participa
<b>Telejornal, jogos de mesa, dinâmicas de grupo, etc...</b>		20,6% - Satisfeito(a) 58,8% - Muito Satisfeito(a)
		58,8% - Participa 41,2% - Não Participa
		5,9% - Nem satisfeito(a) / Nem Insatisfeito(a) 14,7% - Satisfeito(a) 38,2% - Muito Satisfeito(a)

Na seguinte tabela, estão apresentados os principais motivos para o ingresso na Instituição. As respostas foram organizadas por categorias e subcategorias, permitindo uma visão mais clara e estruturada. De uma forma geral, e através da frequência de determinadas respostas, verificou-se que os motivos predominantes, foram do foro social, associados ao isolamento e à solidão e ainda à falta de retaguarda familiar (Tabela 9).

**Tabela 9** – Análise das respostas sobre os motivos apresentados para o ingresso no CD

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Exemplos de respostas</b>	<b>Frequência</b>
<b>Motivos Sociais</b>	Solidão e Isolamento	“Não queria estar sozinha, fui eu que quis vir para o centro” (Participante A).	21
		“Porque estava sozinho em casa, a minha esposa ainda está nos cuidados continuados” (Participante B).	
<b>Motivos Familiares</b>	Falta de Suporte familiar	“Para não estar sozinha em casa, o meu filho pediu ajuda ao centro social” (Participante C).	11
		“Não tinha quem cuidasse de mim, tive que vir para o centro” (Participante C).	
		“A minha filha tem a vida dela, não pode estar sempre à minha beira, então vim para aqui” (Participante D).	
		“Estava sozinha na casa da minha filha, ela vai trabalhar, então vim para aqui” (Participante E).	
		“O meu marido estava acamado e não podia cuidar de mim” (Participante F).	

<b>Motivos de Saúde</b>	Influência de familiares, vizinhos e outros	<p>“Vim morar para casa da minha filha e ela falou-me de vir para o centro que estava aqui muita gente que eu conhecia e então vim” (Participante G).</p> <p>“O meu marido já estava aqui e eu vim porque ele disse que me fazia bem e depois a minha psiquiatra também disse para vir” (Participante H).</p> <p>“A minha neta disse para eu vir para aqui, que faziam muita coisa para distrair a cabeça, ela vê tudo na Internet” (Participante I).</p>	7
	Doença Mental	<p>“Foram as minhas filhas que procuraram um centro, estava sempre com depressões” (Participante J).</p> <p>“Vim depois de ter estado internado na psiquiatria por tentativa de suicídio” (Participante C).</p> <p>“Por causa de problemas graves de saúde, entrei em depressão e comecei a beber muito e andava toda a noite em pé” (Participante K).</p>	4
	Perda de Autonomia/ Independência e outras doenças	<p>“Eu vim dos cuidados continuados para aqui, não podia estar sozinha em casa” (Participante C).</p> <p>“Porque a minha sobrinha não podia cuidar de mim e também porque caí e fiquei a andar pior” (Participante L).</p>	3
	Procura de Bem-estar e lazer	<p>“Porque me queria distrair, aqui não falta pessoas para falar” (Participante D).</p> <p>“Quis vir para aqui, para me sentir mais alegre e feliz” (Participante M).</p> <p>“Porque me queria distrair, estava sozinha em casa” (Participante E).</p> <p>“Precisava de aliviar a cabeça de maus pensamentos, estava a ficar muito parada” (Participante C).</p>	7
<b>Motivos Económicos</b>	Dificuldades financeiras	<p>“Eu tenho um filho deficiente, e então arranjei uma Instituição própria para ele e vim para aqui. Estava a ficar muito cansada e é mais barato que ter uma empregada em casa” (Participante N).</p>	1

Com o objetivo de compreender os benefícios percebidos pelos utentes em participar nas diversas atividades do CD, as respostas foram divididas igualmente em categorias e em subcategorias, para permitir uma análise mais detalhada dos diversos aspetos positivos evidenciados pelos inquiridos. Em relação aos benefícios, a frequência de respostas destacou

os benefícios ao nível da saúde psicológica e física e ainda os benefícios cognitivos como a maior valia destas atividades (Tabela 10).

**Tabela 10** – Análise das respostas sobre os principais benefícios em participar nas atividades

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Exemplos de respostas</b>	<b>Frequência</b>
<b>Benefícios Cognitivos</b>	Estimulação da memória	<p>“Faz-nos desenvolver muito a memória e aprendemos muita coisa, passamos bem o tempo” (Participante A).</p> <p>“Faz bem à cabeça, por exemplo as músicas fazem-nos lembrar o antigamente e estamos concentrados” (Participante B).</p> <p>“É ótimo, saímos da monotonia, temos estímulos para fazer muita coisa, muito importante para a saúde mental e física, faz tudo bem para a cabeça” (Participante C).</p>	16
	Aprendizagem de novas competências	<p>“Faz bem a tudo, mas principalmente à memória, aprendemos sempre jogos novos e histórias novas” (Participante D).</p> <p>“Faz-me desenvolver e aprender outras coisas, em casa não tinha nada disto” (Participante E).</p>	7
<b>Benefícios de Saúde (Psicológicos e físicos)</b>	Saúde mental	<p>“Eu não sou muito de participar, mas passo o tempo a ver as pessoas fazerem coisas bonitas e fico contente, faz-me muito bem à cabeça” (Participante B).</p> <p>“Passamos melhor o tempo, havendo atividades eu fico logo melhor, fico mais feliz e apetece-me logo falar, se não houver atividades fico nervosa” (Participante A).</p> <p>“A minha médica de família diz que me faz muito bem e já se nota a diferença” (Participante H).</p> <p>“Benefícios para a depressão, isto faz-me bem, estou entretida” (Participante F).</p> <p>“Á minha cabeça faz-me bem, ando na psiquiatria e esta distração é boa para a cabeça” (Participante G).</p>	17
	Melhoria do Humor/ autoestima	<p>“Desperta a gente, gosto muito de participar em tudo que se faz, faz-me bem para rir e ficarmos alegres” (Participante H).</p> <p>“Dá-me alegria participar, rio-me muito” (Participante I).</p> <p>“Rimo-nos muito, e também aprendemos muito, quando são jogos e acertamos nas perguntas, ficamos muito contentes” (Participante J).</p>	12
		<p>“Faz-nos bem mexer o corpo” (Participante B).</p> <p>“Faz bem a tudo, à saúde, ao corpo, mexer, ter movimento e ginástica” (Participante C).</p>	7

<b>Benefícios de Lazer</b>	Promoção da Atividade Física	“A ginástica, por exemplo, faz-nos bem ao corpo e aos ossos” (Participante L).	
	Ocupação dos tempos livres	“Se tivermos em casa, não fazemos nada” (Participante A). “Termos atividades faz-nos não estarmos parados sem fazer nada” (Participante B). “Faz-me distrair e passar melhor o tempo, fico alegre” (Participante M). “Estarmos ocupados, faz que a gente nem pense nos problemas” (Participante B).	11
<b>Benefícios Sociais</b>	Redução do Isolamento Social	“Estava em casa sozinha, aqui passo muito melhor o tempo e ainda tenho amigas novas e estou com outras que já não via a muitos anos” (Participante A). “Ajuda a reviver, faz-nos desabafar com os nossos colegas” (Participante L). “Este convívio que temos aqui é muito bom, estar em casa sozinha é mau, só pensamos no que não devemos” (Participante E).	8

Com base nas respostas obtidas, foram identificadas diversas sugestões de melhorias relacionadas com as atividades no CD (Tabela 11). De uma forma geral, as melhorias propostas foram ao nível dos conteúdos e das temáticas das mesmas atividades, apelando a uma maior personalização das mesmas, recorrendo à criatividade e à inovação.

**Tabela 11** – Análise das respostas sobre sugestões de melhoria para as atividades

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Exemplos de respostas</b>	<b>Frequência</b>
<b>Edifício</b>	Melhorias nas Instalações	“Acho que devíamos ter uma sala diferente para as atividades, aqui torna-se muito confuso” (Participante A).	6
		“Gostava que fizessem atividades na sala mais pequena, a outra sala é demasiado grande e confusa” (Participante B). “Termos uma sala grande para as atividades” (Participante C). “Ter um espaço para massagens, por causa das dores nas pernas e dos joelhos” (Participante E). “Uma sala maior, andamos sempre em cima uns dos outros” (Participante F).	
<b>Conteúdo das</b>		“Trazer novidades aqui para o centro, pessoas a cantar e magia” (Participante G).	7

Atividades	Criatividade e inovação	<p>“Eu gosto mais de ver do que participar, mas podia vir aqui ao centro alguém cantar” (Participante H).</p> <p>“Nas aulas de música, haver músicas de igreja, para cantarmos na missa” (Participante C).</p> <p>“Devia de haver um torneio de sueca” (Participante A).</p> <p>“Devia de haver mais dança e muita música, termos uma professora só para dançar” (Participante F).</p> <p>“Eu gosto muito de pintar e aqui não fazemos muito isso, pintar faz-me criar e desenvolver as ideias” (Participante E).</p> <p>“Sugiro mais atividades na natureza, eu em nova não passei muito e então agora tenho possibilidade para o fazer, adoro a natureza e podemos fazer tanta coisa lá fora” (Participante L).</p>	
	Personalização	<p>“Que fossem menos jogos, porque eu não sei ler e então não consigo participar” (Participante C).</p> <p>“Gostava que houvesse mais música, com instrumentos” (Participante E).</p> <p>“Mais música de baile, gosto de as ver dançar, eu não posso” (Participante H).</p> <p>“Devia haver mais gente a jogar jogos de mesa e nos passeios deviam levar sempre a alimentação de dieta” (Participante M).</p> <p>“Uma sala só para quem quiser fazer as atividades” (Participante L).</p> <p>“Gostava que houvesse mais saídas, ir à praia por exemplo” (Participante O).</p> <p>“Gostava de ir a Fátima” (Participante P).</p> <p>“Tenho dificuldade em ler, e não consigo ler muito bem as músicas da musicalidade, são letras pequenas e canções modernas”. (Participante F).</p>	8
	Organização	<p>“Estar mais organizado quem reza o terço, que elas empurram umas para as outras” (Participante C).</p> <p>“Ser num espaço separado para algumas atividades, porque as vezes estão muitas que não têm interesse em nada” (Participante D).</p> <p>“Menos pessoas nas atividades, fazerem grupos mais pequenos, com muita gente, faz-me enervar é muito barulho” (Participante H).</p>	3
	Horários	<p>“Mais tempo de música e canto, eu adoro música e queria mais tempo” (Participante B).</p> <p>“Melhores horários, interferem com as refeições” (Participante E).</p>	5

<b>Comunicação</b>	Valorizar opiniões	“As atividades deviam ser mais tempo, passa muito rápido” (Participante F).	1
		“Os utentes não deviam chamar a atenção uns aos outros durante as atividades” (Participante A).	
<b>Interação Social</b>	Participação	“Gostava que houvesse mais gente que participasse nos jogos de cartas e de dominó” (Participante L).	3
		“Que participasse toda a gente porque lhes fazia muito bem” (Participante N).	

A última pergunta do questionário solicitava que outras atividades os utentes gostariam de ter na instituição, de forma a compreender melhor os seus interesses e preferências. De uma forma geral, os utentes destacaram as atividades recreativas e culturais, nomeadamente os passeios ao exterior, a aprendizagem de novas competências, música e dança. Contudo, há várias atividades que foram sugeridas e que podem ser interessantes e relevantes, para um novo plano de atividades mais adequado aos interesses dos seus beneficiários (Tabela 12).

**Tabela 12** – Análise das respostas sobre a sugestão de novas atividades

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Exemplos de respostas</b>	<b>Frequência</b>
<b>Atividades Físicas</b>	Caminhadas	“Acho que devíamos fazer um grupo de caminhadas, incentivarmos mais pessoas a andar, faz-nos bem” (Participante B).	1
	Futebol	“Gostava que voltássemos a fazer a equipa de futebol e irmos jogar ao estádio” (Participante E).	3
	Jogos	“Podíamos jogar à malha, já há muitos anos que não jogo” (Participante F).	1
	Ginástica	“Acho que devíamos ter mais ginástica durante a semana, é muito importante para a saúde” (Participante G).	1
	Artes Marcial	“Gostava de experimentar uma arte marcial, não era para bater em ninguém, mas era para saber como defesa” (Participante H).	1
	Aprender a tocar Instrumentos	“Gostava de ter aulas de cavaquinho para aprender a tocar” (Participante A).	2
<b>Atividades Recreativas e Culturais</b>	Aprendizagem e novas competências	“Gostava que houvesse uma atividade que me ensinasse a ler e a escrever, nem que fosse poucas coisas” (Participante C).	5
		“Fazermos uma peça de teatro, entre os funcionários e os utentes” (Participante D).	

		“A enfermeira podia fazer mais sessões de temas de saúde, é bom estarmos informados” (Participante F).	
	Competição	“Podiam fazer um torneio de dominó, não há muita gente que jogue, mas podiam gostar” (Participante G).	3
		“Gostava de fazer cantares ao desafio” (Participante H).	
		“Um torneio de cartas, sueca, nunca fizemos” (Participante I).	
		“Gostava de fazer um passeio às caves do vinho do Porto” (Participante B).	20
	Passeios ao Exterior	“Gostava de andar de barco” (Participante C).	
		“Fazermos mais passeios ao exterior, até agora no inverno, faz sempre falta dar um passeio” (Participante D).	
		“Podíamos ir mais vezes a Fátima, ou até a algumas igrejas muito bonitas que há” (Participante E).	
		“Gostava de andar de avião” (Participante G).	
		“Gostava de ir a Santa Luzia de Viana do Castelo” (Participante H).	
		“Fazer piqueniques durante o verão em vários parques de lazer” (Participante I).	
		“Podíamos ir ao cinema ver algum filme novo” (Participante J).	
		“Gostava de ir ver um presépio ao vivo” (Participante K).	
	Moda	“Tenho um sonho de ir visitar a torre Eiffel” (Participante M).	
		“Podíamos fazer novamente um desfile de moda”. (Participante E).	1
	Música/ Dança	“Mais aula de música, mas com dança” (Participante A).	9
		“Gostava de fazer mais vídeos engraçados com danças, para os meus familiares verem na internet” (Participante C).	
		“Podíamos ir a uma discoteca ou a uma danceteria” (Participante E).	
		“Podíamos ter uma professora que nos ensinasse a dançar” (Participante F).	
	Culinária	“Podíamos fazer um livro com receitas de doces com a colaboração de todos” (Participante H).	1
	Religiosas	“Podíamos ter missa todos os dias aqui no centro” (Participante I).	1
	<b>Atividades Radicais</b>	“Gostava de voltar a andar de Karting, como fizemos aqui a uns anos atrás” (Participante B).	4
		“Gostava de voltar a passear de jeeps no monte, gostei muito” (Participante E).	

<p><b>Atividades com fins Terapêuticos</b></p>	<p>“Gosto muito de jardinagem e de flores, podíamos ter aqui um jardim para cuidarmos” (Participante E).  “Podíamos ter aulas de hidroginástica, bastava nos levarem para a piscina” (Participante F).  “Podíamos voltar a ter Yoga do Riso ou Yoga normal, como já tivemos aqui uma vez” (Participante G).  “Podíamos ter um fisioterapeuta aqui sempre, ou um massagista para nos ajudar nas dores das pernas e da coluna” (Participante I).  “podíamos ter relaxamento, como a minha neta faz, assim andávamos todas mais calmas” (Participante J).  “Gostava de ir às termas, aqui há uns anos atrás ia e gostava muito, fazia-me muito bem” (Participante K).  “Podíamos ter natação” (Participante E).</p>	<p>7</p>
<p><b>Atividades Manuais</b></p>	<p>“Gostava que houvesse mais manualidades, tricô, ponto de cruz, malhas de agulha, aqui há muita gente disso” (Participante D).  “Gosto muito de pintar, aqui podíamos pintar mais” (Participante F).</p>	<p>3</p>
<p><b>Atividades estimulação cognitiva</b></p>	<p>“Mais jogos para puxar pela cabeça, eu gosto muito de fazer” (Participante H).  “Gosto muito de ler e escrever, aqui podíamos escrever um livro das nossas histórias” (Participante I).  “Gostava que se fizesse mais sopas de letras e palavras cruzadas” (Participante J).</p>	<p>4</p>

### 3.4 - Análise SWOT

A análise SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) é uma ferramenta muito importante para poder avaliar e compreender todo um contexto interno e externo à Instituição (Rodrigues et al., 2005). No caso do CD, as atividades desempenham um papel importante para o bem-estar físico, cognitivo e emocional dos utentes. Esta análise permite identificar diversos pontos fortes que suportam as boas práticas, as fragilidades que podem limitar a qualidade dos serviços, as oportunidades de evoluir e ainda as ameaças que podem influenciar negativamente o funcionamento e a gestão da Instituição.

**Tabela 13 – Análise Swot**

<b>Fatores Internos</b>	
<b>Forças</b>	<b>Fraquezas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa organização da resposta social;</li> <li>• Instalações modernas e equipadas às necessidades básicas dos utentes;</li> <li>• Conforto e qualidade no cuidar;</li> <li>• Equipa qualificada;</li> <li>• Reconhecimento da comunidade como uma instituição confiável e com qualidade;</li> <li>• Distinção e aconselhamento por parte dos técnicos sociais dos centros hospitalares da área de residência.</li> <li>• Gabinete de enfermagem interno;</li> <li>• Comunicação positiva com o suporte familiar dos utentes;</li> <li>• Serviços essenciais básico adaptados aos utentes (higiene, administração de medicação, alimentação);</li> <li>• Ambiente seguro e acessível;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de formação contínua;</li> <li>• Saídas ao exterior insuficientes;</li> <li>• Poucas parcerias/protocolos com entidades externas;</li> <li>• Trabalho em rede social municipal insuficiente;</li> <li>• Necessidades básicas muito valorizadas, deixando a personalização e o desenvolvimento pessoal em segundo plano;</li> <li>• Necessidade de uma sala polivalente;</li> <li>• Uma maior diversificação das atividades;</li> <li>• Atividades que sejam realmente dos verdadeiros interesses e gostos das pessoas mais velhas;</li> <li>• Grupo demasiado grande para trabalhar determinadas competências e conhecimentos.</li> <li>• Recursos humanos e financeiros limitados;</li> <li>• Dificuldade em renovar equipamentos;</li> <li>• Falta de recursos humanos para atender adequadamente a pedidos especiais e de imprevistos;</li> <li>• Ausência de opções personalizadas;</li> <li>• O facto de estar institucionalizado obriga de certo modo a uma generalização de determinados comportamentos e regras, fazendo perder a individualidade dos utentes.</li> </ul>
<b>Fatores Externos</b>	
<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer protocolos com escolas de dança, música, teatro, existentes no concelho com a finalidade de criar programas inovadores e intergeracionais;</li> <li>• Candidaturas a projetos sociais de apoio a financiamento em diversas vertentes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concorrência: outros centros de dia apresentarem propostas diferenciadoras, mais atualizadas e com uma maior qualidade do serviço a preços mais competitivos;</li> <li>• Alterações nas políticas públicas, nomeadamente ao nível do financiamento que possa colocar em</li> </ul>

- 
- O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se;
  - Isolamento e solidão da população mais velha cada vez maior;
  - Localização da Instituição, pois encontra-se numa zona rural, onde há muita emigração das faixas etárias mais novas;
  - Promoção de atividades diferenciadoras, inovadoras e radicais através das novas tecnologias para atrair novos utentes;
  - Contribuir para desmistificar e desconstruir o preconceito em relação às capacidades e limitações das pessoas mais velhas.
- causa a sustentabilidade e a qualidade dos serviços da Instituição;
  - Mudança nos interesses dos utentes;
  - Falta de profissionais qualificados e com interesse na área do cuidar;
  - Valores de reformas/ pensões muito baixas;
  - Pandemias ou crises de saúde pública que obriguem a determinadas medidas e necessidades extras e que conduzam despesas extraordinárias;
  - Dececionar as expectativas das famílias com a integração do utente na instituição.
-

## **4. CAPÍTULO IV - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **4.1 - Fundamentação**

A realização de um projeto deve ter por base uma ideia imaginária que esteja de acordo com a realidade e que vá de encontro aos interesses dos seus participantes. Uma utopia que se desenvolva de forma graduada e que seja ajustada com a realidade. De acordo com Serrano (2008) a utopia proporciona a motivação que é precisa para obter a transformação da realidade, sendo a partir desta que a finalidade do projeto deve ser definida. Assim sendo, segundo Guerra (2002), as finalidades devem assinalar “(...) a razão de ser de um projeto e a contribuição que ele pode trazer aos problemas e às situações que se torna necessário transformar” (Guerra, 2002, p. 163).

A proposta deste projeto visa precisamente promover um envelhecimento ativo e significativo, através da reformulação do plano de atividades da instituição, garantindo que este seja verdadeiramente centrado nos interesses, valores e histórias de vida dos seus utentes. Esta abordagem enquadra-se no paradigma da intervenção centrada na pessoa, que valoriza a escuta ativa, a co-construção e a participação efetiva dos indivíduos nos processos que lhes dizem respeito. McCormack e McCance (McCormack & McCance, 2006) defendem que, ao envolver as pessoas na definição das decisões que afetam as suas vidas, se reforça o sentimento de agência, dignidade e bem-estar. Vários estudos (Aroogh & Shahboulaghi, 2020; Löfgren et al., 2022) demonstram que a participação ativa das pessoas mais velhas no planeamento e desenvolvimento de atividades institucionais está associada a benefícios significativos, como o aumento do sentimento de pertença, a preservação da identidade, a melhoria da autoestima e o fortalecimento dos laços sociais. Esta participação também combate a despersonalização institucional e contribui para respostas mais adaptadas, humanas e eficazes (Sixsmith et al., 2014).

De acordo com Farias e Santos (2012), o envelhecimento ativo fomenta uma expectativa de vida saudável, assegurando qualidade de vida a todos os indivíduos mesmo aos que já necessitem de cuidados devido às fragilidades e incapacidades individuais, assim sendo é necessário enriquecer os tempos livres das pessoas mais velhas que frequentam o CD, mas para que tal seja possível é essencial realizar uma avaliação multidimensional da pessoa mais velha, que nos permita o mapeamento das suas necessidades e interesses, além de um maior conhecimento da sua história e trajetória de vida, situação atual de saúde, hábitos de vida e lazer.

## 4.2 - Objetivos

No contexto de um projeto de intervenção, a definição de objetivos é uma das etapas fundamentais, uma vez que eles expressam os resultados que se esperam atingir com a intervenção, sendo que os objetivos gerais devem ser coerentes com a finalidade do projeto estabelecendo as grandes linhas orientadoras da intervenção (Guerra, 2002). De acordo com Serrano (2008, p. 44), os *objetivos* “(...) são os propósitos que se pretendem alcançar com a execução de uma acção planificada.”. Relativamente aos objetivos específicos, estes devem ser mais concretos nomeando de forma mais clara o que se pretende alcançar com a intervenção do projeto (Pérez Serrano, 2008).

Foram então estabelecidos os seguintes objetivos para o projeto de intervenção:

### **Objetivos Gerais:**

1. Elaborar um projeto de intervenção com um plano de atividades para utentes do CD, assente na avaliação dos seus interesses, gostos e necessidades;
2. Analisar os efeitos deste projeto de intervenção na redução do isolamento social e na melhoria do desempenho cognitivo, bem-estar psicológico, satisfação com a vida, e da perceção da qualidade de vida.

### **Objetivo Específico:**

3. Analisar o grau de satisfação dos utentes relativamente à participação neste projeto de intervenção, através da aplicação de um inquérito de avaliação de satisfação final das atividades.

## 4.3 - Público-Alvo

O público-alvo deste programa de intervenção são os utentes da instituição com idade igual ou superior a 65 anos e que manifestem interesse em participar. Como potenciais critérios de exclusão consideram-se os seguintes: presença de limitações sensoriais significativas que comprometam a participação efetiva nas atividades, diagnóstico de perturbação neurocognitiva major (ex. demência de tipo Alzheimer) no estado moderado a grave e ainda recusa em participar ou em prestar o consentimento informado necessário à integração no programa.

#### **4.4 - Procedimentos para a implementação e descrição do projeto de intervenção**

O projeto de intervenção foi desenvolvido com o objetivo de promover o envelhecimento saudável e ativo entre os utentes mais velhos da instituição, com idade igual ou superior a 65 anos.

A conceção deste projeto, mais especificamente o plano de atividades que integra, teve como base a análise dos resultados de um questionário de recolha de informação aplicado inicialmente, que permitiu identificar as necessidades, interesses e sugestões dos participantes, especialmente no que respeita à diversidade de atividades e à inclusão de saídas ao exterior.

Deste modo, a estrutura do projeto assenta num plano com nove grupos de atividades distintas, cada um com objetivos específicos direcionados para diferentes domínios, nomeadamente físico cognitivo e psicossocial. Desta forma, as atividades propostas incidem diferentes áreas como treino de memória, motricidade, expressão artística e atividade física. Ao todo, o plano prevê 35 sessões semanais, ao longo de doze meses, com uma duração média de 45 minutos cada. Para garantir a eficácia e o envolvimento dos participantes, as sessões foram organizadas em pequenos grupos, com um máximo de 12 utentes por atividade, permitindo uma abordagem mais personalizada. Os espaços utilizados serão variados, incluindo salas de convívio, áreas ao ar livre e locais específicos para arte e música, adaptando-se à natureza de cada intervenção.

Por outro lado, na implementação deste projeto teve-se em conta os recursos humanos e físicos disponíveis, bem como a realidade e dinâmica institucional. A realização das atividades respeitará assim, os horários habituais dos utentes, evitando sobreposições e promovendo uma maior adesão às atividades.

Acresce ainda, que para uma maior eficácia deste projeto será relevante ter em conta a colaboração com a comunidade local. Para isso, serão estabelecidas parcerias com diversas entidades e associações para suprir limitações de recursos humanos e enriquecer o leque de atividades. Assim, contará com o apoio de uma equipa multidisciplinar composta por técnicos da instituição, bem como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, artistas e instrutores de atividade física.

Entre as propostas sugeridas pelos utentes, destaca-se a criação de um cronograma extraordinário de saídas ao exterior, com o objetivo de promover uma maior socialização, combater a solidão e fomentar a integração na comunidade.

Para monitorizar a evolução e o impacto do projeto, será adotado um modelo de avaliação contínuo. Um questionário de satisfação (Anexo 5) será aplicado no final de cada quadrimestre, permitindo avaliar a eficácia da intervenção e recolher feedback valioso para ajustes futuros, garantindo que os objetivos traçados sejam atingidos de forma satisfatória.

De seguida, será apresentado o projeto de intervenção assente nas seguintes nove atividades: 1) Ritmo da Vida; 2) Ecos do Tempo; 3) Caminhos da Memória; 4) Idade Positiva; 5) Sorrisos de Surpresa; 6) Gerações Unidas; 7) Sabores da Vida; 8) Mãos à Terra; e 9) Arte com afetos. Para cada grupo, estão descritas as diferentes atividades, nomeadamente a sua designação, descrição geral, informação relativa à sua estrutura, principais objetivos e, por último, estão descritas as medidas a serem tomadas para a garantia da sua execução.

**Tabela 14** – Grupo 1 – Ritmos da Vida

<b>Designação da Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Estrutura</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Medidas para a sua execução</b>
<b>Caminho do Movimento (Valsa e Tango)</b>	Sessões de dança adaptada com aprendizagem progressiva de passos básicos.	Valsa: Seg. 09:15–10:00 Tango: Qua. 14:00–14:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Aumentar a amplitude articular dos membros inferiores e melhorar a estabilidade postural em deslocações laterais. <b>Psicossocial:</b> Estimular a autoconfiança corporal e promover o contacto interpessoal através de danças em par. <b>Cognitivo:</b> Exercitar a memorização sequencial de	Estabelecer protocolo com o Conservatório de Artes local para cedência de formadores de dança.

			coreografias com 5 ou mais passos.	
<b>Yoga Dance e Tai Chi Chuan</b>	Técnicas de movimento consciente para treino respiratório, equilíbrio e foco mental.	Yoga Dance: Ter. 09:15–10:00 Tai Chi: Qui. 14:00–14:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Melhorar o controlo respiratório com técnicas de inspiração nasal prolongada e reforçar o equilíbrio unipodal por mais de 5 segundos. <b>Psicossocial:</b> Reduzir a frequência de episódios de ansiedade e/ou de agitação através de práticas de relaxamento ativo. <b>Cognitivo:</b> Treino da atenção sustentada, através da execução de sequências coreografadas de, no mínimo, 3 minutos.	Celebrar protocolo com instrutores certificados de Yoga e Tai Chi do concelho.
<b>Ginástica Sénior</b>	Exercícios funcionais para reforço muscular e capacidade cardiorrespiratória.	Qua. 09:15–10:00 Sex. 14:00–14:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Aumentar a força dos membros inferiores, permitindo levantar-se de uma cadeira sem apoio após 8 semanas de treino. <b>Psicossocial:</b> Promover a interação em duplas ou grupos em pelo menos 80% das sessões. <b>Cognitivo:</b> Treino da lateralização, com exercícios de sequência de comandos com três ou mais instruções motoras.	Protocolo com professores das AECS, via Câmara Municipal.

<b>Boccia</b>	Jogo adaptado que treina precisão e estratégia em equipa.	Seg. 14:45– 15:30 Qui. 09:15– 10:00 Garagem da Instituição	<b>Físico:</b> Melhorar a coordenação olho-mão, com exercícios de lançamentos dirigidos a alvos a diferentes distâncias (2m, 3m, 4m). <b>Psicossocial:</b> Reforçar a cooperação em equipa através da rotação de papéis estratégicos (lançador, marcador) por sessão. <b>Cognitivo:</b> Desenvolver raciocínio tático simples, nomeadamente escolher a bola de maior vantagem segundo posição do jogo.	Atividade dinamizada por animadora sociocultural com formação na modalidade.
<b>Zumba Gold</b>	Aulas de dança de baixa intensidade com foco na musicalidade e tonicidade.	Seg. 15:30– 16:10 Sex. 09:15– 10:00 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Aumentar a frequência cardíaca de forma segura durante 20 minutos contínuos de movimento rítmico moderado. <b>Psicossocial:</b> Promover expressões emocionais positivas (sorriso, verbalização espontânea) em pelo menos 60% dos participantes por sessão. <b>Cognitivo:</b> Estimular a antecipação de sequências musicais	Parceria com ginásio local com instrutor credenciado ZIN.

			com base em pistas rítmicas e visuais.	
<b>Dança, Movimento e Terapia (DMT)</b>	Terapia psicodinâmica que usa o movimento como forma de expressão emocional.	Ter. e Sex. 15:30– 16:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Promover o alinhamento postural durante 5 minutos de movimento contínuo sem pausas compensatórias. <b>Psicossocial:</b> Facilitar a expressão de emoções através do uso intencional de gestos, em pelo menos duas categorias emocionais por sessão (ex: raiva, alegria). <b>Cognitivo:</b> Treino das capacidades cognitivas (ex. memória, atenção...), através da construção de narrativas corporais com início, meio e fim, através de improvisação dirigida.	Estabelecer protocolo com psicoterapeuta certificado em Dança Movimento Terapia.

Tabela 15 – Grupo 2 – Ecos do Tempo

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Musicoterapia</b>	Sessões terapêuticas com recurso a instrumentos, melodias e ritmos como mediadores de expressão emocional e	Segundas e Quartas 10:00– 10:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Melhorar o controlo respiratório e vocal por meio de exercícios com emissão sonora prolongada. <b>Psicossocial:</b> Reforçar a	Estabelecer protocolo com Conservatório de Artes local, envolvendo profissionais da área da música

	estimulação global.		autoestima através de participação ativa em improvisações musicais e promover a interação social e/ou vínculo afetivo em dinâmicas grupais. <b>Cognitivo:</b> Estimular a memória de evocação, através da partilha de memórias autobiográficas associadas a músicas específicas. Treino da atenção auditiva seletiva durante 20 minutos.	com formação terapêutica.
<b>Vozes da Fé</b>	Grupo coral com repertório litúrgico que atua em celebrações religiosas, promovendo espiritualidade e pertença comunitária.	Terças 13:15–14:00 Sala de Atividades Quintas 13:15–14:00 Igreja da Paróquia	<b>Físico:</b> Exercitar a projeção vocal de forma ritmada durante peças corais com duração até 5 minutos. <b>Psicossocial:</b> Promover o sentimento de pertença religiosa e identidade espiritual através do envolvimento regular em eventos litúrgicos. <b>Cognitivo:</b> Estimular funções cognitivas como memória e atenção, através de exercícios que envolvam a memorização de letras e melodias	Celebrar protocolo com o grupo coral da paróquia para coordenação de ensaios e apresentações.

			de, pelo menos, cinco cânticos religiosos ao longo do ano.	
<b>Notas e Palavras</b>	Grupo criativo que compõe letras e melodias inspiradas em vivências pessoais e eventos marcantes, com possibilidade de atuação em eventos.	Quintas 10:00–10:45 Sextas 14:45–15:30 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Treinar o uso do aparelho fonador com entoação vocal prolongada durante atividades de composição cantada. <b>Psicossocial:</b> Favorecer a expressão emocional e identidade pessoal através da criação de composições que reflitam memórias significativas. <b>Cognitivo:</b> Desenvolver competências linguísticas e criativas através da elaboração de letras com estrutura poética e coerência temática.	Estabelecer protocolo com um docente de educação musical com experiência no trabalho com adultos e formação em criatividade musical.

Tabela 16 – Grupo 3 – Caminhos da Memória

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Hora da Informação</b>	Sessões temáticas para análise e discussão de notícias locais, nacionais e	Segundas e Sextas 10:45–11:30 Sala de Convívio	<b>Físico:</b> Estimular o uso funcional das mãos em tarefas digitais simples (ex. navegação em ecrã tátil ou rato). <b>Psicossocial:</b> Promover a participação ativa em	Desenvolvida pela animadora sociocultural da instituição com apoio a recursos digitais.

	internacionais com recurso à Internet.		debates, reforçando a autoestima na partilha de opiniões. <b>Cognitivo:</b> Treino da capacidade de atenção seletiva e capacidade de síntese ao recontar conteúdos jornalísticos em grupo.
<b>Cuidar é Viver</b>	Sessões educativas sobre saúde, hábitos preventivos e autocuidado, com foco em literacia em saúde.	Terças 10:00–10:45 Quintas 14:45–15:30 Sala de Convívio	<b>Físico:</b> Estimular a prática de hábitos saudáveis após discussão de temas como hidratação ou mobilidade diária. <b>Psicossocial:</b> Incentivar a responsabilização individual em práticas de bem-estar físico e emocional. <b>Cognitivo:</b> Treino de da capacidade de retenção de informação, através de exercícios de recordar tópicos-chave de cada sessão (ex: fatores de risco de queda).
<b>Conversas que Inspiram</b>	Espaço de escuta ativa e partilha emocional estruturada, orientado para a valorização da experiência de vida.	Segundas 13:15–14:00 Sextas 10:00–10:45 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Promover a expressão oral com articulação fluente em contextos de exposição verbal moderada. <b>Psicossocial:</b> Estimular a empatia, reforçar vínculos sociais e diminuir o sentimento de isolamento através da escuta ativa. <b>Cognitivo:</b> Favorecer a evocação de memórias afetivas, através de narrativas pessoais em contexto coletivo.

<b>Mestres de Jogos</b>	Sessões lúdicas com jogos de tabuleiro, palavras e raciocínio lógico, que promovem diversão e estimulação cognitiva.	Segundas e Terças 14:00–14:45 Sala de Convívio	<p><b>Físico:</b> Desenvolver a motricidade fina e a coordenação óculo-manual durante a manipulação de peças de jogo.</p> <p><b>Psicossocial:</b> Promover o convívio em pequenos grupos e fomentar o espírito cooperativo e competitivo saudável.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Estimular o raciocínio lógico, a memória operacional e a flexibilidade cognitiva através da resolução de desafios lúdicos.</p>	Atividade dinamizada pela animadora sociocultural da instituição com materiais diversificados.
-------------------------	--	---	--	--

Tabela 17 – Grupo 4 – Idade Positiva

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Jovens de Espírito</b>	Atividade criativa de desenvolvimento de conteúdos visuais e audiovisuais para redes sociais com o objetivo de combater o idadismo e promover uma imagem positiva da velhice.	Terças e Quintas 10:45–11:30 Sala de Convívio	<p><b>Físico:</b> Estimular a mobilidade funcional leve durante sessões de encenação, poses fotográficas ou gravação de vídeos.</p> <p><b>Psicossocial:</b> Reforçar a autoestima e o bem-estar através da valorização da imagem pessoal e da participação pública em meios digitais.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Fomentar a criatividade e o</p>	Atividade coordenada pelo marketeer social da instituição, com envolvimento de toda a equipa do CD na operacionalização.

				<p>pensamento simbólico na construção de narrativas temáticas visuais; planejar sequências simples para gravação de vídeos com início, meio e fim.</p>
--	--	--	--	--

Tabela 18 – Grupo 5 – Sorrisos de Surpresa

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>O Grande Mistério</b>	Atividade mensal com propostas inesperadas e lúdicas, como convidados surpresa, dinâmicas sensoriais, desafios criativos e celebrações temáticas, com o objetivo de estimular a curiosidade e proporcionar novas vivências.	Quintas-feiras 15:30–16:15 Sala de Convívio	<p><b>Físico:</b> Estimular a ativação motora leve através de deslocamentos orientados, manipulação de objetos e atividades sensoriais.</p> <p><b>Psicossocial:</b> Promover emoções positivas como surpresa e entusiasmo; reforçar o sentimento de pertença e a ligação ao grupo.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Incentivar a capacidade de adaptação a situações imprevistas e fomentar a aprendizagem por meio de novas experiências ou conteúdos.</p>	Atividade dinamizada pela animadora sociocultural da instituição, com envolvimento periódico de convidados externos e elementos-surpresa.

Tabela 19 – Grupo 6 - Gerações Unidas

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Círculo de Surpresas</b>	Encontros semanais entre utentes do Centro de Dia e crianças da Creche, através de dinâmicas lúdicas e afetivas, com vista à promoção da convivência intergeracional.	Quartas-feiras 15:30–16:15 Sala de Convívio	<p><b>Físico:</b> Promover a mobilização ligeira em jogos simples e partilhados entre gerações (ex. rodas, entrega de objetos, movimentos conjuntos).</p> <p><b>Psicossocial:</b> Estimular a empatia, a cooperação e a alegria por meio do contacto afetivo com as crianças, reduzindo o sentimento de isolamento.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Reforçar a memória afetiva e o discurso espontâneo através da partilha de histórias e experiências com os mais novos.</p>	Atividade coordenada pela animadora sociocultural e pelas educadoras de infância, em regime rotativo, com preparação conjunta de conteúdos.

Tabela 20 – Grupo 7 – Sabores da vida

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Mãos na Massa</b>	Atividade culinária semanal que convida os utentes a explorar receitas tradicionais ou inovadoras, partilhando saberes e desenvolvendo um livro coletivo de receitas da Instituição.	Terças-feiras e Quartas-feiras 14:45 – 15:30 Sala de Convívio	<p><b>Físico:</b> Estimular a coordenação motora fina e global através da manipulação de ingredientes e utensílios culinários.</p> <p><b>Psicossocial:</b> Valorizar a identidade individual e coletiva através da partilha de saberes culinários, promovendo a autoestima e o espírito de grupo.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Reforçar a memória procedimental (memória implícita, desenvolvida ao longo da vida) e a atenção, promovendo a organização sequencial de tarefas culinárias.</p>	Atividade dinamizada pela animadora sociocultural em colaboração com a cozinheira da Instituição.

Tabela 21 – Grupo 8 – Mãos à terra

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Plantar Histórias</b>	Atividade semanal que integra práticas de jardinagem e agricultura biológica no espaço exterior da Instituição, promovendo o contacto com a terra e a natureza, e resgatando memórias afetivas ligadas ao meio rural.	Quartas-feiras e Sextas-feiras 13:15 – 14:00 Jardim da Instituição	<b>Físico:</b> Promover a mobilização articular e a coordenação motora global através de tarefas manuais de jardinagem. <b>Psicossocial:</b> Fomentar o sentimento de pertença e utilidade, reforçando a autoestima e promovendo práticas sustentáveis em grupo. <b>Cognitivo:</b> Estimular a memória autobiográfica e a atenção seletiva, através do manuseio de plantas e ferramentas agrícolas.	Estabelecer um protocolo de colaboração com a Escola Profissional de Agricultura e Desenvolvimento Rural do concelho.

Tabela 22 – Grupo 9 – Arte com afetos

Designação da Atividade	Descrição da Atividade	Estrutura	Objetivos	Medidas para a sua execução
<b>Mãos com Sabedoria</b>	Atividade semanal de expressão plástica, focada na criação de peças artesanais com valor afetivo e artístico, a partir de materiais simples e recicláveis.	Quartas-feiras 10:45 – 11:30 Sala de Atividades	<b>Físico:</b> Estimular a motricidade fina e a destreza manual através da manipulação de materiais variados. <b>Psicossocial:</b> Valorizar as competências individuais, fomentar o espírito de grupo e incentivar a sustentabilidade e o empreendedorismo social. <b>Cognitivo:</b> Promover a criatividade, treinar a resolução de problemas e promover o resgate de saberes culturais e tradicionais.	Estabelecer um protocolo com a Associação de Artesãos do município.

A Tabela 23 apresenta a planificação semanal das atividades propostas, organizada por grupos temáticos e distribuída ao longo da semana. Esta estrutura visa garantir uma programação equilibrada e diversificada, que responda aos diferentes domínios de intervenção – físico, cognitivo e psicossocial – respeitando o ritmo, os interesses e as necessidades das pessoas mais velhas. A implementação destas atividades segue uma lógica de continuidade, rotatividade e complementaridade entre os grupos, promovendo a participação ativa, o bem-estar e a inclusão social.

**Tabela 23** – Horário/planificação semanal da proposta de atividades

<b>Horários</b>	<b>Segunda-feira</b>	<b>Terça-feira</b>	<b>Quarta-feira</b>	<b>Quinta-feira</b>	<b>Sexta-feira</b>
09:15H 10:00H	Grupo 1 – A1	Grupo 1 – A2	Grupo 1 – A3	Grupo 1 – A4	Grupo 1 – A5
10:00H 10:45H	Grupo 2 – A1	Grupo 3 – A2	Grupo 2 – A1	Grupo 2 – A3	Grupo 3 – A3
10:45H 11:30H	Grupo 3 – A1	Grupo 4 – A1	Grupo 9 – A1	Grupo 4 – A1	Grupo 3 – A1
11:30H 12:00H	Rezar o Terço	Rezar o Terço	Rezar o Terço	Rezar o Terço	Rezar o Terço
13:15H 14:00H	Grupo 3 – A3	Grupo 2 – A2	Grupo 8 – A1	Grupo 2 – A2	Grupo 8 – A1
14:00H 14:45H	Grupo 3 – A4	Grupo 3 – A4	Grupo 1 – A1	Grupo 1 – A2	Grupo 1 – A3
14:45H 15:30H	Grupo 1 – A4	Grupo 7 – A1	Grupo 7 – A1	Grupo 3 – A2	Grupo 2 – A3
15:30H 16:15H	Grupo 1 – A5	Grupo 1 – A6	Grupo 6 – A1	Grupo 5 – A1	Grupo 1 – A6

Legenda: Grupo 1 – Ritmo da Vida; Grupo 2 – Ecos do Tempo; Grupo 3 – Caminhos da Memória; Grupo 4 – Idade Positiva; Grupo 5 – Sorrisos de Surpresa; Grupo 6 – Gerações Unidas; Grupo 7 – Sabores da Vida; Grupo 8 – Mãos à Terra; Grupo 9 – Arte com afetos.

O contato com o exterior foi um dos fatores mais mencionados pelos utentes, como uma das sugestões de melhoria ao nível das propostas das atividades já existentes. Neste sentido, foi construído um cronograma específico para o desenvolvimento de atividades no exterior. Para a sua execução, dependerá de diversos fatores, nomeadamente a necessidade de vários contactos com instituições/organismos da comunidade, disponibilidade das mesmas. Deste modo, estas atividades serão organizadas apenas com o enquadramento do quadrimestre do ano. A Tabela 24 apresenta a planificação anual das atividades externas, integradas na proposta “Rumo à Descoberta”, delineada para o ano de 2025. Estas atividades, organizadas por quadrimestres, visam proporcionar às pessoas idosas experiências significativas fora do espaço institucional, promovendo a sua participação ativa na comunidade, o bem-estar emocional, o envelhecimento ativo e o enriquecimento cultural. Durante o segundo quadrimestre (maio a agosto), privilegiam-se as atividades ao ar livre, com visitas a locais religiosos, culturais e naturais, bem como momentos de lazer em espaços recreativos e emblemáticos. A escolha destes meses prende-se com as condições climáticas favoráveis, que facilitam a mobilidade e incentivam a socialização. No terceiro quadrimestre (setembro a dezembro), a programação contempla um

leque mais diversificado de experiências culturais e sensoriais, incluindo visitas a museus, parques temáticos, espetáculos e vivências interativas mais ousadas e inovadoras, como passeios de jipe, simulações de voo ou jogos de aventura. Esta abordagem procura combater estereótipos relacionados com a idade, assim como reforçar a autoestima, a autonomia e a vontade de viver de forma plena e estimulante.

**Tabela 24** – Planificação anual das atividades externas

<b>Rumo à Descoberta</b>	
<b>Ano 2025</b>	<b>Atividades</b>
<b>2º quadrimestre (maio, junho, julho e agosto)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passeio ao Santuário de Nossa Senhora de Fátima;</li> <li>- Visita ao Museu Carmem Miranda – Marco de Canaveses;</li> <li>- Visita às caves do vinho do Porto - Sandeman;</li> <li>- Passeio de Barco na Ria de Aveiro;</li> <li>- Passeio ao Parque da Cidade de Penafiel, no âmbito do dia Nacional dos Avós;</li> <li>- Passeio até à Magikland – Parque de Diversões;</li> </ul>
<b>3º quadrimestre (setembro, outubro, novembro e dezembro)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ida até à Praia de Matosinhos;</li> <li>- Albufeira do Azibo - Macedo de Cavaleiros;</li> <li>- Sea life Porto – Aquário das famílias;</li> <li>- Passeio ao Bom Jesus de Braga - andar de funicular;</li> <li>- Visita ao navio hospital de Ramalho Eanes – Viana do Castelo;</li> <li>- Voo de avião – Porto-Lisboa – regresso de alfa pendular;</li> <li>- Kartódromo de Baltar – Race Park;</li> <li>- Geração Aventura – Jogo de Paintball;</li> <li>- Parque de La Salette – Oliveira de Azeméis;</li> <li>- Visita ao Zoo Santo Inácio;</li> <li>- Experiência de equitação para as pessoas mais velhas – Centro hípico da Quinta da Granja – Felgueiras;</li> <li>- Bello’Giro – Life experiences – Passeio de Jeep/ Buggys Tour – Baião;</li> <li>- Dreamfly Porto – emoção de voar num túnel de vento;</li> <li>- Visita à fundação de Serralves;</li> <li>- Ida ao Cinema;</li> <li>- Visita às instalações da fábrica Paupério – Valongo;</li> <li>- Circo de Natal do Coliseu do Porto;</li> <li>- Espetáculo de Natal no gelo – MarShopping Matosinhos;</li> </ul>

#### **4.5 - Procedimentos para a implementação e avaliação do projeto de intervenção**

Para a implementação deste projeto de intervenção, será necessário solicitar previamente autorização formal à direção da instituição, apresentando o projeto. Caberá de seguida, à

instituição apresentar inicialmente o projeto aos utentes de forma a averiguar potenciais interessados. Posteriormente, todos os interessados serão informados sobre o projeto de intervenção, nomeadamente sobre os seus objetivos, natureza, atividades e duração, sendo-lhes entregue um documento escrito e explicativo sobre o mesmo. Será igualmente recolhido o consentimento informado por escrito, garantindo-se assim o respeito pelos princípios éticos e legais associados à investigação junto de pessoas mais velhas.

Para a avaliação do projeto de intervenção, mais especificamente para avaliar os seus efeitos na redução do isolamento social e na melhoria do bem-estar psicológico, satisfação com a vida, desempenho cognitivo e da perceção da qualidade de vida dos utentes que participaram, foi definido um plano de avaliação sistemático que contempla todas as fases da sua implementação. A avaliação tem como principal objetivo aferir se os efeitos desejados foram atingidos, nomeadamente a redução do risco de isolamento social, a promoção de competências cognitivas e a melhoria do bem-estar emocional dos participantes.

Para este efeito, será elaborado um protocolo de recolha de dados que será aplicado aos participantes em dois momentos distintos: antes do início do projeto (linha de base) e após a sua conclusão, de forma a permitir uma caracterização geral dos participantes, bem como avaliar os efeitos da intervenção nos domínios definidos nos objetivos. Este protocolo incluirá um questionário semiestruturado, para recolha de dados sociodemográficos (ex. idade, género, estado civil, nível de escolaridade), de informação relativa à saúde percebida, entre outros dados relevantes para o perfil dos participantes. Paralelamente, serão aplicados os seguintes instrumentos de avaliação de diferentes domínios, considerando o objetivo principal para que foi desenvolvido este projeto de intervenção. Deste modo, para avaliar o bem-estar psicológico será utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryff (1989) adaptada para a população portuguesa por Novo et al. (1997). Para avaliar o risco de isolamento social será utilizada a LSNS-6; (Lubben et al., 2006) adaptada para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2012), que mede a frequência e a qualidade dos contactos sociais com familiares e amigos. No que diz respeito ao bem-estar emocional e à satisfação com a vida, será aplicada a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS; (Diener et al., 1985) adaptada ao contexto português por Neto et al. (1990). Para avaliar o desempenho cognitivo, será utilizada a Escala de Avaliação Cognitiva de Pfeiffer (SPMSQ; (Pfeiffer, 1975) adaptada à população portuguesa (Rodrigues, 2008), que permite identificar possíveis alterações cognitivas associadas ao envelhecimento. Para uma avaliação mais ampla, será também utilizado a versão portuguesa (Fleck et al., 1999) do instrumento

abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF; (Group, 1998), que permite aferir a qualidade de vida percebida em várias dimensões.

O registo de assiduidade nas atividades será igualmente um elemento a ser considerado para avaliar o projeto de intervenção.

Por outro lado, será igualmente elaborado e aplicado no final do projeto, um inquérito de avaliação do grau de satisfação dos participantes (Anexo 5). Este inquérito será também uma ferramenta muito útil para obter uma avaliação da perceção dos participantes relativamente ao projeto. A análise dos resultados deste inquérito permitirá aferir o impacto do projeto, identificar áreas de melhoria e sustentar intervenções futuras, contribuindo para o desenvolvimento contínuo de respostas adequadas às necessidades da população de pessoas mais velhas em contexto de instituição.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção dirigido a utentes com 65 ou mais anos da instituição, nasce da convicção de que a participação ativa dos mais velhos é essencial para um envelhecimento verdadeiramente saudável. A sua implicação nas diferentes fases do projeto — desde o levantamento de interesses até à execução das atividades — revelou-se enriquecedora assim como transformadora, valorizando cada indivíduo na sua singularidade e promovendo o seu bem-estar geral. Este plano de intervenção foi concebido com objetivos claros: estimular as capacidades cognitivas, fortalecer os laços sociais, promover a autoestima e proporcionar momentos de lazer com significado. Através de grupos de atividades temáticas, adaptadas às preferências e necessidades manifestadas pelos próprios intervenientes, procurou-se garantir a participação e também o envolvimento afetivo e pessoal. A diversidade das propostas, conjugada com a colaboração com entidades da comunidade, representa uma abordagem integrada que aposta no valor da intergeracionalidade, da cultura e do movimento como pilares para um envelhecimento mais pleno.

Acredita-se que os potenciais benefícios da implementação deste projeto se estendam para além dos ganhos individuais, repercutindo-se positivamente na dinâmica institucional, ao fomentar relações interpessoais mais saudáveis, uma rotina melhorada e um maior sentido de pertença por parte das pessoas mais velhas. Sendo profissional da área, pretendo implementar este plano no meu contexto de trabalho, dando início a um ciclo de práticas mais centradas nas pessoas mais participativas e alinhadas com os princípios de um envelhecimento ativo.

Este percurso de construção do projeto foi, para mim, um processo muito gratificante. Apesar de já trabalhar com esta população, o exercício de escutar mais atentamente os seus interesses, vontades, desejos e necessidades, bem como de estruturar uma resposta personalizada, organizada e coerente permitiu-me ter uma nova perspetiva sobre o impacto que podemos ter enquanto profissionais da área de intervenção social. Este trabalho permitiu-me crescer profissionalmente e reforçou o meu compromisso com práticas que respeitem a dignidade, os interesses e o potencial de cada pessoa mais velha. Sinto que este projeto reflete não só a realidade institucional com que lido diariamente, mas também o caminho que acredito ser necessário para proporcionar uma velhice com mais qualidade, mais ativa e mais feliz.

## BIBLIOGRAFIA

- Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life [Review]. *Ageing and Society*, 31(4), 683-712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Álvares, M. (2021). Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS [Livro com licença Creative Commons CC BY-SA 4.0]. <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>
- Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research*. Sage.
- Aroogh, M., & Shahboulaghi, F. (2020). Social Participation of Older Adults: A Concept Analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 8(1), 55-72. <https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2019.82222.1055>
- Asejeje, F. O., Ogunro, O. B., Asejeje, G. I., Adewumi, O. S., & Abolaji, A. O. (2023). An assessment of the ameliorative role of hesperidin in *Drosophila melanogaster* model of cadmium chloride-induced toxicity. *Comparative Biochemistry and Physiology Part C: Toxicology & Pharmacology*, 263, 109500.
- Baechle, J. J., Chen, N., Makhijani, P., Winer, S., Furman, D., & Winer, D. A. (2023). Chronic inflammation and the hallmarks of aging. *Molecular Metabolism*, 74, 101755.
- Bardin, L. (2011). Content analysis. *São Paulo: Edições*, 70(279), 978-8562938047.
- Barnes, R. P., Fouquerel, E., & Opresko, P. L. (2019). The impact of oxidative DNA damage and stress on telomere homeostasis. *Mechanisms of ageing and development*, 177, 37-45.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(3), 249-265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.m249>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1997). *Qualitative research for education* (Vol. 368). Allyn & Bacon Boston, MA.
- Bond, L., Carroll, R., Mulryan, N., O'Dwyer, M., O'Connell, J., Monaghan, R., Sheerin, F., McCallion, P., & McCarron, M. (2020). Biopsychosocial factors associated with depression and anxiety in older adults with intellectual disability: results of the wave 3 Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing. *J Intellect Disabil Res*, 64(5), 368-380. <https://doi.org/10.1111/jir.12724>
- Boutinet, J. P. (1997). *Antropologia do Projecto* (6 ed.). Instituto Piaget Editora.

- Bowes, A., Dawson, A., Greasley-Adams, C., Jepson, R., & McCabe, L. (2022). Care home residents on the move: the significance of cultural context for physical activity. *Ageing and Society*, 42(8), 1899-1920. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001920>
- Božek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The Relationship Between Spirituality, Health-Related Behavior, and Psychological Well-Being [Original Research]. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>
- Broome, S., Lindley, E., & Norris, E. (2012). Improving decision-making in the care of older people: exploring the decision ecology. *The Joseph Rowntree Foundation*.
- Buckner, C. A., Lafrenie, R., Dénomée, J., Caswell, J., & Want, D. (2018). Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. *Current Oncology*, 25(4), 275-281.
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation. *Soc Personal Psychol Compass*, 8(2), 58-72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
- Calatayud, E., Ferreira, C., Oliván-Blázquez, B., Aguilar-Latorre, A., & Gómez-Soria, I. (2023). Sex-Moderated Socio-Labor Aspects as Mediators of a Cognitive Stimulation Program in Older Adults: Randomized Clinical Trial. *Journal of Applied Gerontology*, 42(7), 1486-1496. <https://doi.org/10.1177/07334648231154040>
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191.
- Carlson, M. C., Parisi, J. M., Xia, J., Xue, Q.-L., Rebok, G. W., Bandeen-Roche, K., & Fried, L. P. (2012). Lifestyle activities and memory: variety may be the spice of life. The women's health and aging study II. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 286-294.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). Metodologia da Investigação—Guia para Auto-aprendizagem (2ª edição). *Lisboa: Universidade Aberta*, 15, 16.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current directions in Psychological science*, 4(5), 151-156.
- Castro, A. B. R., Sandoval, A. D. O., & Odamtten, G. (2022). Up around the bend? How transport poverty can lead to social exclusion in a low-income community in Lagos, Nigeria. *Journal of Transport Geography*, 102, 103388.
- Cechinel, A., Fontana, S. A. P., Della, K. G. P., Pereira, A. S., & do Prado, S. S. (2016). Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. *Criar Educação*, 5(1).

- Cellard, A. (2008). A Análise Documental. In *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp. 295-316). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Checa, J., & Aran, J. M. (2020). Reactive oxygen species: drivers of physiological and pathological processes. *Journal of Inflammation research*, *13*, 1057-1073.
- Chen, J.-H., Hales, C. N., & Ozanne, S. E. (2007). DNA damage, cellular senescence and organismal ageing: causal or correlative? *Nucleic acids research*, *35*(22), 7417-7428.
- Chen, X., Su, D., Chen, X., & Chen, Y. (2021). What intensity of exercise is most suitable for the elderly in China? A propensity score matching analysis. *BMC Public Health*, *21*(1), 1396. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11407-2>
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (2004). Measuring the functional components of social support. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Springer.
- Conn, V. S. (2010). Depressive symptom outcomes of physical activity interventions: meta-analysis findings. *Annals of behavioral Medicine*, *39*(2), 128-138.
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health*, *24*(8), 1346-1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.
- Cuollo, L., Antonangeli, F., Santoni, A., & Soriani, A. (2020). The senescence-associated secretory phenotype (SASP) in the challenging future of cancer therapy and age-related diseases. *Biology*, *9*(12), 485.
- Davalli, P., Mitic, T., Caporali, A., Lauriola, A., & D'Arca, D. (2016). ROS, cell senescence, and novel molecular mechanisms in aging and age-related diseases. *Oxidative medicine and cellular longevity*, *2016*(1), 3565127.
- Daviglus, M. L., Bell, C. C., Berrettini, W., Bowen, P. E., Connolly Jr, E. S., Cox, N. J., Dunbar-Jacob, J. M., Granieri, E. C., Hunt, G., & McGarry, K. (2010). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: preventing alzheimer disease and cognitive decline. *Annals of internal medicine*, *153*(3), 176-181.
- DGSS, D. G. d. S. S. (2022). *Nomenclaturas - Respostas Sociais*. [https://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/DGSS\\_Nomenclaturas\\_2022.pdf/6c5552a8-0c10-4271-8092-dd0b60fe1e71](https://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/DGSS_Nomenclaturas_2022.pdf/6c5552a8-0c10-4271-8092-dd0b60fe1e71)
- Di Micco, R., Krizhanovsky, V., Baker, D., & d'Adda di Fagagna, F. (2021). Cellular senescence in ageing: from mechanisms to therapeutic opportunities. *Nature reviews Molecular cell biology*, *22*(2), 75-95.

- Diário da República, D. (2024). *Plano de Ação para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024, Issue. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2024/01/00900/0003100078.pdf>)
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med*, 21(4), 835-838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R. W., Konopack, J. F., Marquez, D. X., Hu, L., Jerome, G. J., & Diener, E. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Annals of behavioral Medicine*, 30, 138-145.
- Erusalimsky, J. D. (2020). Oxidative stress, telomeres and cellular senescence: What non-drug interventions might break the link? *Free Radical Biology and Medicine*, 150, 87-95.
- Estatutos. (2015). Estatutos.
- Eurostat. (2023). *Ageing Europe – Statistics on population developments*. Retrieved 08-04-2025 from <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Farias, R. G., & Santos, S. M. A. d. (2012). Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto & contexto-enfermagem*, 21, 167-176.
- Fernandes, F., Rios Neto, E. L. G., & Turra, C. M. (2023). World population aging as a function of period demographic conditions. *Demographic Research*, 48(13), 353-372. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2023.48.13>
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe Publishing GmbH.
- Ferrucci, L., & Fabbri, E. (2018). Inflammageing: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*, 15(9), 505-522.
- Fleck, M. P. d. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. d., & Pinzon, V. (1999). Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 21, 19-28.
- Flick, U. (2008). *Introdução à pesquisa qualitativa-3*. Artmed editora.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 281–311). Climepsi.

- Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place: Envelhecimento em casa e na comunidade: modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Formosa, M. (2014). Four decades of Universities of the Third Age: past, present, future. *Ageing & society*, 34(1), 42-66.
- Gaviano, L., Pili, R., Petretto, A. D., Berti, R., Carrogu, G. P., Pinna, M., & Petretto, D. R. (2024). Definitions of Ageing According to the Perspective of the Psychology of Ageing: A Scoping Review. *Geriatrics (Basel)*, 9(5). <https://doi.org/10.3390/geriatrics9050107>
- Giorgi, C., Marchi, S., Simoes, I. C., Ren, Z., Morciano, G., Perrone, M., Patalas-Krawczyk, P., Borchard, S., Jędrak, P., & Pierzynowska, K. (2018). Mitochondria and reactive oxygen species in aging and age-related diseases. *International review of cell and molecular biology*, 340, 209-344.
- Gondim, S. M. G., Bendassolli, P. F., Coelho Júnior, F. A., & Pereira, M. E. (2016). Explanatory models for work and organizational phenomena: Epistemological, theoretical, and methodological issues. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 16, 316-323. <https://doi.org/10.17652/rpot/2016.4.12641>
- Grabowski, D. C. (2021). The future of long-term care requires investment in both facility- and home-based services. *Nature Aging*, 1(1), 10-11. <https://doi.org/10.1038/s43587-020-00018-y>
- Group, W. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.
- Gümüş, H., & Erbaş, Ü. (2020). The relationship between leisure activity types selected by older adults and their income. *Studia Periegetica*, 29(1), 87-98.
- Guo, J., Huang, X., Dou, L., Yan, M., Shen, T., Tang, W., & Li, J. (2022). Aging and aging-related diseases: from molecular mechanisms to interventions and treatments. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 7(1), 391.
- Hao, G., Bishwajit, G., Tang, S., Nie, C., Ji, L., & Huang, R. (2017). Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Clin Interv Aging*, 12, 971-976. <https://doi.org/10.2147/cia.S137993>
- Harada, C. N., Natelson Love, M. C., & Triebel, K. L. (2013). Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med*, 29(4), 737-752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Havighurst, R. J., & Albrecht, R. (1953). *Older people*. Longmans, Green & Co.

- Hidi, S. E., & Renninger, K. A. (2019). Interest Development and Its Relation to Curiosity: Needed Neuroscientific Research. *Educational Psychology Review*, 31(4), 833-852. <https://doi.org/10.1007/s10648-019-09491-3>
- Horton, S., Baker, J., & Deakin, J. M. (2007). Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Seniors in North American Society. *Educational Gerontology*, 33(12), 1021-1035. <https://doi.org/10.1080/03601270701700235>
- Hou, Y., Dan, X., Babbar, M., Wei, Y., Hasselbalch, S. G., Croteau, D. L., & Bohr, V. A. (2019). Ageing as a risk factor for neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurol*, 15(10), 565-581. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0244-7>
- INE. (2024). *Estimativas de População Residente em Portugal 2023*.
- Jeyapalan, J. C., & Sedivy, J. M. (2008). Cellular senescence and organismal aging. *Mechanisms of ageing and development*, 129(7-8), 467-474.
- Jeżewska-Zychowicz, M., & Gajda, R. (2023). Relationship between the Prevalence of Metabolic Disease and Impaired Mobility, Diet, Physical Activity, and Socio-Demographic Characteristics in the Polish Elderly—A Cross-Sectional Study. *Life*, 13(4), 864.
- Juan, C. A., Pérez de la Lastra, J. M., Plou, F. J., & Pérez-Lebeña, E. (2021). The chemistry of reactive oxygen species (ROS) revisited: outlining their role in biological macromolecules (DNA, lipids and proteins) and induced pathologies. *International journal of molecular sciences*, 22(9), 4642.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. FA Davis.
- Kiratipaisarl, W., Srijampa, A., Khotanakul, C., Yodmongkon, J., Saelim, V., & Assavanopakun, P. (2025). Quality of Life Among the Elderly Within Varied Societal Contexts and Associated Factors: A Cross-Sectional Study of the Elderly in Diverse Living Conditions. *Home Health Care Management & Practice*, 10848223251323848.
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *CIAIQ2015*, 2.
- Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. R. (2001). *Trabalho de projecto: aprender por projectos centrados em problemas* (4 ed.). Edições Afrontamento.
- Liffiton, J. A., Horton, S., Baker, J., & Weir, P. L. (2012). Successful aging: how does physical activity influence engagement with life? *European Review of Aging and Physical Activity*, 9, 103-108.

- Liguori, I., Russo, G., Curcio, F., Bulli, G., Aran, L., Della-Morte, D., Gargiulo, G., Testa, G., Cacciatore, F., & Bonaduce, D. (2018). Oxidative stress, aging, and diseases. *Clinical interventions in aging*, 757-772.
- Lima, M. H. A. (2023). *Mãos Que se Entrelaçam: Os Contributos de um Centro de Dia para a Qualidade de Vida dos Idosos* Universidade de Lisboa (Portugal)].
- Löfgren, M., Ellinor, L., Gunilla, I., & Nyman, A. (2022). Older adults' experiences of maintaining social participation: Creating opportunities and striving to adapt to changing situations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(7), 587-597. <https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1974550>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The gerontologist*, 46(4), 503-513.
- MA. (2014). Manual de Acolhimento. *Instituição onde foi realizado o estudo*.
- Maynard, S., Schurman, S. H., Harboe, C., de Souza-Pinto, N. C., & Bohr, V. A. (2009). Base excision repair of oxidative DNA damage and association with cancer and aging. *Carcinogenesis*, 30(1), 2-10.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 472-479.
- Minayo, M. C., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada.
- Motl, R. W., & McAuley, E. (2010). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 21(2), 299-308.
- Neto, F., de Oliveira, J. B., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. *A acção educativa: Análise psico-social*.
- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, M. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 5, pp. 313–324). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Nunes, L., Ferrito, C., Ruivo, M. A., Gato, A. P., Costa, F., Martins, L., & Pereira, M. (2007). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas* (A. Freitas, Ed. 15 ed.). Percursos - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

- Ogrunc, M., & di Fagagna, F. d. A. (2011). Never-ageing cellular senescence. *European journal of cancer*, 47(11), 1616-1622.
- Ogunro, O. B., & Yakubu, M. T. (2021). Antifertility effects of 60-day oral gavage of ethanol extract of *Spondias mombin* leaves in guinea pigs: A biochemical, reproductive and histological study. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 10(2), 56-67.
- OMS. (2002). *Envelhecimento Activo: Um projecto de Política de Saúde*. [http://www.crdeunati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/Madri.doc](http://www.crdeunati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc)
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Tinker, A. (2020). Day centres for older people: a systematically conducted scoping review of literature about their benefits, purposes and how they are perceived. *Ageing Soc*, 40(1), 73-104. <https://doi.org/10.1017/s0144686x18000843>
- PAA. (2024). Plano anual de atividades. *Instituição onde foi realizado o estudo*.
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., Testa, S., Tosetto, A., Investigators, D., & De Micheli, V. (2016). Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: analysis of results obtained in the DULCIS study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42-49.
- Papaccio, F., D' Arino, A., Caputo, S., & Bellei, B. (2022). Focus on the contribution of oxidative stress in skin aging. *Antioxidants*, 11(6), 1121.
- Parisi, J. M. (2010). Engagement in adulthood: Perceptions and participation in daily activities. *Activities, adaptation & aging*, 34(1), 1-16.
- Parisi, J. M., Rebok, G. W., Seeman, T. E., Tanner, E. K., Tan, E. J., Fried, L. P., Xue, Q.-L., Frick, K. D., & Carlson, M. C. (2012). Lifestyle activities in sociodemographically at-risk urban, older adults prior to participation in the Baltimore Experience Corps® Trial. *Activities, adaptation & aging*, 36(3), 242-260.
- Pasco, J. A., Williams, L. J., Jacka, F. N., Henry, M. J., Coulson, C. E., Brennan, S. L., Leslie, E., Nicholson, G. C., Kotowicz, M. A., & Berk, M. (2011). Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *International Psychogeriatrics*, 23(2), 292-298. <https://doi.org/10.1017/S1041610210001833>
- Páscoa, G. M. G., & Gil, H. M. P. T. (2019). As universidades seniores e o envelhecimento ativo: os impactos junto das pessoas idosas em Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 22(1), 41-58.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climpsi.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Manuais Universitários.

- Pérez Serrano, G. (2008). *Elaboração de projectos sociais: casos práticos. Porto, Portugal: Porto.*
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Pizzino, G., Irrera, N., Cucinotta, M., Pallio, G., Mannino, F., Arcoraci, V., Squadrito, F., Altavilla, D., & Bitto, A. (2017). Oxidative stress: harms and benefits for human health. *Oxidative medicine and cellular longevity*, 2017(1), 8416763.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.* Artmed Editora.
- Pyo, I. S., Yun, S., Yoon, Y. E., Choi, J.-W., & Lee, S.-J. (2020). Mechanisms of Aging and the Preventive Effects of Resveratrol on Age-Related Diseases. *Molecules*, 25(20).
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*, 56(suppl\_2), 23-35.
- RI. (2015). Regulamento Interno. *Instituição onde foi realizado o estudo.*
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. *Lisboa: Lidel.*
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 217-234.
- Rinnerthaler, M., Bischof, J., Streubel, M. K., Trost, A., & Richter, K. (2015). Oxidative stress in aging human skin. *Biomolecules*, 5(2), 545-589.
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, 109-115.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Sá-Silva, J. R., Almeida, C. D. d., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de história & ciências sociais*, 1(1), 1-15.
- Schuhmacher, T. P., Andresen, M., & Fallahpour, M. (2023). Clinical reasoning of occupational therapists in selecting activities together with older adults with dementia to postpone further development of cognitive decline. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 30(1), 98-108. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2112282>

- Silva, S. (2023). *Envelhecer ativamente em contexto de centro de dia*
- Simonsick, E. M., Guralnik, J. M., Volpato, S., Balfour, J., & Fried, L. P. (2005). Just get out the door! Importance of walking outside the home for maintaining mobility: findings from the women's health and aging study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 198-203.
- Sixsmith, J., Sixsmith, A., Fänge, A. M., Naumann, D., Kucsera, C., Tomsone, S., Haak, M., Dahlin-Ivanoff, S., & Woolrych, R. (2014). Healthy ageing and home: the perspectives of very old people in five European countries. *Soc Sci Med*, 106, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.006>
- Smith, R., Wood, J., Jones, F., Anderson, L., & Hurley, M. (2019). Active residents in care homes: A holistic approach to promoting and encouraging meaningful activity for residents living in care homes: Innovative Practice. *Dementia*, 18(5), 1942-1947. <https://doi.org/10.1177/1471301217727129>
- Spradley, J. P. (1980). *Participant Observation*. Wadsworth - Thomson Learning.
- SS, S. S. (2023). *Idosos*. <https://www.seg-social.pt/idosos>
- Sun, H. L., Chen, P., Bai, W., Zhang, Q., Sha, S., Su, Z., Cheung, T., Ungvari, G. S., Jackson, T., Feng, Y., & Xiang, Y. T. (2024). Depressive Symptoms and Cognitive Function in Older Adults: A Cross-Lagged Network Analysis. *Depress Anxiety*, 2024, 6166775. <https://doi.org/10.1155/2024/6166775>
- Szanton, S. L., Walker, R. K., Roberts, L., Thorpe, R. J., Wolff, J., Agree, E., Roth, D. L., Gitlin, L. N., & Seplaki, C. (2015). Older adults' favorite activities are resoundingly active: Findings from the NHATS study. *Geriatric Nursing*, 36(2), 131-135. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2014.12.008>
- Tenchov, R., Sasso, J. M., Wang, X., & Zhou, Q. A. (2024). Aging Hallmarks and Progression and Age-Related Diseases: A Landscape View of Research Advancement. *ACS Chem Neurosci*, 15(1), 1-30. <https://doi.org/10.1021/acscchemneuro.3c00531>
- Tierney, L., MacAndrew, M., Doherty, K., Fielding, E., & Beattie, E. (2023). Characteristics and value of 'meaningful activity' for people living with dementia in residential aged care facilities: "You're still part of the world, not just existing". *Dementia*, 22(2), 305-327. <https://doi.org/10.1177/14713012221144488>
- Tripathi, U., Misra, A., Tchkonina, T., & Kirkland, J. L. (2021). Impact of senescent cell subtypes on tissue dysfunction and repair: importance and research questions. *Mechanisms of ageing and development*, 198, 111548.

- UN. (2024). *Population Dynamics World Population Dynamics. World Population Prospects 2024 Revision*.
- Uttara, B., Singh, A. V., Zamboni, P., & Mahajan, R. (2009). Oxidative stress and neurodegenerative diseases: a review of upstream and downstream antioxidant therapeutic options. *Current neuropharmacology*, 7(1), 65-74.
- Valieva, Y., Ivanova, E., Fayzullin, A., Kurkov, A., & Igrunkova, A. (2022). Senescence-associated  $\beta$ -galactosidase detection in pathology. *Diagnostics*, 12(10), 2309.
- van Beek, J. H., Kirkwood, T. B., & Basingthwaight, J. B. (2016). Understanding the physiology of the ageing individual: computational modelling of changes in metabolism and endurance. *Interface Focus*, 6(2), 20150079.
- Van Deursen, J. M. (2014). The role of senescent cells in ageing. *Nature*, 509(7501), 439-446.
- Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *J Psychol*, 146(3), 313-331. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3 ed.). Edições Sílabo.
- Vithanage, H., & Dunusinghe, P. (2023). The association between time poverty and income poverty: The case of Sri Lanka. *Economic Research*, 10, 2.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121-139. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- Wallcraft, J. (2012). Involvement of service users in adult safeguarding. *The Journal of Adult Protection*, 14(3), 142-150. <https://doi.org/10.1108/14668201211236340>
- Walsh, K., Scharf, T., Van Regenmortel, S., & Wanka, A. (2021). The intersection of ageing and social exclusion. *Social exclusion in later life: Interdisciplinary and policy perspectives*, 3-21.
- Whittaker, A. C., Delledonne, M., Finni, T., Garagnani, P., Greig, C., Kallen, V., Kokko, K., Lord, J., Maier, A. B., Meskers, C. G. M., Santos, N. C., Sipila, S., Thompson, J. L., & van Riel, N. (2018). Physical Activity and Nutrition Influences In ageing (PANINI): consortium mission statement. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(6), 685-692. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0823-7>
- WHO, W. H. O. (2015). *World report on ageing and health*.
- Wickramasinghe, K., Mathers, J. C., Wopereis, S., Marsman, D. S., & Griffiths, J. C. (2020). From lifespan to healthspan: the role of nutrition in healthy ageing. *Journal of Nutritional Science*, 9, e33, Article e33. <https://doi.org/10.1017/jns.2020.26>

- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology, 21*(2), 152-169.
- Woodcock, J., Franco, O. H., Orsini, N., & Roberts, I. (2011). Non-vigorous physical activity and all-cause mortality: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *International journal of epidemiology, 40*(1), 121-138.
- Xue, Q.-L., Bandeen-Roche, K., Mielenz, T. J., Seplaki, C. L., Szanton, S. L., Thorpe, R. J., Kalyani, R. R., Chaves, P. H., Dam, T.-T. L., & Ornstein, K. (2012). Patterns of 12-year change in physical activity levels in community-dwelling older women: can modest levels of physical activity help older women live longer? *American journal of epidemiology, 176*(6), 534-543.
- Zhang, L., Xu, Y., Nie, H., Zhang, Y., & Wu, Y. (2012). The prevalence of depressive symptoms among the older in China: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry, 27*(9), 900-906. <https://doi.org/10.1002/gps.2821>

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Pedido de recolha dados na Instituição

Pedro Cardoso Pinto

Para: Centro Social [REDACTED]

Exmo. Sr. Diretor Técnico do Centro Social e Paroquial [REDACTED],  
Dr. J. [REDACTED]

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, na unidade curricular Seminário de Dissertação/Trabalho de projeto, venho por este meio solicitar autorização para a recolha de dados na Instituição, para a realização de um programa de intervenção (tese).

De salientar, que nunca o nome da Instituição e dos respetivos utentes será revelado mantendo assim a confidencialidade dos mesmos

Aguardo uma resposta,  
Com os melhores cumprimentos,

Pedro Cardoso Pinto  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Centro Social [REDACTED]

Para: Você

[Responder](#) [Responder a todos](#) [Encaminhar](#)  ...  
Qua, 16/10/2024 18:04

Caro e Ilustre  
Pedro Cardoso Pinto

Autorizamos com muito gosto, a recolha de dados na Instituição que necessitar para o trabalho de projeto do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto, para a realização de um programa de intervenção (tese).

Auguramos o melhor êxito no trabalho.

**Atentamente,**  
[REDACTED]  
Diretor Técnico

## Anexo 2 – Pedido para aplicação de questionário aos utentes

Pedro Cardoso Pinto <[redacted]> escreveu em sáb., 14/12/2024 às 09:56 :

Exmo. Sr. Diretor Técnico do Centro Social e Paroquial ([redacted])

Dr. [redacted]

Venho novamente solicitar autorização, desta vez para aplicação de um questionário aos utentes da resposta social de centro de dia.

Questionário esse, que pretende salientar a importância do envolvimento dos utentes na definição e no desenvolvimento do plano de atividades de um centro de dia.

De reforçar que nunca o nome da Instituição e dos respetivos utentes será revelado mantendo assim a confidencialidade dos mesmos.

Aguardo uma resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Cardoso Pinto

[redacted]

C

Centro Social de Carvalhosa ([redacted])

Para: Você

Responder

Boa tarde  
Caríssimo Mestrando  
Pedro Filipe Cardoso Pinto

Autorizamos.  
Com muito gosto e estamos cientes do quão a análise nos vai posteriormente ajudar quem sabe novas perspectivas no que toca á vida e ação com idosos pré institucionalizados.

**Atentamente,**

[redacted]  
**Diretor Técnico**

## Anexo 3 – Questionário para a recolha de informação

TRABALHO DE PROJETO: “A importância do envolvimento dos utentes na definição e no desenvolvimento do plano de atividades de um centro de dia para pessoas mais velhas”

### PROTOCOLO DE RECOLHA DE DADOS

#### 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO PARTICIPANTE

1.1 – Idade: \_\_\_\_\_

1.2 – Sexo: Feminino  Masculino

1.3 – Estado civil: \_\_\_\_\_

1.4. Motivo do ingresso no centro de dia:

1.5. Tempo de frequência na Instituição:

Menos de 1 ano

1 a 2 anos

2 a 3 anos

3 a 4 anos

Mais de 5 anos

#### 2- AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES EXISTENTES

Registrar se participa ou não na atividade.

Para cada atividade frequentada, indicar o seu nível de satisfação, recorrendo a uma escala Likert de 5 pontos:

1 – Muito insatisfeito(a);

2 – Insatisfeito(a);

3 – Nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a);

4 – Satisfeito(a);

5 – Muito Satisfeito(a).

Atividade	Frequência	PARTICIPA	AVALIAÇÃO (escala Likert)
Hora da Informação	2x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Projeto Musicalidade (Sessão de Música)	1x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Projeto Musicalidade (Sessão com a Psicóloga)	1x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Sessão de Música e Canto	1x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Aula de Ginástica	2x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Rezar o Terço	5x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
Telejornal; Jogos de mesa; Dinâmicas de Grupo; Atividades lúdicas; Comemoração de dias temáticos; Expressão plástica; Estimulação cognitiva em grupo; Culinária;	3x por semana	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	

### 3- SUGESTÕES/ OUTRAS INFORMAÇÕES

3.1 – Na sua opinião, acha que o facto da Instituição proporcionar atividades aos seus utentes é uma mais valia?

Sim  Não

3.2. Na sua opinião, quais são os principais benefícios em participar nestas atividades?

3.3. Gostaria de deixar alguma sugestão de melhoria para as atividades que frequenta?

3.4. Na sua opinião, que outras atividades gostaria de ter na Instituição?

#### **Anexo 4 – Consentimento informado, livre e esclarecido aos inquiridos.**

### **INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Pedro Filipe Cardoso Pinto, aluno do Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP), estou a desenvolver o meu trabalho final sobre “A importância do envolvimento dos utentes na definição e no desenvolvimento do plano de atividades de um centro de dia para pessoas mais velhas”.

Pretendo apresentar uma nova proposta de plano de atividades para os utentes deste Centro de Dia. Para isso, pedia a sua colaboração para responder a este breve questionário que avaliar o seu grau de satisfação com as atividades em que participa.

A sua participação é voluntária e pode desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si. Toda a informação recolhida e resultados obtidos são confidenciais e anónimos. Estes dados serão eliminados após o término do meu trabalho de mestrado.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que me inquiriu. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo e/ou a responder a questões que não considero apropriadas sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este trabalho e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_ (assinatura do participante)

**Anexo 5 – Inquérito por questionário – avaliação final das atividades às pessoas mais velhas**

1 – Gostou de participar neste grupo \_\_\_\_\_, atividade n° \_\_\_\_\_?

Sim		Mais ou Menos		Não	
-----	--	---------------	--	-----	--

2 – Considera que as atividades que foram desenvolvidas, foram interessantes para enriquecer o seu dia?

Sim		Mais ou Menos		Não	
-----	--	---------------	--	-----	--

3 – Ao longo das atividades, sentia-se motivado e integrado no grupo??

Sim		Mais ou Menos		Não	
-----	--	---------------	--	-----	--

4 – Considera que as atividades contribuíram para o seu bem-estar social, físico e psicológico?

Sim		Mais ou Menos		Não	
-----	--	---------------	--	-----	--

5 – Gostava que o plano de atividades existente, continuasse?

Sim		Mais ou Menos		Não	
-----	--	---------------	--	-----	--

6 – Como avalia o desempenho do responsável do grupo?

Mau		Razoável		Bom		Muito Bom	
-----	--	----------	--	-----	--	-----------	--

Obrigado pela participação!