

ARTIGO ORIGINAL

Projetos de vida em estruturas residenciais para pessoas idosas: estudo qualitativo com profissionais técnicos em Portugal

Personal life projects in residential care facilities for older adults: A qualitative study with professional staff in Portugal

Bibiana Pedrosa¹
Ricardo Pocinho^{1,2}
Cristóvão Margarido^{1,2}
Patrícia Fincias³

¹ Instituto Universitário de Ciências da Educação, Universidade de Salamanca, Espanha

² ESECS.IPLEiria e CICS.NOVA.IPLEiria, Portugal

³ Instituto Universitário de Ciências da Educação, Universidade de Salamanca, Espanha

Recebido: 11/07/2025; Revisto: 15/01/2026; Aceite: 22/01/2026.

<https://doi.org/10.31211/rpics.2026.12.1.423>



Resumo

Contexto: A operacionalização dos projetos de vida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) permanece pouco documentada, apesar da relevância das práticas centradas na pessoa para a autonomia, continuidade identitária e sentido de propósito dos residentes. **Objetivo:** Compreender, na perspetiva de profissionais técnicos de ERPI portuguesas, as conceções sobre o projeto de vida no acolhimento residencial de pessoas idosas, as práticas de delineamento e implementação, os fatores facilitadores e constrangimentos à sua operacionalização, e as propostas profissionais para o seu aperfeiçoamento. **Métodos:** Estudo qualitativo de orientação descritivo-interpretativa, baseado em entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais técnicos de ERPI distribuídas pelas regiões Norte, Centro, Sul e Região Autónoma dos Açores de Portugal, entre outubro de 2021 e abril de 2022, em formato remoto. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas integralmente e submetidas a análise temática de conteúdo, com dupla codificação, discussão de discrepâncias e auditoria de decisões analíticas. **Resultados:** Emergiram quatro eixos temáticos: (a) conceções do projeto de vida como continuidade biográfica, atribuição de sentido e reconhecimento da singularidade; (b) heterogeneidade nas práticas institucionais, sobretudo quanto ao momento de definição, grau de formalização e participação dos residentes; (c) facilitadores e constrangimentos organizacionais, relacionais e técnicos; e (d) propostas centradas na formação das equipas, flexibilização organizacional e reforço do compromisso institucional com as aspirações dos residentes. **Conclusões:** A operacionalização efetiva dos projetos de vida em ERPI parece viável, mas exige condições organizacionais flexíveis, formação especializada e mecanismos formais de participação dos residentes. A ausência da perspetiva direta das pessoas idosas constitui limitação relevante, recomendando-se investigação futura com triangulação de fontes.

Palavras-Chave: Autonomia pessoal; Cuidados centrados na pessoa; Envelhecimento; Estrutura residencial para pessoas idosas; Projeto de vida; Investigação qualitativa.

Abstract

Context: The operationalization of personal life projects in Long-Term Care Facilities for older adults (LTCF) remains scarcely documented, despite the relevance of person-centered practices for residents' autonomy, identity continuity, and sense of purpose. **Objective:** To understand, from the perspective of professional staff working in Portuguese LTCF, the conceptions of life project in residential care for older adults, the practices of design and implementation, the facilitators and barriers to its operationalization, and the professional proposals for its improvement. **Method:** A qualitative study with a descriptive-interpretive orientation, based on semi-structured interviews with 11 professional staff members of LTCF distributed across the North, Center, South, and Autonomous Region of the Azores in Portugal, conducted between October 2021 and April 2022, in remote format. Interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and subjected to thematic content analysis, with double coding, discussion of discrepancies, and auditing of analytic decisions. **Results:** Four thematic axes emerged: (a) conceptions of the life project as biographical continuity, meaning attribution, and recognition of singularity; (b) heterogeneity in institutional practices, particularly regarding the timing of project definition, degree of formalization, and resident participation; (c) organizational, relational, and technical facilitators and barriers; and (d) proposals centered on team training, organizational flexibility, and strengthening of institutional commitment to residents' aspirations. **Conclusions:** The effective operationalization of life projects in LTCF appears feasible but requires flexible organizational conditions, specialized training, and formal mechanisms for resident participation. The absence of direct perspectives from older adults constitutes a relevant limitation; future research with source triangulation is recommended.

Keywords: Aging; Life project; Long-term care facilities; Person-centered care; Personal autonomy; Qualitative research.

Introdução

Portugal apresenta um acentuado envelhecimento demográfico, tendo o índice de envelhecimento atingido 192,4 pessoas idosas por cada 100 jovens em 2024 (Instituto Nacional de Estatística, 2025), o que intensifica a pressão sobre os sistemas formais de cuidado e apoio gerontológico. A admissão em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) constitui frequentemente uma transição psicologicamente exigente, associada a desafios de ajustamento, sentimentos de perda, incerteza e ameaça à continuidade identitária (Brownie et al., 2014; Daniel et al., 2019; Faria & Carmo, 2015; Lee et al., 2013; Polacsek & Woolford, 2022). Esta transição tende a ocorrer quando as redes familiares e comunitárias se revelam insuficientes para responder às necessidades de cuidado, segurança e estimulação das capacidades funcionais, intensificando situações de vulnerabilidade biopsicossocial. Estudos longitudinais identificam a viuvez, a depressão, a demência e o declínio funcional como preditores relevantes da institucionalização (Hajek et al., 2015), sendo o risco também influenciado por padrões específicos de multimorbilidade ao longo do envelhecimento (Marengoni et al., 2021).

Em Portugal, as ERPI configuram-se como respostas sociais de alojamento coletivo, temporário ou permanente, destinadas a pessoas idosas que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência habitual (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, na redação pela Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro). As ERPI, tipicamente, acolhem pessoas idosas que, por motivos familiares, situação de dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência habitual. Estas estruturas devem assegurar apoio social, cuidados ajustados às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias, bem como condições promotoras de funcionalidade, autonomia, qualidade de vida, participação social e respeito pela individualidade. A regulamentação portuguesa prevê que o processo individual do residente respeite o seu projeto de vida,

potencialidades, competências e história de vida, articulando-se com o plano individual de cuidados e com a sua monitorização periódica. No plano internacional, esta resposta aproxima-se do conceito de *long-term residential care*, integrado no *continuum* de cuidados de longa duração preconizado pela World Health Organization [WHO] (2021).

Para muitas famílias, as ERPI constituem a alternativa disponível quando se esgotam as condições para a prestação de cuidados domiciliares, assumindo um papel central no *continuum* de cuidados quando as limitações físicas ou cognitivas comprometem a autonomia residencial (Sanford et al., 2015). Em Portugal, a regulação dos cuidados residenciais evoluiu do modelo de *lar de idosos*, formalizado pelo Despacho Normativo n.º 12/98, para o atual enquadramento das ERPI, definido pela Portaria n.º 67/2012. Esta evolução normativa acompanha uma valorização progressiva da qualidade dos cuidados, da humanização dos serviços e da personalização da intervenção, em articulação com o paradigma internacional do cuidado centrado na pessoa (Brooker & Latham, 2016; Kitwood, 1997).

A admissão institucional pode configurar uma transição psicologicamente exigente, marcada pelo afastamento do ambiente doméstico, pela reorganização das redes de suporte e pela necessidade de adaptação a novos quotidianos institucionais (Brownie et al., 2014; Lee et al., 2013). Neste contexto, as ERPI assumem uma responsabilidade acrescida de reconhecer a singularidade de cada residente, promovendo práticas centradas na pessoa que favoreçam a participação ativa, a continuidade identitária, o sentido de propósito e um envelhecimento tão autónomo e significativo quanto possível (Brooker & Latham, 2016).

Esta perspetiva implica que a intervenção em ERPI ultrapasse a mera satisfação de necessidades básicas, articulando-se com uma compreensão biopsicossocial e biográfica da pessoa idosa (Engel, 1977; WHO, 2015). Tal abordagem requer a consideração da trajetória biográfica, das preferências, das competências preservadas, das necessidades e das expectativas de cada residente, constituindo um fundamento operacional do cuidado centrado na pessoa em contexto institucional (Brooker & Latham, 2016; Edvardsson et al., 2010). Deste modo, a intervenção distancia-se de modelos assistencialistas centrados exclusivamente em tarefas, défices ou diagnósticos, privilegiando práticas individualizadas e promotoras de continuidade pessoal.

A operacionalização desta abordagem requer a elaboração, para cada residente, de um plano individual de cuidados (PIC), entendido como instrumento de planeamento, monitorização e avaliação das necessidades, potencialidades, expectativas e percurso de vida da pessoa residente (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, versão consolidada). Este plano deve partir de uma avaliação multidimensional inicial, contemplando necessidades biopsicossociais, capacidades preservadas, preferências, história de vida e condições de suporte, em coerência com os princípios do cuidado integrado e centrado na pessoa (Molony et al., 2018; WHO, 2019). A sua utilidade depende, contudo, de uma gestão dinâmica e participada, que inclua elaboração, implementação, monitorização contínua e revisão periódica, em diálogo com a pessoa residente, a família ou pessoas de referência e a equipa técnica (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, versão consolidada). Esta lógica cíclica permite articular o PIC com um quadro mais amplo de continuidade biográfica e de construção do projeto de vida em contexto institucional.

A admissão em ERPI constitui uma transição residencial significativa, com impacto nas rotinas quotidianas, nas tarefas instrumentais, nas redes de convivência e nos hábitos previamente estabelecidos pela pessoa idosa (Brownie et al., 2014; Lee et al., 2013; Sullivan & Williams, 2017). Para mitigar este impacto, é essencial envolver a pessoa residente no processo de acolhimento e integração, prevenindo práticas institucionais homogeneizantes e promovendo oportunidades de socialização significativa, segurança relacional e qualidade percebida do cuidado (Edvardsson et al., 2010; Koren, 2010). A consideração das preferências quotidianas e a participação da pessoa residente nas decisões que afetam a sua vida institucional favorecem uma adaptação psicossocial mais positiva e coerente com o cuidado centrado na pessoa (Bangerter et al., 2016; Molony et al., 2018).

A promoção de uma integração bem-sucedida em ERPI pressupõe a consideração da qualidade de vida como construto multidimensional, integrando dimensões físicas, psicológicas, sociais, ambientais e existenciais, em coerência com os interesses, capacidades e necessidades de cada residente (Power et al., 2005; WHO, 2015). Esta perspetiva exige que a personalização dos cuidados vá além da resposta às necessidades assistenciais imediatas, incorporando preferências, valores, hábitos, relações significativas e expectativas futuras. Contudo, a investigação tem documentado um desfasamento persistente entre o discurso normativo do cuidado centrado na pessoa e a sua concretização quotidiana em contextos residenciais, sobretudo quando as rotinas institucionais, os protocolos e os constrangimentos organizacionais limitam a autonomia e a participação efetiva dos residentes (Cardoso & Oliveira, 2010; Erlandsson et al., 2023; Koren, 2010; van Loon et al., 2023).

Neste quadro, o projeto de vida deve ser entendido como uma construção biográfica e relacional orientada para a preservação de sentido, continuidade e agência na velhice. Do ponto de vista conceptual, articula-se com a noção de projeto como orientação intencional para o futuro (Boutinet, 1990/1996), com a teoria da continuidade no envelhecimento, segundo a qual as pessoas procuram preservar estruturas internas e externas significativas ao longo das transições da vida (Atchley, 1989), e com a tarefa psicossocial de integração do percurso de vida na velhice proposta por Erikson (1982). Esta articulação é particularmente relevante em contexto institucional, onde a perda de controlo sobre o quotidiano pode comprometer a continuidade identitária e o sentido de propósito, dimensões associadas ao envelhecimento saudável e ao bem-estar psicológico (Hill & Turiano, 2014). Assim, quando dominado exclusivamente por lógicas técnico-administrativas, o projeto de vida corre o risco de se transformar num procedimento imposto e despersonalizado (Bastos, 2009), em vez de funcionar como instrumento participativo de cuidado centrado na pessoa.

Em Portugal, a investigação sobre a operacionalização dos projetos de vida em ERPI permanece limitada, apesar da relevância atribuída à personalização dos cuidados e à participação dos residentes. A literatura nacional tem identificado constrangimentos organizacionais que podem comprometer a qualidade do cuidado, incluindo sobrecarga laboral, escassez de formação especializada, rotatividade dos profissionais e precariedade contratual (Gil, 2020). Estes fatores podem dificultar a construção de práticas suficientemente flexíveis para reconhecer a singularidade biográfica, as preferências e a agência dos residentes. Neste sentido, justifica-se aprofundar a compreensão sobre o modo como os projetos de vida

são delineados, implementados e revistos em contexto institucional português, considerando a perspetiva dos profissionais responsáveis pela sua operacionalização.

A integração em ERPI pressupõe um processo de ressocialização e adaptação que deve preservar a qualidade de vida, a continuidade biográfica e os referenciais identitários da pessoa residente (Pereira, 2012). Neste enquadramento, o projeto de vida deve articular o presente institucional com o percurso de vida, os hábitos culturais, as preferências quotidianas, as expectativas futuras e as transformações associadas ao envelhecimento, assegurando condições de conforto, segurança, dignidade e participação. Face ao exposto, o presente estudo teve como objetivo compreender, a partir da perspetiva de profissionais técnicos de ERPI portuguesas, como os projetos de vida das pessoas idosas são delineados, implementados e revistos no contexto do acolhimento institucional. Especificamente, procurou-se: (a) analisar as conceções dos profissionais sobre o projeto de vida na velhice institucionalizada; (b) caracterizar as práticas institucionais de delineamento, implementação, monitorização e revisão dos projetos de vida em ERPI; (c) identificar fatores facilitadores e constrangimentos organizacionais, relacionais e técnicos à sua operacionalização; e (d) explorar propostas profissionais para a melhoria dos projetos de vida em contexto residencial.

Método

Desenho do Estudo

Adotou-se um desenho qualitativo de orientação descritivo-interpretativa, fundamentado nos princípios da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), apropriada para a exploração sistemática de fenómenos sociais complexos a partir das perspetivas dos participantes (Levitt et al., 2018). Esta abordagem foi considerada coerente com o objetivo do estudo por permitir captar a subjetividade dos profissionais e identificar regularidades transversais aos discursos analisados. O presente estudo integrou-se num projeto de doutoramento mais amplo sobre projetos de vida em contexto residencial gerontológico.

Reflexividade e Posicionamento dos Investigadores

A equipa de investigação integrou investigadores com formação em Serviço Social, Educação Social, Psicogerontologia, Psicopedagogia e Ciências da Educação, bem como experiência académica e profissional em contextos de intervenção social, gerontologia, educação e investigação socioeducativa. Esta composição interdisciplinar foi considerada relevante para a análise dos projetos de vida em ERPI, mas exigiu atenção sistemática ao modo como os referenciais teóricos e profissionais dos investigadores poderiam influenciar a formulação das perguntas, a condução das entrevistas, a codificação dos dados e a interpretação dos discursos. Em consonância com as recomendações dos JARS-Qual para o relato transparente da posição dos investigadores e da relação investigador-participante (Finlay, 2002; Levitt et al., 2018), foram adotadas práticas reflexivas sistemáticas ao longo de todo o processo de investigação. Concretamente, procedeu-se à discussão regular em equipa sobre potenciais enviesamentos

interpretativos, ao registo de notas reflexivas após cada entrevista e à auditoria cruzada das decisões analíticas. Nenhum dos investigadores possuía relação profissional, institucional ou pessoal prévia com os participantes ou com as instituições estudadas, pelo que se afasta a possibilidade de conflito de interesses suscetível de comprometer a integridade dos dados.

Participantes

Participaram no estudo 11 profissionais técnicos de ERPI portuguesas, selecionados como informantes-chave pela sua responsabilidade na direção técnica, coordenação ou acompanhamento dos processos de acolhimento e planeamento individual dos residentes. Os critérios de inclusão foram: (a) exercer funções técnicas ou de direção técnica em ERPI; (b) possuir formação superior em áreas das ciências sociais, da educação ou da saúde; (c) ter conhecimento direto dos procedimentos institucionais de acolhimento, plano individual de cuidados e/ou projeto de vida; e (d) aceitar participar voluntariamente no estudo. Foram excluídos profissionais sem funções técnicas diretamente relacionadas com a gestão ou acompanhamento dos processos de integração dos residentes, bem como instituições que não responderam ao convite no período definido para a recolha de dados.

A maioria dos participantes era do sexo feminino ($n = 9$), e dois eram do sexo masculino. A formação académica incluiu Serviço Social ($n = 6$), Educação Social ($n = 2$), Psicologia ($n = 2$) e Psicomotricidade ($n = 1$). Os participantes exerciam funções como diretores técnicos, assistentes sociais com funções de direção técnica ou técnicos responsáveis pelo acompanhamento institucional dos residentes. O tempo de exercício profissional variou entre 2 meses e 22 anos, com mediana de 6 anos. A idade cronológica dos participantes não foi recolhida no protocolo original de caracterização; por esse motivo, e atendendo ao foco do estudo nas práticas e perspetivas profissionais, a experiência profissional foi reportada como principal indicador de enquadramento dos participantes enquanto informantes-chave.

As instituições representadas incluíram IPSS ($n = 9$) e instituições privadas ($n = 2$), com capacidade residencial entre 15 e 92 residentes ($M = 47,27$; $DP = 25,91$). Geograficamente, as ERPI distribuíram-se pelas regiões Norte ($n = 4$), Centro ($n = 4$), Alentejo ($n = 1$), Algarve ($n = 1$), e Região Autónoma dos Açores ($n = 1$), abrangendo contextos de litoral, interior e ilha.

A opção por profissionais técnicos como informantes-chave fundamentou-se no seu papel central na gestão, coordenação e implementação das práticas de cuidado em ERPI. Pela posição que ocupam, estes profissionais detêm conhecimento integrado sobre os procedimentos institucionais, os constrangimentos organizacionais, a articulação com as famílias e as estratégias utilizadas para delinear, implementar e rever os projetos de vida dos residentes. Esta opção é coerente com a técnica de informantes-chave, particularmente útil quando se pretende compreender práticas institucionais a partir de participantes com conhecimento especializado sobre o fenómeno em estudo (Marshall, 1996).

Tabela 1**Caracterização dos Profissionais Técnicos, das ERPI e dos Residentes**

Código	Profissionais técnicos				Instituições			Perfil predominante dos residentes		
	Sexo	Formação Académica	Função na ERPI	Experiência Em ERPI ^a	Natureza	N.º de residentes ^b	Região NUTS II	Localização	Estado civil	Escolaridade
E1	Feminino	Educação Social	ES	7 anos	IPSS	15	Norte	Interior	Viuvo/a	NLE
E2	Masculino	Serviço Social	AS/DT	2 anos	IPSS	34	Algarve	Litoral	Solteiro e viúvo	4.º ano
E3	Feminino	Serviço Social	DT	15 anos	IPSS	29	Alentejo	Litoral	Viuvo/a	4.º ano
E4	Feminino	Serviço Social	AS/DT	22 anos	IPSS	23	Centro	Litoral	Viuvo/a	4.º ano
E5	Feminino	Serviço Social	AS/DT	2 anos	IPSS	27	Norte	Interior	Viuvo/a	4.º ano
E6	Feminino	Educação Social	DT	14 anos	IPSS	80	Norte	Litoral	Viuvo/a	AEN
E7	Masculino	Psicologia	DT	8 anos	IPSS	92	R. A. Açores	Ilha	Viuvo/a	4.º ano
E8	Feminino	Psicomotricista	DT	2 meses	Privada	35	Norte	Interior	Viuvo/a	4.º ano
E9	Feminino	Serviço Social	DT	2 anos	IPSS	73	Centro	Litoral	Viuvo/a	4.º ano
E10	Feminino	Psicologia	DT	5 anos	IPSS	48	Centro	Litoral	Viuvo/a	4.º ano
E11	Feminino	Serviço Social	DT	6 anos	Privada	64	Centro	Litoral	Viuvo/a	NLE

Nota. AS = assistente social; DT = diretor/a técnico/a; ES = educador/a social; ERPI = Estrutura Residencial para Pessoas Idosas; IPSS = Instituição Particular de Solidariedade Social; NUTS II = Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos, Nível II; R. A. Açores = Região Autónoma dos Açores; NLE = não lê nem escreve; AEN = apenas escreve o nome.

^a Experiência profissional total na ERPI atual.

^b Número de residentes acolhidos pela ERPI no período de recolha de dados.

Procedimentos de Recrutamento e Considerações Éticas

O recrutamento dos participantes seguiu uma estratégia de amostragem intencional de informantes-chave, operacionalizada por conveniência em função da disponibilidade institucional. Numa primeira fase, foram identificadas ERPI portuguesas localizadas em diferentes regiões do país, tendo sido contactadas 17 instituições por correio eletrónico. A mensagem de convite incluiu a apresentação do estudo, os seus objetivos, os critérios de participação, a natureza voluntária da colaboração e os procedimentos previstos para a realização da entrevista. Das instituições contactadas, 14 responderam ao convite, três não avançaram para participação, e 11 instituições viabilizaram a realização da entrevista no período definido para a recolha de dados, entre outubro de 2021 e abril de 2022. O encerramento do recrutamento foi determinado por ausência de novas respostas institucionais.

O estudo foi conduzido observando os princípios éticos aplicáveis à investigação com participantes humanos, incluindo a participação voluntária, o consentimento informado, a confidencialidade, o anonimato e a proteção dos dados pessoais, de acordo com a Declaração de Helsínquia ([World Medical Association, 2013](#)), o [Regulamento \(EU\) 2016/679](#) e a [Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto](#). O estudo integrou um projeto doutoral autorizado pela Universidade de Salamanca, tendo sido obtida autorização institucional das ERPI participantes. O estudo não foi previamente submetido à apreciação formal de uma Comissão de Ética. Antes da recolha de dados, foi enviado às instituições um pedido formal de autorização para a realização do estudo, acompanhado de informação sobre os objetivos, os procedimentos de recolha, o tratamento dos dados e as garantias de confidencialidade. Após a autorização institucional e o agendamento da entrevista, cada participante recebeu um documento de consentimento informado, no qual constavam os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, o direito de recusar responder a qualquer questão ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, a autorização para gravação áudio, os procedimentos de transcrição e anonimização, bem como as condições de armazenamento e utilização dos dados. O consentimento informado foi formalizado por assinatura antes do início da entrevista.

A cada participante foi atribuído um código sequencial, de E1 a E11, utilizado nas transcrições, na matriz de análise e nos excertos apresentados nos resultados. Foram removidos ou generalizados elementos potencialmente identificáveis, incluindo nomes próprios, designações institucionais, referências geográficas específicas e informações que pudessem permitir a identificação indireta das instituições ou dos participantes. As gravações áudio, transcrições e ficheiros de análise foram armazenados em disco externo, com acesso restrito à equipa de investigação, e serão conservados por dez anos, após o qual serão arquivados de forma anonimizada, em conformidade com as normas institucionais e legais aplicáveis.

Instrumento e Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas individuais, orientadas por um guião previamente elaborado pela equipa de investigação. Esta técnica permitiu assegurar a exploração sistemática das dimensões centrais do estudo, mantendo simultaneamente flexibilidade para introduzir perguntas de aprofundamento sempre que os discursos dos participantes suscitavam clarificação ou desenvolvimento adicional (Brinkmann, 2014). O guião foi construído a partir da revisão da literatura sobre projeto de vida, cuidado centrado na pessoa, acolhimento institucional, participação dos residentes e práticas de intervenção em ERPI, organizando-se em cinco blocos temáticos: (a) valores e princípios da intervenção técnica; (b) acolhimento, avaliação e plano individual de cuidados; (c) quotidiano institucional e singularidade da pessoa residente; (d) relação com a família, comunidade e tomada de decisão; e (e) projeto de vida. Foi realizado um pré-teste do guião de entrevista com dois participantes, tendo as entrevistas-piloto possibilitado a identificação de aspetos a otimizar. Procedeu-se, assim, à reformulação de questões e ao ajustamento da sua sequência, garantindo maior clareza e adequação aos objetivos da investigação. Considerando a extensão e a diversidade temática do guião, o presente artigo privilegiou a análise dos conteúdos diretamente relacionados com o projeto de vida, articulando as respostas ao bloco específico sobre esta temática com excertos dos restantes blocos sempre que estes contribuíam para compreender o acolhimento, a participação, a singularidade, a relação familiar e os constrangimentos institucionais associados à sua operacionalização. As dimensões do guião não diretamente relacionadas com os objetivos deste artigo não foram aprofundadas na presente análise.

As entrevistas decorreram entre outubro de 2021 e abril de 2022, em formato remoto, através da plataforma Zoom, devido aos constrangimentos sanitários associados à pandemia de COVID-19. O recurso a videoconferência tem sido reconhecido como uma modalidade viável para a realização de entrevistas qualitativas, particularmente quando os participantes se encontram geograficamente dispersos ou quando existem constrangimentos à recolha presencial (Archibald et al., 2019). As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora (B. P.), doutoranda, com formação em Serviço Social, e tiveram duração média aproximada de 90 minutos, variando entre 30 e 150 minutos. Foi solicitado aos participantes que escolhessem um local reservado, com privacidade e sem interrupções previsíveis.

Mediante consentimento informado explícito, as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas integralmente pela primeira autora (B. P.). As transcrições foram revistas por três investigadores da equipa, coorientadores do projeto doutoral, mediante comparação com os ficheiros áudio, a fim de verificar a fidelidade do registo textual. Não foi realizada devolução formal das transcrições aos participantes. Os ficheiros áudio e as transcrições foram identificados apenas por códigos sequenciais, de E1 a E11, conforme descrito nos procedimentos éticos. A Tabela 2 apresenta uma seleção das questões nucleares do guião de entrevista utilizado.

Tabela 2

Questões Nucleares do Guião de Entrevista Semiestruturada

Domínio	Questão
Princípios da intervenção técnica	Quais valores e princípios devem fundamentar a intervenção do(a) assistente social e/ou diretor(a) técnico(a) com pessoas idosas institucionalizadas?
Acolhimento institucional	Como organiza a fase de acolhimento?
Plano individual de cuidados	Que mecanismos utiliza para promover a participação da pessoa idosa na definição do plano individual de cuidados?
Singularidade em contexto coletivo	Como se salvaguardam os interesses individuais das pessoas idosas num ambiente coletivo? Que estratégias utiliza?
Projeto de vida	De que forma é delineado o projeto de vida da pessoa idosa no momento da sua integração na instituição?
Participação no projeto de vida	Qual o papel da pessoa idosa no delineamento do seu projeto de vida?
Aperfeiçoamento das práticas	Na sua opinião, de que forma deveria ser delineado o projeto individual de cuidados?

Nota. A tabela apresenta uma seleção das questões nucleares do guião, escolhidas pela sua relação direta com os objetivos do presente artigo. O guião completo incluiu 20 questões organizadas em cinco blocos temáticos (Apêndice A).

Análise dos Dados

A análise incidiu sobre os segmentos das entrevistas diretamente relacionados com o projeto de vida das pessoas idosas em contexto residencial, incluindo os conteúdos do bloco específico sobre esta temática e excertos de outros blocos do guião sempre que estes contribuíam para compreender o acolhimento institucional, a participação dos residentes, a singularidade biográfica, a relação familiar, os constrangimentos organizacionais e as propostas de aperfeiçoamento das práticas.

O *corpus* de análise foi constituído pelas 11 transcrições integrais das entrevistas, submetidas a análise de conteúdo temática segundo Bardin (2011). O procedimento analítico organizou-se em três fases sequenciais. Na fase de pré-análise, realizaram-se leituras flutuantes e repetidas das transcrições, com o objetivo de familiarização com o material, constituição formal do corpus e identificação preliminar de eixos temáticos relevantes para os objetivos do estudo. Nesta fase, procedeu-se ainda à preparação técnica dos ficheiros e à verificação da sua adequação ao processo de codificação.

Na fase de exploração do material, foram definidas unidades de registo constituídas por palavras, frases ou segmentos de texto semanticamente relevantes para os objetivos do estudo. A codificação combinou uma orientação dedutiva, informada pela literatura sobre projeto de vida, cuidado centrado na pessoa, plano individual de cuidados e participação dos residentes, com uma orientação indutiva, permitindo a emergência de categorias não antecipadas pela equipa de investigação. As unidades de registo foram agrupadas em categorias e subcategorias, posteriormente refinadas por comparação sistemática intra e intercategoria, até à estabilização do sistema categorial, definida como a ausência de necessidade de criação de novas categorias ou de reorganização substantiva das existentes. A análise dos dados seguiu, deste modo, uma abordagem mista dedutiva-indutiva, em consonância com os procedimentos analíticos adotados.

Para reforçar a consistência analítica, foi adotado um procedimento de dupla codificação independente de 27,3% do *corpus* (3 das 11 entrevistas), pela primeira autora e segundo investigador. As discrepâncias foram discutidas em equipa até à obtenção de consenso interpretativo.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, procedeu-se à organização final das categorias e subcategorias, à seleção de excertos ilustrativos representativos dos padrões identificados e à interpretação dos achados à luz dos objetivos do estudo e dos referenciais teóricos mobilizados. Os excertos foram selecionados considerando a sua clareza, pertinência temática e capacidade de ilustrar a diversidade de posições expressas pelos participantes.

A organização e gestão do corpus foram apoiadas por MAXQDA 2022 como *software* CAQDAS principal, Microsoft Excel para sistematização tabular complementar e Wooclap para recriar a nuvem de palavras que representa uma síntese lexical descritiva dos termos mais recorrentes nos discursos dos participantes. O *software* foi utilizado como instrumento auxiliar de armazenamento, codificação, recuperação e organização dos dados, não substituindo a interpretação analítica realizada pelos investigadores. As decisões analíticas, alterações ao sistema categorial e justificações para fusão, subdivisão ou eliminação de categorias foram registadas nas funcionalidades de *memoing* do MAXQDA 2022, constituindo o *audit trail* do processo analítico.

Integridade Metodológica

A integridade metodológica foi promovida através de estratégias orientadas para a *credibilidade*, *dependabilidade*, *confirmabilidade* e *transferibilidade* dos achados, em consonância com critérios clássicos de rigor em investigação qualitativa e com recomendações contemporâneas para estudos qualitativos em Psicologia (Lincoln & Guba, 1985; Levitt et al., 2017, 2018). A *credibilidade* foi reforçada pela leitura repetida das transcrições, pela revisão cruzada do sistema categorial, pela discussão das discrepâncias interpretativas em equipa e pela seleção de excertos ilustrativos diretamente ancorados nos discursos dos participantes. A *dependabilidade* foi assegurada pela descrição sistemática das etapas de recolha, transcrição, codificação e categorização, permitindo acompanhar a coerência entre objetivos, desenho qualitativo, corpus analisado e resultados apresentados. A *confirmabilidade* foi apoiada pelo *audit trail*, constituído por registos no software MAXQDA 2022, no qual foram documentadas as principais decisões analíticas, as alterações ao sistema categorial e as justificações interpretativas.

A *transferibilidade* foi favorecida pela descrição densa dos participantes, das instituições representadas, do contexto de recolha e dos procedimentos metodológicos, permitindo ao leitor avaliar a aplicabilidade dos achados a contextos residenciais gerontológicos semelhantes. A suficiência informativa do *corpus* foi avaliada pela recorrência dos padrões temáticos e pela estabilização progressiva das categorias ao longo da análise (Malterud et al., 2016; Saunders et al., 2018). A reflexividade dos investigadores, descrita em subsecção própria, integrou igualmente as estratégias de integridade metodológica, através da discussão regular dos pressupostos interpretativos da equipa e do modo como estes poderiam influenciar a codificação, a categorização e a interpretação dos dados.

Conceções Profissionais sobre o Projeto de Vida na Velhice Institucionalizada

O primeiro eixo reúne os discursos dos participantes sobre o significado atribuído ao projeto de vida em contexto residencial gerontológico. Emergiu uma concepção do projeto de vida como dispositivo de continuidade biográfica e atribuição de sentido, articulando passado, presente e perspectivas de futuro, em contraste com representações da institucionalização como etapa final desprovida de novos objetivos pessoais. Este posicionamento foi expresso de modo particularmente claro pela diretora técnica da entrevista E9:

O projeto de vida é delineado desde início e, tentamos melhorar a qualidade de vida e fazer compreender que eles não vão para o lar para morrer (...) o projeto de vida passa por dar resposta às necessidades do idoso, atender aos seus gostos e vontades. (E9)

No mesmo registo, a participante E5 caracterizou o projeto de vida como plano de natureza prospetiva e quotidiana, reformulável segundo as preferências individuais dos residentes:

O projeto de vida está em cima da mesa como um projeto futuro diário (...) ver com o utente tudo aquilo que eles gostariam de fazer antes de morrer, vamos querer individualmente, ver quais são os desejos de cada um. (E5)

Uma segunda dimensão central das concepções dos participantes refere-se à valorização dos sonhos, desejos e objetivos pessoais como núcleo constitutivo do projeto de vida. A participante E10 articulou esta dimensão com clareza:

Há sempre uma parte que são os sonhos, ou seja, o que ainda não fez que gostava de fazer e, por aí, delineamos o projeto de vida; temos nós um papel ativo nesse sonho, se conseguirmos. (E10)

Esta perspetiva foi reforçada pela diretora técnica E5, ao articular dimensão temporal incerta com a continuidade dos desejos pessoais:

Apesar de não sabermos o dia de amanhã conseguimos dizer aquilo que sonhamos e que ainda gostaríamos de alcançar e isso para nós é o projeto de vida, respeitar o plano individual. (E5)

Uma terceira dimensão das concepções profissionais refere-se ao reconhecimento da individualidade e singularidade biográfica como fundamento do projeto de vida. Esta posição foi recorrentemente expressa pelos participantes, com particular ênfase nas entrevistas E4, E8 e E11:

O respeito pela individualidade de cada um e pela sua autonomia, promoção dessa autonomia, a promoção pelos valores familiares e pela ligação familiar. (E4)

O residente é a peça preponderante de tudo. (E8)

A individualidade é extremamente importante (...) Acima de tudo é especializar a equipa toda para essa individualidade e capacidade de respeito para com todas as pessoas. (E11)

Práticas Institucionais de Delineamento, Implementação e Revisão dos Projetos de Vida

O segundo eixo reúne os discursos relativos à operacionalização concreta dos projetos de vida nas instituições representadas, evidenciando uma heterogeneidade significativa quanto ao momento da sua definição, ao grau de formalização e à participação direta dos residentes.

Quanto ao acolhimento e à avaliação inicial, identificou-se a preocupação de algumas instituições em diferenciar os planos consoante os residentes. A participante E6 sublinhou esta diferenciação:

Os nossos planos de acolhimento não são iguais para toda a gente. (E6)

A participante E5 articulou esta diferenciação com a centralidade da subjetividade do residente:

[É] importante que sejam eles a procurar o significado que as coisas têm para eles. (E5)

Quanto ao momento de definição do projeto de vida, identificaram-se duas posições contrastantes entre os participantes. Em algumas instituições, o projeto só é formalizado após uma fase de integração consolidada, sustentando-se no conhecimento progressivo do residente:

No momento da integração [o projeto de vida] não é logo feito. (E3)

O plano é feito com eles depois de os conhecer. (E1)

Em sentido contrário, outras instituições optam por iniciar a sua definição desde o primeiro dia de acolhimento, assumindo o projeto de vida como dispositivo orientador da integração:

O projeto de vida é delineado desde início. (E9)

Quanto à participação do residente e à formalização do projeto, foi possível identificar uma significativa variabilidade entre instituições. A diretora técnica E6 caracterizou uma modalidade informal e indireta de participação:

De forma indireta eles acabam por participar num delineamento desse projeto de vida, mesmo que não seja escrito (...) por vezes vamos sabendo ao longo do tempo. (E6)

Em contraste, a participante E10 caracterizou uma modalidade explícita e colaborativa de coconstrução do projeto, na qual o papel da equipa técnica é ativo, mas orientado pelas aspirações do residente:

Temos nós um papel ativo nesse sonho, se conseguirmos. (E10)

Relativamente aos procedimentos de monitorização e revisão dos projetos de vida, os participantes descreveram um processo como contínuo, flexível e articulado com o plano individual de cada residente. Em algumas instituições, esta revisão ocorre de forma periódica, habitualmente semestral, com registo formal das alterações efetuadas, procurando avaliar a adequação das intervenções às necessidades e evolução do residente. Como referiu a participante E1:

Passado meio ano faz-se uma revisão até para adaptarmos para perceber se está a funcionar bem o plano individual. (E1)

A revisão do projeto de vida foi ainda associada à valorização de desejos, objetivos e projetos pessoais que permanecem significativos para o residente, mesmo após a integração institucional. Esta dimensão foi expressa pela participante E10:

Considerar o que eu ainda não fiz que gostava de fazer e, por aí delineamos o projeto de vida. (E10)

Fatores Facilitadores e Constrangimentos à Operacionalização

O terceiro eixo reúne os fatores identificados pelos participantes como facilitadores ou constrangimentos à operacionalização dos projetos de vida em ERPI, organizando-se em três dimensões: organizacional, relacional e técnica.

Constrangimentos Organizacionais

Quanto aos constrangimentos organizacionais, foi identificada como central a escassez de recursos humanos, físicos e materiais, articulada com a necessidade de maior compromisso institucional. A participante E6 expressou explicitamente este constrangimento:

Haver mais espaço e mais recursos, humanos, físicos e materiais. Encarar a vinda para o lar como um projeto de vida; a instituição deve ser capaz de cumprir aquilo que os utentes ambicionem; óbvio que não dá tudo, mas pelo menos tentar que haja esse compromisso. (E6)

O principal constrangimento organizacional nas ERPI relaciona-se com a dificuldade em conciliar a individualização dos cuidados com a rigidez das rotinas institucionais e as limitações de recursos. Os profissionais referem que horários fixos e procedimentos padronizados dificultam a adaptação às preferências dos residentes, sendo ainda complexa a articulação entre diferentes serviços, o que nem sempre permite uma resposta totalmente integrada. Acresce uma cultura institucional orientada para a gestão coletiva, que privilegia a uniformização das práticas em detrimento da flexibilidade necessária à concretização plena dos projetos de vida individualizados.

Por muito que se queira não conseguimos fazer uma rotina individual, não se consegue. (E4)

Constrangimentos e Facilitadores Relacionais

Quanto aos fatores relacionais nas ERPI caracterizam-se por uma grande diversidade no envolvimento familiar, coexistindo situações de forte proximidade com outras de distanciamento, sendo que as instituições procuram promover a continuidade dos vínculos e o respeito pela vontade da pessoa idosa, incentivando a permanência dos contactos e a participação familiar. Como ilustrou a participante E3:

Pode levar um dia ou dois para a sua casa... porque isto não se pode perder nunca. (E3)

Contudo, foram também referidas situações de menor envolvimento familiar:

Já não lhes dizem nada. (E5)

Neste contexto, os técnicos indicaram assumir um papel mediador na tomada de decisão, através da articulação com as famílias para alcançar soluções centradas no bem-estar do residente:

Existe articulação entre os técnicos e os familiares e depois chegamos à melhor opção para eles [residentes] quando eles não conseguem (E1)

Foram ainda referidas estratégias de manutenção dos vínculos, como visitas, videochamadas e participação em atividades, bem como a articulação com a comunidade para reforçar a integração social em situações de maior vulnerabilidade:

Fazemos algumas coisas fora e chamamos a comunidade também. (E3)

Constrangimentos e Facilitadores Técnicos

Quanto aos fatores técnicos, os participantes identificaram a especialização e formação das equipas como facilitador central, contraposta à insuficiência percebida nos contextos institucionais atuais. A participante E11 sublinhou esta dimensão:

[É] especializar a equipa toda para essa individualidade e capacidade de respeito para com todas as pessoas. (E11)

Este potencial foi reforçado pela valorização do trabalho em equipa multidisciplinar, no qual diferentes profissionais (serviço social, enfermagem, nutrição e animação) articulam intervenções e acompanham os planos individuais, assegurando uma abordagem integrada centrada no residente e na monitorização contínua das suas necessidades:

Em suma é desta equipa interdisciplinar que fazemos parte... o nosso foco é o utente. (E10)

A entreaajuda entre profissionais foi igualmente valorizada:

Uma grande entreaajuda. (E11)

Contudo, emergiram também constrangimentos relevantes na intervenção técnica, nomeadamente a dificuldade em operacionalizar a individualização num contexto de elevada pressão organizacional e de elevado número de utentes, obrigando, por vezes, a práticas mais uniformizadas:

Estamos a tratar de 80 pessoas diferentes e, muitas das vezes tenho de os tratar de forma igual. (E5)

Foram ainda assinaladas dificuldades na gestão da diversidade de perfis e necessidades, nomeadamente na alimentação ou na organização dos espaços, quando as rotinas institucionais não permitem uma adaptação plena às preferências individuais:

Não era possível do ponto de vista logístico adaptar totalmente as rotinas. (E9)

Apesar destes constrangimentos, os profissionais reconheceram o valor do trabalho técnico desenvolvido e o seu impacto positivo na experiência quotidiana dos residentes:

Conseguimos proporcionar esse conforto, carinho, amor e respeito. (E6)

Propostas de Melhoria dos Projetos de Vida em ERPI

O quarto eixo reúne as propostas formuladas pelos participantes para o aperfeiçoamento da operacionalização dos projetos de vida em ERPI. As propostas concentraram-se em duas dimensões principais.

Em primeiro lugar, a especialização e formação contínua das equipas técnicas emergiu como condição fundamental para a personalização efetiva da intervenção, conforme expressamente referido pela participante E11 (excerto reproduzido acima). Esta proposta articula-se com o reconhecimento, transversal ao corpus, de que a personalização dos projetos de vida exige competências técnicas específicas que vão além da formação académica de base.

Em segundo lugar, a necessidade de flexibilização organizacional e de reforço de recursos foi apresentada como pré-requisito para que as ERPI possam operacionalizar projetos de vida ajustados às aspirações dos residentes. A participante E6 articulou esta proposta com clareza, enfatizando o compromisso institucional como ponte entre os desejos dos residentes e os limites operacionais da instituição:

[A] instituição deve ser capaz de cumprir aquilo que os utentes ambicionem; óbvio que não dá tudo, mas pelo menos tentar que haja esse compromisso. (E6)

Relativamente aos procedimentos de monitorização e revisão dos projetos de vida, os participantes descreveram este processo como contínuo, flexível e articulado com o plano individual de cada residente. Em várias instituições, a revisão ocorre de forma periódica, habitualmente com periodicidade semestral, sendo acompanhada de registo formal das alterações efetuadas, com o objetivo de avaliar a adequação das intervenções às necessidades e evolução do residente. Como referiu a participante E1:

Passado meio ano faz-se uma revisão até para adaptarmos para perceber se está a funcionar bem o plano individual. (E1)

O processo de revisão do projeto de vida foi ainda descrito como envolvendo a equipa multidisciplinar e a valorização dos desejos, aspirações e objetivos pessoais que permanecem significativos para cada residente. Esta dimensão foi expressa pela participante E10:

Considerar o que eu ainda não fiz que gostava de fazer e, por aí delineamos o projeto de vida. (E10)

Tabela 3

Estrutura Categorical dos Resultados: Eixos Temáticos, Subcategorias, Recorrência e Excertos Ilustrativos

Eixo temático	Subcategoria	Participantes	Síntese analítica	Excerto ilustrativo
Conceções profissionais sobre o projeto de vida	Continuidade biográfica e sentido de futuro	≥ 5/11	O projeto de vida é conceptualizado como dispositivo de continuidade biográfica que articula passado, presente e futuro, contrariando representações da institucionalização como antecâmara da morte.	"Tentamos (...) fazer compreender que eles não vão para o lar para morrer." (E9)
	Sonhos, desejos e objetivos pessoais	≥ 7/11	Os sonhos e desejos individuais constituem núcleo conceptual do projeto de vida, com a equipa técnica a assumir um papel ativo de mediação.	"Há sempre uma parte que são os sonhos (...) por aí delineamos o projeto de vida; temos nós um papel ativo nesse sonho, se conseguirmos." (E10)
	Individualidade e singularidade biográfica	≥ 6/11	A individualidade do residente emerge como fundamento ético e operacional da intervenção, exigindo respeito sistemático pela autonomia e pela história pessoal.	"O residente é a peça preponderante de tudo." (E8)
	Acolhimento diferenciado e avaliação inicial	≥ 5/11	O acolhimento é progressivamente individualizado, com algumas instituições a recusar planos uniformes e a privilegiar a exploração da subjetividade do residente.	"Os nossos planos de acolhimento não são iguais para toda a gente." (E6)
	Momento de definição do projeto	≥ 7/11	Identificam-se duas posições: definição imediata no acolhimento ou definição posterior à fase de integração consolidada, refletindo conceções distintas do conhecimento prévio do residente.	"O projeto de vida é delineado desde início." (E9) <i>versus</i> "No momento da integração [o projeto de vida] não é logo feito." (E3)
	Participação do residente e formalização do projeto	≥ 8/11	A participação dos residentes oscila entre modalidades formais escritas e modalidades informais e indiretas, com graus variáveis de consciencialização do próprio residente.	"De forma indireta eles acabam por participar num delineamento desse projeto de vida, mesmo que não seja escrito." (E6)
	Monitorização e revisão ao longo do tempo	≥ 7/11	A monitorização do projeto de vida é entendida como um processo aberto e inacabado, ajustado ao presente e às possibilidades concretas de cada residente. A revisão do projeto de vida inclui também a valorização de pequenos desejos e sonhos.	"Passado meio ano faz-se uma revisão até para adaptarmos para perceber se está a funcionar bem o plano individual." (E1); "o que eu ainda não fiz que gostava de fazer e, por aí delineamos o projeto de vida." (E10)
	Recursos humanos, físicos e materiais	≥ 3/11	A escassez de recursos é identificada como constrangimento sistémico que limita o compromisso institucional com as aspirações dos residentes.	"Haver mais espaço e mais recursos, humanos, físicos e materiais." (E6)
	Família e tomada de decisão	≥ 5/11	Verifica-se grande diversidade no envolvimento familiar: algumas famílias mantêm forte proximidade, enquanto outras revelam afastamento. No entanto, as instituições procuram promover decisões partilhadas e centradas no bem-estar do residente, defendendo a autonomia e individualidade do mesmo.	"pode levar um dia ou dois para a sua casa ou uma semana para estarem juntos" porque eu acho que isto não se pode perder nunca." (E3) <i>versus</i> "Fenho familiares (...) já não lhes dizem nada" (E5); "existe articulação entre os técnicos e os familiares e depois chegamos à melhor opção para eles [idosos] quando eles não conseguem" (E1)
	Cultura institucional e flexibilidade	≥ 6/11	O maior constrangimento identificado pelos técnicos nas ERPI prende-se com a dificuldade em conciliar a individualização dos cuidados com as limitações institucionais, logísticas e de recursos.	"por muito que se queira não conseguimos fazer uma rotina individual, não se consegue" (E4)
Propostas profissionais de melhoria	Formação e especialização das equipas	≥ 4/11	A especialização técnica é proposta como condição fundamental para a personalização efetiva da intervenção, transcendendo a formação académica de base.	"Especializar a equipa toda para essa individualidade e capacidade de respeito para com todas as pessoas." (E11)
	Maior flexibilidade organizacional e compromisso institucional	≥ 6/11	O reforço de recursos articula-se com a necessidade de assunção de compromisso institucional explícito com as aspirações dos residentes.	"A instituição deve ser capaz de cumprir aquilo que os utentes ambicionem." (E6)

Nota. A coluna "Participantes" refere-se aos profissionais técnicos que mencionaram a dimensão e indica recorrência discursiva no corpus, não tendo finalidade inferencial.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender, a partir da perspectiva de profissionais técnicos de ERPI portuguesas, as conceções sobre o projeto de vida na velhice institucionalizada, as práticas de delineamento, implementação e revisão dos projetos de vida, os fatores facilitadores e constrangimentos à sua operacionalização, e as propostas profissionais para a sua melhoria em contexto residencial. Os achados organizam-se em quatro eixos interpretativos principais.

Conceções Profissionais e a Centralidade da Continuidade Biográfica

O primeiro conjunto de achados permitiu identificar uma conceção partilhada do projeto de vida como dispositivo de continuidade biográfica e atribuição de sentido na velhice institucionalizada, em rutura explícita com representações da admissão em ERPI como antecâmara da morte. Esta conceção converge fortemente com a teoria da continuidade no envelhecimento (Atchley, 1989), segundo a qual as pessoas idosas tendem a preservar estruturas internas e externas significativas ao longo das transições da vida, e com a perspectiva da intencionalidade prospetiva proposta por Boutinet (1990/1996), que entende o projeto como orientação ativa para o futuro mediada pelo significado biográfico. Os discursos analisados revelam, ainda, articulação clara com a tarefa psicossocial de integração do percurso de vida na velhice (Erikson, 1982), mediante a valorização dos sonhos, desejos e objetivos pessoais como núcleo conceptual do projeto de vida.

A centralidade da individualidade e da singularidade biográfica nos discursos analisados é coerente com as recomendações internacionais sobre o cuidado centrado na pessoa em contextos gerontológicos institucionais (Brooker & Latham, 2016; Edvardsson et al., 2010; Kitwood, 1997), e com a literatura empírica sobre as preferências dos residentes em ERPI (Bangerter et al., 2016; Molony et al., 2018). Estes achados sugerem que a construção do projeto de vida em contexto residencial deve assentar no reconhecimento da história, das preferências, dos valores e da agência de cada residente, embora a sua concretização dependa de condições organizacionais que permitam traduzir este princípio em práticas sistemáticas.

Práticas Heterogéneas de Operacionalização

O segundo conjunto de achados revelou heterogeneidade relevante nas práticas institucionais de delineamento e implementação dos projetos de vida, designadamente quanto ao momento da sua definição, ao grau de formalização e à modalidade de participação dos residentes. A coexistência, no *corpus* analisado, de modelos centrados na definição imediata do projeto no acolhimento e de modelos que privilegiam a sua definição posterior à fase de integração consolidada espelha tensões já identificadas na literatura internacional sobre planeamento centrado na pessoa em ERPI (Molony et al., 2018; van Loon et al., 2023). Esta heterogeneidade pode refletir, simultaneamente, a ausência de orientações operacionais nacionais consolidadas e o carácter ainda emergente da apropriação institucional do conceito.

A modalidade informal e indireta de participação dos residentes, identificada em algumas instituições, articula-se com a literatura crítica sobre os limites da participação na tomada de decisão em contextos institucionais (Lynch et al., 2022), sustentando que a inclusão dos residentes pode permanecer simbólica quando não é estruturada por procedimentos formais. Em contrapartida, as modalidades explícitas de coconstrução identificadas em outras entrevistas convergem com modelos contemporâneos de partilha de tomada de decisão em cuidados gerontológicos (Lynch et al., 2022; Molony et al., 2018), sugerindo que a operacionalização efetiva da participação exige condições organizacionais específicas que merecem investigação subsequente.

Constrangimentos Sistêmicos à Operacionalização

O terceiro conjunto de achados evidenciou constrangimentos à operacionalização dos projetos de vida em três dimensões interdependentes: organizacional, relacional e técnica. No plano organizacional, a escassez de recursos humanos, físicos e materiais foi identificada pelos participantes como uma barreira relevante à personalização da intervenção, convergindo com a literatura nacional sobre ERPI portuguesas, que documenta a relação entre condições de trabalho, organização das tarefas e qualidade dos cuidados prestados (Gil, 2020). Esta dimensão articula-se também com a literatura sobre cuidado centrado na pessoa, segundo a qual a prevalência de rotinas institucionais, protocolos rígidos e modelos centrados na tarefa pode limitar a tradução dos princípios de personalização em práticas quotidianas efetivas (Koren, 2010; van Loon et al., 2023).

No plano relacional, os achados relativos à família e à tomada de decisão sugerem que a participação familiar pode assumir uma função ambivalente na construção dos projetos de vida. Por um lado, a família pode constituir fonte de informação biográfica, suporte emocional e continuidade relacional; por outro, pode condicionar a autonomia da pessoa idosa quando as decisões familiares se sobrepõem à sua vontade. Esta tensão é coerente com a literatura sobre tomada de decisão partilhada em contextos residenciais, que sublinha a complexidade do envolvimento simultâneo de residentes, famílias e profissionais nos processos de decisão sobre cuidados e suporte (Lynch et al., 2022).

No plano técnico, a formação e especialização das equipas foram identificadas como condições relevantes para a operacionalização efetiva dos projetos de vida. Este achado é coerente com recomendações internacionais sobre cuidado centrado na pessoa em contextos gerontológicos, que salientam a necessidade de competências profissionais específicas para reconhecer preferências, preservar autonomia, negociar decisões e traduzir a singularidade biográfica em práticas de cuidado concretas (Brooker & Latham, 2016; Edvardsson et al., 2010). Assim, os resultados sugerem que a transição de modelos institucionais convencionais para modelos centrados na pessoa depende não apenas de orientações formais, mas também de investimento sistemático na capacitação das equipas e na criação de condições organizacionais que sustentem práticas individualizadas.

Propostas de Melhoria e Contribuição para o Conhecimento Aplicado

O quarto conjunto de achados reuniu propostas profissionais para o aperfeiçoamento dos projetos de vida em ERPI, designadamente a especialização e formação contínua das equipas técnicas e o reforço de recursos institucionais, articulado com maior compromisso organizacional. Estas propostas convergem com recomendações internacionais sobre cuidado centrado na pessoa e planeamento individualizado dos cuidados, que sublinham a necessidade de integrar preferências, história pessoal, objetivos e valores dos residentes nos processos de avaliação e intervenção (Brooker & Latham, 2016). O estudo de Molony et al. (2018), por exemplo, apresenta recomendações para avaliação e planeamento centrados na pessoa em demência, aplicáveis a diferentes contextos e fases da condição.

A perspetiva dos diretores técnicos analisada neste estudo acrescenta evidência aplicada à literatura sobre cuidado centrado na pessoa em contexto residencial gerontológico. Embora estudos prévios tenham documentado as preferências dos residentes em ERPI (Bangerter et al., 2016) e as perspetivas de residentes, familiares e profissionais sobre cuidado centrado na pessoa (Edvardsson et al., 2010), o presente estudo focaliza especificamente os profissionais responsáveis pela gestão e operacionalização institucional dos projetos de vida em ERPI portuguesas. Esta focalização permite compreender como os princípios do cuidado centrado na pessoa são traduzidos, negociados e limitados nas práticas organizacionais quotidianas.

Implicações Teóricas

Do ponto de vista teórico, os achados sustentam a pertinência da articulação entre a teoria da continuidade (Atchley, 1989), a teoria do projeto (Boutinet, 1990/1996) e o paradigma do cuidado centrado na pessoa (Brooker & Latham, 2016; Kitwood, 1997) como quadro conceptual integrador para a investigação sobre projetos de vida em ERPI. Esta articulação tripartida permite captar simultaneamente as dimensões de continuidade biográfica, intencionalidade prospetiva e singularidade pessoal que emergiram dos discursos analisados.

Adicionalmente, os achados reforçam a relevância do sentido de propósito como dimensão psicológica central na compreensão do envelhecimento em contexto institucional. A literatura longitudinal tem demonstrado que níveis mais elevados de propósito de vida se associam a melhores indicadores de saúde e sobrevivência em adultos mais velhos (Alimujiang et al., 2019; Hill & Turiano, 2014). No presente estudo, esta dimensão emerge de forma qualitativa através da valorização dos sonhos, desejos, objetivos pessoais e perspetivas futuras dos residentes, sugerindo que o projeto de vida pode funcionar como dispositivo institucional de preservação do significado pessoal e da continuidade identitária.

Implicações Práticas

Do ponto de vista prático, os achados sugerem três linhas de intervenção. Em primeiro lugar, recomenda-se que as ERPI portuguesas formalizem procedimentos estruturados de delineamento, implementação, monitorização e revisão dos projetos de vida, em articulação com o PIC, cuja função de planeamento,

monitorização e avaliação das necessidades, potencialidades, expectativas e percurso de vida da pessoa residente se encontra prevista na [Portaria n.º 67/2012, de 21 de março](#), na redação introduzida pela [Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro](#). Em segundo lugar, recomenda-se a implementação de programas de formação contínua das equipas técnicas em cuidado centrado na pessoa, com particular ênfase na operacionalização do projeto de vida em contexto institucional. Em terceiro lugar, recomenda-se o desenvolvimento de mecanismos formais, consistentes e acessíveis de participação dos residentes na tomada de decisão sobre o seu projeto de vida, incluindo, quando apropriado e com salvaguarda da vontade da pessoa idosa, a participação da família. Esta recomendação é coerente com a literatura sobre o envolvimento de residentes e familiares em decisões relativas aos cuidados e ao suporte em contextos residenciais, que sublinha a necessidade de condições organizacionais, comunicacionais e relacionais para que essa participação seja efetiva ([Lynch et al., 2022](#)).

Limitações

O presente estudo apresenta limitações que importa reconhecer. Em primeiro lugar, o conjunto de participantes foi constituído exclusivamente por diretores técnicos, não incluindo as próprias pessoas idosas residentes nem outros profissionais das equipas multidisciplinares, como auxiliares de ação direta, enfermeiros ou animadores socioculturais, cujas perspetivas poderiam enriquecer a compreensão do fenómeno. Esta opção metodológica fundamentou-se na natureza de informantes-chave dos diretores técnicos ([Marshall, 1996](#)), mas constitui simultaneamente uma limitação no que respeita à ausência da voz direta dos residentes, que deverá ser contemplada em investigações futuras.

Em segundo lugar, a amostragem por conveniência limitou a amplitude geográfica e tipológica dos contextos incluídos, embora se tenha procurado assegurar diversidade regional (Norte, Centro, Sul e Região Autónoma dos Açores) e institucional (IPSS e instituições privadas).

Em terceiro lugar, por se tratar de discursos de profissionais com responsabilidades de gestão e coordenação institucional, os dados podem refletir enviesamentos associados à posição profissional dos participantes, incluindo desejabilidade social ou valorização normativa das práticas institucionais. Esta limitação reforça a necessidade de estudos que integrem outras fontes de informação, incluindo residentes, familiares e profissionais de contacto direto.

Em quarto lugar, embora o estudo tenha integrado um projeto doutoral autorizado pela Universidade de Salamanca, obtido autorização institucional das ERPI participantes e assegurado consentimento informado, voluntariedade, anonimato, confidencialidade e proteção dos dados pessoais, não foi submetido à apreciação formal de uma Comissão de Ética. Esta ausência limita a robustez do enquadramento ético formal do estudo e deverá ser considerada na interpretação do processo metodológico.

Em quinto lugar, o formato remoto das entrevistas, embora metodologicamente válido ([Archibald et al., 2019](#)), pode ter limitado a captação de elementos não verbais e contextuais que poderiam enriquecer a interpretação dos discursos.

Por fim, o presente estudo integra um projeto doutoral mais amplo, tendo-se centrado nas dimensões do *corpus* diretamente relacionadas com o projeto de vida, a sua operacionalização institucional, os fatores que a facilitam ou constroem e as propostas de melhoria. Outras dimensões do guião que não foram aprofundadas neste artigo poderão ser exploradas em publicações futuras.

Direções Futuras de Investigação

Os achados sugerem três direções prioritárias para investigação futura. Em primeiro lugar, recomenda-se a realização de estudos qualitativos com pessoas idosas residentes em ERPI, idealmente com desenho longitudinal, que permitam captar a sua perspetiva subjetiva sobre os próprios projetos de vida e sobre a forma como estes são delineados, implementados e revistos em contexto institucional. Em segundo lugar, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com triangulação de fontes — residentes, profissionais, famílias e documentos institucionais — que permitam identificar convergências e divergências entre os diferentes atores envolvidos na construção dos projetos de vida. Em terceiro lugar, recomendam-se estudos de avaliação de intervenção, preferencialmente com desenhos mistos ou quase-experimentais, que analisem a eficácia de programas de formação em cuidado centrado na pessoa e de procedimentos formalizados de planeamento, monitorização e revisão dos projetos de vida em ERPI.

Conclusão

O presente estudo permitiu compreender, a partir da perspetiva de diretores técnicos de ERPI portuguesas, as conceções, práticas, constrangimentos e propostas relativas ao projeto de vida em contexto residencial gerontológico. Os achados indicam que o projeto de vida é conceptualizado como dispositivo de continuidade biográfica, atribuição de sentido e respeito pela singularidade dos residentes, em rutura com representações da institucionalização como antecâmara da morte. Contudo, a sua operacionalização permanece heterogénea entre instituições, sendo condicionada por constrangimentos sistémicos de natureza organizacional, relacional e técnica.

O estudo acrescenta evidência aplicada sobre a perspetiva dos profissionais responsáveis pela operacionalização institucional dos projetos de vida em ERPI portuguesas, dimensão ainda pouco documentada na literatura. Os achados sugerem que a transição para modelos efetivamente centrados na pessoa requer investimento sistemático na formação especializada das equipas, na flexibilização das culturas organizacionais e na criação de mecanismos formais de participação dos residentes no delineamento dos seus projetos de vida.

No seu conjunto, os resultados sugerem que a construção de uma perspetiva de futuro para pessoas idosas institucionalizadas é possível, mas depende da transformação coordenada das condições estruturais, organizacionais e formativas das ERPI. Esta transformação constitui não apenas um desafio operacional, mas também uma exigência ética associada ao reconhecimento da autonomia, da história de vida, das preferências e da dignidade da pessoa idosa nos cuidados gerontológicos contemporâneos.

Agradecimentos e Autoria

Agradecimentos: Os autores agradecem a todas as instituições que contribuíram para a realização do estudo.

Conflito de interesses: Os autores não indicaram quaisquer conflitos de interesse.

Fontes de financiamento: Não se aplica.

Declaração de contributos de autoria CRediT: **BP:** Conceptualização; Metodologia; Software; Investigação, Redação – Rascunho Original, Visualização. **RP:** Software, Validação, Investigação, Recursos, Redação – Revisão & Edição, Supervisão, Gestão de Projeto. **CM:** Redação – Revisão & Edição, Supervisão. **PF:** Validação, Recursos, Redação – Revisão & Edição, Supervisão, Gestão de Projeto.

Referências

- Alimujiang, A., Wiensch, A., Boss, J., Fleischer, N. L., Mondul, A. M., McLean, K., Mukherjee, B., & Pearce, C. L. (2019). Association between life purpose and mortality among US adults older than 50 years. *JAMA Network Open*, 2(5), Artigo e194270. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.4270>
- Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using Zoom videoconferencing for qualitative data collection: Perceptions and experiences of researchers and participants. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1–8. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Bangerter, L. R., Van Haitsma, K., Heid, A. R., & Abbott, K. (2016). "Make me feel at ease and at home": Differential care preferences of nursing home residents. *The Gerontologist*, 56(4), 702–713. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv026>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (4.ª ed.; L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70.
- Bastos, F. (2009). Cultura organizacional e práticas de cuidado em instituições para idosos. *Revista de Psicologia Social e Institucional*, 18(3), 72–86.
- Boutinet, J.-P. (1996). *Antropologia do projecto* (J. G. Rego, Trad.). Instituto Piaget. (Obra original publicada em 1990)
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201–216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Brinkmann, S. (2014). Unstructured and semi-structured interviewing. Em P. Leavy (Ed.), *The Oxford handbook of qualitative research* (pp. 277–299). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199811755.013.030>
- Brooker, D., & Latham, I. (2016). *Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework* (2.ª ed.). Jessica Kingsley Publishers.
- Brownie, S., Horstmanshof, L., & Garbutt, R. (2014). Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1654–1666. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.011>
- Brownie, S., & Nancarrow, S. (2013). Effects of person-centered care on residents and staff in aged-care facilities: A systematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.2147/CIA.S38589>
- Daniel, F. C., Brites, A. P., Monteiro, R., & Vicente, H. T. (2019). De "lar" abominado a estimado (ou tolerado): Reconfiguração das representações sobre institucionalização. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 214–228. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180699>
- Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª série-B, n.º 47, 757–762.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: Person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2611–2618. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. W. W. Norton & Company.
- Erlandsson, S., Knutsson, O., & Schön, U.-K. (2023). Perceptions of participation: how nursing home staff and managers perceive and strive for participation of older residents. *European Journal of Social Work, 26*(5), 815–827. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2094345>
- Faria, C. G., & Carmo, M. P. (2015). Transição e (in)adaptação ao lar de idosos: Um estudo qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 31*(4), 435–442. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015042472435442>
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research, 12*(4), 531–545. <https://doi.org/10.1177/104973202129120052>
- Gil, A. P. (2020). Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades, Comunidades e Territórios, 40*, 67–87. <https://bit.ly/4tnjSoz>
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mösch, E., Wagner, M., Jessen, F., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., & König, H.-H. (2015). Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLOS ONE, 10*(12), Artigo e0144203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144203>
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in life as a predictor of mortality across adulthood. *Psychological Science, 25*(7), 1482–1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>
- Instituto da Segurança Social. (2012). *Manual de Processos-chave – estrutura residencial para idosos*. <https://bit.ly/4fcCw8o>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estimativas de população residente em Portugal, 2024*. <https://bit.ly/4eEinrh>
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Open University Press.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. *Health Affairs, 29*(2), 312–317. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0966>
- Lee, V. S. P., Simpson, J., & Froggatt, K. (2013). A narrative exploration of older people's transitions into residential care. *Aging & Mental Health, 17*(1), 48–56. <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.715139>
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. *Diário da República, 1.ª série, n.º 151*, 3–40.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R., & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist, 73*(1), 26–46. <https://doi.org/10.1037/amp0000151>
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative Psychology, 4*(1), 2–22. <https://doi.org/10.1037/qup0000082>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Lynch, B., Ryan, A. A., O'Neill, M., & Penney, S. (2022). The factors that influence care home residents' and families' engagement with decision-making about their care and support: An integrative review of the literature. *BMC Geriatrics, 22*(1), Artigo 873. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03503-8>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research, 26*(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Marengoni, A., Tazzeo, C., Calderón-Larrañaga, A., Roso-Llorach, A., Onder, G., Zucchelli, A., Rizzuto, D., & Vetrano, D. L. (2021). Multimorbidity patterns and 6-year risk of institutionalization in older persons: The role of social formal and informal care. *Journal of the American Medical Directors Association, 22*(10), 2184–2189.E1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.12.040>

- Marshall, M. N. (1996). The key informant technique. *Family Practice*, 13(1), 92–97. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.1.92>
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Portaria n.º 67/2012, de 21 de março: Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 58, 1324–1329 (versão consolidada). <https://bit.ly/4nuMMuv>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2023). Portaria n.º 349/2023, de 13 de novembro: Procede à primeira alteração à Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 219. <https://bit.ly/4dw4BpD>
- Molony, S. L., Kolanowski, A., Van Haitsma, K., & Rooney, K. E. (2018). Person-centered assessment and care planning. *The Gerontologist*, 58(Suppl. 1), S32–S47. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx173>
- Pereira, F. (2012). *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos*. PsicoSoma. <https://bit.ly/3QVQfpT>
- Polacsek, M., & Woolford, M. (2022). Strategies to support older adults' mental health during the transition into residential aged care: A qualitative study of multiple stakeholder perspectives. *BMC Geriatrics*, 22(1), Artigo 151. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02859-1>
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group. (2005). Development of the WHOQOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-7380-9>
- Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88.
- Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P. R., Koopmans, R. T. C. M., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J. E., & Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 181–184. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Sullivan, G. J., & Williams, C. (2017). Older adult transitions into long-term care: A meta-synthesis. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(3), 41–49. <https://doi.org/10.3928/00989134-20161109-07>
- van Loon, J., Janssen, M., Janssen, B., de Rooij, I., & Luijkx, K. (2023). Developing a person-centred care environment aiming to enhance the autonomy of nursing home residents with physical impairments, a descriptive study. *BMC Geriatrics*, 23(1), Artigo 754. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04434-8>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://bit.ly/3Pxe3Qo>
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization. <https://bit.ly/4u4Y2jP>
- World Health Organization. (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. World Health Organization. <https://bit.ly/3PsIN57>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>