

Universidades Lusíada

Crispim, Ricardo
Albuquerque, Cristina Pinto
Guerra, Joana Vale, 1976-

**Perceções dos profissionais sobre o
envelhecimento ativo : uma forma de exclusão
social em estruturas residenciais para pessoas
idosas**

<http://hdl.handle.net/11067/8323>
<https://doi.org/10.34628/4M3C-AS49>

Metadados

Data de Publicação	2025
Editor	Universidade Lusíada Editora
Palavras Chave	Serviço social com idosos, Idosos - Assistência em instituições, Idosos - Qualidade de vida
Tipo	article
Revisão de Pares	yes
Coleções	[ULL-ISSSL] IS, n. 65 (2025)

Esta página foi gerada automaticamente em 2026-10-30T01:43:53Z com
informação proveniente do Repositório

PERCEÇÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO ATIVO:

UMA FORMA DE EXCLUSÃO SOCIAL EM ESTRUTURAS
RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS

PROFESSIONALS PERCEPTIONS OF ACTIVE AGING:

A SIGN OF SOCIAL EXCLUSION IN RESIDENTIAL
FACILITIES FOR OLDER ADULTS

Ricardo Crispim

*Mestre em Ciências da Educação e mestre em Serviço Social. Doutorando no Programa Inter-universitário de Doutoramento em Serviço Social (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e da Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa – Lisboa). Bolseiro de doutoramento da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto FCT, 2021.05211.BD com o identificador DOI <https://doi.org/10.54499/2021.05211.BD>
ORCID: 0000-0002-8355-1830*

Cristina Pinto Albuquerque

*Professora na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e no Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social (FPCE-UCP) Membro da equipa de orientação do projeto “Referencial para a Inovação na Ação e Gestão do Envelhecimento Ativo (EA) em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)”
ORCID: 0000-0003-4194-8554*

Joana Vale Guerra

*Professora na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e no Programa Interuniversitário de Doutoramento em Serviço Social (FPCE-UCP) Membro da equipa de orientação do projeto “Referencial para a Inovação na Ação Gestão do Envelhecimento Ativo (EA) em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)”
ORCID: 0000-0001-7426-5579*

DOI: <https://doi.org/10.34628/4M3C-AS49>

Data de submissão / Submission date: 28.05.2025

Data de aprovação / Acceptance date: 30.08.2025

Resumo: Este artigo propõe uma reflexão crítica sobre o Envelhecimento Ativo (EA) no contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), à luz dos desafios que marcam o cuidado institucional. Nestes contextos, os cuidados tendem a assumir uma natureza superprotetora e padronizada, frequentemente incompatível com os princípios orientadores do EA. A forma como os profissionais percebem o EA tem implicações diretas na sua implementação e, conseqüentemente, na experiência de envelhecimento dos residentes. Com base em dados de um estudo doutoral, analisam-se as percepções de profissionais e residentes sobre o EA, bem como a sua aplicação prática nas ERPI. Os resultados revelam uma insuficiente adaptação destes contextos aos pressupostos do EA, em grande medida devido à visão funcionalista e limitada do conceito adotada pelos profissionais.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Percepção do envelhecimento ativo; Estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI); Envelhecimento ativo seletivo; Segregação funcional.

Abstract: This article offers a critical reflection on Active Ageing (AA) within the context of Long-Term Care Facilities (LTCF), considering the challenges that characterise institutional care. In these settings, care tends to adopt a standardised and overprotective nature, often incompatible with the guiding principles of AA. The way professionals perceive AA has direct implications for its implementation and, consequently, for residents' experience of ageing. Drawing on data from a doctoral study, the article analyses the perceptions of both professionals and residents regarding AA, as well as its practical application in LTCF. The findings reveal an insufficient adaptation of these contexts to the assumptions underpinning AA, largely due to the functionalist and limited understanding of the concept held by professionals.

Keywords: Active ageing; Perception of active ageing; Long-term care facilities; Segregation functional; Selective active ageing.

Introdução

A necessidade massificada de cuidados prestados pelas ERPI em Portugal (GEP - MTSSS, 2024), motivada pelo envelhecimento da população e pela forma como o sistema familiar se organiza, fomentou a proliferação destas instituições. Considerando que os cuidados prestados em ERPI evidenciam fragilidades estruturais e são frequentemente marcados por abordagens biomedicalizadas, superprotetoras e rigidamente orientadas por planos de tarefas – que comprometem a qualidade do cuidado e, consequentemente, afetam negativamente a realização do superior interesse das pessoas que vivem nestes contextos –, a investigação que sustenta este artigo analisa o EA como uma referência orientadora para políticas e modelos de gestão organizacional mais centrados nas pessoas adultas mais velhas residentes em ERPI. Assim, o objetivo deste artigo é trazer para a colação uma reflexão sobre como o EA é percebido pelos profissionais e residentes que trabalham e vivem em ERPI, respetivamente, e compreender como é operacionalizado e experienciado.

O acentuado desfasamento entre a percepção dos profissionais sobre o EA e as reais potencialidades e necessidades dos residentes em ERPI traduz-se numa clara desigualdade entre os próprios residentes, nomeadamente entre aqueles que têm acesso a estratégias de EA e os que delas ficam excluídos. Os dados que permitem esta inferência, embora não sejam totalmente inéditos, para além de permitir reforçar a existência de falhas graves no sistema de cuidados nas ERPI portuguesas, com implicações éticas preocupantes, continuam a revelar-se preocupantes dada a sua contemporaneidade, exigindo atenção renovada e redobrada por parte dos intervenientes das políticas e das práticas institucionais, tal como da academia.

Assim, este estudo adota a lente da Gerontologia Crítica, com o propósito de produzir reflexões que desafiem o *status quo* do pensamento e da prática dominante na Gerontologia. Neste enquadramento, os contributos de van Dyk (2014) e Pfaller e Schweda (2019) foram mobilizados para aprofundar a análise, ao evidenciar como conceções de EA, aparentemente inclusivas, podem, na prática, configurar mecanismos de distinção, normatização e exclusão. Estes contextos assumem, assim, uma nova atualidade enquanto instituições totais, contrariando a visão de uma das figuras centrais do EA, Alan Walker, ao afirmar que uma estratégia de EA “deve ser sem idade” (2002, p. 134), abrangendo todo o ciclo de vida e todas as pessoas.

O envelhecimento ativo: apontamentos históricos e descontentamentos

O conceito de EA disseminou-se ao longo do tempo, impulsionado por discursos sobre o envelhecimento populacional, e consolidou-se nos domínios político, científico e social, especialmente a partir dos anos 1990, tendo-se intensificado no início dos anos 2000, em resposta à estratégia da Organização Mundial da Saúde de 2002 (WHO, 2002).

A origem deste conceito é interpretada a partir de diferentes perspetivas, entre as quais se salientam a *teoria da atividade*, formulada nos anos 1960, e a *teoria da continuidade* desenvolvida no final dos anos 1980. Em oposição à *teoria do desligamento ou desvinculação*, então dominante, a *teoria da atividade* pressupunha que manter-se ativo e socialmente envolvido era uma condição essencial para preservar a saúde, a qualidade de vida e a utilidade social na velhice. Por sua vez, a *teoria da continuidade* beneficia da ideia de ininterruptão das atividades, atitudes, papéis sociais, relacionamentos e rotinas significativas desenvolvidos na meia-idade e o prosseguimento de padrões de estilo de vida à medida que se envelhece.

Embora não exista consenso sobre o significado exato de EA (Boudiny, 2013) e, embora outros lhe precedam, Alan Walker, um dos pensadores mais relevantes sobre o conceito, descreve-o como

“uma estratégia abrangente para maximizar a participação e o bem-estar à medida que as pessoas envelhecem. Deve atuar simultaneamente ao nível individual (estilo de vida), organizacional (gestão) e societal (políticas), e em todas as fases do curso de vida” (Walker, 2007 cit in Walker, 2009, p. 86). Alan Walker (2002, 2009) propôs também seis princípios-chave como base para uma estratégia abrangente de EA: i) a atividade, considerando que o envolvimento em atividades de lazer tem potencial para melhorar a saúde e o bem-estar; ii) a promoção de um estilo de vida saudável; iii) a inclusão de todas as pessoas mais velhas, incluindo as de idade mais avançada; iv) a solidariedade intergeracional; v) os direitos e deveres; e a vi) liberdade para participar em atividades nas comunidades locais. Mais tarde, Liam Foster e Alan Walker (2015) acrescentaram o princípio da abrangência e da flexibilidade.

Embora Alan Walker (2002) tenha descrito a estratégia de EA como sendo “boa para todos” (p. 137), esta abordagem, bem como os conceitos que lhe estão associados, tem sido alvo de críticas no âmbito da Gerontologia Crítica, que questiona os seus pressupostos normativos e os potenciais efeitos de exclusão que pode implicar quando é feito o cruzamento entre envelhecimento e desigualdade social. As diferenças na distribuição de recursos – por exemplo, serviços de saúde, educação, equipamentos sociais – indispensáveis para se envelhecer ativamente, influenciadas pelas dimensões relativas à diversidade física e socioeconómica, mas também ao sexo e cultura, acumulam-se ao longo do curso de vida e culminam na velhice. Além disso, com o avançar da idade, formas de discriminação etária, tendencialmente endemizadas, agravam-se (Katz & Calasanti, 2015). Segundo os críticos van Dyk (2014) e Pfaller e Schweda (2019) o EA, apesar da sua aparência inclusiva, impõe valores como individualidade, a autonomia, a produtividade e a autorresponsabilização. Esta imposição tende a marginalizar formas de envelhecimento associadas à fragilidade, à dependência ou à introspeção e, longe de valorizar a diversidade das velhices, acaba por reforçar uma lógica excludente. Parece trata-se de um modelo delineado por um exercício de governança à distância, no qual intervêm diversos atores – como os decisores políticos (São José & Teixeira, 2014; Timonen, 2016) – frequentemente afastados da com-

plexidade do conceito, o que pode revelar alguma insensibilidade e desadequação. Afinal, parece haver uma diferença entre uma agenda política e gestonária do envelhecimento e uma agenda centrada nas pessoas que experienciam a velhice.

Assim, a literatura distingue três tipos de posições críticas face ao EA: abordagens unidimensionais, abordagens multidimensionais e abordagens que transcendem o nível comportamental. As abordagens unidimensionais focam-se apenas num aspeto, geralmente a atividade física ou o emprego, negligenciando contribuições não económicas para a sociedade (Boudiny & Mortelmans, 2011; van Dyk, 2014). Portanto, acabam por excluir pessoas que já não exercem atividade remunerada, bem como aquelas que têm limitações físicas ou que se encontram na quarta idade¹. Por outro lado, as abordagens multidimensionais consideram também outras dimensões da vida, como as atividades sociais, voluntárias e de lazer (Boudiny, 2013), tendendo à exclusão os *idosos-idosos*² por os associarem a padrões de lazer considerados não ativos, o que leva à sua estigmatização. Por fim, as abordagens que transcendem o nível comportamental alargam ainda mais o âmbito ao incluir fatores como apoio social, condições económicas, contexto social, recursos financeiros, ausência de infraestruturas e, especialmente, saúde, autonomia e independência (Boudiny, 2013), no entanto, continuam a excluir os *idosos-idosos* e tendem a atribuir um valor excessivo à saúde. Nestes casos, o EA pode configurar-se como uma ameaça de natureza opressiva, normativa e perversa (Boudiny, 2013; Foster & Walker, 2015), evidenciando a necessidade crescente de tornar os seus discursos e modelo mais adaptáveis, abrangentes e menos determinísticos, de modo a evitar que se transformem em trampolins para novas formas de idadismo.

Neste sentido, a necessidade de adotar uma atitude flexível quanto à compreensão e aplicabilidade do EA – por exemplo, em ERPI, que tradicionalmente seguem protocolos rigorosos de tarefas

¹ Associada à 4.ª idade estão as pessoas que experienciam episódios de doença, perda de competências e capacidades, agudização da fragilidade material e social que comprometem a adaptabilidade a novos eventos, a participação e o exercício de cidadania.

² Pessoas adultas mais velhas entre o grupo etário das pessoas mais velhas, por exemplo, com 80 anos ou mais, muitas vezes com maior fragilidade física ou cognitiva.

que tendem a secundarizar o superior interesse dos residentes (Armstrong & Braedley, 2023; Beel-Bates et al., 2016; Gil, 2019, 2020) – torna indispensável conhecer como é que este conceito é entendido pelas pessoas, em particular por aquelas que vivem e trabalham nestes contextos de cuidado. Os exercícios desta natureza permitem aferir qual o significado que os modelos e as políticas de EA desempenham junto das pessoas reais, minimizando o perigo que as definições criadas em gabinete podem trazer (Bowling, 2009).

Um estudo que evidencia a frágil adaptação das ERPI aos pressupostos do EA

Em Portugal, as ERPI fazem-se regular pela Portaria n.º 349/2023 (Portugal, Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2023). De acordo com esta Portaria, as ERPI devem assegurar cuidados adequados à condição biopsicossocial dos residentes, promovendo o EA, o autocuidado, a inclusão social e um acompanhamento personalizado e humanizado. A legislação prevê ainda o estímulo à participação, ao envolvimento comunitário e à proteção da privacidade. No entanto, como revelam diversos estudos, existe um desfasamento preocupante entre estes princípios normativos e a realidade quotidiana vivida pelos residentes.

A literatura tem descrito as ERPI como espaços que estão longe de garantirem plena privacidade, humanização e conforto às pessoas que acolhe (Gil, 2019, 2020; Matias, 2016). Para contrariar esta tendência, encontram-se modelos, estratégias e resoluções que permitem mitigar tais desafios (André et al., 2021; Casanova et al., 2020; Crispim, 2020; Lowndes et al., 2021; Rinnan et al., 2022; Slettebø et al., 2021) realizada em Portugal em 2019[1], com o objetivo de compreender o potencial e os impactes (sociais e individuais na vida das pessoas idosas. No entanto, o EA em ERPI tem sido timidamente incluído na produção científica. Este aspeto reflete-se também na escassa problematização das condições institucionais concretas, onde a distância face aos pressupostos do paradigma *ativo* pode acentuar dinâmicas de exclusão simbólica e prática.

Num estudo³ que realizámos recentemente que assumiu como objetivo central compreender em que medida o EA, percecionado e aplicado pelos profissionais se revela (in)compatível com as realidades vividas e com as subjetividades e percepções das pessoas que residem em ERPI, mostra três potenciais sinais que comprovam a insuficiente adaptação das ERPI aos pressupostos do EA:

- i) Percepções limitadas, sobretudo dos profissionais, sobre o EA que restringem a possibilidade de envelhecer ativamente em ERPI;
- ii) Condição física e cognitiva dos residentes que vivem em ERPI como uma das principais barreiras ao EA;
- iii) Residentes independentes e autónomos, residentes reinvin-

³ Este estudo faz parte de um estudo de investigação de doutoramento em Serviço Social em curso (<https://doi.org/10.54499/2021.05211.BD>), considerando a realidade portuguesa. Trata-se de um estudo que assenta no **paradigma** interpretativo que beneficia da **metodologia** qualitativa. A **recolha de dados** foi realizada em 6 ERPI com ou sem fins lucrativos, sedeadas em Portugal Continental (Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo e Algarve) e Insular (Região Autónoma da Madeira), entre março e maio de 2024. Os dados foram recolhidos *in loco* através de **entrevista semiestruturada** em profundidade suportado por um guião de entrevistas orientada por três temas: as percepções sobre o EA, os fatores facilitadores e as barreiras dos EA em ERPI. A **análise dos dados** beneficiou da análise de conteúdo categorial com recurso ao software Nvivo®. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação da FPCE-UC (Portugal). Foram respeitadas as normas e as diretrizes para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, em consonância com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. O **grupo de participantes** deste estudo foi composto por 30 pessoas: 12 residentes; 12 participantes com funções de liderança (6 dirigentes de topo – Provedores/as ou Presidentes ou Proprietários/as – e 6 direções técnicas) e 6 auxiliares de ação direta. Os/As auxiliares de ação direta e participantes com funções de liderança tinham de ter 18 ou mais anos, exercer funções na instituição há pelo menos um ano e consentir voluntariamente após esclarecimento dos objetivos do estudo. A seleção dos/as auxiliares de ação direta foi feita pelas direções técnicas, o que poderá ter favorecido perfis mais alinhados com a gestão – risco mitigado por estratégias como o reforço da diversidade de perfis. Os residentes tinham de ter 65 ou mais anos, viver na ERPI há pelo menos seis meses, apresentar capacidades cognitivas e comunicacionais preservadas, e ter consentido livremente a participação. Excluíram-se pessoas com alterações neurocognitivas severas ou doenças psiquiátricas graves, por razões éticas e técnicas. Reconhece-se que esta opção, assim como o facto de terem sido selecionados pela direção técnica, pode reproduzir exclusões que o próprio estudo procura denunciar, o que constitui um contributo reflexivo da investigação para a Gerontologia Crítica.

dicativos ou familiares presentes como facilitadores do EA em ERPI

A partir dos contributos de todos os profissionais, bem como dos residentes – ainda que, no caso destes últimos, se observe um desconhecimento generalizado quanto ao significado de EA –, torna-se evidente uma conceção de EA fortemente associada à realização de dinâmicas promotoras de movimento, tarefas, ocupações e realização de atividades várias, com destaque para as de natureza sociocultural e para a prática de exercício físico. Esta conceção pouco amplificada do EA leva, por um lado, à exclusão, nas dinâmicas oferecidas pelas ERPI, de pessoas com menor autonomia, independência ou com dificuldades funcionais, que não conseguem participar nestas atividades. Por outro lado, evidencia-se um desencontro entre os profissionais com funções de liderança e os residentes quanto à avaliação do EA. Os primeiros argumentam oferecer um vasto leque de opções para se envelhecer ativamente em contexto institucional, e os residentes argumentam o seu contrário, dada a escassez de dinâmicas promotoras de EA. Esta desarticulação deve-se ao facto de a maioria das práticas institucionais assumirem uma lógica de cima para baixo. Ou seja, a predominância de atividades planeadas pelos profissionais com base na sua própria percepção de EA confere um papel passivo aos residentes, limitando-os à mera execução, evidenciando uma falta de alinhamento entre a oferta disponibilizada e as expectativas, interesses e preferências dos residentes.

Na esteira do entendimento reduzido de EA protagonizado pelos profissionais, é perceptível que os residentes com notadas alterações neurocognitivas, dependência física acentuada, baixos níveis de literacia ou “aparentemente” desmotivados, são total ou parcialmente excluídos sobre matérias que lhes dizem diretamente respeito, inviabilizando o EA. Por exemplo, quando as ERPI beneficiam de eventos recreativos promovidos localmente, a dependência funcional dos residentes constitui um dos principais obstáculos, levando à integração prioritária nas iniciativas externas os residentes que mantêm capacidades cognitivas e, nalguns casos, físicas preservadas. O mesmo se observa no domínio do autocuidado, da expressão

das suas opiniões e na devassa do espaço de privacidade. No primeiro e segundo casos, embora alguns residentes com dependência física expressem o desejo de manter a sua independência no autocuidado, encontram resistência por parte de alguns profissionais, sobretudo auxiliares de ação direta, que adotam uma postura de total controlo, levando a que alguns os residentes experimentem o receio de represálias. No terceiro caso, os profissionais legitimam práticas institucionais intrusivas com base no comprometimento cognitivo ou na idade avançada dos residentes.

Por fim, a diferenciação das estratégias de EA também ocorre quando os residentes – sobretudo os autónomos, cognitivamente preservados, funcionalmente independentes, com elevados níveis de literacia e considerados, pelos profissionais, motivados para os assuntos que lhes dizem diretamente respeito – reclamam os seus direitos, ou quando a rede familiar é ativa e presente na sua vida. Nestes casos, o cuidado prestado tende a ser mais célere e atencioso.

Para (não) concluir

Os dados do estudo apresentado evidenciam que o léxico associado ao EA, baseado numa visão abreviada, predominantemente idadista, funcional e performativa – ancorada nos valores da produtividade/utilidade, autonomia e independência –, contribui para a desvalorização das dimensões mais subjetivas, introspetivas e relacionais da experiência de envelhecer. Esta constatação confirma o que já havia sido avançado por vários autores (Boudiny, 2013; Boudiny & Mortelmans, 2011; Foster & Walker, 2015; Pfaller & Schweda, 2019; van Dyk, 2014). É neste enquadramento que muitos residentes se sentem pouco ou nada ativos, sobretudo aqueles com maiores níveis de dependência – a maioria, de acordo com a mais recente Carta Social (GEP - MTSSS, 2024) –, o que sinaliza uma desconexão entre o modelo dominante de EA e a sua aplicabilidade em ERPI. Com base neste diagnóstico, propomos o conceito de EA Seletivo para descrever a forma como as ERPI operacionalizam, de facto, o EA: um modelo acessível sobretudo a quem se enquadra nos parâmetros funcionais valorizados pelos profissionais.

O conceito de EA Seletivo é suportado por uma dinâmica funcionalmente segregativa em quase toda a linha da prestação de cuidados. Esta dinâmica manifesta-se com a divisão deliberada dos residentes em dois grupos: os “ativos” e os “inativos” e, por sua vez, os “incluídos” e os “excluídos”. Embora esta lógica seja frequentemente justificada sob o argumento da “otimização de recursos”, ela, além de contrariar os princípios basilares do EA defendidos por Foster e Walker (Foster & Walker, 2015; Walker, 2002, 2009), configura uma prática desconforme com os orientações consagrados na Portaria n.º 349/2023.

Para além desta camada, acrescenta-se outra ao conceito que agora defendemos: a tomada de decisões é monopolizada pelos profissionais, mesmo quando envolve aspetos centrais da vida quotidiana dos residentes, sobretudo junto dos residentes mais dependentes, como por exemplo a participação cívica, a construção participada do cuidado ou da co-gestão institucional do local onde vivem. Esta estrutura organizacional centralizada e piramidal, ancorada numa cultura de segurança, controlo e superproteção, além de levar à violação de direitos, como a privacidade e a liberdade de escolha (Gil, 2019; Wikström & Emilsson, 2014), pode acentuar a dependência (Doumit & Nasser, 2010), comprometendo a garantia do EA, tal como defendido por Walker (2002, 2009) e outros autores (Pan et al., 2022). Parece evidente que este modelo de atuação institucional constitui parte integrante do cuidado atualmente praticado nas ERPI.

Neste sentido, é urgente a reconceptualização do EA: em vez de o pensar como um conjunto de critérios a cumprir até se alcançar um ideal normativo de *atividade* ou *ativo*, defende-se a sua compreensão como um processo relacional, situado e negociado, que reconheça a pluralidade das velhices e os ritmos institucionais que influenciam o acesso às oportunidades de um envelhecimento mais ativo. Desta forma, este artigo ao enfatizar as limitações práticas da implementação do EA nas ERPI, também oferece pistas concretas para a prática, por forma a garantir que o direito à dignidade, à liberdade e ao envelhecimento mais ativo não seja um privilégio de alguns, mas uma garantia para todos.

Neste sentido, é urgente desafiar os profissionais que atuam nas ERPI a adotar uma postura reflexiva e crítica face à forma como o EA é operacionalizado nestes espaços, reconfigurando práticas que, mesmo quando bem-intencionadas, podem reforçar lógicas paternalistas e funcionalistas. Isto implica reconhecer formas não convencionais de “participação” e “atividade” nestes contextos, na qual os residentes se constituem como sujeitos e não como objetos de intervenção (Marques, 2021). Por exemplo, as comissões de residentes (Crispim, 2020) constituem uma estratégia de *empowerment* que, quando devidamente ajustada a diferentes níveis de autonomia e independência, melhora – e, nalguns casos, efetiva – os níveis de participação dos residentes, além de reforçar o controlo que estes têm sobre a própria vida.

Os dados deste estudo evidenciam a urgência de evitar que o EA seja esvaziado por narrativas moralizantes e práticas excludentes, frequentemente naturalizadas no quotidiano institucional. Tais desvios tendem a ocorrer em nome da rentabilização dos recursos institucionais disponíveis, da adesão a diretrizes políticas desenquadradas da realidade, da condição física e cognitiva dos residentes ou da presença de familiares mais reivindicativos em defesa dos seus entes queridos. Neste contexto, importa questionar: como podem os profissionais que trabalham em ERPI enfrentar desafios que comprometem a autodeterminação dos residentes, bloqueiam os seus direitos e restringem as liberdades fundamentais? Como podem as tensões entre residentes, familiares e profissionais ser mitigadas em prol de uma agenda comum? E como pode o EA, numa lógica de operacionalização situada nas práticas do quotidiano, traduzir-se em relevância efetiva nas ERPI? Para responder a estas questões, torna-se urgente a criação de instrumentos que promovam mudanças organizacionais e influenciem as políticas públicas. Um exemplo disso é o «Referencial para a Inovação na Ação e Gestão do EA em ERPI», que será brevemente apresentado.

Referências

- André, B., Grønning, K., Jacobsen, F. F., & Haugan, G. (2021). “Joy of life” in nursing homes. Healthcare personnel experiences of the implementation of the national strategy. A qualitative study with content analysis of interviews. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12913-021-06801-W/TABLES/1>
- Armstrong, P., & Braedley, S. (2023). Care homes in crisis: promising ways forward. Em P. Armstrong & S. Braedley (Eds.), *Care homes in a turbulent era Do they have a future?* (pp. 1–18). Edward Elgar Publishing.
- Beel-Bates, C. A., Ingersoll-Dayton, B., & Nelson, E. (2016). Deference as a form of reciprocity among residents in assisted living. *Research on Aging*, 29(6), 626–643. <https://doi.org/10.1177/0164027507305925>
- Boudiny, K. (2013). ‘Active ageing’: From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and Society*, 33(6), 1077. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>
- Boudiny, K., & Mortelmans, D. (2011). A critical perspective: Towards a broader understanding of ‘Active Ageing’. *E-Journal of Applied Psychology*, 7(1). <https://doi.org/10.7790/EJAP.V7I1.232>
- Bowling, A. (2009). Perceptions of active ageing in Britain: Divergences between minority ethnic and whole population samples. *Age and Ageing*, 38(6), 703–710. <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFP175>
- Casanova, G., Principi, A., & Lamura, G. (2020). Social innovation in Long-Term Care: Lessons from the Italian case. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020, Vol. 17, Page 2367, 17(7), 2367. <https://doi.org/10.3390/IJERPH17072367>
- Crispim, R. (2020). Iniciativas de participação na velhice: O caso das comissões de pessoas idosas em estruturas residenciais. *Revista Kairós : Gerontologia*, 23(4), 251–277. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2020v23i4p251-277>
- Doumit, J., & Nasser, R. (2010). Quality of life and wellbeing of the elderly in Lebanese nursing homes. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(1), 72–93. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3113.2009.04311.x>

- org/10.1108/09526861011010695/FULL/XML
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A european policy perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90. <https://doi.org/doi.org/10.1093/geront/gnu028>
- GEP - MTSSS, [Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho Solidariedade e Segurança Social]. (2024). *Carta Social - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2022*.
- Gil, A. P. (2019). Quality procedures and complaints: nursing homes in Portugal. *The Journal of Adult Protection*, 21(2), 126–143. <https://doi.org/10.1108/JAP-09-2018-0018>
- 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.
- Katz, S., & Calasanti, T. (2015). Critical perspectives on Successful Aging: Does it “appeal more than It illuminates”? *The Gerontologist*, 55(1), 26–33. <https://doi.org/10.1093/GERONT/GNU027>
- Lowndes, R., Struthers, J., & Ågotnes, G. (2021). Social participation in long-term residential care: Case studies from Canada, Norway and Germany. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 40(1), 138–155. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000318>
- Marques, J. (2021). O idoso como sujeito político. Em C. C. Santos & M. Teixeira (Eds.), *Intervenções e mediações com idosos* (pp. 205–220). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Matias, P. G. C. (2016). *Soluções residenciais para idosos em Portugal no séc. XXI. Design de ambientes e privacidade*. Tese de Doutoramento em Design, Faculdade de Arquitetura da Universidade de Lisboa.
- Pan, H., Dury, S., Duppen, D., Wang, R., & De Donder, L. (2022). Motivators and barriers to social participation in two Chinese long-term care institutions: A focus-group study. *Geriatric Nursing*, 44, 90–96. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2022.01.004>
- Pfaller, L., & Schweda, M. (2019). Excluded from the good life? An ethical approach to conceptions of active ageing. *Social Inclusion*, 7(3), 44–53. <https://doi.org/10.17645/SI.V7I3.1918>
- Rinnan, E., André, B., Espnes, G. A., Drageset, J., Garåsen, H., & Haugan, G. (2022). Despite symptom severity, do Nursing

- Home Residents experience Joy-of-Life? The associations between Joy-of-Life and symptom severity in norwegian Nursing Home Residents. *Journal of Holistic Nursing*, 40(2), 84–96. https://doi.org/10.1177/08980101211021219/ASSET/IMAGES/LARGE/10.1177_08980101211021219-FIG2.JPEG
- São José, J. de, & Teixeira, A. R. (2014). Envelhecimento Ativo: Contributo para uma discussão crítica. *Análise Social*, XLIX(1.o), 28–54.
- Slettebø, Å., Skaar, R., & Brodtkorb, K. (2021). Social innovation toward a meaningful everyday life for Nursing Home Residents: An ethnographic study. *Frontiers in Psychology*, 12, 666079. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.666079/BIBTEX>
- Timonen, V. (2016). *Beyond successful and Active Ageing. A theory of model ageing*. Policy Press.
- van Dyk, S. (2014). The appraisal of difference: Critical gerontology and the active-ageing-paradigm. *Journal of Aging Studies*, 31, 93–103. <https://doi.org/10.1016/J.JAGING.2014.08.008>
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- Walker, A. (2009). Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(1), 75–93. <https://doi.org/10.1080/08959420802529986>
- WHO, [World Health Organization]. (2002). *Active aging: A policy framework*. World Health Organization.
- Wikström, E., & Emilsson, U. M. (2014). Autonomy and control in everyday life in care of older people in Nursing Homes. *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), 41–62. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.858092>