



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Tiago Rafael Ferreira Correia

**AS ESTRATÉGIAS DE RESILIÊNCIA ORGANIZACIONAL
DIRECIONADAS PARA O CUIDADO AOS IDOSOS**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora Doutora
Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação.**

Setembro de 2022



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Tiago Rafael Ferreira Correia

**AS ESTRATÉGIAS DE RESILIÊNCIA ORGANIZACIONAL
DIRECIONADAS PARA O CUIDADO AOS IDOSOS**

**Dissertação no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora Doutora
Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação.**

Setembro de 2022

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha mãe e ao meu pai, que possibilitaram de formas multifacetadas a superação de mais este desafio. Tenho-vos no coração!

Agradeço à Professora Doutora Helena Reis, por toda a dedicação, exigência e tolerância ao longo dos últimos meses. Obrigado pelo apoio e incentivo constante. Obrigado por sempre ter acreditado em mim e por me auxiliar a ser mais resiliente. Espero ter o privilégio de nos voltarmos a cruzar.

Agradeço a todos os professores que me acompanharam ao longo de toda a minha passagem por Coimbra, que me possibilitaram grandes desafios e que levo no coração. Obrigado por possibilitarem que me tornasse mais resiliente, não só do ponto de vista académico e profissional, como também pessoal.

Similarmente muito agradeço ao Instituto Universitário Justiça e Paz e toda a gente envolvida na missão tão nobre deste instituto, que foi também “minha casa” durante estes quase seis anos em Coimbra. Foi um espaço de crescimento pessoal, social, espiritual e profissional. Daqui levo, comigo, nomes e pessoas para a vida. Agradecer ao amigo Paulo e à amiga Anita. Igualmente, agradecer a todos os amigos do NExT, Fundo Solidário e SPES. Contudo, neste espaço conheci tantas pessoas e que me influenciaram de diversas formas positivas, que me é impossível agradecer a todas individualmente e, por isso, um muito obrigado a todas as amizades que me foram concedidas no IUJP!

Igualmente muito grato a todos os colegas e amigos da residência universitária da Alegria. Gratificado por toda a camaradagem, carinho, partilha, momentos de confraternização e aprendizagens.

Também endereço o meu enorme agradecimento à Ordem Hospitaleira dos Irmãos de S. João de Deus por todas as oportunidades de desenvolvimento pessoal, espiritual, profissional. Um especial obrigado ao amigo Jorge, um amigo de prezada estima. Igualmente à Juventude Hospitaleira que me transmitiu o “vírus” da hospitalidade, que me torna mais rico e onde fiz amigos para a vida que assumiram e assumem um papel importante. Em especial o meu amigo David, o João, a Mariana, e a ti Cristiana, que continuas a cuidar de nós aí de cima.

Ainda, um especial agradecimento aos meus restantes familiares, especialmente à minha avó Laurinda e ao avô David. Por outro lado, agradecer aos primos paternos e, especialmente, aos tios Adélio, Carmelinda, Alice, Prazeres, João e Fátima por todo o cuidado, apoio e ensinamentos ao nível da liderança servidora e da ética do cuidado.

Por fim, agradecer ao meu grande e estimado amigo Vinícius que vive no outro lado do globo, ao colega e amigo Ricardo por me ter inspirado e incentivado a apostar na promoção da dignidade das pessoas idosas, ao amigo Pedro, às Sofias, ao Fabrice, ao Zé, ao Rodrigo, à Salomé, à Duda, à Leonor, à Isabel, ao Álvaro, à Andréa, à Patri, à Irima, ao Víctor e João Víctor, aos amigos da ALU, a todos os meus amigos da terrinha e ao professor, amigo e treinador de esgrima Tiago.

Peço desculpa se me esqueci de alguém,
A todos/todas o meu sincero obrigado!
Consegui porque vocês estão comigo!

RESUMO

O envelhecimento assume forte manifestação nos países mais desenvolvidos e ocidentais, tal como Portugal, e acarreta desafios imensos ao nível do cuidado às pessoas idosas, assumindo destaque a aposta nas respostas de âmbito institucional para cuidar das mesmas. Visando a humanização e o respeito pela individualidade da pessoa idosa, assente na promoção da funcionalidade e da autonomia, com vista à efetiva melhoria da qualidade de vida, as ERPI foram extremamente desafiadas com a pandemia da COVID-19, exigindo uma atuação assente na resiliência organizacional de forma a tornar as ERPI ainda mais fortes e melhor preparadas para os tempos futuros. Aqui foi capital a (re)adaptação do cuidado, inspirado na abordagem centrada na pessoa como terapia, por forma a melhor enfrentar os desafios ocasionados pela pandemia e surtir efeitos positivos nas ERPI, no capital humano, nos cuidados e, necessariamente, nas pessoas idosas cuidadas. Em simultâneo, a pandemia salientou alguns aspetos ao nível das ERPI, das políticas sociais e da sociedade a melhorar e, nesse sentido, surgem reptos para um cuidado mais humanizado, assentes em lógicas de liberdade, respeito e autonomia. Em termos do seu objetivo central, este estudo visou compreender as estratégias de resiliência das organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos - designadamente as que enquadram a resposta social de ERPI - decorrentes da conjuntura pandémica, percecionando as implicações das mesmas nas dinâmicas organizacionais e os seus efeitos no cuidado aos idosos. Quanto ao perfil metodológico, o estudo inserido no paradigma interpretativo privilegiou a metodologia qualitativa, através de um estudo de caso múltiplo abrangendo 4 organizações da economia social com estatuto de IPSS ou equiparado, com valência de ERPI, tendo sido auscultados 8 participantes (direção técnica e órgãos sociais), por via de entrevistas semiestruturadas, as quais foram sujeitas à análise de conteúdo. Em termos de resultados constatou-se que as ERPI evidenciaram capacidade de resiliência para enfrentar a COVID-19, ainda assim salienta-se a relevância de rever aspetos inerentes a quem cuida e a alteração de atitudes/práticas (de nível macro, meso e micro) no que diz respeito ao envelhecimento e velhice e à valorização do capital humano. As lideranças foram centrais para a promoção do bem-estar e para a estimulação de relações positivas entre pares, instituição e colaboradores, estando na base da criação de um ambiente de confiança, envolvimento e compromisso associado ao cuidado aos idosos.

Palavras-chave: ERPI; cuidado; resiliência organizacional; abordagem centrada na pessoa; Serviço Social

ABSTRACT

Ageing is strongly manifested in the most developed and western countries, such as Portugal, and brings with it huge challenges in terms of elderly care, with a focus on institutional scope which offers responses to care for older people. In order to promote both humanization and respect for the individuality of the elderly, considering his functionality and autonomy and improving effectively his quality of life, Residential Care Homes (RCH) were extremely challenged during the COVID-19 pandemic, requiring an action based on organizational resilience in order to make RCH even stronger and better prepared for unforeseen circumstances ahead. To do so, the (re)adaptation of care proceedings was crucial, inspired by the person-centered approach as therapy, in order to face challenges caused by the pandemic and have positive effects in RCH, in the employees, in care proceedings and, necessarily, in treatments for older people. At the same time, this pandemic highlighted some aspects to be improved not just in the services offered by RCH, but also in social policies and in society itself, consequently arising concerns to a more humanized care, based on logics of freedom, respect and autonomy. Concerning its main objective, this study aimed to understand the resilience strategies of social organisations providing care to the elderly - namely those included in the social response of RCH - throughout the COVID-19 outbreak, recognizing their implications in organizational dynamics and their effects on elderly care. Our methodological approach was established in the interpretative paradigm, favouring a qualitative methodology, through a multiple case study covering 4 social economy organizations with IPSS status or equivalent, equipped with RHC. During this research, 8 participants were interviewed (supervisors and governing bodies) using semi-structured interviews, which were subjected to a content analysis. The results show that RCH were resilience to face the COVID-19 outbreak, notwithstanding the relevance of reviewing the aspects related to caregivers and changing practices/behaviors (macro, meso and micro levels) regarding ageing and old age as well as the valorization of human capital. The leaders assumed a significant position to provide an environmental wellness and to stimulate a positive relationship between peers, institution and employees, once they were responsible to create an environment of trust, involvement and commitment associated with care proceedings for elderly people.

Keywords: Residential Care Homes; care proceedings; organizational resilience; person-centred approach; Social Work

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I.....	3
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL	4
1. Envelhecimento: contornos e tendências.....	4
1.1. Envelhecimento demográfico na contemporaneidade: um fenómeno insólito.....	4
1.2. Envelhecimento como processo individual.....	6
1.3. Perspetivas teóricas e orientações relativas ao envelhecimento.....	9
2. As organizações direcionadas para o apoio aos idosos e as estruturas residenciais de cuidado: âmbito e desafios suscitados pela realidade pandémica.....	15
2.1. Os atores organizacionais do cuidado e o papel do setor social e solidário.....	15
2.2. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: ao encontro da qualidade dos serviços e dos cuidados.....	19
2.3. A pandemia da COVID-19 e o seu reflexo nos ambientes de cuidado às pessoas idosas.....	24
2.3.1. Pandemia da COVID-19: contextualização.....	24
2.3.2. Desafios da COVID-19 para as Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas	31
3. Resiliência organizacional, cuidados aos idosos e Serviço Social.....	34
3.1. Perspetivas concetuais de resiliência organizacional	34
3.1.1. Resiliência organizacional no quadro da situação pandémica	39
3.2. A resiliência e o cuidado (centrado) na pessoa idosa: fatores de encadeamento	42
3.3. O papel do Serviço Social na questão pandémica.....	46
3.4. Reptos organizacionais da pandemia: uma visão prospetiva	48
PARTE II.....	51
CAPÍTULO I – ESTUDO EMPÍRICO.....	52
1. Definição do problema de investigação e objetivos do estudo.....	52
2. Opções e procedimentos metodológicos	53
2.1. Metodologia de investigação.....	53
2.2. População e amostra do estudo	53
2.3. Estratégias de recolha de dados.....	56

2.4. Metodologia de análise de dados.....	56
CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	60
1. Caraterização das Organizações da Economia Social e respetivas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	60
2. Participantes do estudo.....	64
2.1. Caraterização das Direções Técnicas	64
2.2. Caraterização dos Órgãos Sociais	64
3. A pandemia da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	64
3.1. Efeitos da pandemia em termos de incidência	64
4. Estratégias de resiliência das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas face à pandemia da COVID -19.....	69
4.1. Análise da categoria “dinâmicas organizacionais mobilizadas”	69
4.2. Análise da categoria “cuidado focalizado na pessoa idosa”	69
4.3. Análise da categoria “atuação nas dinâmicas de resiliência”	89
4.4. Análise da categoria “desafios organizacionais”	98
CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	110
A) Organizações de economia social, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e públicos idosos.....	110
B) Direções Técnicas e Órgãos Sociais.....	111
C) Efeitos da pandemia nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	112
D) Dinâmicas organizacionais mobilizadas	113
E) Cuidado focalizado na pessoa idosa	115
F) Atuação nas dinâmicas de resiliência	118
G) Desafios organizacionais.....	120
CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
LEGISLAÇÃO	142
APÊNDICES.....	144
Apêndice 1: Guião de recolha de dados documentais	145
Apêndice 2: Guião de entrevista semiestruturada – Diretor/a Técnico/a.....	146

Apêndice 3: Guião de entrevista semiestruturada - interlocutor/a dos Órgãos Sociais.....	150
Apêndice 4: Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação.....	153
Apêndice 5: Modelo de consentimento para recolha de dados documentais.....	155
Apêndice 6: Caraterização das organizações da economia social.....	157
Apêndice 7: Caraterização das pessoas idosas em cada Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.....	161
Apêndice 8: Caraterização dos participantes.....	163
Apêndice 9: Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas.....	165

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Categorização da análise de conteúdo.....	59
Tabela 2: Codificação das organizações e participantes no estudo.....	60
Tabela 3: Elementos relativos aos efeitos da pandemia nas ERPI	66
Tabela 4: Caraterização das organizações da economia social.....	157
Tabela 5: Caraterização das pessoas idosas em cada ERPI.....	161
Tabela 6: Caraterização das Diretoras Técnicas.....	163
Tabela 7: Caraterização dos/as interlocutores/as dos Órgãos Sociais.....	164

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estratégias de resiliência - mecanismos da psicologia positiva.....	41
Figura 2: Estratégias de resiliência ao nível da tecnologia ao serviço do cuidado.....	44
Figura 3: Estratégias de resiliência ao nível do capital humano	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APSS – Associação de Profissionais de Serviço Social

Art.º - Artigo

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

CASES – Cooperativa António Sérgio para a Economia Social

CATL - Centro de Atividades de Tempos Livres

CD – Centro de dia

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral da Saúde

DH – Direitos Humano

EAS – Envelhecimento Ativo e Saudável

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento

IASSW – International Association of Schools of Social Workers

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IFSW – International Federation of Social Work

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS – Instituto da Segurança Social

MAREESS - Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde

MTSSS - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social

N.º - Número

OES – Organizações da Economia Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PIC – Plano Individual de Cuidados

PII – Plano Individual de Intervenção

RCH - Residential Care Homes

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

TIC – Tecnologias da Informação e Comunicação

UE – União Europeia

UMP – União das Misericórdias Portuguesas

UNDESA - United Nations Department of Economic and Social Affairs

UNRIC - United Nations Regional Information Centre

INTRODUÇÃO

Em Portugal têm sido visíveis profundas alterações sociodemográficas, em muito reflexo do aumento da longevidade da população, o que se deve ao gradual aumento da faixa etária dos idosos, juntamente com o gradual decréscimo dos indicadores de natalidade (Pordata, 2021). Assim sendo, estamos perante um Portugal paulatinamente mais envelhecido.

O envelhecimento para além de ser percecionado como um processo demográfico, engloba aspetos biológicos, psicológicos e sociais. E, se as pessoas estão a viver mais anos, “é necessário assegurar a estas que vivam a fase da velhice de forma mais ativa e saudável, satisfazendo as suas necessidades de forma a também potencializar as suas capacidades” (Santos, 2016, p.1). Neste âmbito as respostas da rede formal, designadamente as ERPI emergem como solução de destacada oportunidade nas sociedades contemporâneas (GEP/MTSSS, 2021; Nogueira, 2009).

Efetivamente, o contexto residencial visa provisionar o cuidado de forma multifacetada, considerando a heterogeneidade dos próprios processos de envelhecimento e condições perante a velhice (Azeredo, 2016).

Todavia, recentemente, com a pandemia da COVID-19, as ERPI foram imensamente instigadas, sendo confrontadas com tensões nunca vivenciadas (Luz et al, 2021). Assim, o ato do cuidado aos idosos em ERPI foi desafiado, exigindo uma (re)adaptação do mesmo. Desta forma emerge a resiliência como capacidade que permite às organizações da economia social reagir (Duchek, 2020) de forma a (re)atualizarem o ato do cuidado com carácter humanizador e focalizado na pessoa idosa (e.g., Rogers, 2009).

Assente neste enquadramento, a presente investigação foi desencadeada pela seguinte questão de partida: “Quais as estratégias de resiliência organizacional prosseguidas pelas organizações da economia social prestadoras de cuidado aos idosos em tempos de adversidade e quais as suas implicações na “vida organizacional” e no cuidado centrado na pessoa idosa?”

De modo clarificar e a concretizar resposta à questão de partida, pretendeu-se, no âmbito do objetivo geral, compreender as estratégias de resiliência das organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos - designadamente as que enquadram a resposta social de ERPI - decorrentes da conjuntura pandémica, percecionando as implicações das mesmas nas dinâmicas organizacionais e os seus efeitos no cuidado aos idosos. O estudo adotou uma abordagem qualitativa, de natureza interpretativa, abrangendo o estudo de caso de quatro organizações da economia social (OES) que possuem ERPI como resposta social a pessoas idosas. Em termos de amostra, o estudo envolveu oito participantes (4 diretoras técnicas de

ERPI e 4 elementos dos órgãos sociais). No âmbito das técnicas de recolha de dados privilegiou-se a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental, acopladas a uma pesquisa bibliográfica e teórica. Desta forma, foram construídos dois guiões de entrevista semiestruturada, e um guião de recolha de dados documentais, tendo as respostas concernentes às entrevistas sido submetidas a uma análise de conteúdo.

A nível da estruturação, o presente estudo foi dividido em duas grandes partes. A primeira referente ao enquadramento temático, onde através de pesquisa e de revisão da literatura, se pretendeu suportar, sob o ponto de vista da teoria/investigação, os temas do envelhecimento, a resposta residencial ao envelhecimento e os desafios acentuados com a pandemia da COVID-19 às ERPI. Por sua vez, a segunda parte remete para o enquadramento empírico e procede á delimitação do problema de investigação, dos objetivos, da amostra de pesquisa, informando acerca da metodologia adotada, técnicas e instrumentos de recolha de dados. Integra-se também nesta parte, a apresentação e a análise dos resultados do estudo, assim como a discussão dos mesmos, com recurso à teoria. Por fim, apresentam-se as conclusões do estudo e sugerem-se pistas para investigação futura.

PARTE I

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

1. Envelhecimento: contornos e tendências

1.1. Envelhecimento demográfico na contemporaneidade: um fenómeno insólito

As profundas alterações em termos sociodemográficos que vêm atravessando as sociedades sobretudo a partir de meados do século passado configuram o envelhecimento no presente, como um fenómeno global, mas que se destaca, em particular, nos países mais desenvolvidos, onde se inclui Portugal (Luz, 2017; Rosa, 2012). Como amplamente se dá conta, a multiplicação no número e na proporção de pessoas idosas em detrimento dos segmentos mais jovens faz refletir o fenómeno do envelhecimento demográfico à escala mundial, europeia e nacional (UNRIC, 2021; DGS, 2017). Com grande probabilidade e como a UNDESA (2019) informa, em 2050, ao redor do mundo, uma em cada seis pessoas (16% da população mundial) terá 65 anos de idade ou mais, contrastando com os indicadores de 2019 (9% da população mundial a que correspondiam, uma por cada 11 pessoas), tendo o ano de 2018 ficado marcado por ser aquele em que pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 65 anos ou mais superaram o número de crianças menores de cinco anos (UNDESA, 2019).

Para esta realidade insólita, conquistas sucessivas ao longo do tempo podem ser destacadas desde os avanços biomédicos e tecnológicos, os progressos ao nível das condições de vida, da habitação, da higiene, alimentação e educação, propiciando um estilo de vida mais saudável e, conseqüentemente, uma maior longevidade e aumento da expectativa de vida (Moreira, 2020; Rosa, 2012; Mendes, 2016; Pinto, 2014). Com efeito, estas dinâmicas influentes na demografia societal têm vindo a induzir um decréscimo na natalidade e fecundidade repercutindo efeitos contrastantes sobre a estrutura geracional das famílias e sociedade(s), avolumando significativamente o número de pessoas idosas (Pordata, 2020).

No caso específico da fecundidade e, tendo por base os dados das Nações Unidas (UNDESA, 2019; UNDESA, 2019a), desde 1990 que se verifica que a taxa de fecundidade global tem diminuído, tendo-se assistido entre 1990 e 2019 a uma redução deste indicador, de 3,2%, para 2,5%, projetando-se ainda uma tendência de diminuição, quer para 2050 (2,2%) quer para 2100 (1,9%). De salientar que nos países desenvolvidos se considera que uma média de 2,1 filhos por mulher traduz o necessário para que se assegure a substituição de gerações.

A nível europeu a partir da segunda metade do século XX, as sociedades europeias cresceram a ritmos muito baixos, próximos de zero e em alguns casos, começaram a decrescer, tornando visível um “duplo envelhecimento” (e.g., Luz 2017; Moreira, 2020; Rodrigues, 2018), ou seja, o envelhecimento que se reflete na “base” e no “topo” da pirâmide etária. Em grande parte, está-se perante baixos valores de reprodução e de mortalidade, repercutindo-se no gradual aumento do número de pessoas a partir dos 65 anos de idade, com especial nota para o facto de cada vez mais existirem consideráveis níveis percentuais de pessoas com 80 e mais anos.

Dados estatísticos do Eurostat (2021) - através do estudo *Ageing Europe* - demonstraram que em 2021 a percentagem de pessoas com 65 anos de idade ou mais, no espaço da União Europeia (UE), correspondia a 20,9% sendo expectável que aumente para 29,5% em 2050 e para 31,3% em 2100. Elementos estes que ajudam a disseminar a representação da Europa como o “continente grisalho”.

No contexto nacional, o envelhecimento populacional tem-se vindo também a acentuar. Deste modo, se em 2001 residiam em Portugal cerca de 10,4 milhões de pessoas, das quais 16,4% possuíam 65 ou mais anos, em 2011 esse contingente representava 10,6 milhões de pessoas, ou seja, 19,1%, tendo-se nos últimos censos, de 2021 assistido a um fenómeno contraditório, em que diminuiu o número de residentes (10,3 milhões de pessoas) e aumentou o relativo à população idosa (23,3%) (INE, 2021; Pordata, 2021).

Por entre o computo dos indicadores que anunciam a longevidade, o referente à esperança de vida aos 65 anos merece particular destaque, informando os estudos (Pordata, 2021; INE, 2021) que desde 1960 têm-se vindo a registar ganhos a este nível. Segundo os dados mais atuais, reportados ao triénio 2018-2020, percebe-se que a esperança de vida aos 65 anos é maior para as mulheres (21,1 anos) do que para os homens (17,8 anos), justificando “o envelhecimento do envelhecimento” (Moreira, 2020, p.15; Rodrigues, 2018, p.26), ou seja, o aumento de pessoas com 80 e mais anos (3% da população em 1960; 6,6% no triénio 2018-2020) (Pordata, 2021), sendo este o grupo que mais cresceu desde o início do século XXI.

Para complementar a leitura sobre a incidência do envelhecimento nacional as estatísticas assinalam a existência de um rácio de 167 idosos para cada 100 jovens, em 2020, valor este com tendência para evoluir positivamente (INE, 2021).

Globalmente e perante estas características Portugal mostra ser um país híper envelhecido (Luz, 2019) e um dos mais envelhecidos da União Europeia e do mundo (Luz et al., 2021).

No essencial, impera o entendimento de que o envelhecimento coletivo descreve uma realidade do mundo contemporâneo, que apresenta contornos e desafios a vários níveis: na esfera social, na política e na saúde. Tal, suscita a necessidade de responder às necessidades e exigências das pessoas idosas (Bárrios et al., 2020), onde se enquadram questões culturais, sociais, de saúde, de habitação, de trabalho e de segurança, pelo que a compreensão dos processos subjacentes ao envelhecimento individual se mostra crucial.

1.2. Envelhecimento como processo individual

Envelhecer é, de facto, um privilégio das sociedades modernas, cujos impactos na estrutura etária das populações refletem plurais desafios entre os quais a necessidade de melhor perceber as dimensões do próprio processo de envelhecimento.

Como Dezan (2015) sublinha, o envelhecimento presume uma conjuntura de vicissitudes em vários níveis: biológico, fisiológico, psicossocial, económico, cultural e político. É um processo acompanhado de mudanças (e.g., neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas normais) as quais ocorrem para/em todos os seres humanos, porém, de formas diferentes, em momentos e ritmos variados, dependendo de características genéticas, ambientais e sociais das pessoas (Dezan, 2015; Santos et al., 2009).

No plano biológico são vários os aspetos do funcionamento da pessoa que se transfiguram no decorrer do processo de envelhecimento. Este é encarado como um processo de degeneração biológica, onde o processo de perdas é mais acentuado que o processo dos ganhos (Luísa, 2017). Assim evidencia múltiplas matrizes, com evolução no decorrer do ciclo de vida e que influencia a saúde, a funcionalidade física e cognitiva e relaciona-se com uma limitação das capacidades da pessoa e diminui a capacidade de resistir à doença e/ou à morte (Luísa, 2017; Pinto, 2013).

Ao nível fisiológico, embora que de forma lenta e progressiva (Dezan, 2015), o envelhecimento é um processo inevitável. De acordo com o mesmo autor aqui pode decorrer o aparecimento de rugas e progressiva perda da elasticidade e viço da pele; diminuição da força e agilidade; cabelos grisalhos; redução da acuidade sensorial, da capacidade auditiva e visual; alterações ao nível da memória, entre outros. A par, decorre a acentuação ao nível da diminuição da atividade fisiológica e de adaptação ao meio externo (Fonseca, 2006; Teixeira, 2020).

No âmbito psicossocial verificam-se transformações afetivas, cognitivas e sensoriais, notórias na/da vida da pessoa (Fonseca, 2006). Assim é usual verificarem-se mutações no corpo; tomar-se consciência da aproximação do fim do ciclo de vida; suspensão da atividade

profissional (reforma): pensamentos negativos (e.g., sensação de inutilidade); morte de cônjuge/familiar; solidão; isolamento social e afastamento da sociedade e da vida familiar; segregação familiar; declínio no prestígio social, entre outros aspetos (Dezan, 2015).

No âmbito económico há a tendência da pessoa idosa perder capacidade económica, uma vez que se constata a sua retirada da vida ativa (Dezan, 2015) e, por outro lado, passa a beneficiar do sistema de proteção social, onde o rendimento usufruído é inferior ao tido anteriormente na fase de vida em que exercia uma atividade profissional.

No âmbito cultural, a velhice pode ser encarada como mais-valia e prestígio social fruto das “vivências” e “experiência de vida”, como também servir de mote a um aproximar de dependência e/ou menor importância social (Fonseca, 2006). Atingir a idade mais avançada pode ser algo vivido homogeneamente, mas também diferencialmente, de acordo com o sexo/género e a classe social das pessoas inseridas num determinado grupo etário (Teixeira, 2020).

Quanto ao plano político, existe a tendência para olvidar as pessoas idosas, como que se não tivessem voz, direito a opinar e participar na vida social e política, (co)relacionando-se com restrição de direitos (Guimarães, 2012) e, por vezes, discriminação em função da idade - idadismo (DGS, 2017; Rudnicka et al., 2020; Xiang et al., 2020).

O equacionamento das diferentes vertentes/componentes associadas aos processos de envelhecimento tem vindo a distinguir outras conceitualizações relativas à velhice e a fazer também emergir abordagens de cariz compreensivo numa ótica mais de posituação da velhice (Luz 2017). Assim, uma divisão comum que a literatura aponta (Birren & Cunningham, 1985, cit. por Fonseca, 2006) recai numa conceção ancorada à ideia de saúde/doença, e em que se distingue o envelhecimento normal pela ausência de doença e o envelhecimento patológico, como aquele marcado pela doença que pode conduzir à morte. Em relação a este tipo de envelhecimento argumenta-se que a influência sobre o organismo da pessoa de fatores ambientais e socioculturais, como por exemplo, a qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo/atividade física, podem causar diversas patologias/síndromes características da idade avançada ou agravamento de possíveis patologias já existentes (Assis, 2005; Santos et al., 2009). Também se refere que aqui são características a sarcopenia e o défice cognitivo (Grassiet al., 2014). No geral, as perceções menos positivas da velhice associam-na ao declínio e perdas que acompanham o próprio envelhecimento (Luz, 2017), tendendo, pois, a focalizar a biologia humana, assente na deterioração, nas patologias, na diminuição de faculdades, na insuficiência, na inadequação e na dependência (Fonseca, 2006).

Assim, o envelhecimento deve ser encarado como processo multidimensional, multicausal e multidirecional do ciclo de vida. Cada pessoa vivencia o seu processo de envelhecimento de modo diferente de todas as outras pessoas (Carvalho, 2013). Adicionalmente é um processo complexo e dinâmico (Leys & Rouck, 2005), tendo em conta a complexidade da construção das vidas individuais e sociais. E está também “relacionado com as experiências e expectativas dos sujeitos e com as possibilidades e desenvolvimento de determinada sociedade” (Carvalho, 2013, p.5).

Para o efeito, reconhece-se que o envelhecimento não depende apenas de fatores biológicos e/ou psicológicos. Depende, também, da sociedade e cultura onde as pessoas mais velhas se encontram inseridas, se desenvolvem e envelhecem. Desta maneira, o envelhecimento pode ser encarado como uma concetualização que advém das vivências e *know-how* pessoal de cada indivíduo no decurso da sua vida (Martins, 2011). Ou seja, “tem em conta o percurso de vida e as mudanças físicas, mentais, sociais, culturais relacionadas com a idade” (Carvalho, 2013 p.3), pelo que encara várias expressões.

Então, é importante reconhecer as vidas como mais "descronologizadas", "desinstitucionalizadas" e "desstandardizadas", em comparação com períodos históricos anteriores (Leys & Rouck, 2005, p.7). Importa também fomentar a consciência de que o grupo socialmente definido de "idade mais velha" não é um grupo homogéneo. Pode ser subdividido em subgrupos variados (idosos mais jovens, idosos intermédios e idosos mais velhos) que apresentam necessidades múltiplas e diferentes, variando substancialmente entre indivíduos (Fonseca, 2006; Riva et al., 2014). Neste seguimento, vários académicos (Batistoni & Namba, 2010; Katan, 1991; Leys & Rouck, 2005) também reforçam que é igualmente importante atentar ao género, diferenças socioeconómicas, culturais e percursos pessoais de forma a diferenciar os grupos de pessoas mais velhas e compreender as suas necessidades e expectativas.

Sobretudo, deve notar-se, como adverte Fonseca (2006), que o grupo dos idosos, em comparação com outros grupos, apresenta grande variabilidade interindividual entre cada pessoa. Isto é, diferencia-se consideravelmente entre pessoas. A par, a passagem do tempo, juntamente com as experiências de vida e interação com os fatores externos (i.e., o ambiente) acentuam as suas heterogeneidades e origens/histórias de vida.

Assim, devemos-nos desassociar da idade cronológica como elemento capital no referente aos processos de envelhecimento e, antes, prezar pela versatilidade conferente em cada “idade” da velhice, ou seja, nas “diferentes” velhices e na diversidade que é a população

mais velha distanciando-nos de ideias/lógicas de intervenção protecionistas, idadistas e restritivas de direitos (Guimarães, 2012) que limitam a visão do processo de envelhecimento (Luz, 2014; Luz, 2017). Importa, então, falar de “velhices” e não de “velhice” (Luz, 2014), aplicando a ideia de “desenvolvimento ao envelhecimento” (Fonseca, 2012, p.96). Tal significa a possibilidade das pessoas idosas poderem, independentemente da sua idade cronológica, prosseguir com traços positivos de desenvolvimento (Fonseca, 2012).

Sintetizando, as mudanças provocadas por determinados eventos da vida (e.g., transições), bem como o seu impacto, são diferentes para/em cada pessoa. Como as pessoas idosas, especialmente as pessoas idosas mais velhas estão a tornar-se numa população cada vez diversificada (i.e., heterogénea), tem de se considerar este aspeto na preparação das abordagens orientadas para as necessidades e desenvolvimento de serviços e/ou políticas (Leys & Rouck, 2005).

Deste modo, considera-se que, desenvolver serviços e políticas para os diversos públicos mais velhos implica compreender o envelhecimento como processo contínuo, complexo, não estático, dinâmico e heterogêneo, considerando variáveis de campos de atuação vários, numa lógica de atuação interdisciplinar e multidimensional (Santos et al., 2016). A lógica do envelhecimento diferencial (e.g., Birren & Cunningham, 1985) - i.e., o envelhecimento que ocorre de formas e ritmos diferentes em cada pessoa - implica considerações/análises e/ou intervenções diferenciadas às pessoas mais velhas consoante os seus perfis individuais: sexo/género, genética, estilo de vida, alimentação, prática de atividade física, nível socioeconómico, história de vida, interesses, entre outros fatores (Santos et al., 2016). Por forma a perceber os elementos estruturadores da velhice e do envelhecimento, quer sob o ponto de vista individual quer do ponto de vista do sistema social e das políticas públicas, a teorização acerca do envelhecimento, assim como as recentes diretrizes ancoradas na década para o Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) mostram-se úteis não apenas para melhor facilitar a interpretação acerca dos processos do envelhecimento, mas também para orientar a intervenção direcionada para a população idosa.

1.3. Perspetivas teóricas e orientações relativas ao envelhecimento

Na era contemporânea, a pessoa idosa é cada vez mais vista como protagonista. A conceção clássica da velhice assente nos aspetos biomédicos, caracterizada principalmente por perdas e por uma diminuição das competências individuais, muitas vezes exacerbada pelo aparecimento de doenças, tem sido gradualmente substituída por conceitos mais articulados.

Desta forma, o envelhecimento é encarado como multifatorial, condicionado por

vários fatores endógenos e exógenos (Santos et al., 2009). Simultaneamente abrange o ciclo de vida e é relevante para todos e não apenas para aqueles que estão atualmente livres de doenças (Antonietti et al., 2014), estando as pessoas idosas estreitamente “influenciadas pelos ambientes em que as mesmas viveram ao longo do percurso das suas vidas” (OMS, 2020, p.3).

É então importante perceber que o envelhecimento não é estático. Tal implica adotar uma perspectiva de análise dinâmica, encarando a vida independente, o desenvolvimento humano e o envelhecimento como processos (dinâmicos) ao longo de toda a vida e para toda a vida, ou seja, como abordagem de “curso de vida” (Leys e Rouck, 2005, p.11). Para isso importa valorizar os diferentes aspetos contextuais (Batistoni & Namba, 2010), ou seja, considerar que os indivíduos em envelhecimento vivem em ambientes sociais, com diferentes graus de apoio, redes sociais, características de saúde e bem-estar diferentes uns dos outros (GEP/MTSSS, 2021).

Neste âmbito, estudiosos como Kohli (1985, cit. por Leys & Rouck, 2005, p.12), defendem o curso de vida como “o projeto social para a organização da vida dos indivíduos” (i.e., determinado por regras coletivas), em que as pessoas não estão apenas a envelhecer celularmente mas antes, acumulam experiências sociais em circunstâncias sociais particulares, sendo os limites da idade determinados socialmente (Dezan, 2015; Schoots & Birren, 1990, cit. por Batistoni & Namba, 2010).

Genericamente, a perspectiva do ciclo de vida (inter)liga questões ao nível micro e questões ao nível macro, de que é o caso da idade da reforma, onde é fixada a data de passagem do trabalho ativo para a retirada do mercado laboral/reforma (Batistoni & Namba, 2010; Leys & Rouck, 2005).

Carece, nesta abordagem de Kohli (1985, cit. por Leys & Rouck, 2005) compreender que as viabilidades das pessoas poderem fazer, livremente, as suas escolhas é algo que surge condicionado pelo contexto social, dado que cada pessoa se insere num contexto social específico. É então importante a compreensão do contexto histórico, sociológico e biográfico em que as vidas se desenrolam.

Neste seguimento refira-se, que se tornou a “idade” tornou-se numa noção/conceito relevante no que diz respeito aos contextos de vida numa lógica do ciclo de vida (OMS, 2020), sendo realçada com noção social importante (Batistoni & Namba, 2010), uma vez que subjaz à organização da família, educação, trabalho, entre outras dimensões que estruturam a vida social (e.g., as leis e políticas que estruturam os direitos e atividades com base na idade).

Além disso, a idade molda a interação social e afeta as expectativas e o comportamento das pessoas envolvidas nas interações (OMS, 2020), entendendo que este vai ao encontro da teoria do meio social, sendo esta uma das atuais teorias sociais do envelhecimento, baseada em fatores sociológicos e que se eleva perante a necessidade de se compreender a influência dos processos sociais nos processos individuais de envelhecimento.

Para a teoria do meio social, e de forma semelhante ao modelo de intervenção ecológico, o envelhecimento é entendido como interdependente da relação entre a personalidade do indivíduo e o meio (ambiente) (Luísa, 2017). Esta teoria reforça o facto do contexto/ambiente social influenciar as pessoas idosas e originar comportamentos diferentes e/ou variados. A par, as proximidades física e etária podem ser promotoras da interação social, porém, podem ocasionar a segregação etária, dado que as pessoas da mesma faixa etária ao efetivarem trocas sociais entre si e excluïrem outras faixas etárias estão a expor-se ao isolamento, o que pode incentivar a exclusão (e.g., das pessoas mais velhas) e as práticas idadistas (Serafim, 2007).

Todavia, vistas as progressões esperadas desde a adultez até à velhice, baseadas em fatores sociológicos e perante a necessidade de compreender a influência dos processos sociais nos processos individuais de envelhecimento (Dias & Rodrigues, 2012), pode também a teoria da desvinculação auxiliar a melhor compreender a perspectiva do ciclo de vida.

Uma das grandes teorias sociais do envelhecimento – e a primeira - no âmbito das teorias formais do envelhecimento e da perspectiva do ciclo de vida, surgiu da abordagem de Cumming e Henry (1961), sendo conhecida como a teoria da desvinculação. Esta baseia-se na premissa de que o envelhecimento implica uma retirada natural e inevitável resultando num gradual desligamento da sociedade, ou seja, numa diminuição da interação entre a pessoa idosa e a sociedade em que se insere, sendo essa separação desejada por ambas as partes – i.e., pessoas idosas e sociedade - e que serve para manter o equilíbrio social (Lange & Grossman, 2006; Leys & Rouck, 2005).

De acordo com Cumming e Henry (1961, cit. por Lange & Grossman, 2006), ao desvincularem-se, as pessoas idosas são libertadas das responsabilidades sociais e, por sua vez, ganham tempo para atividades internas, como a reflexão, enquanto a transição de responsabilidade(s) da pessoa idosa para o jovem mantém uma sociedade em funcionamento contínuo. Esta desvinculação é encarada como um equilíbrio idealmente satisfatório tanto para o indivíduo quanto para a sociedade (Dias & Rodrigues, 2012).

No final da década dos anos 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo”, visando trespassar uma imagem mais abrangente do envelhecimento não se limitando apenas aos aspetos da saúde (OMS, 2005), isto é, à perspectiva fundada num modelo biomédico (Fernandes & Botelho, 2007). O envelhecimento ativo, apesar de privilegiar as condições de saúde, vai muito além dos aspetos biomédicos e de se ser física e profissionalmente ativo. Aqui a qualidade de vida é o aspeto central. A par, visa a participação das pessoas idosas na esfera social, económica, cultural, espiritual e cívica (DGS, 2017). Assim, relaciona-se com a “otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2005, p. 13), tendo os fatores ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde e o sexo/género, significativo peso.

O reconhecimento de que a saúde no quadro do processo de envelhecimento interage não apenas com o corpo, mas com as esferas pessoais (e.g., atividades) dos indivíduos, sendo um indicador do bem-estar bio psico social, e de que a aceção abrangente do envelhecimento ativo também incorpora a capacidade funcional (Fernandes & Botelho, 2007), traduzem aspetos, entre outros, que estão também na base da evolução das conceções, que se consubstanciam como grandes orientações para as políticas públicas.

A abordagem do envelhecimento ativo e saudável, avançada em 2015 pela OMS amplia assim a visão de entendimento do envelhecimento, dado que concilia os conceitos anteriores (ativo e saudável). Deste modo, agrega a promoção da saúde física e mental, da atividade física, do mercado laboral, a participação na vida social, cívica, cultural e espiritual, assim como a garantia da segurança e direitos básicos (DGS, 2017). Sob este prisma é promovido o potencial das pessoas idosas, sendo o mesmo potencial encarado como um sustento para a prosperidade futura, permitindo que toda a sociedade civil saia beneficiada, fruto da interação intra e intergeracional, assim como com o meio. O envelhecimento ativo e saudável traduz pois:

O processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. (OMS, 2015a, cit. por DGS, 2017, p.6)

Neste enquadramento, a focalização no envelhecimento saudável traduz uma aceção holística que se mostra abrangente ao ciclo de vida de todas as pessoas e como tal, é relevante para todos os seres humanos, e não apenas para aqueles que padecem livres de doenças. O envelhecimento saudável, implica considerar a capacidade funcional, capacidade intrínseca e os fatores socioambientais e, deste modo, a OMS (2020), propôs que o envelhecimento fosse determinado por fatores fisiológicos e psicológicos subjacentes, com o comportamento relacionado com a saúde e a presença ou ausência de doenças. Por outro lado é fortemente influenciado pelos ambientes em que as pessoas viveram no decurso das suas vidas (OMS, 2020).

Deste modo, a OMS (2020) recomenda promover adaptações e investimentos para incentivar o envelhecimento saudável, incluindo cuidados de saúde e sociais de longa duração e ambientes amigos da idade e a par, colher os benefícios, que incluem melhor saúde e nutrição, competências e conhecimentos, conectividade social, segurança pessoal e financeira e dignidade humana. Neste sentido, é altamente recomendada a criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento (OMS, 2020).

Muito embora a longevidade global tenha aumentado, tal não significa mais anos com mais saúde. Quer dizer, à medida que as pessoas envelhecem, podem-se desenvolver declínios significativos na capacidade física e mental, que podem limitar a capacidade das pessoas mais velhas de cuidar de si próprias e de exercer a sua cidadania. Em algum momento da sua longevidade, algumas pessoas alcançam (ou podem alcançar) um ponto nas suas vidas em que já não conseguem cuidar de si próprias, necessitando de apoio e assistência nos cuidados de outra pessoa (OMS, 2020; OMS, 2021b), mostrando-se o acesso à reabilitação e às tecnologias de assistência e ambientes de apoio e inclusão capazes de melhorar a situação. Logo, o acesso – e a melhoria no acesso (i.e., a universalização) - a cuidados de longa duração de qualidade é capital para que essas pessoas possam “manter a sua capacidade funcional, gozar dos direitos humanos básicos e viver com dignidade” (OMS, 2020, p. 24).

Estes cuidados de longa duração assumem assim especial destaque na agenda global e na resposta da OMS aos desafios do envelhecimento, tendo daqui resultado a *Framework for countries to achieve and integrated continuum of long-term care*¹ enquadrada nas orientações da Década do Envelhecimento Ativo 2020–2030², tendo esta sido igualmente apoiada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Na mesma linha, a União Europeia

¹OMS (2021b). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. World Health Organization. <https://bit.ly/3MgEHX8>.

²OMS (2020). *Década do Envelhecimento Ativo: Plano de Ação*. <https://bit.ly/3tx8YdE>

(UE) e os seus Estados Membros, como forma a orientar a construção de uma Europa forte, justa, inclusiva e plena de oportunidades lançou em 2017 o Plano Europeu dos Direitos Sociais³ - enquanto novo contrato social para a Europa – o qual veio espelhar uma política renovada e de fortalecimento dos direitos sociais e apostada em “garantir a igualdade de acesso a cuidados de longa duração de qualidade e a preços acessíveis” e “reforçar a solidariedade intergeracional” (Comissão Europeia, 2021, p. 27).

Ao nível dos cuidados a longo prazo, a OMS (2015b; 2021b) descreve os mesmos como atividades desenvolvidas por prestadores de cuidados, em diferentes contextos de intervenção, de forma a garantir que as pessoas com/em risco de algum tipo de perda significativa de capacidades possam otimizar ou manter as suas capacidades (físicas, mentais e funcionais) e alcançar um envelhecimento saudável, a par da promoção e manutenção dos seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana.

Sumariamente, pretende-se por via destes cuidados assegurar que a pessoa idosa com declínios significativos, seja na capacidade física ou mental, possa manter a melhor qualidade de vida possível, estando o cuidado centrado e alinhado com os valores e preferências da pessoa idosa, otimizando a capacidade funcional ao longo do tempo e compensar a perda de capacidade intrínseca, servir a(s) comunidade(s), prestar serviços integrados num continuum e capacitar as pessoas mais velhas (OMS, 2021b). Estes cuidados podem ser prestados em locais diversos, como são exemplo: o meio natural da pessoa idosa (i.e., em casa ou na comunidade); os centros comunitários (e.g., centros de dia); os hospitais e/ou organizações de cuidados a longo prazo (e.g., lares/estruturas residenciais para pessoas idosas) (OMS, 2021b). Nestes contextos é crucial que as pessoas idosas tenham participação nas decisões relacionadas sobre o pretendem fazer da/na sua vida, sobre o cuidado e o tipo de cuidado que lhes é prestado, de forma democrática e livre (Katan, 1991). Sobretudo, carece de se garantir que as pessoas mais velhas sejam encaradas como adultos e cidadãos de total direito (Guimarães, 2012), associando-se às linhas orientadoras do envelhecimento ativo e saudável às quais se mostram necessárias para transformar a visão do envelhecimento da população, de um desafio para uma oportunidade (e.g., OMS, 2021b).

Atualmente, em Portugal, o cuidado às pessoas idosas a longo prazo depende, em grande escala, de cuidados/cuidadores informais (e.g., família), que podem não ter a formação

³Pilar Europeu dos Direitos Sociais – síntese dos 20 princípios propostos pela Comissão Europeia. Propõe metas abrangentes para a União Europeia até 2030. <https://bit.ly/3tm7Ur9>.

ou o apoio social necessário. (Co)existindo grandes tensões no campo do cuidado informal como sejam, por exemplo, o desgaste fruto do ato de cuidar; a ausência de rede de suporte; a prospetiva de “ameaças” à sustentabilidade geracional dada a dificuldade na renovação geracional causada envelhecimento do envelhecimento (Carvalho, 2006).

Deste modo, é altamente recomendável que os vários países consigam responder às necessidades das pessoas idosas no que a cuidados a longo prazo diz respeito, onde se inclui o apoio nos aspetos da vida diária e cuidados pessoais que possibilitem a socialização, envelhecer num local adequado às necessidades, aceder a serviços/atividades da/na comunidade e participar em atividades que confirmam sentido e dignidade à vida da pessoa idosa (OMS, 2020; ISS, 2021).

Assim, de forma a melhor dar resposta a esta tendência de crescimento de pessoas idosas e à complexidade do envelhecimento, bem como a auxiliar na promoção do envelhecimento ativo e saudável, o Estado português tem incentivado e apoiado o desenvolvimento de serviços e respostas dirigidas ao cuidado da população mais velha, tendo como grande desafio respeitar a individualidade, a complexidade e heterogeneidade do envelhecimento e das pessoas mais velhas (Carvalho, 2013; Luz, 2019).

2. As organizações direcionadas para o apoio aos idosos e as estruturas residenciais de cuidado: âmbito e desafios suscitados pela realidade pandémica

2.1. Os atores organizacionais do cuidado e o papel do setor social e solidário

Atualmente, em território nacional, subsistem dois tipos de redes de suporte às pessoas mais velhas, que consubstanciam duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados às pessoas mais velhas - a rede informal e a rede formal. A primeira, a rede informal, é aquela em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar, a formal, é aquela em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções (GEP/MTSSS, 2021; Nogueira, 2009).

Estando a falar de - como é exemplo o caso português - um Estado Providência que defende a proteção das/às pessoas e famílias, é natural que o Estado crie e/ou financie o desenvolvimento de serviços e respostas subjacentes ao cuidado da população mais velha, tal como consagrado na Constituição da República Portuguesa (CRP).

A CRP⁴ define no art.º 63 (nº3) que “o sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice”. Semelhantemente o art.º 64, expõe que “Todos têm direito à proteção da saúde (...)”⁵, o qual “é realizado (...) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice (...)”⁶. A par, incumbe ao Estado português “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”⁷. Por fim, como evidencia o art.º 67, é responsabilidade do Estado português promover a proteção das famílias, nomeadamente “Promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade”⁸. Contudo, acerca da “terceira idade” o Estado fomenta e apoia políticas e respostas sociais dirigidas às pessoas idosas.

Assim, o Estado português “encarrega-se” da proteção social dos cidadãos, repartindo esse compromisso com as famílias, com a economia social e com o mercado (Martín & Brandão, 2012). As organizações de economia social “têm por finalidade prosseguir o interesse geral da sociedade, quer diretamente quer através da prossecução dos interesses dos seus membros, utilizadores e beneficiários, quando socialmente relevantes”⁹ e atuam numa base de complementaridade com o Estado, visto que por si só não consegue fornecer respostas, designadamente no âmbito do envelhecimento. O acesso ao cuidado formal surge deste modo como uma possibilidade desenvolvida no Estado Social português dirigida às pessoas mais velhas, onde assumem destaque as organizações da economia social a atuar no campo da ação social.

Tendo por base a Lei de Bases da Economia Social¹⁰, as entidades da economia social são encaradas como o conjunto das atividades económico-sociais e abrangem: a) cooperativas; b) associações mutualistas; c) misericórdias; d) fundações; e) instituições

⁴Constituição da República Portuguesa. Decreto de Aprovação da Constituição publicado no Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, alterado pelo/a Lei Constitucional n.º 1/2005 - Diário da República n.º 155/2005, Série I-A de 2005-08-12. <https://bit.ly/3tzXF2H>.

⁵Vd, CRP, artº 64, nº1.

⁶Vd, CRP, artº 64, nº2, alínea b).

⁷Vd, CRP, artº 64, nº3, alínea a).

⁸Vd, CRP, artº 67, no âmbito da Família, nº2, alínea b).

⁹ Vd, artº 2 da Lei n.º. 30/2013 de 8 de maio. Lei de Bases da Economia Social.

¹⁰Vd, artº 4 da Lei n.º. 30/2013 de 8 de maio. Lei de Bases da Economia Social.

particulares de solidariedade social não abrangidas pelas alíneas anteriores; f) associações com fins altruísticos que atuem no âmbito cultural, recreativo, do desporto e do desenvolvimento local; g) entidades abrangidas pelos subsectores comunitário e autogestionário, integrados nos termos da Constituição no sector cooperativo e social; h) Outras entidades dotadas de personalidade jurídica, que respeitem os princípios orientadores da economia social previstos no artigo 5.º da presente lei já referida.

Neste enquadramento e, tendo por referência os dados do GEP/MTSSS (2021)¹¹, a rede formal de serviços e equipamentos que atuam em termos de oferta de respostas sociais mostra-se plurifacetada, consoante a sua natureza jurídica, em entidades lucrativas e entidades não lucrativas. As primeiras englobam as entidades particulares com fins lucrativos. As entidades não lucrativas compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos, entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos vocacionadas para a ação social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Entre 2000 e 2019, as respostas sociais da rede formal cresceram 72%, registando-se, em 2019, 6700 entidades proprietárias de equipamentos sociais, sendo que 71% destas eram entidades não lucrativas (GEP/MTSSS, 2021).

O setor da economia social caracteriza-se pela sua feição não lucrativa, sendo que por entre as organizações da economia social a atuar na área social (e.g., prestação de serviços e outras entidades equiparadas a iniciativas de promoção de bem-estar, as IPSS têm vindo a assumir um papel de destaque no quadro da provisão formal de serviços direcionados para a população idosa a par de outros públicos (Decreto-Lei n.º 76/2015, de 28 de julho)¹².

Nos termos da lei, estas instituições ficam obrigadas a cumprir com as cláusulas dos acordos de cooperação que vierem a celebrar com o Estado, visando prosseguir, a exemplo, a proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; a promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; a educação e formação profissional dos cidadãos; e a resolução dos problemas habitacionais das populações (Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro).

Em boa verdade, o setor social e solidário é reconhecido como um setor estratégico, tendo esse reconhecimento impulsionado em 1996 a celebração do Pacto de Cooperação para

¹¹ Dados alusivos ao Relatório da Carta Social de 2020, publicado em 2021 pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP) / Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS).

¹²Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro e sexta alteração ao Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social. <https://bit.ly/3gy9ctc>.

a Solidariedade Social de forma a serem potenciadas as “condições para o desenvolvimento da estratégia de cooperação entre as instituições do setor social, que prosseguem fins de solidariedade social (...) a Administração Central e as Administrações Regional e Local” (Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário, 2021, p. 1)¹³.

Fundamentalmente pode, pois, referir-se e tendo por base o foco deste estudo, que existem várias respostas organizacionais direcionadas ao envelhecimento, tendo a maioria enquadramento no espaço plural das IPSS (e.g., revestir em termos de personalidade jurídica a forma de Associações, Associações Mutualistas ou Mutualidades, Misericórdias, Fundações, entre outras) (Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro)¹⁴.

Neste seguimento, estas entidades têm os seus próprios princípios orientadores, objetivos e missão, privilegiando aspetos do ser humano e do seu meio envolvente por meio da cooperação, solidariedade e justiça social (CASES, 2019).

Tendo por base os referenciais da economia social, nomeadamente Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES) e o estatuto das IPSS, podem definir-se as Associações como “pessoa coletiva composta por pessoas singulares e/ou coletivas, sem finalidades lucrativas, agrupadas em torno de objetivos e necessidades comuns” (CASES, 2019, p. 8). A par, possuem associados ilimitados e capital indeterminado. Identificam-se diferentes tipologias de associações (e.g., Associações Políticas, Religiosas, de Solidariedade Social, Mutualistas, Casas do Povo, entre outras). Porém, podem-se subdividir em Associações com fins altruísticos que atuem no âmbito cultural, recreativo, do desporto e do desenvolvimento local e/ou em Associações mutualistas (CASES, 2019).

No primeiro caso (Associações com fins altruísticos), as mesmas “prosseguem atividades de interesse geral em áreas como sejam a dinamização cultural, o entretenimento, lazer, bem-estar e desenvolvimento local de base comunitária” (CASES, 2019, p. 8).

Por sua vez, as Associações Mutualistas, conforme o Decreto-Lei n.º 59/2018 de 2 de agosto, são caracterizados como sistema privado de proteção social que visa o auxílio mútuo dos seus membros, tendo os mesmos oportunidade de participar democraticamente no que questões organizacionais diz respeito, assente numa solidariedade responsável e livre.

¹³Compromisso de Cooperação para o Biénio 2021-2022. Celebrado entre o Estado português (Ministérios da Educação, do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, da Saúde) e os representantes das instituições do setor social (União das Misericórdias Portuguesas, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Mutualidades Portuguesas e a Confederação Cooperativa Portuguesa, CCRL).

¹⁴Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 174/2015 que procedeu à sua republicação. Estatuto das IPSS. <https://bit.ly/3H2QWEu>.

As Misericórdias, possuem Estatuto de Irmandades das Misericórdias, designados por “compromisso” e são classificadas no Decreto-lei nº. 119/83 de 25 de fevereiro sobre os Estatutos das IPSS como “irmandades da Misericórdia ou Santas Casas da Misericórdia, possuem uma natureza de irmandade e visam prestar apoio à comunidade realizando as 14 obras de Misericórdia e, desta forma, é de notar que a sua identidade está intimamente relacionada com a Igreja católica, interligando os princípios da doutrina e moral católicas com o direito civil (CASES, 2019; Decreto-lei 119/83 de 25 de fevereiro).

As Fundações, designadamente de solidariedade social, são constituídas por pessoas coletivas sem fins lucrativos e fundadas por iniciativa de uma ou mais pessoas jurídicas com o objetivo de administrar um valor patrimonial igual ou superior a 250.000 euros ou então existir garantia de capacidade de suficiência da organização (CASES, 2019).

No âmbito das organizações de economia social a atuar no campo social, são erguidas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), sendo estas as respostas sanitárias e sociais de cariz institucional com maior destaque em Portugal “dirigidas” ao envelhecimento e ao cuidado a pessoas idosas.

2.2. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: ao encontro da qualidade dos serviços e dos cuidados

As ERPI traduzem respostas passíveis da sociedade civil e economia social de assumido destaque para as pessoas idosas que não podem viver no seu meio natural (i.e., em casa), constituindo-se como alternativa a tal dificuldade/impossibilidade ou então, como alternativa a outros meios institucionais que não impliquem a institucionalização contínua (e.g., Puigdengolas, 2010).

Todavia, com o avanço na idade também crescem as possibilidades de surgimento de múltiplas doenças crónicas, doenças crónico-degenerativas, comorbilidades, assim como a inevitabilidade de cuidados mais complexos mediante maior grau de dependência/fragilidade (Azeredo, 2016). Acresce, que no decurso natural e biológico das suas vidas, as pessoas podem passar por diferentes circunstâncias e tensões que as podem tornar mais vulneráveis e sujeitas aos riscos sociais (García & Romero, 2012), como pode ser a idade mais avançada (por exemplo) e reforçar a necessidade de transitar para uma ERPI.

Em termos evolutivos refira-se que as atuais ERPI não emergiram como tal. A sua origem e evolução no continente europeu remonta ao século XVI assente numa conceção de asilo/albergue para acolher pessoas portadoras de doença e/ou deficiência mental, pessoas em

situação de sem abrigo e pessoas mais velhas (Daniel, 2009), visando o seu apoio com cama, alimentação e vestuário. Tendo por base Simões e Sapeta (2018, p. 19), estes espaços possuíam “características de lugar para a degeneração da velhice e a alienação do mundo com flagrantes situações de abandono e dependência dos idosos”, sendo encaradas como “instituições totais” (Goffman, 2008), com normas, regras, regulamentos e horários rigidamente disciplinados (UMP, 2021), onde as pessoas idosas não eram envolvidas no “desenho” das atividades e, por vezes, visavam apenas atingir objetivos institucionais e não tanto questões como o bem-estar e qualidade de vida, nem felicidade das pessoas idosas.

Em espaço português, esta resposta institucional nasceu ligada a ordens militares e religiosas e outras criadas por reis, rainhas e pessoas da nobreza ou outros mercadores mais abastados (Simões & Sapeta, 2018) para se dedicarem ao cuidado das pessoas mais vulneráveis e/ou desfavorecidas. Desta forma, uma das grandes e mais importantes instituições a dar resposta à temática das pessoas idosas surgiu na mão das Misericórdias portuguesas.

Terá sido a partir de meados do século XX que este tipo de resposta revelou um apoio mais significativo às pessoas idosas ainda conotado com uma imagem simbólica menos positiva que acentua “uma velhice triste, pobre e solitária, (...) à espera da morte” (Fernandes, 1997 cit. por Pinto, 2013, p. 67)

No pós-25 de Abril de 1974, perante as sucessivas reformas no Estado Providência português este tipo de resposta começou a diferenciar-se (Pinto, 2013), tomando aqui a designação de “Lar” para pessoas idosas, dando resposta específica e direta às pessoas mais velhas.

Mais recentemente, houve a atualização concetual para Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Mas, apesar de todos os esforços (nestas instituições e políticas sociais) de forma dissociar as atuais respostas dirigidas ao cuidado das pessoas idosas das lógicas de intervenção e cuidado emergentes nos asilos (e.g., Barenys, 1993; Goffman, 2008), em boa verdade estas conotações históricas menos positivas deste tipo de respostas sociais perduram, ainda hoje, enraizadas na sociedade portuguesa.

Não obstante, têm-se verificado progressos no percurso histórico decorrido desde o surgimento deste tipo de resposta social na sociedade portuguesa. No mesmo sentido emergem sinergias, quer da parte das entidades governamentais, quer da parte das entidades da economia social, de evoluir e melhorar as formas de intervenção e de cuidar das pessoas

mais velhas. De tal forma, a procura de respostas institucionais a pessoas idosas tem crescido de forma acentuada nas décadas últimas.

No caso da resposta social ERPI, foi a resposta social que mais cresceu entre 2000 e 2020 no âmbito das direcionadas ao envelhecimento (GEP/MTSSS, 2021), com uma eclosão de 160% no que a novas respostas sociais direcionadas ao envelhecimento diz respeito e 52% referente apenas à resposta social de ERPI. Em 2020 registavam-se 2591 ERPI em território nacional, acolhendo um total de 101919 pessoas idosas (GEP/MTSSS, 2021).

Tendo por base o mesmo relatório, a distribuição etária das pessoas que recorrem ao apoio das estruturas residenciais apresenta um recurso a esta resposta social em fases da vida gradualmente mais tardias. A exemplo, em 2020, 86% dos beneficiários foram pessoas com 75 ou mais anos. Por outro lado, ao nível do tempo de acolhimento em contexto residencial, o valor tido como referência em 2020 é compreendido entre um a cinco anos, sendo que 71% das pessoas idosas em ERPI encontrava-se na resposta no máximo há cinco anos e 10% há dez ou mais anos. Por fim, o estudo conclui a existência, em ERPI, de valores de dependência elevados nas variadas atividades básicas de vida diária (ABVD)¹⁵.

As ERPI são consideradas como uma resposta social de contexto de residência assistida, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e/ou com perdas de autonomia e/ou em situação de (maior) dependência e/ou com ausência/falhas na rede de suporte informal. Por norma, quem recorre a esta valência opta por própria opção ou por ausência de suporte familiar ou por vulnerabilidade no seu estado de saúde/patologias clínicas que requerem maiores cuidados médicos (ISS, 2007). Ao recorrer-se a este acolhimento em ERPI, a pessoa idosa encontra-se mais acompanhada, supervisionada e protegida, pois atendendo ao art.º 3 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março¹⁶, o residente tem acesso a cuidados médicos e apoio biopsicossocial, cultural e, por vezes, espiritual, com o principal objetivo de se efetivar a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida. Igualmente encontra um espaço que procura contribuir para retardar os efeitos do processo de envelhecimento, promovendo o envelhecimento ativo e saudável (DGS, 2017).

Compõem-se como objetivos das ERPI¹⁷: a) proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; b) contribuir para a estimulação

¹⁵Como ABVD, o GEP/MTSS (2021, p. 53) engloba “o banho, vestir-se, utilização do WC, mobilidade, alimentação e continência”.

¹⁶Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas.

¹⁷Vd, art.º 3 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

de um processo de envelhecimento ativo; c) criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; d) potenciar a integração social.

No mesmo sentido, as ERPI têm como princípios de atuação¹⁸: a) qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; b) interdisciplinaridade; c) avaliação integral das necessidades do residente; d) promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; e) participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

Legalmente, as ERPI prestam um conjunto de atividades e serviços¹⁹, aos níveis de: a) alimentação adequada às necessidades das pessoas idosas cuidadas, respeitando as prescrições médicas; b) cuidados de higiene pessoal; c) tratamento de roupa; d) higiene dos espaços (i.e., quarto e espaços comuns); e) atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem promover um relacionamento saudável entre os residentes e a estimulação e manutenção das suas capacidades; f) apoio no desempenho das atividades da vida diária; g) cuidados de enfermagem, assim como o acesso a cuidados de saúde; h) controlo/ministração de fármacos, quando prescritos.

Para além disto, e tendo por base os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas²⁰, bem como as recomendações do Instituto da Segurança Social [ISS] (2007, 2011 e 2014), a intervenção em contexto de ERPI deve ser pautada por, garantir sempre a assistência (alimentação, água, alojamento, vestuário, cuidados de saúde, de higiene e cuidado pessoal) às pessoas idosas, bem como a garantia dos cuidados integrais, qualidade de vida e dos direitos humanos dos idosos que nela habitam, promovendo o sentido de dignidade; promover a autorrealização; promover a autonomia; promover a participação dos residentes na vida/aspectos da ERPI; conceder a capacidade de escolha às pessoas idosas (encorajar os residentes a decidirem); respeito pela singularidade e intimidade, garantindo a privacidade e intimidade - ou seja, respeitar a diferença e individualidade de cada idoso e desenhar uma intervenção individualizada - implica o respeito pela sua privacidade e intimidade; promover a verticalidade (viver e morrer de pé); transmitir sentimentos positivos e de segurança; potenciar realização pessoal; potenciar a socialização, designadamente a relação entre os idosos na ERPI, idosos e familiares e idosos e profissionais, cumprindo com o respeito, a confidencialidade e os princípios de ética.

¹⁸Vd, art.º 4 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

¹⁹Vd, ponto 1 do art.º 4 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

²⁰Adotados pela resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 16 de dezembro de 1991.

É essencial que os serviços prestados pela instituição ao idoso tenham como foco quem é a pessoa e qual a sua identidade, qual a sua forma de estar, quais os seus hábitos. Simultaneamente ter em conta que a pessoa idosa é um ser afetivo, ativo e possuidor de uma individualidade própria (ISS, 2007). Perante isto, é de notar que os princípios da promoção da independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização dos idosos propostos pela Estratégia do Envelhecimento Ativo e Saudável²¹ interligam-se com os princípios de atuação das ERPI portuguesas regulamentados pela Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

Neste sentido, uma forma deste tipo de instituições promoverem o EAS é através de práticas onde as pessoas idosas dão a sua contribuição (Teater & Chonody, 2017), visando a sua autonomia e independência das pessoas idosas, possibilitando a liberdade para as mesmas fazerem as suas escolhas (e.g., Sen, 2009) e envolverem as dinâmicas pessoais, grupais, institucionais e comunitárias, favorecendo lógicas de ativação (e.g., DGS, 2017; Katan, 1991) e transformação social e de participação cívica dos mais velhos. Assim espera-se que estes possam reforçar o seu envolvimento na sociedade e melhor contribuir para a sua mudança, funcionando como mecanismo de oportunidade de tomarem controlo dos seus assuntos, da sua vida e destino (Costa, 2012; Malho, 2018).

Mas, só respondendo aos desejos, vontades e interesses do idoso é que este sentirá que a instituição está a corresponder ao seu projeto de vida e sentirá bem-estar, felicidade e conforto para com a sua situação na residência. Aqui devem-se incluir conhecimento sobre as suas próprias necessidades e problemas, bem como talentos e habilidades (Katan, 1991) e, ao mesmo tempo, promover a autodeterminação e vontade das pessoas mais velhas (Guimarães, 2012).

Deste modo, múltiplos são os desafios que se colocam às sociedades e aos atores do cuidado no sentido de o provisionar de forma multifacetada e considerando a heterogeneidade dos próprios processos de envelhecimento e condições perante a velhice.

Neste enquadramento, a atual pandemia da COVID-19, originada pelo vírus SARS-CoV-2, veio precisamente instigar as ERPI. Ao mesmo tempo, afetou severamente a sociedade portuguesa e, particularmente, as pessoas mais vulneráveis e com debilidades a nível social e de saúde, que é onde atuam grande parte das organizações da economia social.

Assim, por um lado, o cuidado foi desafiado, obrigando a uma readaptação dos atos de cuidado (e.g., Luz et al, 2021) e dos relacionamentos próximos. Por outro lado, veio colocar novas tensões (Anand et al., 2021; Ayalon et al., 2020; British Geriatrics Society, 2020; Chee,

²¹A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável foi criada em 2017 por forma a dar resposta aos desafios e necessidades do envelhecimento da população portuguesa. <https://bit.ly/2WEqgUd>.

2020; Cox, 2020; Gečienė, 2021; HIS, 2020; Kusmaul et al., 2020; Kuzanar, 2020; Li et al., 2020; Marshall et al., 2021; Pue et al., 2021; Salanova, 2020), nas instituições, nas pessoas idosas, na comunidade em geral, retirando, em parte, eficácia a aspetos organizacionais, profissionais, individuais, sociais e políticos.

Em boa verdade, reajustar aspetos da realidade organizacional, decorrente da evolução pandémica, com o objetivo de manter o equilíbrio necessário para alcançar os objetivos de salvaguardar o cuidado à pessoa idosa/humanização dos cuidados, à dignificação das pessoas, serviços e à prossecução do bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos (ISS, 2021), tem vindo a ser um imperativo organizacional.

2.3. A pandemia da COVID-19 e o seu reflexo nos ambientes de cuidado às pessoas idosas

2.3.1. Pandemia da COVID-19: contextualização

Na era contemporânea, são inúmeras as ameaças ao mundo organizacional, seja a nível interno ou externo. Exemplo disso são as catástrofes naturais, ataques terroristas, recessões económicas/financeiras, falhas mecânicas e/ou humanas e epidemias ou pandemias, como é o caso da atual pandemia da COVID-19 (e.g., Yüksel et al., 2021).

A COVID-19 é caracterizada como uma doença infecciosa provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Aquela, a COVID-19, generalizou-se de forma impetuosa por todo o globo e por todas as organizações, dos mais diversos âmbitos (e.g., Javanovick et al. 2020), designadamente pelas organizações sociais. Muito embora os primeiros casos tenham sido identificados em Wuhan, na China, a 31 de dezembro de 2019, a pandemia ganhou a sua notoriedade em 11 de março de 2021, altura em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu e reconheceu como epidemia à escala mundial²².

De acordo com os dados do relatório *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*²³ de 1 de fevereiro de 2022, da OMS (2022), à data de 30 de janeiro de 2022, a nível mundial, confirmavam-se aproximadamente 371 milhões de casos de COVID-19 positivos (cerca de 4,7% da população mundial²⁴) e aproximadamente 5,7 milhões de mortes. O continente europeu, seguido do americano (norte e sul) são os mais afetados, com casos positivos de 38 e 36%, respetivamente e casos de morte de 31 e 44%, respetivamente.

²²Vd, OMS: <https://bit.ly/3J7Iuno>.

²³Estudo/relatório disponibilizado no Website da OMS: <https://bit.ly/33o711K>.

²⁴Valor tido como referência, sendo que em outubro de 2021 registavam-se 7,9 biliões de pessoas, segundo os dados da ONU.

Ao nível de sintomatologia caracteriza-se por febre, cansaço e tosse seca. Também podem ser identificadas dores generalizadas por todo o corpo, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Algumas pessoas são infetadas e apresentam sintomas severos, outras mais leves e outras podem ser assintomáticas. A par, grande parte das pessoas recupera sem necessitar de internamento e/ou tratamento hospitalar. Porém, as pessoas idosas, frutos de diversas vulnerabilidades associadas à idade avançada e/ou outras comorbilidades têm maior risco de contrair problemas de saúde mais severos e/ou morrer (OMS, 2021a).

Esta patologia foi considerada altamente contagiosa, onde todas as faixas etárias foram atingidas de forma negativa pela COVID-19. A par, correlacionando-se com sintomas severos e altas taxas de morbilidade entre os mais velhos, de tal forma que, se concetualizou, numa primeira fase, como uma “gero-pandemia” (Klasa et al., 2021) pelo facto de, a dada altura, e apesar de se ter propagado globalmente, o número de casos, bem como as consequências serem mais nefastas para as pessoas idosas. Exemplo concreto é o estudo de Novais e colaboradores (2021), cujo estudo se dedicou a estudar o impacto da COVID-19 nas pessoas idosas, percebendo que houve um aumento da ansiedade, irritabilidade, sentimentos depressivos, sintomas de pós-stress-traumático, bem como a sensação que o seu sono piorou em comparação com o período precedente à pandemia.

A nível nacional, a primeira medida tomada foi a declaração do estado de emergência às 00h do dia 19 de março, ao abrigo do Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março²⁵. Mediante isto, houve a indicação clara de “fechar” todos os serviços. E, no sentido de proteger as pessoas idosas, as ERPI isolaram-se do mundo exterior, não possibilitando entradas de familiares e/ou novas admissões, não possibilitando saídas dos residentes ao exterior, efetivando circuitos e reformulando equipas e turnos de trabalho, fazendo controlo/medição de sintomatologia, acompanhado de testagem e reforço da higienização dos vários espaços, assim como do uso intensivo de equipamento de proteção individual.

Todavia, desde o início da pandemia, várias foram as orientações das entidades de saúde (i.e., DGS e OMS), que ocasionaram diferentes alterações no quotidiano das ERPI. Em suma, iniciou-se com o “encerramento” ao exterior/comunidade (onde se inclui a não

²⁵A 18 de março de 2022, o Primeiro Ministro de Portugal, Sr. Dr.º António Costa, declara o estado de emergência que abrange todo o território português, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública. <https://bit.ly/3J8mFWd>.

permissão de visitas) e, consoante o aligeirar da propagação do vírus, acompanhado da vacinação contra a COVID-19 da população mundial (que em Portugal, se iniciou com as ERPI e profissionais de saúde em meados de dezembro de 2020), procedeu-se à gradual abertura das instituições.

Nesta fase de transição e, tendo por base as Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020²⁶ da DGS, com as suas sucessivas atualizações, tais como as de 02/11/2021 e de 11/02/2022, publicadas no *website* da DGS, as ERPI foram-se (re)adaptando, designadamente aos níveis: a) visitas nas ERPI; b) deslocações ao exterior; c) distanciamento físico; d) concentração de pessoas e ventilação dos espaços; e) higiene, limpeza e desinfeção; f) ao nível dos profissionais; g) admissão de residentes; h) casos de COVID-19 na ERPI.

a) Visitas nas ERPI:

Ao nível deste ponto, das visitas, numa fase inicial cada ERPI tinha a autonomia de livremente possuir o seu próprio regulamento exarando as regras a aplicar nas visitas, de acordo com as medidas recomendadas na Orientação N.º 009/2020 da DGS, de que são exemplo: o agendamento prévio das visitas, assim como o registo dos visitantes com indicação de dados como a data e hora da visita, nome do visitante e seu contacto e nome do residente visitado. Todas as visitas deveriam cumprir regras de distanciamento físico, etiqueta respiratória e higienização das mãos. A par, as visitas passaram a ter um limite de tempo aos intervenientes foi exigido o uso de máscara, tendo de existir a definição de espaços de visita e circulação definidos, limpos e desinfetados regularmente.

b) Deslocações ao exterior dos residentes:

Ao nível de deslocações ao exterior, nomeadamente no caso de algum residente encaminhado para o serviço de urgências do hospital, foi recomendado que fosse um profissional da instituição da área da saúde a acompanhar o mesmo.

Ao nível dos isolamentos respeitante a saídas, quando um residente saía da ERPI por um período igual ou inferior a 24 horas, não era exigido teste ao COVID-19 nem isolamento profilático, tendo a instituição de garantir as medidas de higienização e distanciamento. Porém, no caso das saídas com duração superior a 24 horas poderia ser exigido o teste laboratorial e isolamento profilático, excetuando-se os residentes dados como recuperados do COVID-19 nos últimos 180 dias ou os residentes com o esquema vacinal completo contra o

²⁶A referida norma define os procedimentos para Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados no âmbito da COVID-19. Sofreu constantes adaptações no decorrer do tempo/evolução pandémica.

COVID-19 há, no mínimo, 14 dias, tendo apenas de apresentar um teste ao COVID-19 negativo.

Contudo, com o aligeirar da situação pandémica, os isolamentos foram reduzidos para 10 dias e, posteriormente, para vacinados, para 7 dias. A par, apenas se passou a aplicar isolamento a quem não possui esquema vacinal e/ou a quem tem resultado positivo à infeção por SARS-CoV-2.

c) Distanciamento físico, concentração de pessoas e ventilação dos espaços:

Este ponto e respetivas orientações foram uma das mais estáveis desde que perduraram.

De forma geral, as diretrizes passaram pela maximização do distanciamento entre todas pessoas, quer sejam residentes ou cuidadores/profissionais e visitas, excetuando-se apenas a proximidade para a prestação dos cuidados. Neste sentido foi considerada a hipótese de deslocação dos residentes para outras instalações como medida preventiva quando não fosse possível as ERPI assegurarem o distanciamento entre residentes.

Também foi recomendada a existência do menor número possível de residentes em cada quarto, sempre tendo considerações as normas previstas no regime jurídico das ERPI (Portaria n.º 67/2012 de 21 de março), nomeadamente o espaçamento entre camas, bem como a possibilidade de apenas os residentes sem sinais ou sintomas caraterísticos da COVID-19 poderem permanecer nos espaços comuns, com a obrigatoriedade do uso de máscaras de proteção pelos residentes e cuidadores/profissionais durante a sua permanência em espaços comuns (excetuando questões clínicas).

Todavia, para uma melhor aplicação destas diretrizes, assumiu especial destaque a divulgação, ensino, treino e promoção/incentivo das práticas de prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2. Outro aspeto chave adotado foi a escalação/frequência dos espaços comuns por turnos, se necessário, para que fosse mantido o distanciamento físico recomendado entre as pessoas, assim como o assegurar de boa ventilação nos/dos espaços.

d) Higiene, limpeza e desinfeção:

A ERPI teve desde sempre garantir as medidas de higienização e controlo ambiental, onde se engloba a limpeza e desinfeção de superfícies, objetos e espaços. Simultaneamente, as instituições devem dispor de máquina de lavar e desinfetar os ademais materiais direcionados ao cuidado das pessoas idosas, designadamente arrastadeiras, urinóis e bacias de higiene.

Em caso de casos positivos confirmados, foi recomendada a desinfeção da instituição por profissionais com a devida formação.

e) Ao nível dos profissionais:

Foi altamente importante que os profissionais da ERPI seguissem as medidas recomendadas pela DGS de higienização das mãos e espaços, etiqueta respiratória, distanciamento de segurança recomendado entre pessoas e utilização de máscara de proteção. Em simultâneo foi altamente recomendável a toma da vacina contra a COVID-19 e a auto monitorização diária de sinais e sintomas passíveis de se associar à COVID-19.

De forma a prevenir e/ou minimizar os contactos entre ademais profissionais e possíveis contágios, houve a possibilidade da organização/divisão do trabalho por turnos e/ou equipas dedicadas a grupos de residentes específicos. O exemplo mais concreto foi alocar profissionais específicos para os casos de teste molecular à SARS-CoV-2 positivo.

Também relacionado com o aspeto anterior, tornou-se recomendável a criação de circuitos por forma a evitar que aqueles profissionais que não prestam o cuidado direto às pessoas idosas circulem pela ERPI, bem como se aproximem dos idosos, como forma de minimizar o risco de contágio do vírus.

f) Admissão de residentes:

No âmbito da admissão de novos residentes, isto é, no acolhimento, foi promovida a reunião do menor número de pessoas (profissionais e familiares), promovendo a distância física de segurança, o uso de máscara e recorrer a um espaço arejado.

No decorrer da primeira atualização foi exigida a apresentação de teste laboratorial molecular SARS-CoV-2 com resultado negativo para os residentes que não tivessem testado positivo nos 90 dias precedentes ao acolhimento. Os residentes não vacinados contra a COVID-19 e sem historial positivo nos 90 dias anteriores à data de admissão tinham de cumprir um período de isolamento estabelecido em 14 dias. Para tal, deveria existir um espaço próprio para a realização do isolamento dos residentes admitidos na ERPI, onde se procedia à vigilância e monitorização dos sinais e sintomas de COVID-19. Por fim, aqueles residentes que, nos 90 dias precedentes à admissão, tinham cumprido com os critérios de fim de isolamento não necessitavam de apresentar um teste molecular negativo. Na admissão, os residentes com esquema vacinal contra a COVID-19 completo ficaram isentos do isolamento.

Também foi recomendado, à data da admissão, a realização de uma consulta de avaliação, pela equipa médica/clínico das ERPI, para verificar a (in)existência de sinais ou sintomas característico de COVID-19.

De salientar que com o aumento do número de pessoas vacinadas e inerente decréscimo de internamentos e/ou mortes, as medidas foram sendo aligeiradas. Assim, como

referido na norma de 11/02/2022, passou a ser passível a admissão, sem realização de isolamento, mediante o esquema vacinal contra a COVID-19 completo (i.e., à data, três doses) ou, então, com apresentação de certificado de recuperação à COVID-19 no prazo máximo de 180 dias.

g) Casos de COVID-19 na ERPI:

No caso de surgimento de casos positivos de COVID-19, as diretrizes implicaram para as instituições o estabelecimento e cumprimentos de circuitos, quer para os casos positivos, quer suspeitos nos residentes e/ou profissionais. Tal obrigou ao isolamento dos casos positivos e/ou suspeitos em quartos definidos no plano de contingência, recorrendo sempre a equipamento de proteção individual (EPI). Sendo que, no final da prestação dos cuidados, os EPI's devem ser retirados e descartados adequadamente. Estes casos deveriam estar separados dos restantes (i.e., dos negativos). Também, não deveria ser permitido que os residentes saíssem do quarto até orientações contrárias, devendo fazer as refeições no quarto, bem como possuir acesso exclusivo à casa de banho. Este período de isolamento foi variando, passando de, inicialmente 14 dias, para 10, tendo sido encurtado para 7 dias para pessoas com o esquema vacinal completo.

Mesmo no local definido para isolamento, foi estipulada a necessidade dos cuidados continuarem a ser prestados destacando uma pessoa da área da saúde, com conhecimento/treino na correta utilização dos EPI's. No mesmo sentido, se estipulou alocar cuidadores/profissionais especificamente focados a cuidar dos residentes que testaram positivo ao COVID-19, bem como promover a constante desinfeção dos quartos e respetivas roupas de cama, dos residentes e casa de banho.

Por sua vez, o ponto de viragem data de 17 de fevereiro de 2022, altura em que se iniciou o levantamento das restrições no território nacional, embora que de forma faseada e buscando uma maior abertura do país, dos serviços e, especificamente, dos contextos institucionais residenciais dedicados ao cuidado de pessoas idosas. As ERPI contam como guia de suporte a Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020 da DGS com a mais recente atualização de 23/05/2022, nos seguintes eixos: a) visitas nas ERPI; b) deslocações ao exterior; c) distanciamento físico; d) concentração de pessoas e ventilação dos espaços; e) higiene, limpeza e desinfeção; f) ao nível dos profissionais; g) admissão de residentes; h) casos de COVID-19 na ERPI.

a) Visitas na ERPI

A respeito das visitas nas ERPI, as recomendações foram emanadas das entidades superiores após o período de confinamento. Na fase de desconfinamento foi recomendada a abertura por forma a que as ERPI facilitem as visitas aos seus residentes, incluindo-se os idosos acamadas e, em simultâneo, continuem a promover alternativas ao contacto com a rede de suporte (e.g., chamadas, videochamadas, entre outras com recurso à tecnologia). Contudo, para entrada dos familiares/significativos na instituição, tornou-se obrigatória a apresentação do certificado de vacinação de COVID-19 completa com a dose de reforço ou certificado de recuperação ou teste de COVID-19 negativo certificado por uma entidade oficial. As ademais regras de distanciamento físico, higienização, utilização de material de proteção (e.g., máscaras cirúrgicas) são recomendadas.

b) Deslocações ao exterior dos residentes

Ao nível das saídas ao exterior da ERPI e/ou idas ao domicílio, passou a ser aconselhável que as ERPI facilitassem e promovessem as saídas. Contudo, assume destaque a sensibilização para o uso do material de proteção, bem como práticas sanitárias e de higienização. Apesar disso, é recomendável caso o residente esteja 24 horas ou mais fora da instituição fazer um teste ao COVID-19.

c) Distanciamento físico, concentração de pessoas e ventilação dos espaços

Este ponto e respetivas orientações mantêm-se desde o começo da pandemia.

Apesar disso, as instituições devem promover o distanciamento, dentro do possível, entre os residentes, bem como manter a ventilação dos espaços residenciais.

d) Higiene, limpeza e desinfeção

As medidas de higienização e controlo ambiental da ERPI mantiveram-se e são uma prática a manter.

e) Ao nível dos profissionais

Os profissionais da ERPI devem seguir as medidas recomendadas pela DGS de higienização das mãos e espaços, etiqueta respiratória, distanciamento de segurança recomendado entre pessoas e utilização obrigatória de máscara de proteção. Ao mesmo tempo, os profissionais que tenham testado positivo à COVID-19 à menos de 180 dias ficam isentos de rastreio/testagem.

f) Admissão de residentes

No âmbito da admissão de novos residentes, foi retomada alguma normalidade.

Atualmente é passível de concretização de admissão sem teste à COVID-19 e sem a realização de qualquer isolamento, mediante o esquema vacinal contra a COVID-19 completo mais a dose de reforço (i.e., três ou quatro dependendo da marca da vacina) ou, então, com apresentação de certificado de recuperação à COVID-19 no prazo máximo de 180 dias.

g) Casos de COVID-19 na ERPI

Na existência de casos positivos de COVID-19 as diretrizes das boas práticas de higienização e segurança continuam recomendadas. Porém, o período de isolamento aplica-se apenas a residentes que testaram positivo, durante 7 dias (ao invés de 10 e 15 como anteriormente). Neste sentido, abandonaram-se os isolamentos para contactos de riscos e/ou pessoas com sintomatologia.

A par, a Direção Técnica deve certificar a existência de um plano de contingência²⁷ para a COVID-19 e, em consonância, promover a formação e treino do respetivo Plano. Este deve garantir que, no caso de casos positivos à COVID-19, a instituição se organize melhor e prossiga com o objetivo de provisionar o melhor cuidado das pessoas que lhe confiam o cuidado.

Em suma, a COVID-19 originou inúmeros desafios à sociedade, aos sistemas de saúde e particularmente às instituições de cuidado de longa duração (e.g., ERPI). Por um lado, constatarem-se fatídicas perdas humanas (i.e., mortes). Por outro, verificaram-se organizações a passar dificuldades económicas/financeiras e/ou a cortar recursos (humanos, materiais, económicos) em prol da sustentabilidade económica e financeiras das mesmas (Salanova, 2020).

2.3.2. Desafios da COVID-19 para as Estruturas Residenciais de Pessoas Idosas

Ao nível dos idosos acolhidos em contextos residenciais, e tendo por base o estudo realizado pela Área Transversal de Economia Social (ATES) e Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS)²⁸, as pessoas idosas ficaram altamente predispostas à doença mental ou cognitiva, à decadência da capacidade locomotora e à agudização do estado de saúde de forma geral. Em parte deveu-se aos isolamentos, à solidão fruto da não permissão

²⁷De acordo com o Despacho n.º 2836-A/2020 de 2 de março, que ordena aos empregadores públicos a elaboração de um plano de contingência alinhado com as orientações emanadas pela DGS, no âmbito da prevenção e controlo de infeção por COVID-19. <https://bit.ly/3OqWvRQ>.

²⁸Estudo realizado pela Área Transversal de Economia Social do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa, em colaboração com a CNIS – Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade sobre o impacto da pandemia da COVID-19 nas IPSS em contexto português.

para visitas e saídas, à menor socialização, na deterioração de rotinas de vida, mas também pelo facto de que (co)existiu uma negação de tratamentos, bem como adiamentos de cuidados (Novais et. al, 2021), fosse pelo isolamento, confinamento, desmarcação/adiamento de atividades/consultas ou simplesmente medo da COVID-19. Paralelamente, foi evidente a perda gradual dos direitos de cidadania, privacidade e liberdade (UMP, 2021) de muitas das pessoas idosas acolhidas em organizações, agora intensificada pela generalização de estereótipos e preconceitos desacertados enraizados em torno do envelhecimento (Rudnicka et al., 2020), agora intensificados pela COVID-19.

Por outro lado, (co)existiram episódios de extrema vulnerabilidade. Muito embora não tenha sido o caso português, o estudo de Anand e colaboradores (2021) sobre a realidade de contextos residenciais direccionadas ao cuidado de pessoas idosas, noutros países europeus, relata graves penalizações aos Direitos Humanos²⁹.

Especificamente no caso português a falta de acesso a testes ao COVID-19 e equipamentos de proteção individual foram fatores chave para a rápida disseminação do vírus e consequentemente mortes (Cardoso et al., 2020).

Por outro lado, as liberdades dos residentes das ERPI foram, por vezes, condicionadas, como é exemplo a restrição à liberdade de circulação, os isolamentos forçados e a restrição de visitas (Anand et al., 2021).

Por fim, constatou-se a intensificação das imagens negativas (Williams, 2015) em torno dos Lares/ERPI, onde durante toda a pandemia as pessoas idosas alvos de discriminação (Rudnicka et al., 2020; Xiang et al., 2020) em função da idade e vulnerabilidade(s) associada(s) à idade.

Além disso, a COVID-19 obrigou a múltiplas mudanças no mundo organizacional. Mudanças essas que foram repentinas e, por vezes, drásticas que levantaram uma série de questões e problemas maiores que causaram inúmeros entraves às organizações (Anand et al., 2021; Gečienė, 2021; Guadalupe et. al., 2021; Knipfer, 2021; Kusmaul et al., 2020; Marshall et al., 2021; Salanova, 2020) que cuidam de pessoas idosas, designadamente: a) preparação insuficiente de grande parte das organizações para trabalhar em situação pandémica; b) instabilidade financeira, sobretudo provocada pelas elevadas despesas com equipamentos de proteção e licenças/baixas por doença; c) escassez de recursos humanos e aumento da carga de trabalho; d) interferência com as tecnologias de informação e telecomunicações e o desafio

²⁹Tendo por base a Convenção Europeia dos Direitos Humanos, proclamada a 4 de novembro de 1950 pelo Conselho da Europa e considerando a Declaração Universal dos Direitos do Homem proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 10 de dezembro de 1948. <https://bit.ly/3t644DA>.

de trabalhar remotamente; d) e) desafios de/na comunicação – falha e falta de comunicação direta, dado que grande parte das reuniões passaram a ser à distância, isto é, via plataformas *online*; e) aumento da necessidade de ajuda psicológica.

Contudo, no caso português, apesar destas normas preconizadas pela DGS, as ERPI têm de se comprometer com o previsto na lei portuguesa (i.e., Portaria n.º 67/2012 de 21 de março), designadamente garantir os cuidados de enfermagem e o acesso aos cuidados de saúde.

Porém além de coordenar e supervisionar os colaboradores e fazer a gestão do pessoal e da instituição, atualmente, ao responsável pela instituição (normalmente o/a diretor/a técnico/a) incube o esforço acrescido de proteger e prevenir as pessoas que se dedicam ao cuidado das pessoas idosas, informando e consciencializando sobre riscos e/ou perigos, assim como promover boas práticas de prevenção e controlo de infeção pelo novo SARS-CoV-2.

Contudo, é importante reconhecer as características dos espaços físicos, dado que as ERPI foram concebidas para encorajar e promover a vida comunitária. As pessoas que lá residem frequentemente partilham quarto com outro(s) residente(s). Isto torna o isolamento físico exigido um desafio, uma vez que os residentes muitas vezes não se auto isolam ou, se sim, ficam confinados a uma área de vida pequena. E, em tempos pandêmicos, em que se tenta reduzir e/ou evitar contactos sociais, este foi descrito como um dos grandes desafios.

Tendo em conta o processo de gradual desconfinamento, muitas das instituições evidenciaram como maiores entraves (Bragança et. al, 2021; Cardoso et. al, 2020; Novais et. al, 2021), as dificuldades financeiras, a escassez de recursos humanos especializados e com capacidade de prover as necessidades ocasionadas pela pandemia, bem como o desgaste do capital humano para fazer face à pandemia. À luz das preocupações sobre a propagação da COVID-19, embora que mais usual numa fase inicial da pandemia, algumas organizações postularam aos seus trabalhadores que vivessem/permanecessem na instituição durante um período temporal para minimizar o contacto com o mundo exterior. Noutros casos, de forma a compensar flutuações por infeção/contágio ou baixas médicas, aplicou-se o trabalho por turnos em espelho.

Outro grande desafio reportado, quer nos *mass media* (Xiang et al., 2020), quer em estudos diversos (e.g., BASW, 2021; Cardoso et. al, 2020; Bragança et. al, 2021; Novais et. al, 2021), consiste na ausência/falta de equipamento e práticas adequadas de proteção. Muitos profissionais correram o risco de transferir o vírus. Simultaneamente, ao regressar às suas casas na comunidade, podiam também transportar e transmitir o vírus fruto dessas práticas

menos adequadas. Também, ao nível de material, foi notório que algumas ERPI não dispunham ou estavam relativamente atrasadas (em comparação com outras instituições) no uso de equipamentos eletrónicos/tecnológicos.

Por outro lado, e como mencionam os mesmos estudiosos acima referenciados, o mesmo prestador de cuidados teve, frequentemente, de apoiar várias pessoas idosas, sendo entendido como algo não facilitador de um cuidado individualizado, humanizado e centrado na pessoa como desejado. Em paralelo, deu-se o aumento da necessidade de apoio aos residentes e à sua rede de suporte.

Não obstante, também ao nível da articulação com entidades estatais das quais dependem este tipo de organizações (e.g., ISS e DGS), existiram dificuldades na relação, quer por atrasos na comunicação, quer pela falta de orientações e apoio técnico ou mesmo pela falta/falhas na testagem à COVID-19 (Bragança et al., 2021).

Acresce que, no decorrer desta pandemia foi recorrente a incerteza diária (e.g., Yıldırım, 2020), muitas das vezes proveniente de mensagens imprecisas, mutáveis, tardias ou contraditórias das autoridades de saúde (Bragança et. al, 2021; Novais et. al, 2021), acrescida de esforço diários para reduzir os efeitos nefastos e promover a sobrevivência ocasionam desafios diários ao mundo organizacional e ao bem-estar do ser humano envolvido. Portanto, a resiliência organizacional adquiriu especial destaque neste âmbito, já que se operacionaliza em estratégias potenciadoras do enfrentamento da adversidade, como a pandemia da COVID-19 (Huang et al., 2020), possibilitando que as organizações conseguissem enfrentar, adaptarem-se e prosperarem apesar dos desafios dispostos pela pandemia (Duchek, 2020; Knipfzer, 2021; Salanova, 2020).

3. Resiliência organizacional, cuidados aos idosos e Serviço Social

3.1. Perspetivas concetuais de resiliência organizacional

Nas sociedades do presente as repentinas e rápidas alterações sucedem-se, quer na vida profissional, quer social (Yüksel et al., 2021), despoletando com frequência situações de risco, perigo e adversidades onde a resiliência pode assumir papel de destaque, de modo a superar situações difíceis e hostis com maior facilidade.

De igual modo também as organizações vêm enfrentando ambientes voláteis de incerteza e mudança obrigadas a manter as suas capacidades e competências num ambiente atípico, repleto de desafios e, é aqui onde se sobressai a resiliência organizacional (Ince et al., 2017; Liang & Cao, 2021), transformando as dificuldades originadas pela pandemia em

oportunidades (Gečienė, 2021), por forma a promover o sucesso futuro (Duchek, 2020). Para tal, recorre aos seus recursos – humanos, materiais e financeiros - e capacidades para superar o inesperado e tornar as organizações mais fortes (Yüksel et al., 2021).

No âmbito organizacional, a resiliência traduz uma característica que se considera desejável para melhor fazer face a vários tipos de adversidade (Linnenluecke, 2017) e que possibilita a sua superação e retoma (da normalidade) (Mallak, 1998) ou remetendo também para a capacidade de adaptação das organizações de forma positiva a uma nova complexidade (Vasconcelos & Pesqueux, 2017) ou a situações imprevistas preservando a sua funcionalidade central (Gečienė, 2021), superando os desafios e/ou reforçando-se (Martins & Theiss, 2021). Uma organização resiliente é aquela que aprende, evolui e desenvolve novas habilidades no meio dos desafios (Martins & Theiss, 2021). Simultaneamente, a resiliência organizacional pode despoletar a resistência das organizações (Vasconcelos & Pesqueux, 2017), bem como a sustentabilidade socioeconómica da organização, pois se a mesma for resiliente, haverá maiores possibilidades do valor social da economia ser mantido, os recursos preservados e, desta forma, os investimentos para a produtividade sustentável irão crescer (Yüksel et al., 2021).

Importa salientar que a investigação sobre resiliência organizacional tem-se desenvolvido extraordinariamente podendo, segundo Duchek (2020) abarcar respostas organizacionais a ameaças externas, fiabilidade organizacional, força dos funcionários, adaptabilidade dos modelos de negócio, e princípios de conceção que reduzem as vulnerabilidades da organização.

Desta forma, são várias as origens e áreas de aplicabilidade da resiliência organizacional (e.g., Andersson et al., 2019; Duchek, 2020) e onde, frequentemente, os conceitos de “sobrevivência”, “alta tolerância” e “adaptação” têm sido anotados como sinónimos de resiliência organizacional (Rehman & Aslam, 2020), sendo esta uma das razões possíveis para justificar a existência de inúmeras definições. Ainda que não exista uma compreensão consistente deste conceito, de uma forma geral, pode elencar-se três perspetivas sobre a resiliência organizacional: *coping*, adaptação e antecipação (Duchek, 2020).

A primeira, o *coping*, prende-se com o conjunto de estratégias utilizadas para as organizações adaptarem-se a circunstâncias adversas (Antoniazzi et al., 1998), onde através de esforços, cognitivos e comportamentais, os profissionais lidam com os entraves internos ou externos, que surgem em situações de stress (Lazarus & Folkman, 1984, cit. por Antoniazzi et al., 1998). Estudiosos (Horne 1997; Horne e Orr 1998) descrevem a resiliência como

perspetiva defensiva, pois compreendem-na por referência a uma organização com a capacidade de resistir a situações adversas e/ou a capacidade de recuperar após perturbações e regressar a um estado normal (cit. por Duchek, 2020). Mais se acrescenta a lógica de Robert (2010) que encara a resiliência organizacional como "a capacidade de uma empresa para manter ou restaurar um nível aceitável de funcionamento apesar de perturbações ou falhas" (cit. por Duchek, 2020, p. 221). Nesta conceção, a reativa, salientam-se estratégias de sobrevivência de uma organização, numa capacidade rápida de retomar os níveis de desempenho esperado (Klasa et al., 2021).

Outros estudiosos (Robb, 2000; Lengnick-Hall & Beck 2005; Lengnick-Hall et al. 2011, cit. por Duchek, 2020) apontam a resiliência para a adaptação, descrevendo-a como perspetiva ofensiva, compreendida como a manutenção e restauração da funcionalidade organizacional e focam-se no desenvolvimento dos processos e capacidades organizacionais, mencionando a necessidade de proceder a ajustes a quaisquer mudanças para se sair da crise de modo reforçado comparativamente a uma fase anterior. Assim, permite gerir de forma mais eficiente a mudança, integrar e reconfigurar recursos e competências internas e externas e adaptar-se rapidamente às exigências das condições em mudança (Duchek, 2020; Klasa et al., 2021), tornando à estabilidade num curto espaço de tempo depois da ameaça, preservando a sustentabilidade da organização em tempos voláteis (Ince et al., 2017). Ou seja, traduz-se na forma como a organização se gere/ajusta/auto-organiza para responder ao inesperado (Salehi & Veitch, 2020). Aqui, Pinheiro (2004) e Salehi e Veitch (2020) destacam a possibilidade de flexibilidade interna (i.e., na organização) em função dos desafios externos, ou seja, a capacidade das organizações ajustarem-se aos (novos) desafios e resolverem os mesmos sem interrupções. A adaptação distingue-se dos outros dois modelos (*coping* e antecipação) dado não ser ativa antes ou depois do evento adverso, mas no momento em que o evento ocorre (Salehi & Veitch, 2020).

Ainda ao nível da adaptação, Gečienė (2021) sugere três estágios, designadamente antes do evento, durante o evento e após o evento. A fase antes do evento agrega a capacidade de supervisionar aspetos internos e externos, apontando ameaças e efetivando a preparação para situações e eventos desafiantes. Durante o evento, entendida como a fase de superação, abarcando o desenvolvimento e implementação de soluções. No após evento, é procurado o restabelecer das funções organizacionais, bem com novas oportunidades.

Por fim é apontada uma outra perspetiva ofensiva, onde alguns teóricos (Rerup2001; McManus et al. 2008; Somers2009, cit. por Duchek, 2020) vão mais longe e incorporam a

ideia de antecipação para apoiar na definição da resiliência organizacional. Assim, Wildavsky (1991) define a antecipação como a "previsão e prevenção de potenciais perigos antes de serem causados danos" (cit. por Duchek, 2020, p. 221), representando uma proatividade face aos desafios, focando-se no funcionamento da organização e antecipando os problemas/desafios (Bragança et. al, 2021). Ou seja, a antecipação é uma parte inerente da resiliência que se materializa quando determinados riscos e capacidades vulneráveis não podem ser totalmente evitados devido à sua natureza marcada pelo imprevisível ou dentro de margens de custo viáveis (Klasa et al., 2021).

Mais recentemente, Weick e Sutcliffe (2011) salientaram a importância da antecipação de uma crise, visando conter o inesperado de ocorrer através da percepção precoce dos eventos indesejáveis. Ainda, somando a ideia de Tengblad e Oudhuis (2018), a resiliência organizacional é equiparada a uma filosofia de como as organizações são capazes de orientar e fazer face a surpresas, adversidades e indeterminações de forma consciente e proativa mesmo antes dessas crises se desenvolverem.

Em resumo, pode-se dizer que a resiliência pode ser descrita como resposta defensiva, incluindo o *coping* (Antoniazzi et al., 1998). Porém, perspectivas complementares vêm sendo apontadas por vários teóricos (Anderson et al., 2019; Duchek, 2020; Klasa et al., 2021) que descrevem a resiliência como uma resposta ofensiva, incluindo as noções de adaptação e/ou de antecipação. Estes estudos sugerem que as diferentes perspectivas fazem todas parte da resiliência e que só de forma combinada podem potencializar o crescimento face a uma crise.

Rehman e Aslam (2020) referem que a adaptabilidade ou capacidade de resiliência deve ser estratégica e não visar apenas responder a crises específicas ou perdas momentâneas. Deve, então, ser capaz de antecipar mudanças e evitar que a organização e as suas dinâmicas sejam adversamente afetadas por aquelas. Porém é desde logo, capital abarcar práticas e reflexividades diversas dos vários colaboradores organizacionais de modo a possibilitar emanar diretrizes/orientações sobre a forma de “recursos coletivos” (Barton & Kahn, 2019, cit. por Knipfer, 2021) a situações desafiantes (e.g., realidade da COVID-19. Neste sentido, a ação colaborativa entre os vários agentes institucionais e nos seus mais vastos papéis desempenhados (e.g., administradores, diretores, recursos humanos, serviços centrais, entre outros) assume, na ótica de Knipfer (2021) especial importância na prática diárias de organizações resilientes.

A resiliência é por inerência um processo dinâmico, já que se relaciona com a resposta a ambientes complexos e de mudança, sendo que o que a diferencia é “a sua

capacidade de acumular e combinar novos recursos em novas configurações”, dependendo da aptidão de aprendizagem da organização (Vasconcelos e Pesqueux, 2017, p. 168).

Então, é crucial que as organizações possuam capacidade de responder no tempo às efetivas necessidades colocadas pelos desafios, as quais se mostram associadas à aptidão para coordenar e realocar as capacidades e competências internas e externas da organização, de forma a prosseguir com a sua missão (Vasconcelos & Pesqueux, 2017). Enquadra-se, aqui, aspetos económicos, sociais, jurídicos, grupos de fatores políticos e ambientais e fatores estruturais, designadamente o capital humano, a liderança e a comunicação (Gečienė, 2019, cit. por Gečienė, 2021)

Aqui, o capital humano tem de se adaptar a novos padrões relacionais, de comportamento e de trabalho, pelo que Vasconcelos & Pesqueux (2017) sugerem uma reconfiguração na gestão de recursos humanos, valorizando o capital humano que possua capacidade/habilidade de negociar, transformar-se e reciclar-se ao mesmo tempo que a organização o faz, evoluindo.

Como descrevem Zolli e Healy (2012), importa, para o efeito: a) apostar na cooperação (mobilização de diferentes atores para evitar eventos indesejáveis); b) promover a agilidade (capacidade de agir com coragem e rapidez em caso de ameaça); c) incentivar a improvisação (capacidade de utilizar diferentes competências e de liderar, promovendo a improvisação e a criatividade).

Por sua vez, a criação de uma cultura organizacional resiliente (e.g., Salanova, 2020) desafia a preferência pela cooperação, agregando vários atores – envolvendo os vários sistemas (DGS, 2017): micro (pessoa idosa e família), meso (comunidade) e macro (sociedade como um todo - e, conseqüentemente, solicita a mobilização de recursos para evitar ou parar o evento indesejável (Zolli & Healy, 2012). Também é necessária agilidade para descobrir soluções rápidas em caso de adversidades. Por fim, a improvisação, que pode ser colocada em prática, dado que o evento inesperado cria novas situações que nunca tinham sido experimentadas antes (Zolli & Healy, 2012), ou seja, que são novidade (e.g., COVID-19).

Em síntese, as ERPI resilientes possuem um conjunto de capacidades que lhes permitem adaptar, integrar e reconfigurar recursos e competências internas e externas para (co)responder às exigências das condições em mudança (Duchek, 2020), lidarem proactivamente com as mudanças e serem capazes de prosseguir a sua missão. Tais capacidades revestem forte oportunidade em período de elevada complexidade e incerteza

como aquele que se associou à pandemia da COVID-19 e que em nosso entender importa compreender.

Nesta lógica, é recomendável que as organizações propiciem a resiliência através do desenvolvimento de um ambiente de trabalho colaborativo (e.g., Vasconcelos & Pesqueux, 2017) que vise apoiar as pessoas nelas envolvidas de forma a capacitar para adquirir e utilizar competências de resiliência (Gonçalves et al., 2021), de decisão e liderança, bem como otimizar a saúde e bem-estar de todos (Ma et al., 2018). Complementarmente, a flexibilidade é percebida como um elemento essencial, sendo a rigidez encarada como um grande obstáculo à resiliência organizacional (e.g., Linnenluecke et al., 2012; Zolli & Healy, 2012). Na ótica de Zolli e Healy (2012), parte dessa flexibilidade desejada consiste na promoção de um equilíbrio entre forças opostas (e.g., manter elevada qualidade nos serviços prestados sem despende de muitos recursos).

3.1.1. Resiliência organizacional no quadro da situação pandémica

Uma organização resiliente consegue melhor ultrapassar situações de adversidade, (re)pensar a sua atuação e adaptar e considerar o seu futuro.

Como é sabido, a pandemia da COVID-19 introduziu alterações profundas nas organizações o que as forçou a lidar com múltiplas situações impelindo-as para se readaptarem às novas exigências pela força e imperativo da adversidade fruto da falta de previsão/antecipação no passado (Salanova, 2020), tendo também possibilitado a redefinição de novas formas de trabalhar e a elencagem de dinâmicas por forma a prosseguirem a sua missão (Vasconcelos & Pesqueux, 2017).

Neste seguimento, a adoção de estratégias de resiliência face ao contexto pandémico pontuou e possibilitou o traçar de um caminho facilitador de ultrapassagem de dificuldades, possibilitando desenvolver recursos e pontos fortes individuais e coletivos desconhecidos até então, constituindo um “elemento” de garantia da sustentabilidade organizacional (e.g., Duchek, 2020; Salanova, 2020; Yüksel et al., 2021).

Tendo por base vários estudos (Gečienė, 2021; Martins & Pinto, 2021; Pimentel et al., 2021) muitas das ações que de modo específico auxiliaram na mudança organizacional de instituições de serviços sociais e IPSS, para enfrentamento da situação pandémica incidiram em respostas defensivas (reativas/*coping*) e ofensivas (adaptativas e antecipativas), designadamente aos níveis: a) de práticas preventivas e de segurança; b) da contratação; c) da capacitação; d) da motivação dos colaboradores; e) da (re)formulação dos turnos e equipas e

do tipo de trabalho; f) (re)adaptação tipo/metodologia de trabalho; g) articulação em rede; h) da comunicação e liderança.

a) No âmbito das **práticas preventivas e de segurança**, existiu a aposta clara na adoção de medidas de higiene, de testagem e de proteção individual adicionais. Igualmente foi capital a conceção de um plano de contingência de forma a assegurar as organizações, os profissionais e as pessoas idosas ao seu cuidado.

b) Respeitante à **contratação**, de forma a colmatar as limitações ao nível do capital humano, apostou-se no reforço de pessoal através do recurso a programas de apoio à contratação/emprego (através do apoio de entidades oficiais como o Instituto do Emprego e Formação Profissional e o Instituto da Segurança Social), na receção de voluntários e na concessão de uma lista de colaboradores de reserva no caso de colaboradores temporariamente indisponíveis/incapacitados.

c) Quanto à **capacitação**, procedeu-se à formação (interna e/ou externa) e treino sobre medidas de prevenção, controlo e identificação da infeção da COVID-19 de técnicos e outros profissionais.

d) Alusivamente ao capital humano, foram promovidas estratégias com vista a incrementar a **motivação dos colaboradores**, tais como compensações monetárias, dias de folga, dias de férias adicionais.

e) Verificou-se uma **(re)formulação dos turnos e equipas**, como é o caso da reformulação de horários, turnos e equipas – e.g., em espelho, casulo e turnos.

f) (Co)existiu uma **(re)adaptação tipo/metodologia de trabalho**, apostando-se na implementação e no desenvolvimento das tecnologias digitais, canalizando a mesma para reuniões *online*, minimizando os contactos entre pessoas e as entradas na organização. Paralelamente o teletrabalho foi, em alguns casos, uma aposta possível.

g) Foi promovida a **articulação em rede**, apostando-se na implementação de uma maior cooperação e trabalho em rede entre entidades da economia social e na articulação com entidades oficiais (e.g., autarquias, ISS, DGS) por forma a beneficiarem de políticas governamentais de apoio ao setor social.

h) Ao nível da **comunicação e liderança**, emergiu como boa prática, a comunicação interna e externa constante, de forma clara e transparente, favorecendo a troca de conhecimento(s), de experiência(s) e a inovação.

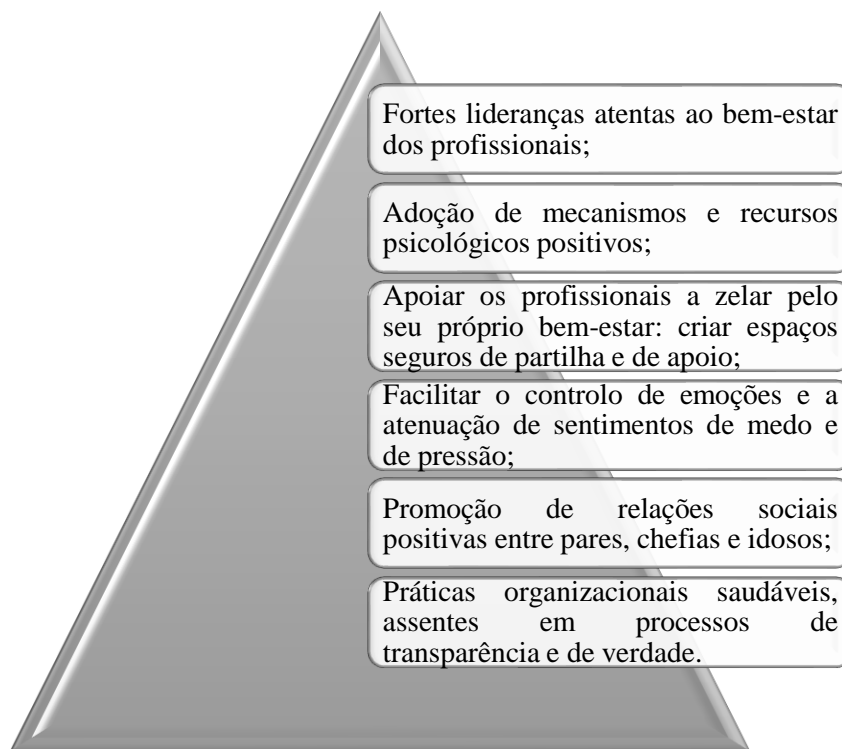
Ainda a respeito da comunicação e liderança, Gonçalves e colaboradores (2021) defendem que quando existe, por parte das organizações, um apoio e flexibilidade, assim

como oportunidades de participação, os colaboradores resilientes tendem a adotar recursos para se (re)adaptarem e florescerem sistematicamente no trabalho, mesmo desafiados com situações adversas. Pois, ter bons colaboradores, empenhados e focados na missão da organização (i.e., cuidar de pessoas idosas) é basilar para promoção da resiliência organizacional (Sevilha, 2018, cit. por Gonçalves et al., 2021).

Adicionalmente, na sequência da vivência pandêmica foram sugeridos recursos e mecanismos da psicologia positiva (Figura 1), em contexto organizacional gerontológico, designadamente: a) criação de espaços de escuta, partilha e de apoio mútuo – através da comunicação e interação em torno das dúvidas e/ou experiência(s) vivenciada(s) entre os diversos agentes envolvidos nas dinâmicas organizacionais - facilitando o controlo de emoções e a atenuação de sentimentos de medo, stress e de pressão; b) promoção de relações sociais positivas entre pares, chefias/lideranças e pessoas idosas; e c) práticas organizacionais saudáveis, assentes na transparência (i.e., práticas confiáveis e de verdade) (Luz et al., 2021).

Figura 1

Estratégias de resiliência - mecanismos da psicologia positiva



Nota. Adaptado de Luz et al. (2021).

Auxiliariamente, é imperativo a gestão da informação (Cardoso et. al, 2020) e o motivar para manter o controlo (sobre a adversidade), o compromisso (como proatividade para melhorar as respostas à adversidade) e envolvimento de todos (com constante *feedback*), quer na procura incessante de possibilidades para melhor operar frente à adversidade (Knipfer, 2021), quer na missão do cuidar de pessoas idosas (Rudnicka et al., 2020), assumindo a criatividade e inovação (Berlato et al., 2018; Knipfzer, 2021) especial relevo na capacidade de melhor enfrentar os desafios, voltando-se com o seu *modus operandi* e ideais de intervenção centrada na pessoa (e.g. Rogers, 2009).

3.2. A resiliência e o cuidado (centrado) na pessoa idosa: fatores de encadeamento

Qualquer estratégia ou iniciativas ancoradas a práticas de resiliência carecem de preservar e sobretudo reforçar o cuidado centrado na pessoa idosa (e.g., OMS, 2015a) por forma a apoiar o confronto com a complexidade (e.g., incerteza, solidão, tristeza, isolamento e falta de afeto/contacto) que a pandemia veio exacerbar (Rudnicka et al., 2020).

O cuidado focalizado na pessoa traduz a característica primordial da provisão de serviços orientados para fomentar a qualidade de vida, tendo vindo a enformar as atuais abordagens em relação à gestão e prestação de serviços integrados de saúde/cuidados (OMS, 2015). Nos termos da OMS (2015c, p.7), o cuidado focalizado na pessoa insere-se num paradigma que intenta compreender as “perspetivas de indivíduos, famílias e comunidades, vendo-os quer como participantes, quer como beneficiários de sistemas de saúde confiáveis que respondem às suas necessidades e preferências de forma humana e holística”. Assim, diz respeito a “uma abordagem promotora dos direitos das pessoas independentemente da sua idade e do seu nível de funcionalidade física e cognitiva” (Barbosa et al., 2021, p.34).

Neste enquadramento, falar de cuidado centrado no idoso remete para uma conceção que se enforma numa abordagem holística, assente numa perspetiva de integralidade do idoso (i.e., desfocando-se da funcionalidade/condição física para também valorizaras dimensões familiares, sociais, culturais, espirituais, económicas e civis) (UMP, 2021), a qual procura, a par, salvaguardar os direitos das pessoas idosas (Barbosa et al., 2021) a sua autodeterminação, bem como a defesa dos seus interesses e escolhas concernentes às suas vidas (Entwistle & Watt, 2013).

Sobretudo, consiste numa perspetiva substantiva que recai na aceitação incondicional e respeito pelo idoso, possibilitando e facilitando a sua interação, relação e comunicação com os outros numa base de escuta, empatia e compreensão, obrigando a equacionar e reunir os

meios para considerar as particularidades inerentes à condição de vida das pessoas (Rogers, 2009; Viscarret, 2011), das quais os idosos.

Desta forma, na sua terapia centrada na pessoa, Rogers (1967; 2009) sugere que o profissional crie com o seu cliente uma relação terapêutica baseada na horizontalidade, priorizando-se uma intervenção com base na igualdade e cooperação, promovendo uma linguagem clara e objetiva.

Como o estudo de Barbosa e seus colaboradores (2021) assinala, nos cuidados centrados na pessoa idosa o cerne é a pessoa idosa, os seus direitos, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Assim, em contexto de ERPI é deveras importante a adaptação destas estruturas às necessidades e desejos dos residentes, encarando-se o cuidado individualizado com a oportunidade de fomentar a escolha por parte das pessoas idosas, envolvendo-as na definição dos cuidados, numa ótica abrangente (e.g., refeições, horários de deitar/acordar, entre outros). De igual modo se considera que no quadro desta perspetiva, as decisões devem ser partilhadas entre o residente, recursos humanos e rede de suporte familiar, carecendo de serem todos os agentes envolvidos com o intuito de se resguardar e fomentar os vínculos relacionais.

Constituindo a premissa orientadora das organizações/serviços de apoio formal a idosos, o cuidado centrado na pessoa idosa foi na ocorrência da pandemia altamente desafiado pela COVID-19 (Luz et al., 2021), constringendo as oportunidades para a concretização da interação humana e autodeterminação da pessoa idosa (i.e., a capacidade de escolha).

Neste contexto tornou-se importante a (re)adaptação das dinâmicas e dos espaços das organizações (e.g., ERPI), assim como a convocação de “novas formas de relação e de comunicação”, erguendo-se a tecnologia como uma forte aliada ao cuidado (Ayalon et al., 2020; British Geriatrics Society, 2020; Correia, 2020; Davies & Cheung, 2022; DGS, 2020; Gečienė, 2021; HIS, 2020; Javadi et al., 2020; Kuzanar, 2020), ao permitir e/ou facilitar: a) o contacto com familiares e entes significativos através novas modalidades digitais (chamadas, videochamadas, mensagens); b) a intensificação das conversas telefónicas; c) a manutenção das rotinas espirituais/religiosas reforçando as emissões de rádio, televisão ou em formato online e; d) o acesso aos cuidados de saúde através de consultas virtuais (e.g., telemedicina) (Figura 2).

Figura 2

Estratégias de resiliência ao nível da tecnologia ao serviço do cuidado



Nota. Adaptado de Luz et al. (2021).

Fundamentalmente, estas estratégias possibilitam conceder “voz” aos idosos junto das mais variadas instâncias, incluindo a própria instituição que os acolhe, ocasionando oportunidades de participação e audição das pessoas idosas de forma a serem verdadeiramente envolvidos nos aspetos que justamente os afetam e lhes diz(em) respeito (Crispim & Almeida, 2019; Guimarães, 2012), organizada em lógicas de conectividade das várias pessoas idosas, que possibilita superar bloqueios pessoais (Almeida, 2001; Almeida, 2012).

De outro modo, ao nível dos recursos humanos, tal como refere o estudo de Luz e colaboradores (2021) e no compute das dinâmicas de abordagem da crise pandémica assumiu redobrada importância o envolvimento dos profissionais na humanização dos serviços prestados às pessoas idosas. Tal implicou a atenção à comunicação, assente na transparência da realidade existente, tendo contribuído para desconstruir aspetos associados ao confinamento/isolamento e incentivado a criação de um clima organizacional de cooperação e suporte, fazendo com que o confinamento/isolamento fosse encarado como medida preventiva e protetora e não limitadora das liberdades e garantias. De forma sistematizada, e baseando-nos no estudo acima, podem apontar-se algumas estratégias de resiliência organizacional, tal como foram adotadas em várias organizações, incidindo no reconhecimento da importância

do capital humanos no ato de cuidar das pessoas idosas, na informação e esclarecimento da realidade vivenciada, na criação de espaços de escuta e de partilha, assim como na comunicação facilitada, tendo no seu conjunto estes dinamismos auxiliado a gerar um ambiente organizacional de apoio (Figura 3).

Figura 3

Estratégias de resiliência ao nível do capital humano



Nota. Adaptado de Luz et al. (2021).

Carece de se reforçar que a mobilização de estratégias de resiliência focadas no cuidado advém de múltiplas circunstâncias, das quais a capacitação do capital humano (e.g., no âmbito das tecnologias da informação e comunicação), o acréscimo de recursos económicos e financeiros, bem como o “maior investimento” de tempo de serviço (Ayalon et al., 2020; Davies & Cheung, 2022; Gečienė, 2021; HIS, 2020; Javadi et al., 2020; Kuzanar, 2020; Mishna et al., 2021; Mitchell et al., 2022). A par, exige envolvimento e implicação dos diferentes *stakeholders* organizacionais, assumindo particular destaque tendo por base o foco de análise, os profissionais de Serviço Social (Grant & Kinman, 2020).

3.3. O papel do Serviço Social na questão pandémica

Desde o surgimento da pandemia da COVID-19 os assistentes sociais foram, a par de muitos profissionais de saúde, também desafiados, estando na “linha da frente” para a enfrentar, sendo certo que não constitui novidade para o Serviço Social a atuação perante situações de ameaça e crise, desencadeando quer ações preventivas (deteção de “ameaças”), quer de recuperação e/ou reparação face a crises instaladas. A pandemia instigou os assistentes sociais a refletir em torno da sua prática profissional, com o intuito de melhor fazer, dada a imprevisibilidade e a escassez de informação, exigindo um forte envolvimento da sua parte na gestão e intervenção em situações de crise, e na procura de soluções de adaptação face a todas as incertezas (Guadalupe, 2021).

Com efeito, sendo os valores do Serviço Social essencialmente humanistas (García e Romero, 2012) a sua prioridade dirige-se para o máximo respeito pela pessoa, defendendo o valor das capacidades e potencialidades em cada um. Como se reconhece, a profissão de Assistente Social tem como plano fundamental a promoção da mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o fortalecimento da autonomização das pessoas para promoção do seu bem-estar (IASSW & IFSW, 2021), fundando a sua ação na base dos princípios da dignidade humana, liberdade, justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e o respeito pela pessoa (APSS, 2018). O Serviço Social visa a prosperidade de novas atitudes e práticas assentes na tolerância ativa modelada numa cultura de cidadania, respeito, democracia e paz entre gerações e povos (APSS, 2018 e 2021). Porém, a questão pandémica veio perturbar a vida da sociedade, das organizações sociais e a das pessoas idosas, designadamente inseridas em contextos residenciais/ERPI, obrigando os profissionais a estabelecer prioridades e a desencadear ações fundadas em saberes e competências.

Perante as restrições, imposições/exigências e conhecidos os impactos na esfera organizacional e decorrentes do confinamento e do distanciamento social, sobretudo para os públicos idosos a intervenção/atuação indireta e direta do serviço social - associadas a funções de direção técnica e de nível operacional - foram desafiadas (e.g., Golightley et al., 2020).

Em termos da resiliência profissional e como a investigação assinala (e.g., Grant & Kinman, 2020, p. 6), o trabalho dos assistentes sociais no âmbito do cuidado e perante ambientes stressores e sujeitos a fortes tensões deve focalizar-se “na construção da resiliência ao nível organizacional bem como ao nível individual através de intervenções direcionadas para tornar resilientes as equipas de trabalho”, contribuindo para habilitar as organizações no

seu esforço de resiliência, i.e., apoiar na gestão dos desafios que apelam à resiliência oriundos da pandemia. Ainda que faça parte do mandato profissional a competência associada à resiliência, o que é facto é que durante a pandemia essa habilidade a par com outras deve ser aproveitada “ainda mais do que o habitual” (e.g., Grant & Kinman, 2020, p. 3).

Assim, e como a reflexão e as evidências dos estudos foram comprovando (e.g., BASW, 2020; Cardoso et al., 2020, Carmo, 2021), em contextos pandémicos, o Assistente Social na esteira das suas funções de direção técnica de ERPI (Vd. Portaria n.º 67/2012) conduziu a sua ação sobretudo ao nível da direção/gestão da instituição; coordenação e supervisão do capital humano; sensibilização do pessoal face à problemática da pessoa idosa, entre outras, tendo assumido acrescida responsabilidade no sentido da proteção e prevenção dos contágios/doenças na organização. Para tal teve um papel importante através da informação e/ou consciencialização, assim como através do apoio, implementação e supervisão de (boas) práticas de prevenção, controlo e higienização.

Deste modo facultou apoio na definição dos planos de contingência; na implementação de informação e/ou medidas sobre a COVID-19 (formas de transmissão e prevenção), quer para os cuidadores, quer para residentes e famílias; na divulgação e promoção de comportamentos/práticas de segurança entre colaboradores visando auxiliar à mitigação do vírus; na definição de procedimentos acerca de como intervir em situação de isolamento profilático na instituição; na mediação da instituição com as famílias e comunidade(s), na promoção do trabalho em rede/parcerias/colaborações com os parceiros sociais locais, a comunidade em geral e outras instituições/serviços (locais, regionais, nacionais e internacionais), bem como com a entidade reguladora (i.e., Instituto da Segurança Social) e com os organismos/entidades de saúde (e.g., DGS) (Bragança et. al, 2021; Cardoso et. al, 2020; Novais et. al, 2021) denunciando assim uma intervenção dialógica e compreensiva no âmbito dos sistemas micro, meso e macro.

Adicionalmente e como a investigação observou (BASW, 2021; Cardoso et al., 2020; Carmo, 2021; Carvalho, 2020; Kusmaul et al., 2020; Lynch, 2019; Marshall et al., 2021; Pra et al., 2021) os assistentes sociais demonstraram grande disponibilidade no seio das instituições relacionada por exemplo com o apoio a auxiliares de ação direta, enfermeiros, facilitando a distribuição da alimentação, da medicação e apoio/promoção de atividades socioeducativas e socioculturais.

Efetivamente, em tempos extremamente desafiantes, o Serviço Social tem sido um “construtor de pontes” entre os vários sistemas, revelando sentido de missão e compromisso

solidário, perante uma crise que se remete a questões de saúde, mas que igualmente é social (Bragança et al., 2021). Tendo por base Salanova (2020) pode também dizer-se que o Serviço Social e numa esfera de intervenção mais micro, tem-se assumido como conector entre as pessoas idosas e a rede de suporte primária criando, para tal, formas alternativas e de auxílio ao isolamento dos idosos em ERPI e respetivo distanciamento dos familiares/significativos ou do seu meio natural. Tal significa por exemplo, que o Serviço Social teve de tornar-se mais eficaz ao nível do apoio aos cidadãos, criando outros canais de contacto, designadamente, através das tecnologias, redes sociais e telecomunicações, tendo sido possível através da tecnologia combinando a intervenção/atendimento presencial com a intervenção/atendimento/acompanhamento à distância. Assim, a tecnologia assumiu bastante utilidade sendo encarada como uma prática da época da COVID-19 bem como da época pós-COVID-19 (e.g., Mishna et al., 2021; Mitchell et al., 2022) e a qual deve ser convocada de forma competente pelos vários interlocutores sociais.

Neste enquadramento surgem, a par, realçados os entendimentos (Anand et al., 2021; Carmo, 2021; Davies & Cheung, 2022; Gečienė, 2021; Merril et al., 2022; Mishna et al., 2021), de que compete ao Assistente Social garantir a estabilidade das pessoas que lhes são confiadas a cuidar, promover a participação e autodeterminação das pessoas idosas, assim como a humanização dos cuidados às mesmas, a par da saúde e segurança ameaçada.

No essencial, um papel fundamental, que é inato ao Serviço Social e inerente às suas práticas de *empowerment* e ativação das pessoas idosas plasmadas no EAS, e que em ambiente residencial desafiado foi alvo de atenção, consistiu em ouvir e dar “voz” aos residentes, associando-os ao compromisso das medidas a implementar na instituição, bem como à planificação dos cuidados, configurando-se estas como lógicas de cuidado focalizado na pessoa idosa (Barbosa et al., 2021). Assim, os assistentes sociais ao conduzirem as suas ações baseadas na promoção de relações de confiança, transparência, cordialidade, respeito, aceitação, compreensão e empatia, para com os idosos, inclusive para lhes conceder apoio emocional e minimizar as vulnerabilidades e riscos intensificados pela pandemia (Cox, 2020) convergem em termos de ação com as práticas recomendadas ao nível da resiliência organizacional (e.g., Ayalon et al., 2020; HIS, 2020; Chee, 2020; Li et al., 2020; Salanova, 2020; Rudnicka et al., 2020; Kuzanar, 2020).

3.4. Reptos organizacionais da pandemia: uma visão prospetiva

Na presente era intervir e agir numa perspetiva tendente a salvaguardar a qualidade dos serviços e dos públicos apoiados em ERPI constituem reptos que a pandemia exacerbou,

que incentivaram estratégias de resiliência e que carecem de ser olhados numa ótica prospectiva, beneficiando das experiências/vivências desse período mais conturbado e das aprendizagens que daí surgiram e que continuam a construir-se.

Com efeito, a resiliência pressupõe uma atuação assente em capacidades dinâmicas canalizadas para a adaptação ao imprevisto, que implica redireccionamentos, reconfigurações, transformações, criando competência para as mudanças em contexto, que se têm de mostrar oportunas, conduzindo também as estruturas para novas realidades que influenciam a sua sustentabilidade, o seu futuro, pelo que a aprendizagem daqui decorrente pode e deve sugerir/subsidiar ações, iniciativas e processos de grande valia para o seu funcionamento num horizonte mais alongado, coincidente com a sua missão e estratégia (Luz, 2017b). Neste contexto e como Nava (2022, p. 299) sublinha “A pandemia da COVID-19 chamou a atenção para como as organizações melhoram a sua resiliência e aprendem a emergir mais fortes após esses eventos”.

Associada à dificuldade em captar novos colaboradores, e tendo por base os programas atípicos de contratação criados aquando da conjuntura pandémica, uma das sugestões que a UMP (2021) dá é a criação e manutenção de respostas atípicas de incentivo à contratação. Não obstante, a pandemia reforçou o imperativo de, por um lado, proceder-se à contratação de pessoas qualificadas, a par da dotação dos profissionais (Cardoso et al., 2020), seja ao nível de práticas de proteção e higienização, sejam ao nível de práticas no âmbito do cuidado aos idosos (e.g., Rogers, 2009). Estas duas situações devem ser acompanhadas pelo combate à precariedade, apostando em lógicas de valorização do capital humano, definindo-se novas tabelas salariais, elaborando contratos efetivos ao invés de a termo, entre outras vertentes de contratualização (Gil, 2020). Na mesma linha, as ERPI têm de ser repensadas não só ao nível do modelo de financiamento, mas também ao nível da gestão do capital humano e respetiva relação/rácio de profissionais cuidadores e residentes. As qualificações profissionais, bem como os requisitos no âmbito da gestão, da liderança, da direção e da administração deste tipo de organizações, complementada por uma articulação interinstitucional, intersectorial e comunitária carece igualmente de ser reforçada.

De salientar que a pandemia veio reforçar a necessidade das ERPI se adaptarem arquitetonicamente aos residentes e colaboradores (Gil, 2020). Deste modo o apoio do Estado para modernização das estruturas, e para rever modelos de funcionamento traduziria uma vantagem para as organizações, comunidades e públicos apoiados, na sua generalidade. Aliás

o compromisso para a mudança e transformação (e.g., social), carece de ser coletivo, possuindo aqui o Serviço Social uma posição de relevo

Tal reflete-se também nas dinâmicas interventivas da profissão, as quais em ambiente de pandemia puderam reforçar os laços com os familiares, tornando-os agentes participantes (Lopes, 2021).

Com efeito, o Serviço Social assume especial destaque na promoção do bem-estar, dignidade e direitos humanos particularmente das pessoas idosas (e.g., no acesso aos cuidados de saúde, participação cívica, social, política, entre outros), equacionando as estratégias coletivas e organizacionais capazes de articular o bem-estar psicossocial, quer dos residentes, quer dos profissionais e, até, dos familiares/significativos (Anand et al., 2021), advindo daqui múltiplas possibilidades para reforçar um cuidado digno.

PARTE II

CAPÍTULO I – ESTUDO EMPÍRICO

1. Definição do problema e objetivos do estudo

É sabido que no campo das respostas sociais direcionadas ao cuidado de pessoas idosas, as organizações da economia social e particularmente as IPSS assumem destacada relevância.

As organizações sociais que atendem as pessoas idosas estão dotadas de equipas técnicas e multiprofissionais para junto daquelas desenvolverem a sua intervenção. No que às capacidades, conhecimentos técnicos e metodológicos, bem como à formação académica dos técnicos diz respeito, é de esperar que os mesmos estejam capacitados para compreender a natureza dos problemas individuais e sociais, numa interação recíproca de três elementos cruciais e substanciais necessários para a intervenção: pessoa, profissional e organização/instituição social. Globalmente, a intervenção desenvolvida numa organização vocacionada para a população idosa procura influenciar positivamente o indivíduo indo ao encontro das suas necessidades e problemas, aspirando a, face a situações atípicas, apoiar o retorno a uma situação de normalização (e.g., García & Romero, 2012).

Mais recentemente e na sequência da pandemia da COVID-19, a necessidade de se reequacionarem estratégias organizacionais e de se (re)pensar o cuidado focado na pessoa idosa em contexto residencial (i.e., em ERPI), tornou-se um imperativo, tendo o mesmo sido impulsionado por todo um conjunto de recomendações preconizadas pelas entidades oficiais superiores (e.g., DGS e OMS) com vista à salvaguarda das vidas dos residentes.

Com efeito, o fenómeno inesperado e imprevisível da pandemia que afrontou a uma escala sem precedentes as sociedades e para o que aqui importa, as organizações/estruturas residenciais a idosos, tem vindo a suscitar o desenvolvimento de uma capacidade de resiliência por parte destas, de forma a poderem continuar a sua missão enfrentando as múltiplas adversidades que a referida pandemia realçou.

Assim, investigar como as organizações se adaptaram, ou seja, como reagiram e desenvolveram estratégias para reorientar a sua ação e para moldar uma intervenção revalorizadora dos cuidados, bem como desvendar os desafios associados à resiliência organizacional traduziram vetores condutores do estudo, o qual assumiu como questão de partida, a seguinte:

Quais as estratégias de resiliência organizacional prosseguidas pelas organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos em tempos de adversidade e quais as suas implicações na vida organizacional e no cuidado centrado na pessoa idosa?

Quanto ao **objetivo geral** do estudo, o mesmo intentou:

- Compreender as estratégias de resiliência das organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos - designadamente as que enquadram a resposta social de ERPI - decorrentes da conjuntura pandémica, percecionando as implicações das mesmas nas dinâmicas organizacionais e os seus efeitos no cuidado aos idosos.

A nível de **objetivos específicos** pretendeu-se:

- Caraterizar a amostra (organizações sociais e interlocutores das mesmas, designadamente profissionais da direção técnica/assistentes sociais e elementos dos órgãos sociais);
- Proceder a uma caraterização geral dos idosos residentes;
- Percecionar os efeitos da questão pandémica nas organizações quanto à sua incidência nos residentes e recursos humanos;
- Compreender as dinâmicas organizacionais mobilizadas na sequência da questão pandémica;
- Caraterizar as práticas do cuidado focalizado na pessoa idosa que foram desencadeadas;
- Percecionar o papel do Serviço Social nas dinâmicas de resiliência organizacional (i.e., quanto a estratégias organizacionais mobilizadas e focadas no cuidado à pessoa idosa);
- Percecionar as lições tiradas e que importa considerar para reforçar a missão das organizações, o seu funcionamento e a qualidade de vida dos idosos.

2. Opções e procedimentos metodológicos

2.1. Metodologia de investigação

O presente estudo inscreve-se no âmbito do paradigma interpretativo e configura-se como uma investigação de natureza predominantemente qualitativa visto que assume como foco a compreensão das dinâmicas associadas à resiliência organizacional na sequência da questão pandémica, o que implica recolher dados descritivos (Meirinhos & Osório, 2010) relativamente às organizações, e sobretudo percecionar vivências, processos desencadeados e significados atribuídos aos mesmos, nas organizações prestadoras de serviços sociais

residenciais a idosos, por forma à obter-se uma visão holística do fenómeno em análise (Denzin & Lincoln, 1994, cit. por Coutinho, 2006).

Tal significa que a incidência do estudo abrange para além da perceção de comportamentos, a análise de “ideias”, a descoberta de “significados”, a compreensão de “ações individuais” e a relativa a “interações sociais” (Coutinho, 2018), para ser apreendida uma visão da pluralidade situacional.

Para Stake (2012), neste tipo de investigação, a qualitativa, a interpretação é encarada como parte central da investigação, carecendo o investigador qualitativo durante a recolha de dados de revigorar uma interpretação dinâmica, pois é com sustento nas observações e ademais dados que consegue efetivar as suas conclusões. Assim, a abordagem qualitativa mostrou-se a mais oportuna face à temática do estudo - resiliência organizacional motivada pelas circunstâncias advindas da questão pandémica – atenta a atualidade desta realidade e pelo facto da teoria se mostrar ainda incipiente a este respeito, o que lhe confere um cariz também exploratório.

Por entre as modalidades de estudos qualitativos, optou-se pela categoria do estudo de caso, que pode ser “um exame detalhado” (Aires, 2015, p. 21) de “um indivíduo, um personagem, um pequeno grupo, uma organização, uma comunidade (...) uma nação (...) um incidente ou acontecimento imprevisto (...)” (Coutinho & Chaves, 2002, p. 223). Como se salienta, o estudo de caso, explora o “caso”, com detalhe e com toda a sua complexidade, em “contexto natural” (Meirinhos & Osório, 2010, p.50), valendo-se de “todos os métodos que se revelem apropriados” (Coutinho & Chaves, 2002, p. 223). Como tal, pode visar a possibilidade de explorar, descrever ou explicar (Yin, 2001), onde a partir da particularização dos casos, pode-se tornar o caso compreensível (Meirinhos & Osório, 2010).

De acordo com Guba e Lincoln (1985, cit. por Aires, 2015), o estudo de caso traduz uma metodologia válida, ao permitir confirmar, modificar ou ampliar o conhecimento (Coutinho & Chaves, 2002), ao mesmo tempo que possibilita grandes descrições da realidade que se pretende estudar, mostrando-se ambos os direcionamentos (exploração e descrição) necessários, tendo por base o objetivo central do estudo assente na investigação associada a estratégias de resiliência organizacional em contextos gerontológicos, designadamente ERPI.

Equacionando as tipologias de estudo de caso, privilegiámos o estudo de caso múltiplo (Yin, 2001), pois a investigação estende-se a mais do que um caso (i.e., quatro organizações/ERPI), de modo a possibilitar uma maior profundidade quanto ao conhecimento do fenómeno em análise, dando conta das dinâmicas organizacionais, da perspetiva dos

participantes no estudo (Amado, 2014), quanto a estratégias de resiliência e focadas no cuidado.

De salientar que nos estudos de caso a generalização dos resultados não ocorre no sentido tradicional do conceito, já que cada caso apresenta as suas especificidades, mas podem extrapolar-se resultados numa perspetiva analítica sugerindo-se pistas para investigação futura (Coutinho & Chaves, 2002). Neste sentido os resultados deste estudo cingem-se apenas aos casos abordados não assumindo intenção de generalização.

2.2. População e amostra do estudo

Tendo como referência os dados da Carta Social de 2020 (GEP/MTSS, 2021) o universo ou população do estudo agrega as respostas sociais de ERPI em Portugal que são desenvolvidas por organizações sociais pertencentes ao universo da economia social, designadamente IPSS ou equiparadas a IPSS. Em termos de amostra e tratando-se de um estudo de caso múltiplo organizacional, a investigação concentrou-se em quatro organizações sociais/economia social - IPSS ou equiparadas- dada a sua expressão maioritária no computo das respostas sociais para a população idosa, tendo por base os seguintes critérios de inclusão:

- Possuírem antiguidade de pelo menos cinco anos na atuação/intervenção com a população idosa designadamente através da valência de ERPI;
- Terem tido casos/surtos de COVID-19 no período compreendido entre 11 de março de 2020, altura em que a COVID-19 foi reconhecida como pandemia à escala global e 17 de fevereiro de 2022, altura em que se iniciou o levantamento das restrições em território nacional.
- Possuírem na sua direção técnica um/a profissional licenciado/a em Serviço Social afeto/a a esta resposta social cuja antiguidade na organização (i.e., resposta social ERPI) seja precedente ao surgimento da pandemia da COVID-19.

Em termos de interlocutores auscultados, o estudo abrangeu por referência às quatro organizações, duas populações, profissionais (Diretor/a Técnico/a/Assistente Social) e representantes dos órgãos sociais.

Quanto aos profissionais, foi auscultado o diretor/a técnico/a da área de Serviço Social afeto à resposta social de ERPI.

Quanto aos representantes dos órgãos sociais, foi auscultado um elemento afeto a cada organização (e.g., Provedor, Presidente da Direção, Diretora Executiva e Secretária da Direção).

No total, o estudo empírico abrangeu oito participantes, dos quais quatro são diretores técnicos e quatro são elementos dos órgãos sociais das organizações em estudo.

O estudo privilegiou uma amostra de cariz não probabilístico e de tipo criterial, uma vez que se seleccionou os segmentos da população segundo critérios de escolha intencional pré-definidos (Coutinho & Chaves, 2002; Coutinho, 2011) e atrás referidos.

2.3. Estratégias de recolha de dados

O presente estudo, numa primeira fase, requereu levantamento bibliográfico e documental em torno da resiliência organizacional e novas (re)configurações institucionais face à COVID-19, por forma a reunir o estado da arte e para proceder ao seu enquadramento teórico.

No que respeita à componente instrumental da investigação, o estudo beneficiou de técnicas de recolha de dados assentes na entrevista semiestruturada e pesquisa documental tendo estas sido entendidas como as abordagens mais assertivas para responder aos seus objetivos.

A entrevista é entendida como um processo de interação social, onde o entrevistador/investigador procura captar informações do entrevistado (Lima et al., 1999). Simultaneamente possibilita ao entrevistado a oportunidade de partilhar as suas experiências/vivências a partir do foco proposto pelo investigador, permitindo, da mesma forma, respostas livres e abertas, destacando a atuação do entrevistador e a possibilidade de fazer perguntas adicionais para ajudar a esclarecer questões que não ficaram tão claramente descritas ou ajudar a recompor o contexto da entrevista (idem).

Neste sentido, para a concretização das entrevistas foram elaborados dois guiões/roteiros de entrevista (Apêndices 2 e 3), assentes em tópicos/questões direcionados para a obtenção de informação dos vários interlocutores participantes no estudo, contemplando elementos de questionamento comuns e também diferenciados.

Em concreto e em relação ao guião de entrevista semiestruturada direcionado a Diretores Técnicos/Assistentes Sociais, o mesmo enquadró sete eixos analíticos, designadamente: 1) elementos de caracterização; 2) elementos gerais de caracterização dos idosos; 3) efeitos da pandemia na organização; 4) dinâmicas organizacionais mobilizadas; 5)

cuidado focalizado na pessoa idosa; 6) atuação nas dinâmicas de resiliência; e 7) desafios organizacionais.

Quanto aos órgãos sociais, o guião foi estruturado em cinco eixos analíticos, especificamente: 1) elementos de caracterização; 2) dinâmicas organizacionais mobilizadas; 3) cuidado focalizado na pessoa idosa; 4) atuação nas dinâmicas de resiliência; e 5) desafios organizacionais.

Também, como instrumento de recolha de dados foi concebido um guião de recolha de dados documentais (Apêndice 1), de modo a perceber características organizacionais e da ERPI (natureza jurídica da organização; ano de fundação; área de atuação geográfica; missão, visão e valores da organização; população alvo da organização; respostas sociais; nº de colaboradores; e principais marcos evolutivos). Para tal, procedeu-se à análise dos dados/documentação disponibilizados no *website* institucional, estatutos/compromisso e regulamentos de cada organização, entre outros, tendo também sido reunida informação disponibilizada pelos interlocutores auscultados.

Em termos dos procedimentos éticos adotados, refira-se que as entrevistas semiestruturadas foram precedidas de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 4) e gravadas por suporte áudio e posterior transcrição. De igual modo se obteve o consentimento informado para a recolha de dados documentais (Apêndice 5).

2.4. Metodologia de análise de dados

Para se proceder à interpretação dos conteúdos e/ou mensagens oriundas das entrevistas semiestruturadas, os dados recolhidos foram submetidos a uma análise de conteúdo, a qual segundo Bardin (2016), traduz:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. (p.47)

Como esclarecem vários estudiosos (Bardin, 2016; Esteves, 2006; Vala, 1986) a análise de conteúdo considera a definição de objetivos, o desenvolvimento do quadro teórico de orientação do estudo em causa, a formulação do *corpus* da análise, bem como a definição de categorias, subcategorias e as unidades de registo, de contexto e de enumeração.

Desta forma, entenda-se que o *corpus* é o conjunto dos documentos que serão objeto da análise de conteúdo. Posteriormente, o *corpus* é sujeito a um “recorte”, ou seja, a triagem das partes do texto que serão analisados.

Por sua vez, as categorias são caracterizadas como “os elementos-chave do código do analista”, assumindo-se como “um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender” (Vala, 1986, pp. 110-111). No estudo esta categorização possibilita metodizar os conteúdos por maneira a consubstanciar o seu conteúdo e intenção em cada entrevista realizada visando a compreensão dos objetivos da investigação em causa, surgindo neste processo a construção de subcategorias, encaradas como inferência das categorias e que se mostram cruciais no processo de codificação/classificação.

A interpretação subjacente à análise de conteúdo e como explica Vala (1986), beneficia de três tipos de unidades: de registo, de contexto e de enumeração.

As primeiras, as unidades de registo, “descrevem o campo semântico do conceito”, sendo caracterizadas como “o segmento mínimo de conteúdo que se considera necessário para poder proceder à análise e coloca-se numa dada categoria” (Vala, 1986, p.114).

As unidades de contexto são caracterizadas como partes de texto retiradas do texto em análise. Deste modo configuram o “segmento mais largo de conteúdo que o investigador examina quando caracteriza uma unidade de registo” (Vala, 1986, p. 115). No caso específico deste estudo, reportam-se às partes substantivas das entrevistas realizadas aos vários interlocutores. Quanto às unidades de enumeração, as mesmas funcionam como mensuração de ocorrência, isto é, “a unidade em função da qual se procede à quantificação” (Vala, 1986, p. 115)

Desta forma procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas tendo sido elaboradas as respetivas grelhas de análise de conteúdo para classificar a informação advinda dos 8 participantes (elementos da Direção Técnica/Serviço Social e dos Órgãos Sociais (Apêndice 9) nas quatro categorias de análise, designadamente: 1) dinâmicas organizacionais mobilizadas; 2) cuidado focalizado na pessoa idosa; 3) atuação nas dinâmicas de resiliência; e 4) desafios organizacionais. No total estas quatro categorias compreendem 35 subcategorias que determinam a substância deste estudo (Apêndice 4).

Contudo, a Tabela 1 sistematiza as categorias e subcategorias aplicadas.

Tabela 1

Categorização da análise de conteúdo

Categoria	Subcategoria
Dinâmicas organizacionais mobilizadas	Atores envolvidos na definição de medidas de prevenção da COVID-19
	Medidas adotadas
	Destinatários das medidas implementadas
	Objetivos das medidas implementadas
	Tipo de apoios que a ERPI recebeu e/ou procurou
	Gestão da informação relacionada com a doença
	Medidas adotadas de forma a antecipar casos positivos
	Dinâmicas de adaptação dos espaços, atividades e regras para visitas ocorridas na ERPI
	Dinâmicas no campo da gestão de recursos humanos
Cuidado focalizado na pessoa idosa	Prioridades que revestiu o cuidado à pessoa idosa durante o período da pandemia
	Envolvimento dos idosos nas dinâmicas prosseguidas dada a situação pandémica
	Garantia do acesso aos cuidados/serviços de saúde
	Dinâmicas a nível dos profissionais/equipas prosseguidas para minimizar os efeitos decorrentes da pandemia junto dos idosos
	Conciliação das escolhas dos idosos em termos da planificação do cuidado
	Novas formas de comunicação em ERPI
	Promoção dos contactos relacionais com familiares/significativos
	Participação das pessoas idosas em atividades significativas
Atuação nas dinâmicas de resiliência	Centralidade dos Órgãos Sociais na resposta da ERPI face à adversidade
	Prioridades que revestiu a intervenção da Direção Técnica em contexto de pandemia
	Atividades profissionais realizadas pela Direção Técnica em contexto de pandemia
	Competências e saberes mobilizados pela Direção Técnica
	Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível da ERPI
	Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível dos recursos humanos
	Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível das pessoas idosas
	Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível dos familiares/pessoas significativas
	Principais dificuldades na intervenção profissional da Direção Técnica durante a pandemia
Desafios organizacionais	Principais dificuldades a nível da ERPI para lidar com a doença da COVID-19
	Formas equacionadas para ultrapassar as dificuldades
	Necessidades a considerar para precaver situações de risco (da doença no futuro)
	Articulação das/com as entidades oficiais
	Níveis que a articulação com as entidades oficiais carece de revestir
	Dificuldades para promover a articulação e contacto entre residentes e rede de suporte
	Restauração da proximidade
	Mudança nas ERPI forma a qualificar o cuidado
Principais elações retiradas da pandemia	

Para melhor referenciar as organizações e relatos dos participantes e sem qualquer intencionalidade de hierarquia ou avaliação procedeu-se à codificação nos termos da Tabela 2.

Tabela 2

Codificação utilizada no estudo

	Organizações da Economia Social	ERPI	Participantes	
			Direções Técnicas	Órgãos Sociais
Codificação	Organização da Economia Social1 = OES1	ERPI1	Diretor/a Técnico/a1 = DT1	Interlocutor Órgão Social1 = OS1
	Organização da Economia Social2 = OES2	ERPI2	Diretor/a Técnico/a2 = DT2	Interlocutor Órgão Social2 = OS2
	Organização da Economia Social3 = OES3	ERPI3	Diretor/a Técnico/a3 = DT3	Interlocutor Órgão Social3 = OS3
	Organização da Economia Social4 = OES4	ERPI4	Diretor/a Técnico/a4 = DT4	Interlocutor Órgão Social4 = OS4

CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1. Caracterização das Organizações da Economia Social e respetivas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Neste primeiro ponto almeja-se caracterizar a amostra ao nível das organizações sociais visadas (i.e., organizações de economia social com estatuto de IPSS ou equiparado) e ERPI integradas em cada uma das organizações (Apêndice 6). Ao mesmo tempo apresenta-se a caracterização das pessoas idosas que residem em cada contexto residencial (Apêndice 7).

A **Organização da Economia Social 1** (OES1) possui uma **incidência** territorial de nível concelhio, constituiu-se como Fundação da Igreja Católica, tendo sido **fundada** nos anos 50 do século XX. Esta entidade assume como **missão** a “preocupação com os outros, através de respostas de âmbito religioso inspiradas na Doutrina Social Católica, de âmbito cultural e recreativo que permitam apoiar grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, o que fundamenta o Princípio da Solidariedade, expresso nos seus Estatutos, assumindo sempre Valores centrados no Ser Humano”³⁰. A par, assume os **valores** da “consolidação e aumento da satisfação do quadro de profissionais da Instituição, apostando na melhoria dos desempenhos individuais e reforço do espírito de equipa contribuindo, na prioridade centrada na Pessoa Humana, na preocupação com os mais vulneráveis e excluídos,

³⁰ Informação consultada no *website* institucional da OES1.

na proatividade, no comprometimento com a comunidade, na identidade própria, na solidariedade/reciprocidade e na Responsabilidade Social”³¹. A OES1 enquadra em termos de provisão social as **respostas sociais** de ERPI, Centro de Dia (CD), Creche e Infantilário/pré-escolar, privilegiando quanto à **população alvo** as pessoas idosas e as crianças (desde a creche ao pré-escolar). A nível de recursos humanos esta **organização**, conta (à data da auscultação) com 104 **colaboradores**. No caso específico da **resposta social ERPI (ERPI1)**, a **data de constituição** remonta à década de 1970, possuindo esta estrutura **capacidade** para integrar 101 idosos (85 vagas ao abrigo do Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, 4 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social e 12 destinadas a vagas extra Acordo de Cooperação). Conta com 82 **colaboradores**.

Ao nível dos **residentes da ERPI**, a maioria da população idosa é do **género feminino** (77,8%), **sendo de** 85 anos a idade média dos residentes (**idade mínima:** 67 anos; **idade máxima:** 102 anos). No âmbito das **habilitações académicas**, a maioria possui o ensino básico. Quanto à caracterização por **graus de dependência**³², a Direção Técnica descreveu aproximadamente 20% dos residentes como autónomos (i.e., idosos totalmente autónomos nas ABVD’s ou que necessitam de apenas supervisão) e 80% como dependentes (desde parcialmente dependentes a totalmente dependentes).

A **Organização da Economia Social 2 (OES2)** engloba o “espaço” concelhio em termos de âmbito territorial, tendo sido **fundada** nos anos 70 do século XX como Associação de Solidariedade Social. A nível de **missão** prosseguida aspira a “promover o bem-estar e a qualidade de vida, pondo-nos sempre no lugar do outro”³³, enquadrando como **valores** os da “ética”, “responsabilidade social”, “competência e profissionalismo”, “tolerância”, “confiança”, “harmonia” e “adaptabilidade”³⁴. A OES2 enquadra em termos de provisão social as **respostas sociais** de ERPI e Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), sendo a **população alvo** as pessoas idosas. A nível de recursos humanos esta **organização**, conta (à data da auscultação) com 95 **colaboradores** efetivos mais cinco voluntários. No caso específico da **resposta social ERPI (ERPI2)**, a **data de constituição** remonta à década de 2010, possuindo esta estrutura **capacidade** para integrar 82 idosos (63 vagas ao abrigo do

³¹ Informação consultada no *website* institucional da OES1.

³² De acordo com a alínea h) do art.º 3 do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, a “dependência” é entendida como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”. <https://bit.ly/3B1wZvx>.

³³ Informação consultada no *website* institucional da OES2.

³⁴ Informação consultada no *website* institucional da OES2.

Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, 7 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social e 12 destinadas a Vagas extra Acordo de Cooperação). Conta com 65 **colaboradores**.

No âmbito dos **residentes da ERPI**, a maioria da população idosa é do **género** feminino (76,9%), sendo de 83 anos a **idade média dos residentes (idade mínima: 51 anos; idade máxima: 99 anos)**. No âmbito das **habilitações académicas**, a maioria possui o ensino básico. Quanto à caracterização por **graus de dependência**, a Direção Técnica descreveu aproximadamente 11% dos residentes como autónomos (i.e., idosos totalmente autónomos nas ABVD's ou que necessitam de apenas supervisão) e 89% como dependentes (desde parcialmente dependentes a totalmente dependentes).

A **Organização da Economia Social 3 (OES3)** possui uma **incidência** territorial de dois concelhos limítrofes, constitui-se como Organização não governamental com estatuto complementar de IPSS, tendo sido **fundada** nos anos 80 do século XX. Esta entidade assume como **missão** “proteger a dignidade humana atuando, através da sua experiência operativa, junto dos mais vulneráveis na defesa da vida e da saúde”³⁵. A par, assume os **valores** da “humanidade”, “imparcialidade”, “neutralidade”, “independência”, “voluntariado”, “unidade” e “universalidade”³⁶. A OES3 enquadra em termos de provisão social as respostas sociais de ERPI, SAD, CD, Creche, Pré-escolar e Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), privilegiando quanto à **população alvo** as pessoas idosas, crianças e jovens. A nível de recursos humanos esta **organização**, conta (à data da auscultação) com 76 colaboradores. No caso específico da **resposta social ERPI (ERPI3)**, a **data de constituição** remonta à década de 2010, possuindo esta estrutura **capacidade** para integrar 35 idosos (24 vagas ao abrigo do Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, 6 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social e 5 destinadas a vagas extra Acordo de Cooperação). Conta com 20 **colaboradores**.

Ao nível dos **residentes da ERPI**, a maioria da população idosa é do **género** feminino (78,3%), sendo de 85 anos a **idade média dos residentes (idade mínima: 52 anos; idade máxima: 102 anos)**. Nesta ERPI verificam-se dois fenómenos interessantes: por um lado, uma pessoa com idade inferior a 65 anos e, por outro lado, e existência de uma residente centenária.. No âmbito das **habilitações académicas**, a maioria possui o ensino básico. Quanto à caracterização por **graus de dependência**, a Direção Técnica descreveu

³⁵ Informação consultada nos estatutos/*website* institucional da OES3.

³⁶ Informação consultada nos estatutos/*website* institucional da OES3.

aproximadamente 10% dos residentes como autónomos (i.e., idosos que são totalmente autónomos nas ABVD's ou que necessitam de apenas supervisão) e 90% como dependentes (desde parcialmente dependentes a totalmente dependentes).

A **Organização da Economia Social 4 (OES4)** engloba o “espaço” concelhio em termos de âmbito territorial, tendo sido fundada nos anos 40 do século XX como Casa do Povo e equiparada a IPSS. A nível de **missão** prosseguida aspira a “prestar serviços individualizados e humanizados de qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua, procurando responder às necessidades e expectativas dos clientes, famílias e comunidade”³⁷ enquadrando como **valores** os da “solidariedade”, “espírito de equipa/sentimento de pertença”, “afetividade”, “profissionalismo”, “qualidade”, “transparência”, “respeito”, “equidade” e “dignidade”³⁸. A OES4 enquadra em termos de provisão social as **respostas sociais** de ERPI, SAD, CD, Creche, Pré-escolar e CATL, privilegiando quanto à **população alvo** as pessoas idosas, crianças e jovens. A nível de recursos humanos esta **organização**, conta (à data da auscultação) com 55 **colaboradores**. No caso específico da **resposta social ERPI (ERPI4)**, a **data de constituição** remonta à década de 1990, possuindo esta estrutura **capacidade** para integrar de 30 idosos (3 vagas ao abrigo do Acordo de Cooperação com o Instituto de Segurança Social, 5 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social e 2 destinadas a vagas extra Acordo de Cooperação). Conta com 16 **colaboradores**.

No que respeita aos **residentes da ERPI**, a maioria da população idosa é do **género** feminino (73,4%), sendo de 85 anos a **idade média** dos residentes (**idade mínima:** 52 anos; **idade máxima:** 98 anos). No âmbito das **habilitações académicas**, a maioria não frequentou a escola (i.e., existência significativa de pessoas analfabetas), com apenas cinco casos de pessoas que frequentaram até ao 3º ano do ensino básico. Quanto à caracterização por **graus de dependência**, a Direção Técnica descreveu aproximadamente 3% dos residentes como autónomos (i.e., idosos totalmente autónomos nas ABVD's ou que necessitam de apenas supervisão) e 97% como dependentes (desde parcialmente dependentes a totalmente dependentes, assumindo os residentes totalmente dependentes especial destaque).

³⁷ Informação consultada no *website* institucional da OES4.

³⁸ Informação consultada no *website* institucional da OES4.

2. Participantes do estudo

Procura-se nesta parte do estudo apresentar elementos de caracterização dos participantes, no mesmo, designadamente dos interlocutores das Direções Técnicas e dos Órgãos Sociais auscultados (Vd. Apêndice 8).

2.1. Caracterização das Direções Técnicas

As 4 Direções Técnicas afetas às OES/ERPI do estudo integram na sua globalidade diretoras técnicas com formação em Serviço Social, sendo que muitas (50%) possuem outras habilitações (Mestrado em Gerontologia Social), como são os casos da Diretora Técnica 1 (DT1) e da Diretora Técnica 3 (DT3), tendo esta última também uma pós-graduação em Gestão de Organizações Sociais. Estas profissionais que informaram acumular as funções de Assistente Social a par da Direção Técnica, apresentam idades que se situam entre os 36 e 47 anos (idade média: 41,5 anos).

Em termos de antiguidade na organização, as participantes informaram ter iniciado a sua atividade profissional nas respetivas ERPI integrantes das OES do estudo., situando-se o período médio de antiguidade nos 14 anos, mediando entre os 11 e 21 anos.

2.2. Caracterização dos Órgãos Sociais

Os participantes dos Órgãos Sociais entrevistados estão afetos como Provedor, Presidente da Direção, Diretora Executiva e Secretária da Direção, exercendo todas as funções a título voluntário. Dos participantes auscultados, 50% são do género feminino e 50% do género masculino, situando-se nos 60 anos a sua idade média (idade mínima: 47 anos e idade máxima: 71 anos).

Todos os envolvidos (OS1, OS2, OS3 e OS4) possuem habilitações ao nível do ensino superior, i.e., de licenciatura (Gestão, Gestão de empresas e Português), estando na organização em média há cerca de 16,3 anos (antiguidade mínima: 12 anos; antiguidade máxima: 25 anos).

3. A Pandemia da COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Na sequência dos relatos e da análise de conteúdo efetuada reporta-se neste ponto, elementos que permitem compreender a incidência da COVID-19 em cada ERPI em estudo (ao nível dos residentes e do capital humano), nomeadamente: n.º de casos positivos;

hospitalizações; n.º de falecimentos e vacinados por dose de vacina. A par, distingue-se a influência da COVID-19 na qualidade de vida dos residentes (funcionalidade vs. dependência para as ABVD's; saúde mental, física e participação; e o contacto com a família/pessoas significativas) e procede-se à descrição dos efeitos da COVID-19 por referência ao capital humano (contratações, baixas médicas e adiamento de férias).

3.1. Efeitos da pandemia em termos de incidência

Ao longo de todo o período pandémico foram notórias as perdas humanas (Yıldırım, 2020; Yüksel et al., 2021), sobretudo em idades mais avançadas. Contudo, à medida que se foi apostando nas medidas de prevenção/controlo da pandemia, acompanhadas do gradual aumento do número de vacinados, o número de agudizações e/ou mortes em lar decaiu acentuadamente.

Conforme analisado no enquadramento teórico, é consensual que a pandemia da COVID-19 acentuou os problemas ao nível da funcionalidade, aumentando a dependência dos residentes de todas as ERPI. Na mesma linha, a saúde mental deteriorou-se, com especial destaque para o acentuar das demências, tendo de um modo geral sido penalizada a participação das pessoas idosas nas várias atividades/dinâmicas do contexto residencial em que (co)habitam. Adicionalmente foi perceptível que a COVID-19 fragilizou a ligação das pessoas idosas em contexto residencial com os seus familiares e/ou pessoas significativas, associando-se a sentimentos de solidão, abandono e tristeza os quais contribuíram para a agudização de diagnósticos de demências e/ou outras patologias a nível mental/cognitivo.

No âmbito do capital humano, foram notórios os esforços desenvolvidos para se assegurar o cuidado das pessoas idosas, tendo resultado dos mesmos baixas médicas e adiamento de férias. Em simultâneo as organizações apostaram na contratação de mais recursos humanos quer de modo direto, quer através de medidas provisórias (ou extraordinárias) de apoio ao reforço dos quadros profissionais.

Como se pode observar na Tabela 3, todos estes episódios foram registados nas ERPI analisadas, com a exceção das hospitalizações e falecimentos a nível do pessoal.

Tabela 3

Elementos relativos aos efeitos da pandemia nas ERPI

Efeitos		ERPI	ERPI 1	ERPI 2	ERPI 3	ERPI 4
		Ao nível dos residentes				
Incidência da doença	N.º de casos positivos COVID-19		84 (em 101 residentes)	60 (em 82 residentes)	32 (em 35 residentes)	26 (em 30 residentes)
	Hospitalizações		3	8	1	1
	N.º de falecimentos		11	7	1	1
	Vacinados por dose de vacina		1ª dose: 100% 2ª dose: 100% 3ª dose: 100% 4ª dose: 98%	1ª dose: 100% 2ª dose: 100% 3ª dose: 90% 4ª dose: 60%	1ª dose: 100% 2ª dose: 100% 3ª dose: 100% 4ª dose: 100%	1ª dose: 100% 2ª dose: 100% 3ª dose: 100% 4ª dose: 96%
Influência da pandemia na qualidade de vida dos idosos	Funcionalidade vs. dependência para ABVD's	“A pandemia acentuou a dependência dos nossos residentes (...)” (DT1) .	“Existiu um aumento da dependência (...)” (DT2) .	“(…) sobretudo na saída dos isolamentos notamos uma agudização das dependências (...)” (DT3) .	“Notamos que os nossos residentes ficaram muito menos capazes nas atividades do dia a dia” (DT4) .	

	Saúde mental, física, participação	“(…) trouxe e acelerou o processo de dependência física e mental dos residentes (...) e consequente menor participação nas atividades” (DT1) .	“(…) estamos a falar da dependência física, mas também cognitiva e mental, que reduziu drasticamente a capacidade de participarem nas atividades (...)” (DT2) .	“(…) estamos a falar de dependências físicas, mas sobretudo mentais (...) e cada vez tinham menos capacidades para fazer coisas” (DT3) .	“As demências acentuaram-se e, os restantes deterioraram-se um pouco mais (...) não só a nível de saúde (...) mas também ao nível das cognições e da aptidão para participarem ativamente nas atividades da instituição” (DT4) .
	Contacto com as famílias	“(…) muito por causa do menor contacto com familiares e exterior” (DT1) .	“(…) sem dúvida que houve redução do contacto com a família” (DT2) .	“Para minimizar as distâncias com as famílias, criamos as videochamadas (...)” (DT3) .	“Foi muito difícil eles lidarem com o afastamento dos seus entes próximos” (DT4) .
Ao nível dos recursos humanos					
Incidência da doença	N.º de casos positivos COVID-19	48 (em 82 colaboradores)	38 (em 65 colaboradores)	20 (em 20 colaboradores)	16 (em 16 colaboradores)
	Hospitalizações	0	0	0	0
	N.º de falecimentos	0	0	0	0

Efeitos associados aos recursos humanos decorrentes da pandemia	Contratações	“Avançamos com algumas contratações (...) e beneficiamos das Brigadas (...)” (DT1) .	“Tivemos de reforçar a equipa (...)” (DT2) .	“Reforçamos com mais pessoal (...) sobretudo com o MAREESS” (DT3) .	“Recorremos ao MAREESS e à Brigada do distrito para conseguirmos aguentar-nos na fase mais crítica (...)” (DT4) .
	Baixas médicas	“Tivemos algumas baixas (...)” (DT1) .	“(…) houve pessoas que ficaram em casa (...)” (DT2) .	“(…) existia sempre muito pessoal a faltar e com baixas (...) foi um caos” (DT3) .	“Tivemos sempre muitas baixas médicas (...)” (DT4) .
	Adiamento de férias	“Infelizmente tivemos que adiar férias (...)” (DT1) .	“Existiu adiamento de férias” (DT2) .	“Tivemos alguns casos de adiamento de férias” (DT3) .	“Pedimos aos nossos colaboradores para adiaem férias (...) e grande parte aceitou” (DT4) .

4. Estratégias de resiliência das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas face à pandemia da COVID-19

Em termos do trabalho analítico procede-se nesta fase do trabalho ao apuramento das dinâmicas organizacionais mobilizadas nas ERPI na sequência da questão pandémica, avançando-se de seguida para a descrição das práticas desencadeadas em torno do cuidado focalizado na pessoa idosa, assim como para a análise do papel da Direção Técnica/Serviço Social nas dinâmicas de resiliência organizacional. Para culminar apresentam-se os resultados que focalizam as lições a reter da “realidade vivida” com o intuito de reforçar a missão das ERPI, o seu funcionamento e a qualidade de vida dos idosos.

4.1. Análise da categoria “dinâmicas organizacionais mobilizadas”

Neste item procede-se à análise categorial das dinâmicas organizacionais adotadas pelas ERPI para enfrentar os desafios advindos da COVID-19, elencando de igual modo em termos de análise os destinatários e agentes envolvidos nas mesmas..

A categoria relativa às **dinâmicas organizacionais mobilizadas** permitiu distinguir em termos de classificação e codificação múltiplas subcategorias (n=9), as quais de seguida se apresentam.

No domínio da subcategoria **atores envolvidos na definição de medidas de prevenção da COVID-19** e tendo por base a análise de conteúdo efetuada, é perceptível (n=8) que a equipa técnica teve “voz ativa” na definição das medidas de prevenção da COVID-19:

“(...) as medidas foram tomadas pela direção técnica e equipa técnica (...)” (DT1).

“As medidas foram definidas e (...) estendidas à equipa técnica” (DT2).

“Os atores fomos todos nós, equipa técnica (...) Nós tivemos que ir adaptando todos em conjunto (...)” (DT3).

“Os atores envolvidos na definição das medidas do plano foram toda a equipa técnica, com um papel muito importante da parte da saúde, ou seja, da área de enfermagem (...)” (DT4).

“(...) Todos os colaboradores foram auscultados (...) equipas técnicas (...) o médico e a enfermagem (...)” (OS1).

“(...) a direção técnica, a equipa multidisciplinar todos eles participaram (...)” (OS2).

“(...) equipa médica, a direção técnica (...) ajudaram a definir o plano de contingência (...)” (OS3).

“(...) a direção técnica, técnicos (...) da instituição. No fundo todos foram envolvidos (...)” (OS4).

Semelhantemente, os órgãos sociais/interlocutores foram mencionados (n=6) como participantes ativos na definição das medidas de prevenção:

“As medidas foram definidas em reunião de Direção (...)” (DT2).

“(...) o presidente da direção que também estava muito envolvido (...)” (DT4).

“(...) nós [Direção] auscultamos as equipas (...)” (OS1).

“(...) toda a gente participou (...) A Direção da instituição (...)” (OS2).

“(...) A direção envolveu-se nas medidas a tomar no Lar (...)” (OS3).

“(...) pois tudo mexeu com toda a estrutura (...) mesmo com a Presidência (...)” (OS4).

Há, ainda a destacar, o contributo (n=3) do envolvimento das cuidadoras (i.e., auxiliares de ação direta) na definição das mesmas medidas:

“(...) e mesmo a equipa de auxiliares da ação direta contribuiu (...)” (DT4).

“(...) E também as cuidadoras (...)” (OS2).

“(...) e com as auxiliares (...)” (OS4).

De salientar que todos os atores anteriormente elencados, definiram medidas de prevenção, consubstanciadas na subcategoria referente a **medidas adotadas**. Deste modo, entre as várias medidas salientadas é de destacar o plano de contingência (n=8):

“De imediato definimos o plano de contingência (...)” (DT1).

“Mesmo antes do COVID começar, já possuíamos um plano de contingência (...) mas tivemos que adaptar o mesmo (...)” (DT2).

“(...) nós fomos sempre nos adaptando e em constante mutação ao nível do plano de contingência” (DT3).

“A nível de medidas tivemos o plano de contingência (...)” (DT4).

“Foram tomadas um conjunto de medidas e ações de forma a definir-se o plano de contingência (...)” (OS1).

“Adotamos o plano de contingência (...)” (OS2).

“Foi discutido o plano de contingência (...)” (OS3).

“Definimos o plano de contingência (...)” (OS4).

Também existiram relatos do recurso a material de proteção, higienização e controlo de sintomatologia:

“Começámos a comprar material e equipamento de proteção e higienização, a redefinir as escalas de serviço (...) havia o controlo de temperaturas diariamente e sintomas e tudo era enviado para a Delegação de Saúde” (DT1).

“Apostamos na desinfeção das mãos (...) Afixamos os panfletos e notas indicativas de higienização em todo o lado, como em todos os quartos dos residentes, na casa de banho dos residentes, nas casas de banho do pessoal (...) Fizemos avaliação de temperatura, obrigatoriedade de máscara de todos os funcionários (...) Havia períodos de isolamento, consoante orientações da DGS (...) Também fizemos encomendas de material de proteção e (...) todos os dias distribuíamos um kit completo com o material de proteção” (DT2).

“(...) mesmo de ser dado a emergência/ calamidade, nós já estávamos a fazer stocks de luvas de máscaras, de gel” (DT3).

(...) nós, à entrada da instituição tínhamos que vestir a farda (...) e usar calçado específico (...) A medição da temperatura, também era uma das medidas (...) Tudo que era material que usávamos aqui para efeito de trabalho com COVID, era higienizado na instituição de acordo com as regras que estavam descritas nos planos de contingência, com temperaturas elevadas” (DT4).

Por sua vez, e no que concerne aos “alvos” das medidas adotadas pelas ERPI – subcategoria, **destinatários das medidas implementadas** -, constata-se que os mesmos foram sobretudo os residentes e colaboradores (n=4):

“(...) para cada pessoa dentro da instituição (...) de forma a sensibilizar todos os intervenientes no circuito da ERPI (familiares, utentes e colaboradores)” (OS1).

“(...) para todos os idosos e colaboradores que entrassem no lar, muito para proteção da casa (...)” (OS2).

“foi um plano de todos (...) para todos (...) sobretudo para os idosos (...) e ao mesmo tempo para os funcionários (...)” (OS3).

“(...) foi transversal (...) para os colaboradores e para os utentes” (OS4).

A par, e quanto aos **objetivos das medidas implementadas** (subcategoria), salienta-se a prevenção e/ou mitigação da COVID-19 em cada ERPI (n=4):

“(...) [o plano de contingência] definiu as medidas, a calendarização e as responsabilidades de cada um (...) permitindo e assegurando que cada um saiba o que fazer nos chamados momentos críticos da pandemia (...) Definindo procedimentos que assegurem o cumprimento das normas e instruções emanadas da DGS (...)” (OS1).

“(.) [o plano de contingência] focou-se muito na não entrada do COVID na casa (...)” (OS2).

“(...) [o plano de contingência] visou impedir que o vírus entrasse cá dentro (...)” (OS3).

“(...) o efeito [do plano de contingência] foi de conter a pandemia e foi muito bem estruturado (...) Claro que com constantes mudanças (...) Foram aplicadas para toda a instituição (...) mas mais voltada para a parte das pessoas mais idosas” (OS4).

Para melhor dar resposta às necessidades de prevenção e proteção, houve recurso a apoios, os quais se classificaram na subcategoria **tipo de apoios que a ERPI recebeu e/ou procurou**. Neste âmbito verificou-se que a totalidade dos entrevistados (n=8) salientaram os **apoios de entidades públicas e/ou oficiais**:

“Inicialmente recebemos apoio da DGS e depois da Segurança Social (...) e também da Cruz Vermelha (...) e a articulação com a Câmara Municipal” (DT1).

“A Segurança Social deu-nos apoio (...) também tivemos apoio pela autarquia (...) ao nível da saúde, tivemos uma reunião presencial com várias pessoas e entidades, como a Saúde Pública, a Proteção Civil, a Segurança Social (...) e pedimos apoio à Força Aérea (...)” (DT2).

“Tivemos algum apoio da Câmara (...) e da Segurança Social” (DT3).

“Tivemos apoio da Câmara (...) depois tivemos da Segurança Social (...) a Junta de Freguesia apoiou (...)” (DT4).

“(...) o Adaptar Social + foi uma mais-valia (...)” (OS1).

“Maior parte das informações vinham por parte da Segurança Social (...) daquilo que abria e das candidaturas a programas de apoio (...) tivemos o apoio do Adaptar Social + (...)” (OS2).

“Houve apoio (...) do Adaptar Social +, da Câmara Municipal (...) da Junta de Freguesia (...)” (OS3).

“(...) candidatamo-nos (...) e recebemos apoio do Adaptar Social + (...)” (OS4).

Paralelamente, os interlocutores auscultados informaram (n=6) que as ERPI receberam também **apoios da comunidade/privados**:

“Tivemos apoio de familiares que se ofereceram como voluntários” (DT2).

“Recebemos alguns donativos de pessoas individuais” (DT3).

“Tivemos muito apoio de empresas locais” (DT4).

“(...) algumas pessoas ofereceram donativos e outras ofereceram-se para comprar coisas, como material de proteção” (OS2).

“(...) houve uma boa sinergia com várias entidades e empresas locais (...)” (OS3).

“(...) Tivemos muito apoio de empresas locais (...) empresas da área têxtil vinham cá entregar máscaras e viseiras (...)” (OS4).

Como se constatou, quer os apoios de entidades públicas e/ou oficiais e/ou comunidade/privados assumiram uma tipologia diversa. Deste modo, todos os interlocutores (n=8) assinalaram ter usufruído de apoio ao nível de material de proteção, higienização e testagem:

“Foi dado apoio ao nível dos recursos de proteção e higienização (...) para fazer testagem (...)” (DT1).

“(...) tivemos testes financiados (...)” (DT2).

“(...) apoiaram-nos com as compras do material e equipamentos de proteção da COVID (...)” (DT3).

“(...) concederam o financiamento de alguns EPI’s (...) apoiou com desinfetantes (...)” (DT4).

“(...) equipamentos de proteção e de higienização (...) e os testes (...)” (OS1).

“(...) estamos a falar (...) essencialmente de material de proteção (...) e também de testagem (...)” (OS2).

“(...) ao nível dos testes (...) dos EPI’s (...) e dos materiais de desinfeção (...)” (OS3).

“(...) alguns EPI’s (...) as máscaras (...) os testes (...) e desinfetantes (...)” (OS4).

Também várias participantes (n=4) destacaram o apoio ao nível da (in)formação e orientações nas ERPI:

“(...) formação e orientação via telefone para gestão da COVID-19 (...)” (DT1).

“Tivemos reuniões e formações em formato online e presencial com várias pessoas e entidades (...)” (DT2).

“Tivemos apoio médico (...) e formação ao telemóvel” (DT4).

“Tivemos o apoio de um médico (...) que nos ia informando e aconselhando (...)” (OS4).

A um outro nível, vários relatos (n=6) sublinham o apoio de cariz tecnológico:

“(...) Arranjaram computadores e tablets” (DT2).

“(...) Financiaram-nos dois tablets” (DT3).

“Ganhámos dois tablets e um computador (...)” (DT4).

“(...) trataram de fornecer tablets (...)” (OS2).

“(...) concederam-nos dois tablets (...)” (OS3).

“Conseguimos que nos financiassem computadores e tablets (...)” (OS4).

Como forma de ajudar a custear algum do material necessário/exigido, destaca-se, ainda, o apoio económico/financeiro (n=4), tendo ainda existido apoios pontuais (n=5), de que são exemplo os relatos abaixo:

“(...) compramos muita coisa, depois pudemos receber o reembolso” (DT2).

“Recebemos (...) cerca de 6.000€ (...)” (OS1).

“(...) possibilitou que tivéssemos o reembolso (...)” (OS2).

“(...) financiamento de alguns EPI’s (...)” (OS4).

“(...) algumas pessoas da equipa foram dormir para um hotel com apoio da arquidiocese (...)” (DT1).

“(...) concederam camas de reserva para se fosse preciso ficarmos cá” (DT2).

“(...) Tivemos alguns donativos em géneros, por exemplo a viseira, os pijamas (...)” (DT3).

“(...) Pessoas que fizeram máscaras e toucas e que vieram cá entregaram-nos” (DT4).

“(...) Apoiou (...) daquela vez (...) com um único garrafão de desinfetante (...)” (OS4).

Outra subcategoria erguida pelo estudo focalizou a **gestão da informação relacionada com a doença**. Neste domínio a totalidade dos participantes (n=8) destacaram a partilha do ponto de situação com os familiares:

“A instituição dava conhecimento dos casos positivos e isolamentos aos familiares” (DT1).

“Procedemos à comunicação dos casos COVID e isolamentos às famílias (...)” (DT2).

“Fomos dando conhecimento dos casos positivos e procedendo à divisão por alas dos positivos e negativos (...)” (DT3).

“(...) diariamente, nós fazíamos contacto com as famílias (...) com os utentes, neste caso com COVID, fazíamos diariamente (...) Logo que houve uma situação confirmada de casos, nós fomos os primeiros a comunicar às famílias e colocámos um comunicado nas redes sociais” (DT4).

“(...) procuramos informar as famílias dos casos positivos (...)” (OS1).

“(...) a prioridade era comunicar o que se passava (...) aos familiares (...)” (OS2).

“As famílias também eram sempre avisadas sobre a situação (...)” (OS3).

“(...) logo que tivemos o surto, fizemos um comunicado nas redes sociais a dar informação da situação (...) Sempre que tínhamos um caso positivo, informávamos as famílias de imediato (...)” (OS4).

Similarmente constam relatos (n=4) alusivos à partilha do ponto de situação com as entidades oficiais:

“(...) estivemos em contacto permanente com a DGS local com vista a solucionar casos pontuais (...)” (OS1).

“(...) havia partilha de informação com a Saúde Pública (...)” (OS2).

“Houve articulação com a Saúde Pública para gerir toda a situação (...)” (OS3).

“(...) procedemos a uma articulação com a Saúde Pública (...) dávamos a estatística dos casos à Saúde Pública” (OS4).

Existiu, ainda, um caso (n=1) de articulação com outras entidades, designadamente ao nível do poder local:

“Procuramos estar em contacto permanente com outras instituições do município (...) para saber o que melhor fazer (...)” (OS1).

Ao abrigo da categoria dinâmicas organizacionais mobilizadas face à doença da COVID-19, os relatos permitiram informar quanto à subcategoria das **medidas adotadas de forma a antecipar casos positivos**, que o material de proteção traduziu uma das vertentes privilegiadas, como informam vários relatos (n=4):

“(...) Reforçamos o uso de equipamentos de proteção e máscara, minimizando qualquer contágio de infeção (...)” (OS1).

“(...) A instituição preocupou-se muito com o material de proteção e com a aquisição de material (...) para ter material disponível, em stock” (OS2).

“(...) sempre procuramos proteger os colaboradores e utentes com o uso intensivo de material de proteção (...)” (OS3).

“(...) fizemos uso intensivo de EPI's (...)” (OS4).

Ao mesmo tempo foi realçada a testagem (n=4) assim como o controlo da sintomatologia (n=4), como exemplificam os relatos seguintes:

“(...) uma das primeiras medidas foi testar toda a gente (...)” (OS1).

“(...) a testagem de todos foi uma constante (...)” (OS2).

“(...) inicialmente (...) medíamos a temperatura a toda a gente (...)” (OS1).

“(...) a sensibilização dos colaboradores para que fizessem o controlo da sintomatologia dos residentes (...) e de todas as outras pessoas” (OS3).

“(...) A equipa de enfermagem fazia a monitorização regular dos sintomas (...)” (OS4).

Neste enquadramento ocorreram ainda todo um conjunto de adaptações nos vários espaços, nas atividades e ao nível das visitas em contexto de ERPI. Tendo por referência a

subcategoria, **dinâmicas de adaptação dos espaços, atividades e regras para visitas ocorridas na ERPI**, o estudo informa que as ações orientadas para a criação/adaptação de quartos/espacos para isolamento profilático e/ou de casos positivos (e.g., criação de alas COVID-19) tiveram lugar em todas as ERPI (n=8) e como se exemplifica abaixo

“As pessoas com COVID foram separadas das pessoas sem COVID, existiram duas alas (...) e aproveitamos que o infantário estava fechado e utilizamos esse espaço para acolher pessoas do LAR (...)” (DT1).

“(...) arquitetonicamente dividimos [o Lar] em duas partes (...) a ala dos casos positivos e a ala das pessoas sem COVID” (DT2).

“(...) tivemos que nos adaptar e fazer aqui uma reestruturação dos espaços, por exemplo do refeitório e dos quartos, tendo criado uma ala COVID” (DT3).

“Estava definida uma ala COVID e uma ala não COVID, estava sinalizado com umas fitas vermelhas, redes em que sinalizámos a partir daí as zonas e os circuitos com setas no chão (...)” (DT4).

“(...) criação da ala COVID para separar casos positivos de negativos (...)” (OS1).

“A instituição adotou os espaços (...) de forma a cumprir com os distanciamentos e isolamento, criando espaço específico para os positivos (...)” (OS2).

“(...) os positivos transitaram para a ala COVID” (OS3).

“(...) tivemos que separar o edifício, fazer uma separação por zonas, a zona COVID e a zona não COVID (...)” (OS4).

Neste seguimento a adaptação derivou também do acolhimento de normas/regras específicas de distanciamento, as quais foram especificamente mencionadas pelos participantes (n=3), e da criação de circuitos e/ou separação dos colaboradores (n=4), de que são exemplo os registos seguintes:

Começamos com alguns cuidados ao nível das atividades, adaptamos as salas (...) fizemos o afastamento dos cadeirões” (DT2).

“Colocámos a nossa entrada ampla, sempre arejada, a pessoa da receção sempre lá presente (...) Exatamente como diria a norma [da DGS], nós conseguimos sempre adaptar o nosso espaço de forma a assegurar o cumprimento da distância entre as pessoas” (DT3).

“(...) não cruzamento dos colaboradores das respostas sociais (...) quem estava em ERPI estava em ERPI, quem estava em centro de dia, em centro de dia e, quem estava nas respostas da infância, na infância (...)” (DT3).

“(...) depois foram criados circuitos de entradas e saídas das famílias e dos colaboradores para não haver cruzamento (...) Criámos também uma nova zona de registo de assiduidade por causa

da questão dos circuitos, porque nós tínhamos um registo de assiduidade com picagem através de biométrico, a entrada da instituição e criámos outro local, dois em simultâneo para que os turnos que estivessem a entrar não se cruzassem com os turnos que estavam a sair, que facilitou nos circuitos das colaboradoras de ERPI” (DT4).

Por forma a conter e/ou prevenir casos COVID-19, vários dos intervenientes informam (n=8) terem existido limitações e/ou restrições a visitas e/ou suspensão de visitas:

“Sempre nos fomos orientando pelas indicações das entidades oficiais (...) pelo que optamos por proibir entrada dos familiares (...)” (DT1).

“Inicialmente pedimos para os residentes não saírem e para os familiares não os virem buscar (...) Contactamos todas as famílias e sensibilizamos as famílias para que viessem para o estreitamente necessário (...) e o número de visitas também pedimos para reduzir (...) em vez de vir a família toda, vinha uma pessoa de cada vez” (DT2).

“Nós suspendemos as visitas quando tivemos que suspender (...)” (DT3).

“Nunca escondemos nada, tentámos ser o mais transparentes possíveis com as famílias (...) e logo que surgiu o COVID cancelamos as visitas (...)” (DT4).

“(…) fechar a ERPI para entrada dos familiares (...)” (OS1).

“(…) a questão da não entrada no Lar ajudou a controlar (...)” (OS2).

“(…) proibimos as visitas no Lar (...)” (OS3).

“(…) suspendemos as visitas no interior da ERPI (...)” (OS4).

Adicionalmente, e como forma de dar resposta à suspensão/limite de visitas, foram frisadas situações (n=4) de visitas através de janelas ou espaços exteriores:

“(…) Desde cedo permitimos que os idosos recebessem visitas através de uma janela construída por iniciativa do senhor Provedor” (DT1).

“(…) A nossa instituição apostou nas visitas à entrada, no vidro da entrada (...)” (DT2)

“(…) Criamos visitas pelo vidro (...) e temos o espaço exterior que dividimos para que estejam separados das famílias” (DT3).

“(…) Depois ao nível das visitas, foi criada uma sala exterior com acesso à parte da sala de convívio para visitas. As famílias nos casos de utentes acamados poderiam visitá-los através do exterior das instalações pela janela dos quartos” (DT4).

Importa salientar que todas estas dinâmicas implicaram uma reconfiguração ao nível da gestão dos recursos humanos. Assim, no que respeita à subcategoria **dinâmicas no campo da gestão de recursos humanos**, o estudo informa que a contratação de pessoas se constituiu como prática generalizada nas ERPI (n=8):

“Procedemos à contratação de pessoal. Também recorremos a uma equipa de voluntários. A equipa de voluntários era qualificada e, portanto, foi a reposta no imediato da instituição” (DT1).

“(…) tínhamos uma abertura ao nível da contratação de pessoal e que com a pandemia tem vindo a aumentar (...) fizemos o reforço da contratação através do apoio do Centro de Emprego, como o MAREESS” (DT2).

“Apoiamo-nos no MAREESS para reforço (...)” (OS3).

“(…) fomos uma entidade que recebeu as brigadas de intervenção (...) também fomos das primeiras instituições a recorrer ao MAREESS (...)” (OS4).

Paralelamente, a capacitação sobre as práticas de proteção e higienização reverteu idêntica prioridade (n=8):

“O lar teve formação na capacitação dos profissionais e dos voluntários (...) de como vestir o equipamento de proteção individual ou tratar um caso COVID (...)” (DT1).

“(…) além das questões gerais, havia as questões específicas, como os casos positivos e que práticas ter, onde a equipa técnica procurava explicar (...)” (DT2).

“Nós tivemos sempre uma formação contínua e mesmo sobre planos de contingência tivemos formação (...)” (DT3).

“A equipa técnica foi fazendo muita formação online para a elaboração dos planos de contingência. Fizeram algumas formações como aplicar as regras e para manter atualizada, porque as regras estavam sempre a mudar (...) Depois fomos fazendo muita formação com as funcionárias (...)” (DT4).

“Tivemos a preocupação em manter os colaboradores devidamente instruídos para o cumprimento do plano [de contingência] (...) como vestir os equipamentos de proteção (...)” (OS1).

“Fez-se muita formação (...) explicou-se tudo, sobre como vestir os EPI’s, como higienizar e desinfetar os espaços (...)” (OS2).

“(…) Formação na área dos EPI’s (...) EPI’s para isolamento (...) formação interna dada pela diretora (...)” (OS3).

“(…) No fundo fomos fazendo sempre formação (...) desde logo que surgiu o COVID (...)” (OS4).

Outra prática referenciada consistiu na motivação dos colaboradores ao nível de compensações materiais e/ou monetárias (n=6):

“Existiu um reforço do salário para quem trabalhasse na instituição durante a fase mais crítica. Houve um incentivo monetário para os profissionais. A instituição pagou a dobrar (...) Nós, com o apoio do Sr. Provedor trazíamos bolos, croissants, pizzas e bebidas para que as funcionárias tomassem o pequeno-almoço, lanche e ceia” (DT1).

“Houve um prémio na altura do surto para quem esteve no terreno (...) No caso das chefias, foram atribuídos uns dias de férias extra” (DT2).

“(...) comprámos e oferecemos uma prendinha e um valor monetário. Elas sentiram-se muito valorizadas e acho que essencialmente esse tipo de estratégias funcionou sempre muito melhor (...)” (DT4).

“(...) Os trabalhadores que ficavam em casa os referidos 15 dias de descanso recebiam na integra o salário e quando trabalhavam 15 dias sem ir a casa (...) recebiam horas extraordinárias (...) a dobrar (...)” (OS1).

“(...) Durante o período do grande surto houve uma compensação (...) um prémio (...)” (OS2).

“(...) Mais tarde foram dados apoios financeiros (...)” (OS4).

Adicionais situações mencionadas reportam-se à (re)formulação operada ao nível dos turnos e equipas (n=4):

“Houve uma redefinição das equipas e de funções (...) Definimos turnos em espelho de 15 dias (...) Eu definia quem ficava na equipa de infetados e quem não ficava, consoante as disponibilidades” (DT1).

“Apostamos em turnos de 12 horas. Só fazia 12h quem podia. Fizemos o levantamento de quem podia e adaptamos os turnos. Decidimos fazer quatro dias de trabalho e quatro dias de folga (...) fazíamos quatro dias de trabalho e depois quatro dias em casa. turnos em casulo” (DT2).

“Começamos a fazer, só ERPI, turnos de 12 horas, em que os funcionários gostaram e continuamos (...) Eles só trabalham 4 dias por semana e esses 4 dias não são seguidos (...)” (DT3).

“Nós tivemos fases em que tivemos turnos de 12 horas (...)” (DT4).

“Foram constituídas equipas de trabalho por períodos de 15 dias (...) Durante o período crítico da pandemia só passaram a existir dois turnos em vez dos três turnos habituais” (OS1).

“Houve reformulação de turnos de 12 horas. Fez-se turnos em espelho (...)” (OS2).

“(...) existiu readaptação, com turnos de 12 horas (...)” (OS3).

“Fizemos trabalho em espelho (...) trabalhavam 12 horas por dia durante uma semana e depois ficavam a seguinte em casa (...)” (OS4).

Nesta contextualização e como forma de limitar os contactos, desencadearam-se em várias ERPI iniciativas associadas à adaptação do trabalho, valorizando as modalidades de teletrabalho (n=4):

“(...) outro turno estava em home office (...)” (DT1).

“Adaptamo-nos ao teletrabalho. Tivemos uma rotatividade na altura do surto (...) Contudo, só ficou em teletrabalho o pessoal da secretaria, os animadores e um elemento da enfermagem” (DT2).

“No período em que tivemos casos COVID, durante um mês e, entre equipa técnica, fizemos teletrabalho de forma alternada (...)” (DT3).

“A nossa organização promoveu o teletrabalho, queríamos que ficasse o mínimo de pessoas no lar (...)” (OS2).

Ao nível da gestão do pessoal, foram consolidadas diversas dinâmicas motivacionais e de responsabilidade/compromisso de liderança (n=4):

“Assumi uma liderança mais motivacional, mais de gestão de pessoas e recursos (...)” (DT1).

“(…) reforçamos a figura de responsável de turno, que é responsável por tudo que se passa naquele turno, ou seja, com a comunicação tanto com a enfermagem, como com a direção técnica (...) Quando as pessoas entram são acompanhadas por uma pessoa definida. Possuímos um plano diário onde distribuimos quem vai fazer o quê e de que forma e à partida sabemos quem é que vai cuidar e quem é que vai apoiar quem” (DT2).

“(…) havia uma pessoa destacada a acompanhar a pessoa que entrava (...) A direção técnica e a equipa de enfermagem assumiram a gestão e apoio do pessoal (...)” (DT3).

“Tentei manter uma relação de empatia com as colaboradoras, acho que foi muito importante pôr-me no lugar delas, dizer que “eu também estou aqui” (...) Tentava colocar-me ao mesmo nível que elas, porque isto é muito importante. Se for necessário eu vou também fazer esse serviço (...) Não havia um dia que saísse e não passasse no lar para saber como iam as coisas” (DT4).

Ainda e, como forma de gestão, motivação e apoio ao capital humano, alguns entrevistados (n=4) referem a criação de espaços de partilha e de apoio, onde também se inclui o apoio psicológico/da psicologia:

“Procuramos ouvir as dificuldades das cuidadoras e apoiar as mesmas (...) E aqui também foi importante o papel da psicologia” (DT1).

“Diariamente criávamos espaços de partilha. Por exemplo, quando fazíamos turnos de 12 horas, fazíamos pausa de trabalho para fazer reuniões e falar sobre as dificuldades, sugestões (...) Nós sempre tivemos passagem de turno e durante o COVID-19 serviu de reforço da comunicação e partilha de dificuldades e de determinadas práticas (...)” (DT2).

“Nós temos um grupo e nesse grupo ao mesmo tempo que serve de informação elas próprias principalmente na altura que houve o tal surto foi muito de partilha das dificuldades, necessidades e preocupações (...) Acho que foi a melhor coisa, foi ter sido criado o grupo” (DT3).

“Tínhamos as passagens de turno (...) tivemos que manter ainda mais nesta fase, pois foi algo muito importante (...) Depois fazíamos momentos de manhã em que íamos todas ao corredor e íamos falar um bocadinho e era um momento em que elas aproveitavam e falavam e muitas vezes alertavam-nos e elas próprias sinalizavam situações de colegas o que era muito interessante (...) Ao mesmo tempo, nós tínhamos pessoas ativas nas redes sociais, que iam partilhando e (...) estavam à vontade para partilhar o que estavam a sentir, o medo (...)” (DT4).

De igual modo, alguns entrevistados (n=7) apontam para a promoção de relações positivas entre pares, chefias e residentes, seja via telefonemas de reforço positivo, seja através da presença, ou até através do reforço positivo e gestos de agradecimento (e.g., homenagem):

“O próprio Provedor veio apoiar, inclusive na mudança de camas (...) Todos os dias a equipa técnica telefonava para os elementos que estavam em casa. A psicóloga (...) encontrava-se em constante contacto com as funcionárias (...) Mesmo quando eu estava lá fora, procurava cuidar de quem estava lá dentro, ligava para lá, para dar apoio emocional” (DT1).

“(...) independentemente da pandemia a nossa casa sempre apoiou o colaborador em tudo o que precisava. Mesmo muitas a nível de medicina que temos aqui a nossa médica na ERPI, e a nível de enfermagem, têm sempre essa liberdade e mesmo nós estamos sempre presentes para elas (...)” (DT3).

“(...) Acho que no dia a dia e o reforço positivo e o “obrigado pela vossa dedicação”, foram muito importante (...) Nós púnhamos publicações no Facebook e com mensagens de agradecimento. Fazíamos muito estas dinâmicas. E depois numa determinada fase eu recorde-me ter proposto à direção fazer uma pequena homenagem às pessoas que estiveram na área do COVID” (DT4).

“(...) com a intervenção das nossas equipas técnicas de psicologia tudo foi positivamente superado (...)” (OS1).

“A Direção fez algumas cartas de encorajamento e a agradecer todo o empenho (...) Algumas vezes fomos ajudar (...) a distribuir as refeições. Podíamos não fazer muito no terreno, mas íamos aparecendo (...)” (OS2).

“(...) Reuníamos-nos com a direção técnica, que era o veículo de informação, para perceber as dificuldades (...)” (OS3).

“Tínhamos uma psicóloga disponível e destacada para apoiar a equipa (...) Houve um acompanhamento da equipa técnica muito próximo (...) Trabalhamos em equipa e eu procurei estar presente, ir à instituição e apoiar (...)” (OS4).

4.2. Análise da categoria “cuidado focalizado na pessoa idosa”

Neste ponto abordam-se as prioridades do cuidado nas ERPI. Simultaneamente, analisa-se como estas estruturas adaptaram o cuidado provisionado às pessoas idosas focalizando o bem-estar, o superior interesse da pessoa idosa e a humanização dos cuidados, atenta a realidade adversa com as quais se confrontaram.

A análise de conteúdo centrada na categoria do **cuidado focalizado na pessoa idosa** integra várias subcategorias (n=8).

Respeitante à subcategoria **prioridades que revestiu o cuidado à pessoa idosa durante o período da pandemia** os relatos destacam ter sido fortemente reforçada a satisfação das necessidades humanas e ABVD's (n=5):

“A missão da instituição era prestar os cuidados aos doentes e estar verdadeiramente com o sentido de compromisso para com todos. Foco nos cuidados básicos (higiene e alimentação) (...)” (DT1).

“Foram os cuidados de saúde e a manutenção das atividades que alguns dos residentes, de forma individualizada, gostavam de fazer. Procuramos assegurar as ABVD's e as necessidades humanas. A pirâmide de Maslow foi aplicada aqui (...)” (DT2).

“O nosso foco foi garantir a satisfação das necessidades básicas. A nossa preocupação foi o bem-estar do utente. É claro que na altura em que houve o surto era a higiene pessoal e alimentação do utente (...)” DT3

“Ao nível dos cuidados, mantivemos o cuidado físico dos utentes (...)” (DT4).

“(...) foi garantir os cuidados básicos aos idosos” (OS3).

Neste seguimento, outro aspeto frisado (n=4) foi a garantia da saúde e/ou da vida:

“(...) procuramos salvaguardar a saúde e a vida dos utentes (...)” (OS1).

“(...) a questão da segurança e da proteção (...) O estado de saúde das pessoas idosas (...)” (OS2).

“(...) A prioridade foi manter a maior segurança possível, garantindo a vida (...)” (OS3).

“A primeira prioridade foi o bem-estar dos utentes e a segurança em termos de não contaminar uns aos outros (...)” (OS4).

Por referência ao cuidado à pessoa idosa foram ainda apontadas preocupações e inerentes ações visando combater o isolamento e/ou promoção do contacto com a família (n=3):

“(...) a promoção do contacto com a família foi fundamental para combater as consequências dos isolamentos (...)” (DT2).

“(...) a parte emocional e psicológica do utente sempre foi muito importante (...) e para tal foi importante o contacto com a família, mesmo que por chamadas (...)” (DT3).

“A questão foi sempre tentar colmatar o isolamento (...) Intensificando as chamadas telefónicas (...) a parte do isolamento e a parte mais psicológica, a parte mais dos medos, o falar e ver as famílias para eles era fundamental. Dava-lhes ali uma esperança (...)” (DT4).

No que concerne à subcategoria **envolvimento dos idosos nas dinâmicas prosseguidas dada a situação** pandémica, foi unânime (n=8) a **explicação** do que acontecia e das dinâmicas a ocorrer:

“Houve uma ação de sensibilização inicial para informar e alertar as pessoas idosas da situação decorrente no Lar, envolvência de todos os idosos para os passos a adotar no âmbito do confinamento. Aqui procurou-se consciencializá-los para os cuidados de higiene, distanciamento, entre outras medidas. E, posteriormente, do desconfinamento” (DT1).

“Procurávamos conversar e explicar o porquê de fazermos diferente (...) Um dos meus papeis foi explicar aos residentes o que se estava a passar. E com as famílias utilizei muito o e-mail e às vezes o telefonema (...)” (DT2).

“(...) Comunicamos sempre aos utentes o que se passava (...)” (DT3).

“(...) aquilo que tentámos sempre fazer foi explicar o que estava a acontecer, os riscos que podiam acontecer, a questão da utilização da máscara, conversando e dialogando com eles (...) muitas vezes mostrando as coisas (...) Houve muita essa preocupação, para que colmatássemos aqui algumas questões, mas sempre tentando envolvê-los (...) E depois íamos tentando fazer ações de sensibilização com os utentes para lhes explicar o que estava a acontecer (...)” (DT4).

“(...) A implementação de medidas anti-COVID (...) causou algum desalento entre os idosos, contudo após longa campanha de mentalização tudo foi possível (...)” (OS1).

“(...) a equipa técnica (...) e os enfermeiros davam as informações e orientações aos idosos (...)” (OS2).

“A equipa técnica procurou sempre comunicar com todas as famílias e com todos os idosos sobre o que ia acontecendo (...) dentro e fora da instituição (...)” (OS3).

“(..) os idosos eram informados. À medida que as medidas iam sendo implementadas, os idosos iam sendo informados do que estava a acontecer (...)” (OS4).

A um outro nível, o bem-estar geral e a saúde das pessoas idosas foram aspetos ameaçados, razão pela qual as organizações em estudo efetivaram a **garantia do acesso aos**

cuidados/serviços de saúde. Para tal, como comprovam os discursos (n=4), foi crucial a articulação com a rede primária de cuidados de saúde:

“Garantimos os cuidados de saúde porque as enfermeiras articulavam com os médicos de família e do hospital” (DT1).

“A nossa equipa de enfermagem tentou sempre articular com o médico do lar (...)” (DT2).

“(...) todos aqueles a que a consulta era adiada e que a nossa médica pudesse fazer no sentido de ajustar medicação ou outra coisa qualquer fê-lo até a altura em que pode a consulta ser remarcada (...)” (DT3).

“O médico ia percebendo se era preciso ajustar a medicação, a equipa de enfermagem teria aqui um papel muito importante” (DT4).

Igualmente, foi salientado (n=4) o recurso à telemedicina como alternativa às consultas presenciais:

“(...) Após o 1º confinamento foram às consultas não presenciais através da telemedicina” (DT1).

“(...) nos casos das idas ao hospital, ou os idosos iam, ou a equipa de enfermagem fazia teleconsulta (...)” (DT2).

“A nossa instituição promoveu as teleconsultas. Aliás, os nossos utentes adaptaram-se muito bem porque até os familiares já faziam muitas vídeo chamadas. Portanto esses meios de comunicação ainda são privilegiados (...)” (DT3).

“Chegou a haver o recurso a teleconsultas (...) chegou a acontecer em várias situações. Nós tentámos estar sempre em contacto com a componente de enfermagem, o hospital e com o médico (...) muitas vezes se fosse necessária alguma coisa, por exemplo relatórios (...) Temos muitos casos em psiquiatria, neurologia em que já adotámos estas medidas para evitar a deslocação dos utentes, os médicos pedem relatórios. Fazíamos muitas vezes a consulta através de teleconsulta. Mas muito em articulação com a equipa de enfermagem” (DT4).

Acerca da subcategoria **dinâmicas a nível dos profissionais/equipas prosseguidas para minimizar os efeitos decorrentes da pandemia junto dos idosos**, vários dos participantes (n=4) sublinharam a vertente do trabalho em equipa multidisciplinar:

“Funcionamos em equipa multidisciplinar dentro do LAR (...) com partilha de experiências e casos em equipa e redistribuição de atividades e tarefas, como as videochamadas” (DT1).

“(...) Fizemos muitas reuniões na rua, reuníamo-nos no jardim e foi assim que tomamos muitas decisões, em equipa multidisciplinar. Algumas vezes procuramos envolver as auxiliares de ação direta” (DT2).

“Nós temos reuniões quase diárias. Há um problema, nós temos que solucionar. Não esperamos para o fim da semana (...) Como trabalhamos todos, todos os dias no mesmo espaço (...) qualquer questão que as auxiliares têm e nos vêm colocar é resolvido na hora com elas e/ou em equipa técnica (...) a equipa técnica reúne-se para novas ideias e novas partilhas, novas formas de funcionamento, formações novas que surjam e para serem discutidas (...)” (DT3).

“A equipa multidisciplinar ia fazendo briefings diários e passava a informação para as auxiliares, sempre com uma boa articulação (...)” (DT4).

Como complemento, ocorreu registo em algumas ERPI (n=2) de grupos de partilha online, designadamente redes sociais:

“Criamos grupos de Whatsapp para partilha de informação (...)” (DT1).

“Nós usávamos muito os grupos nas redes sociais (...) para mandarmos mensagem e reforçar algumas boas medidas (...)” (DT4).

Por seu lado e quanto à subcategoria **conciliação das escolhas dos idosos em termos da planificação do cuidado**, vários discursos informam (n=4) que a planificação do cuidado aos idosos agregou por várias ocasiões uma análise diagnóstica, com base na compreensão dos/pelos interesses, gostos e necessidades dos residentes, que frequentemente se encontram repercutidos no Pano Individual de Intervenção (PII):

“Nós procuramos sempre atender aos desejos dos residentes. Durante o surto foi um desafio muito grande e tivemos de reformular tudo (...) Mas depois do surto conseguimos atender e adaptar o cuidado ao idoso, fomos flexíveis” (DT1).

“(...) o plano de cuidados foi feito de acordo com as necessidades dos residentes. Contudo, com o surto, houve ali algumas mudanças e fases em que, por exemplo as refeições foram todas nos quartos (...). Mas aqui deveu-se aos isolamentos (...) os residentes possuem a sua individualidade e sempre procuramos atender a esses problemas, vontades e necessidades e tivemos de nos adaptar a eles, dentro das limitações (...) Procuramos atender às necessidades, mantendo alguma atividade dentro dos quartos, como levar o jornal, continuar a jogar no Euromilhões, promover o incentivo de determinadas atividades que gostavam (...)” (DT2).

“(...) quando o utente faz a entrada na resposta social, geralmente nós fazemos um diagnóstico e também vemos quais são as expectativas dos utentes. E tentamos adequar todos os cuidados a esse nível (...) E depois construir os planos individuais (...) Que depois vão adaptando-se conforme do tempo que vai passando (...). E vamos moldando ao tipo de dependência do utente, verificamos se o utente corresponde àquela expectativa e ver o que podemos fazer (...) Isso é logo na entrada que vamos construindo e com a pandemia (...)” (DT3).

“Sempre procurámos que as atividades fossem ao encontro dos idosos dos gostos e interesses dos idosos (...) mesmo com os isolamentos, continuamos a ir nos seus quartos, sendo mais individualizada a intervenção e o cuidado” (DT4).

Ainda ao nível da planificação do cuidado existiu registo (n=2) da manutenção das rotinas, ou seja, foi salientado que as ERPI privilegiaram as rotinas dos residentes já existentes:

“Nós temos a rotina para estas idades e para pessoas com demência, que (...) é essencial. Portanto, foi privilegiada esta questão da rotina deles, de forma a que nunca saíssemos da rotina. Não alterámos nada nas rotinas deles (...) conseguimos porque as rotinas foram sempre as mesmas (...)” (DT3).

“(...) mantivemos os horários (...) a questão dos horários foi pacífica porque no fundo já estavam habituados àqueles horários. Por norma não houve grandes alterações (...) e privilegiamos isso (...)” (DT4).

Atinente à subcategoria **novas formas de comunicação em ERPI**, todos os discursos enfatizam o recurso aos meios audiovisuais, radiofónicos e jornais (n=8):

“Recorremos ao apoio da televisão e da rádio para que os utentes estivessem inteirados do que se passava no mundo (...)” (DT1).

“Promovemos o uso da televisão e das tecnologias como forma de companhia e também de informação (...)” (DT2).

“Nós fizemos uso da televisão e da tecnologia (...) também nós compramos o jornal todos os dias e [os residentes] têm a leitura das notícias mais importantes do jornal (...) também temos uma tecnologia que é o Sioslife, onde aparecem os jornais, telejornais e as notícias” (DT3).

“A colocação das televisões nos quartos. Os rádios também em alguns quartos que os utentes pediam muito isso (...) A nível do contacto com o mundo eles mantinham através de rádio, dependia um bocadinho das capacidades e gostos de cada um (...) Temos o jornal de notícias diário, que há idosos que gostam muito de ler o jornal” (DT4).

“(...) cada utente dispunha no seu quarto de televisão que lhes permitiam estar sempre ocorrente dos acontecimentos no país” (OS1).

“Apostou-se nas emissões de televisão (...)” (OS2).

“(...) O jornal continuou a ser comprado todos os dias (...) Os idosos continuaram a ver as notícias na televisão quando e sempre que queriam. Há uma sala com uma televisão e outras atividades e, por isso, os idosos estavam sempre informados de tudo (...)” (OS3).

“Nós não tínhamos televisões nos quartos (...) então, uma das medidas que adotamos foi uma prenda, que foi uma televisão para os quartos dos idosos (...) em todos os quartos colocamos uma televisão (...) ao mesmo tempo (...) recebemos os jornais diariamente, pois temos idosos que adoram ler as notícias (...) e saber o que se passa no mundo (...)” (OS4).

No decorrer da pandemia, embora de forma mais acentuada numa fase mais inicial, as imagens associadas às ERPI eram “demasiado negativas” veiculando o estereótipo de que as pessoas idosas é que eram as “portadoras do vírus”. Igualmente, os *mass media* trespassaram e acentuaram essa visão negativa. Neste contexto, dois relatos (n=2) indicam ter existido uma comunicação cuidada no seio das ERPI relacionada com a desconstrução das notícias e/ou a limitação dos horários de acesso às notícias:

“A própria animadora fazia e faz muito debate com eles das notícias, desmistificar algumas notícias (...) sobretudo aquelas que diziam que os casos eram todos nos lares, que os lares é que estavam mal (...)” (DT3).

“Procurávamos não passar uma linguagem que apelasse ao medo (...) A televisão limitámos um bocadinho o horário das notícias, porque as notícias eram demasiado desanimadoras (...) e eles estavam a ficar com muitos receios, aqueles que tinham uma maior perceção (...) tentámos optar pelos programas mais animados (...)” (DT4).

Ao nível da interação e relações sociais, a COVID-19 foi um grande desafio para as ERPI e penalizador para as pessoas idosas em contexto residencial. A este respeito a subcategoria **promoção dos contactos relacionais com familiares/significativos**, agregou relatos que indicam ter sido transversal a todas as estruturas o recurso aos meios tecnológicos por forma a facilitar os contactos entre residentes e familiares (n=8):

“Promovemos o contacto com as famílias através de conversas via telefone (...) e o recurso a redes sociais (...)” (DT1).

“As videochamadas foi algo fundamental para promover o contacto com as famílias (...) havia as videochamadas com todos (...) Havia um tablet para a zona dos contaminados a outro para as outras zonas (...)” (DT2).

“Aqui recorremos à tecnologia para fazemos videochamadas. Tínhamos um ecrã (...) para fazer as videochamadas e dois tablets” (DT3).

“(...) fazíamos vídeo chamadas e chamadas telefónicas com a frequência que as famílias quisessem, dávamos indicações às famílias de quais eram os períodos que estávamos mais disponíveis e que era mais possível (...)” (DT4).

“(…) também lhes proporcionávamos os contactos via rede fixa e via rede móvel com os seus familiares (…)” (OS1).

“(…) Reforçamos os contactos com a aquisição de tablets (…). A casa já estava mais ou menos equipada, mas houve o reforço dos tablets (…)” (OS2).

“(…) Tivemos tablets (…), telemóveis (…), portáteis (…), para os idosos e aos familiares para o contacto (…)” (OS3).

“(…) fazíamos muitas videochamadas (…). Mesmo ao fim de semana não deixávamos de estar em contacto com os residentes e famílias” (OS4).

Outra modalidade de contacto veiculada por vários relatos (n=4) salienta as visitas à janela e/ou espaços pré-definidos para visitas:

“(…) também promovíamos visitas à janela (…)” (DT1).

“(…) também promovemos visitas nas varandas dos quartos e de alguns espaços definidos (…)” (DT2).

“(…) criamos uma sala com um vidro a meio (…), e outros faziam na janela da varanda (…)” (DT3).

“A nível dos contactos com os familiares nós tínhamos desde as visitas presenciais através do vidro, quer os doentes acamados quer dos outros (…)” (DT4).

No tocante à subcategoria **participação das pessoas idosas em atividades significativas** várias diretoras técnicas (n=4) sublinharam ter atuado no sentido da promoção da autonomia e participação cívica dos residentes:

“Ao nível das atividades e da sua planificação (…), através da conversa conseguimos perceber os interesses (…). Promovemos a participação dos residentes nas várias atividades do lar, ainda que com algumas limitações, tais como o decorrer em grupos pequenos e com o uso de máscara (…). Os idosos sempre decidiram o que querem e o que não querem, por exemplo, que passeios querem fazer e quais não querem” (DT1).

“Sempre tentamos fazer com que os residentes participassem nas atividades da instituição (…). Procuramos falar com as pessoas idosas, auscultámos as mesmas e perceber as queixas e necessidades (…). No ato da admissão faço logo duas questões que faço sempre, que são “O que é que a pessoa gosta de fazer para ocupar os tempos livres” e “O que é que gostava de fazer para ocupar os tempos anteriormente” e logo aí fico com uma ideia da pessoa (…)” (DT2).

“As atividades (…) sempre fomos adaptando aos gostos de cada utente que está cá (…). As atividades são consoantes os gostos e interesses dos utentes. Nós tentamos que eles tenham aquelas atividades como se estivessem em casa” (DT3).

A nível dos utentes (...) a nossa estratégia foi sempre muito pelo que eles querem (...) Sempre de acordo com os interesses, costumes, hábitos e competências de cada um (...)” (DT4).

Paralelamente, vários discursos (n=3) enfatizaram a promoção dos direitos civis, designadamente o direito ao voto, dado que no decorrer da conjuntura pandémica ocorreram dois momentos de voto:

“(...) No que diz respeito aos direitos civis, como o acesso ao voto, a nossa instituição fez a sensibilização sobre a importância do voto e incentivou as saídas ao exterior para votar (...)” (DT1).

“De acordo com os interesses dos idosos (...) deixamos os mesmos sair para, por exemplo, votar” (DT2).

“(...) nós fizemos uma sinalização inicial de aqueles que teriam capacidade cognitiva para votar (...) fizemos o registo (...) Como instituição, havia interesse das equipas virem cá com os folhetos, e colocámos os folhetos no lar, para os idosos que tinham capacidade de ler (...) Eles [residentes] iam lendo as notícias e a animadora ia trabalhando isto (...) nunca lhes foi boicotado, ou seja, sempre votaram e tiveram a informação que na altura foi possível dar (...)” (DT4).

4.3. Análise da categoria “atuação nas dinâmicas de resiliência”

Neste título procede-se à análise categorial da atuação nas dinâmicas de resiliência, destacando-se aspetos associados à relevância dos atores em termos da resposta providenciada pela ERPI face aos desafios suscitados pela pandemia.

A análise de conteúdo focada na categoria **atuação nas dinâmicas de resiliência** permitiu distinguir em termos de classificação e codificação várias subcategorias (n=9).

No âmbito da primeira subcategoria, **centralidade dos Órgãos Sociais na resposta da ERPI face à adversidade**, salientam-se os contributos (n=3) em torno da sensibilização e controlo das práticas de proteção:

“(...) assumimos um papel de sensibilização de toda a comunidade (...) quer ERPI, quer de funcionários (...) para assegurarmos de uma forma eficaz a preparação para possíveis consequências da pandemia (...)” (OS1).

“(...) e demos orientações para que os riscos de contágio fossem minimizados (...)” (OS2).

“(...) [a nossa] atitude foi muito proativa e tomamos medidas muito cedo, o que ajudou à situação (...) estivemos sempre na primeira linha e em sinergia (...) estávamos sempre em prol de um bem maior, que era proteger os nossos idosos (...)” (OS3).

“(...) fomos importantes no sentido de fazer a gestão da situação pandémica (...) de apoio, de retaguarda (...) e de orientar (...)” (OS4).

Por outro lado, foi realçada a importância dos Órgãos Sociais ao nível da sustentabilidade/gestão financeira da ERPI, designadamente no que respeita a contratações, pagamento de salários, aquisição de material de proteção (n=3):

“(…) Também foi pensar nas contas (...) e tentar medir as mazelas que viriam dessa fase complicada, garantir a sustentabilidade da instituição (...) e do pagamento dos salários (...)” (OS2).

“(…) O facto de estarmos presentes ajudou na gestão das compras necessárias (...) Porque era sempre necessário algo, como material, contratação de algum colaborador, havia decisões que tinham de ser tomadas no dia-a-dia. E, a presença diária da direção ajudava que conseguíssemos tomar decisões em tempo útil” (OS3).

“(…) mesmo sem saber se iria haver apoios (...) a Direção foi importante na gestão financeira e na disposição de materiais (...)” (OS4).

Na mesma linha, destacam-se relatos dando conta da importância que revestiu a gestão e aquisição do material de proteção (n=2), assim como os que elevam o apoio ao nível de orientações e/ou dinâmicas de atuação na ERPI (n=2):

“(…) Procuramos sempre garantir o material de proteção necessário (...)” (OS2).

“(…) Tudo o que fez falta, como desinfetantes, material de testagem, material de proteção comprou-se (...)” (OS3).

“Fomos cabeças pensaste importantes nesta fase, pois tentamos dar apoio possível a quem estava no terreno (...)” (OS2).

“(…) íamos tratando de questões legais e resolver casos urgentes (...)” (OS4).

No âmbito da subcategoria **prioridades que revestiu a intervenção da Direção Técnica em contexto de pandemia** é destacado o bem-estar dos residentes (n=4):

“A prioridade foi assegurar os cuidados aos idosos (...) Numa primeira fase focamo-nos mais na questão da satisfação da alimentação e da higiene, ou seja, das necessidades humanas e básicas e na segurança de todos (...)” (DT1).

“(…) ia ter com os residentes e auscultava os mesmos, inclusive com os que estavam contaminados (...) para perceber como estavam (...)” (DT2).

“O meu maior foco foram os utentes, que eles estivessem bem (...) o bem-estar deles” (DT3).

“(…) sempre primei pelo cuidado aos idosos (...)” (DT4).

Outro tópico também bastante salientado (3) prende-se com o bem-estar e motivação do pessoal:

“A prioridade foi manter a harmonia da casa e, para tal, foi necessário ter as pessoas que fazem parte da casa do nosso lado (...) Fazíamos reuniões com as colaboradoras para explicar o que se passava (...) e também conversava com elas via chamada” (DT1).

“Os recursos humanos assumiram destacada prioridade (...) tentei sempre apoiá-los, de forma a que estivessem presentes e resistentes, criando espírito e união de forma a que as coisas decorressem pelo melhor (...)” (DT3).

“O contacto direto diário com as equipas era fundamental, mesmo que por vezes à distância ou até por chamada (...) estou a falar da questão do reforço positivo, o reforço da importância do trabalho delas (...)” (DT4).

Ainda, de salientar casos (n=2) de gestão dos equipamentos de proteção:

“(...) garantir o acesso ao equipamento de proteção e a segurança de todos (...)” (DT1).

“(...) nunca faltar EPI's era a minha prioridade. Trabalhávamos muito a parte preventiva (...) procurei que nunca houvesse falta de informação nas colaboradoras, a informação estar afixada, o plano de contingência atualizado (...)” (DT4).

E, ainda, uma diretora técnica (n=1) que priorizou a comunicação com as famílias:

“(...) priorizamos o apoio e reforço da comunicação via e-mail e chamada para todos os familiares sobre a vacinação, isolamentos, visitas, contactos telefónicos de apoio” (DT4).

Em relação à subcategoria **atividades profissionais realizadas pela Direção Técnica em contexto de pandemia**, os vários discursos destacaram a gestão dos recursos humanos (n=4):

“Durante esta pandemia fui orientadora da equipa, recrutadora de recursos humanos (...) fiz a delegação de tarefas, nomeadamente à encarregada geral, dava indicações cá de fora (...)” (DT1).

“(...) dediquei-me bastante a escalar o pessoal (...)” (DT2).

“(...) a gestão dos profissionais foi algo que me ocupou imenso tempo (...)” (DT3).

“A minha intervenção foi muito idêntica ao que fazia dantes (...) verificar e gerir os recursos humanos (...)” (DT4).

A par, foram também distinguidas como dinâmicas profissionais a promoção de reuniões de equipa (n=4):

“(...) constantemente realizava reuniões de equipa multidisciplinar para debatermos (...)” (DT1).

“(...) as reuniões de equipa técnica eram uma constante (...)” (DT2).

“Promovi reuniões em equipa (...) ainda que em moldes diferentes (...)” (DT3).

“(...) sempre procuramos envolver e convocar reuniões com toda a equipa (...)” (DT4);

Assim como, a gestão dos espaços para isolamentos (n=4):

“Foquei-me na parte operacional da casa (...) especialmente na organização de espaços de isolamento (...)” (DT1).

“Fiz a gestão dos quartos e dos espaços do lar (...)” (DT2).

“(...) fui indicando os espaços possíveis para isolamentos (...)” (DT3).

“(...) a definição que fosse de salas de isolamento e gestão de espaços para a COVID (...)” (DT4).

Contudo, as funções não se limitaram ao contexto interno. Também se desenvolveram na articulação com entidades externas, designadamente com as entidades oficiais, fosse para partilha de ideias, esclarecimento de dúvidas, divulgação de casos positivos, entre outros objetivos (n=4):

“Trabalhei muito em parceria com outras instituições (...) sobretudo estatais (...)” (DT1).

“(...) depois fazia a articulação entre outras instituições (...)” (DT2).

“(...) o contacto com entidades oficiais assumiu muita importância (...)” (DT3).

“O meu trabalho passou muito pelo intercâmbio da comunicação com as instituições (...) A direção técnica é que fazia estes contactos com as entidades externas, fazia a interligação e conciliação (...)” (DT4).

Neste enquadramento de nível funcional as diretoras técnicas mencionaram ainda a atuação desenvolvida em termos de auscultação dos residentes (n=4):

“(...) fiz auscultação individual aos utentes (...) procurei perceber o que precisavam (...)” (DT1).

“(...) diariamente conversava com os idosos (...)” (DT2).

“(...) na nossa instituição foi valorizada a auscultação individual (...) fiz questão de ir pelos corredores (...) e pelos quartos (...) para conversar com os utentes (...)” (DT3).

“(...) sempre procurei perceber com os residentes as datas festivas que lhes diziam algo (...) para planearmos as atividades possíveis (...)” (DT4);

enfatizando de modo idêntico o trabalho no campo da articulação/mediação com as famílias dos residentes (n=4):

“(...) contactos regulares com as famílias (...)” (DT1).

“(...) muito do meu tempo era canalizado para articular com familiares (...)” (DT2).

“(...) todos os dias falava com famílias (...)” (DT3).

“(...) fomentei a comunicação entre os residentes e as suas famílias (...)” (DT4).

No tocante à subcategoria **competências e saberes mobilizados pela Direção Técnica**, destacaram-se por parte de todas as diretoras técnicas (n=4) as competências relacionais:

“(...) Mobilizei competências relacionais e humanas, que são duas competências muito importantes na profissão” (DT1).

“(...) Procurei sempre escutar as colaboradoras (...)” (DT2).

“Tivemos que criar mais empatia (...) o sentimento que estamos disponíveis para todos. Houve uma componente relacional que foi valorizada e criada, seja com utentes, famílias e colaboradores” (DT3).

“Tentei manter uma relação de empatia com as colaboradoras, acho que foi muito importante pôr-me no lugar delas, dizer que “eu também estou aqui” (...)” (DT4).

Ao nível da subcategoria **importância da intervenção da Direção Técnica ao nível da ERPI** sobressaiu dos relatos o papel “motor” assumido por estas profissionais, as quais, efetivaram, em primeira instância, o cumprimento das normas legais (n=6):

“A minha importância passa pela gestão da instituição e cumprimento da legislação (...)” (DT1).

“A direção foi o motor da casa, teve foco na parte operacional da casa (...) cumprir as normas (...)” (DT2).

“(...) a direção fez de tudo para seguir as indicações legais (...)” (DT3).

“(...) Tinha que garantir que a máquina estava a funcionar (...) com a parte legal e cumprimento e atualização constante da legislação, aplicar essa legislação (...)” (DT4).

“(...) o inteirar e aplicar da legislação (...)” (OS2).

“(...) a senhora Diretora estava sempre atenta à aplicação da legislação (...)” (OS4).

Adicionalmente, no seguimento dos aspetos legais, os relatos informam que as Direções Técnicas foram preponderantes na definição do plano de contingência das ERPI (n=6):

“(...) definição do plano de contingência (...)” (DT1).

“(...) elaborei e atualizei várias vezes o plano de contingência (...)” (DT2).

“(...) Tive que trabalhar na definição do plano de contingência (...)” (DT3).

“(…) Manter sempre os planos de contingência atualizados (…)” (DT4).

“A Direção Técnica teve um trabalho muito árduo (… na elaboração de normas e manuais de procedimentos COVID (…)” (OS1).

“A Direção técnica participou no Plano de Contingência (…)” (OS4).

Assinalaram-se ainda respostas, que realçam a ação a nível de articulação interinstitucional (n=2) e intrainstitucional (n=2):

“(…) Fui e sou o elo de ligação, de receber a informação e fazer com que os outros elementos da casa a cumprissem” (DT2).

“(…) a criação de dinâmicas (… e a articulação com outras instituições” (OS2).

“(…) articulação com as entidades externas (…)” (DT2).

“A Direção dá importância ao Serviço Social na ERPI (… Percebemos que é uma profissão que faz a ligação entre os vários setores, entre quem está acima (connosco, a Direção) e entre os vários funcionários (…)” (OS2).

Neste campo, foi também frisado o facto da Direção Técnica possuir uma visão e/ou intervenção holística, com dotação/conhecimento a vários níveis o que permitiu gerir e realizar uma panóplia de aspetos na ERPI (n=1):

“(…) Vemos o papel da Direção Técnica e do Serviço Social como fundamental. A pandemia constatou que o Serviço Social é uma disciplina com formação em várias áreas e que permite, realmente, uma flexibilidade e uma capacidade de gerir um grande número de coisas e de fazer rolar um sério número de coisas (… é uma disciplina muito completa (…)” (OS2).

Quanto à subcategoria **importância da intervenção da Direção Técnica ao nível dos recursos humanos**, surge ressaltado o papel da Direção Técnica na planificação do pessoal e das tarefas (n=4):

“(…) fui importante na planificação dos horários/turnos (… no cumprimento dos rácios do pessoal (… e na definição das funções a exercer (…)” (DT1).

“(…) organizei os turnos, as equipas em espelho (… e as tarefas (…)” (DT2).

“Foi a direção técnica que promoveu dinâmicas de trabalho e orientou o pessoal (…)” (DT3).

“(…) efetuei a gestão dos recursos humanos e as tarefas a realizar (…)” (DT4).

A respeito da ação interventiva no quadro dos recursos humanos, vários relatos valorizam o papel das Direções Técnicas na promoção do trabalho em equipa (n=5):

“Promoção do trabalho em equipa (...) e dos limites de intervenção de cada elemento” (DT1).

“(...) frequentemente promovi reuniões de equipa (...) para trabalharmos em equipa” (DT2).

“A direção técnica promoveu dinâmicas de trabalho em equipa (...)” (DT3).

“(...) promovia muitas reuniões (...) entre as equipas e colaboradoras (...)” (OS4).

“Ela [Diretora Técnica] procurava envolver e motivar toda a gente, partilhar e recolher ideias (...)” (OS4).

Em simultâneo os discursos pontuam a importância da ação a nível da promoção de relações positivas (n=3):

“(...) eu procurei promover relações positivas (...)” (DT1).

“(...) promoção de respeito mútuo e relações positivas na instituição (...) e servir de exemplo de liderança (...)” (DT2).

“(...) a direção técnica procurou unir e motivar o pessoal (...)” (DT3).

Num registo idêntico, os relatos realçam a promoção da capacitação do pessoal, quer no âmbito da sensibilização das práticas de prevenção ou do encaminhamento de/para formação (n=4):

“(...) Tive que organizar e fazer a formação dos EPI’s (...) de como lidar com um caso COVID (...)” (DT2).

“(...) a direção técnica reforçou o uso dos EPI’s, acrescentando a formação (...)” (DT3).

“(...) ajudei a implementar todas as estratégias que eram necessárias, junto com a equipa (...) e arranjei a formação que achava que era necessária (...)” (DT4).

“A direção técnica destacou-se na promoção da formação de toda a equipa de intervenção (...)” (OS1).

Associando-se à capacitação, sublinha-se também a ação no domínio da fiscalização/sensibilização das boas práticas sanitárias (n=2) e a informação prestada às equipas (n=1):

“(...) procurei garantir a sensibilização das boas práticas de higiene (...)” (DT1).

“(...) Era um bocadinho o fiscal em que passava (...) e se visse algum procedimento que não estivesse correto (...) falava logo com a equipa (...)” (DT4).

“(...) manter sempre a equipa informada das alterações (...)” (DT4).

No campo da subcategoria da **importância da intervenção da Direção Técnica ao nível das pessoas idosas** surge desde logo realçada a sensibilização e partilha de informação sobre a situação pandémica (n=4):

“(...) procurei informar os utentes sobre a situação do COVID e sensibilizar para o uso das máscara e desinfeção das mãos (...)” (DT1).

“(...) avisei os idosos sobre os cuidados a ter e sobre o que se passava (...)” (DT2).

“(...) informei os idosos do que se passava na instituição e a promoção das boas práticas contra o COVID e desconstrução de algumas ideias (...)” (DT3).

“(...) sensibilizei alertei os residentes para os cuidados a ter de forma a mitigar a pandemia (...) e fazia constantemente o ponto de situação (...)” (DT4).

Semelhantemente, e sempre numa ótica de articulação com as equipas clínicas, assumiu destaque o trabalho desenvolvido para garantia dos cuidados de saúde dos/aos residentes (n=3):

“Promoção dos direitos dos idosos, como o acesso aos cuidados de saúde (...)” (DT1).

“(...) garantia (...) do acesso aos cuidados de saúde (...) junto da equipa de enfermagem ou articulação com os serviços primários (...) ou hospital (...)” (DT2).

“(...) incentivei tudo o que fossem procedimentos de encaminhamento para os cuidados de saúde ou o hospital (...)” (DT4).

De salientar ainda os registos que elevam a ação profissional vocacionada para a garantia da autodeterminação dos residentes, assente em práticas emancipatórias das liberdades individuais e auscultação (n=2), assim como a natureza holística da intervenção refletida pelo reconhecimento da pessoa idosa como um ser pleno e integral, nas suas várias especificidades e necessidades enquanto ser humano (n=2):

“Promovi a capacidade de escolha dos residentes (...)” (DT1).

“Fiz auscultação individual de forma a perceber o que poderíamos adaptar (...)” (DT3).

“O Serviço Social diferenciou-se de outras áreas através da forma de olhar para o lar e para as pessoas idosas de uma forma global, mais holística (...) e não específica (...)” (DT1).

“(...) com os idosos eu tentei sempre estar lá um bocadinho com eles e olhar para eles além da vulnerabilidade (...) conhecer os idosos (...) e ao nível de cuidados, fazer o melhor pelos utentes (...)” (DT4).

Em relação à subcategoria **importância da intervenção da Direção Técnica ao nível dos familiares/pessoas significativas**, os vários testemunhos erguem a capacidade/aptidão de informar e mediar com as famílias, dando conta de dinâmicas de mudança interna associadas a diretrizes e medidas previstas de ocorrer, entre outras informações específicas a cada residente e/ou rede de suporte (n=6):

“Articular tudo o que se estava a passar na instituição com as famílias, dar conhecimento das medidas a aplicar (...) Funciono como pessoa de referência (...)” (DT1).

“Tive a necessidade de tentar acalmar os familiares quando estavam inseguros e com medo, dando conhecimento do que se passava cá dentro, dos casos COVID e da evolução das medidas (...)” (DT2).

“Fomos a ponto com e entre a família em tudo (...) falámos e informámos sobre as condições de saúde, sobre as questões do COVID e as normas e regras a implementar no lar (...)” (DT3).

“A nível das famílias, havia sempre disponibilidade para atender qualquer familiar em qualquer horário (...) e esclarecer sobre o que se passava e que medidas estávamos a adotar (...)” (DT4).

“Foi muito importante (...) porque a Direção Técnica foi uma ponte entre as famílias e os idosos (...)” (OS3).

“A diretora técnica partilhava todas as informações relevantes com eles através de e-mail, garantindo equidade (...) e fazia a ponte entre residentes e familiares” (OS4).

Por referência às **principais dificuldades na intervenção profissional da Direção Técnica durante a pandemia**, os relatos associados a esta subcategoria indicam que aquelas foram de vária ordem. Deste modo diferenciam-se dificuldades ao nível da gestão emocional (n=4):

“Foi essencialmente a parte emocional (...)” (DT1).

“Vai sempre tocar ao nível da gestão emocional (...) foi muito complicado lidar com as demências, as perdas e, a par, dar apoio ao pessoal” (DT2).

(...) dar apoio emocional e sobretudo gerir a parte emocional (...)” (DT3).

“(...) irmos para casa com esse peso na consciência é um enorme desafio (...)” (DT4);

Na esfera da gestão do pessoal (n=3):

“(...) a gestão de recursos humanos foi extremamente difícil (...)” (DT1).

“(...) a gestão do pessoal foi a parte mais difícil (...)” (DT3).

“O mais difícil foi a gestão dos recursos humanos (...) é sempre o mais difícil (...)” (DT4);

Tendo igualmente sido elencada a complexidade na gestão do material de proteção (n=2), bem como na efetivação da gestão dos isolamentos e contactos de risco (n=1):

“(...) a gestão dos EPI’s (...)” (DT1).

“(...) gerir com a direção a questão dos custos (...) custo de material, dificuldade em ter material necessário e sentia que a minha equipa necessitava e eu não poderia dar (...)” (DT4)

“(...) também foi muito difícil gerir os contactos de risco, isolamentos, entre outros (...)” (DT3).

Semelhantemente, é de destacar um contributo evocando as imagens estereotipadas em torno das ERPI, sublinhando a influência da comunicação social na difusão da imagem negativa e estereotipada das ERPI (n=1):

“Sentíamo-nos abandonados porque depois também havia o estigma dos lares (...) e a imprensa passava uma imagem muito negativa dos lares” (DT4).

4.4. Análise da categoria “desafios organizacionais”

Apresenta-se neste ponto os resultados da análise de conteúdo desencadeada em torno da categoria **desafios organizacionais** a qual agrega várias subcategorias (n=9).

Deste modo e no que concerne à subcategoria **principais dificuldades a nível da ERPI para lidar com a doença da COVID-19** foram recorrentes as dificuldades económicas/financeiras, tal como elucidam os participantes (n=7):

“(...) financeiramente foi-nos difícil (...)” (DT1).

“A questão do dinheiro tem sido sempre um problema (...)” (DT2).

“(...) gerir a questão dos custos (...) o custo do material” (DT4).

“falta de apoios por parte de instituições como a Segurança Social (...) que comprometeram a nossa sustentabilidade (...)” (OS1).

“(...) O grande desafio da Direção tem sido sempre a situação financeira, que não é famosa (...) O dinheiro é gasto quase todo em salários (...)” (OS2).

“O financiamento público fica muito aquém das necessidades (...)” (OS3).

“(...) Houve um pouco de ginástica económica (...)” (OS4).

Outro facto narrado (n=4) consistiu na escassez de pessoal, tendo ainda sido mencionada (n=1) a falta de quartos e/ou espaços para isolamentos:

“(...) há falta de pessoal qualificado (...)” (DT2).

“A nível de recursos humanos houve uma grande dificuldade para fazer a gestão dos mesmos, bem como avançar com contratações (...)” (DT3).

“(...) não conseguimos pessoal para vir para cá trabalhar (...)” (OS2).

“(...) há falta de mão de obra (...) Aqui na nossa zona, a taxa de desemprego é muito baixa (...)” (OS4).

“(...) nós não tínhamos os espaços necessários para os isolamentos (...)” (DT1).

Ao nível das **formas equacionadas para ultrapassar as dificuldades** (subcategoria do estudo), foi fortemente referida (n=6) a importância do apoio/financiamento público:

“Precisávamos de mais apoios públicos (...)” (DT1).

“O financiamento público e a criação de políticas de apoio podem ser uma mais-valia (...)” (DT2).

“(...) os apoios das entidades públicas foram importantes, como por exemplo através do MAREES e do Adaptar Social + (...)” (DT3).

“As linhas e medidas de apoio estatal que foram criadas (...) foram muitos importantes (...)” (DT4).

“(...) não é suficiente o valor que a Segurança Social nos dá por cada beneficiário (...) precisávamos de mais (...) deveria haver o aumento dos Acordos de Cooperação e o aumento do apoio dos Acordos (...) Agora a candidatura ao PRR está-se a fazer-se e, de futuro, pode ajudar (...)” (OS2).

“(...) E pode ser ultrapassado através do concorrer aos apoios [Estatais] que surgirem (...)” (OS4).

Uma outra solução e que pode servir de complemento à possibilidade interior e que foi mencionada por alguns entrevistados (n=3) foi a atualização/aumento das mensalidades:

“(...) uma das formas de ultrapassar isto é o aumento das mensalidades (...) porque é daí que principalmente vem o rendimento (...)” (OS2).

“(...) era importante o aumento das mensalidades e participações (...)” (OS3).

“(...) as mensalidades precisavam de ser revistas (...)” (OS4).

Foi, ainda, sublinhada (n=3) a necessidade de um maior envolvimento dos órgãos sociais das várias ERPI:

“O acompanhamento por parte da Direção é importante (...) também o apoio entre a equipa, o puxarmos uns pelos outros, foi (...) e é algo muito importante (...)” (DT2).

“(...) ter o apoio da direção é fulcral numa resposta social como esta (...) É muito importante estarmos todos em sintonia” (DT3).

“(...) tem que haver uma parte das direções e órgãos sociais estarem mais presentes e conseguirem gerir prioridades (...)” (DT4).

Da análise em torno da subcategoria **necessidades a considerar para precaver situações de risco (da doença no futuro)**, emergem vários direcionamentos. Assim, muitos dos envolvidos (n=7) apontam para a preparação e dotação dos profissionais:

“(...) formação dos profissionais sobre práticas gerontológicas (...) e práticas preventiva da COVID” (DT1).

“(...) deve ser privilegiado o reforço das regras básicas sobre o COVID, de higienização e controlo (...)” (DT2).

“(...) há que apostar em formações (...) sobretudo formações práticas (...) e vídeos formativos” (DT3).

“A nível dos recursos humanos, eu acho que é muito importante reforçar a formação (...) deve ser dada mais formação às colaboradoras (...) de como atuar neste tipo de situação” (DT4).

“(...) A necessidade da formação tornou-se mais evidente (...)” (OS2).

“(...) temos de preparar e apostar nos nossos profissionais (...)” (OS3).

“(...) de futuro, é importante continuar a apostar na formação dos profissionais (...)” (OS4).

Bem como para a reorganização dos espaços residenciais para isolamentos, visitas e atividades, destacando-se a criação de espaços específicos para isolamentos, salas próprias para visitas separadas das salas de atividades/de convívio e/ou a criação de espaços polivalentes (n=7):

“É crucial adaptar os espaços às necessidades dos idosos (...) Nós não tínhamos os espaços necessários para os isolamentos. Entravam e saíam os limpos e sujos de COVID pelo mesmo sítio, pelo mesmo corredor (...)” (DT1).

“É importante considerar-se as condições arquitetónicas dos espaços e das instituições (...) Tínhamos o problema de ter muita gente no mesmo espaço (...) são muitos residentes, muitos funcionários, muitos familiares (...) é crucial a reorganização dos espaços e salas para realização das visitas e de algumas atividades (...)” (DT2).

“(…) Criar espaços específicos para os isolamentos, que não interfiram com as rotinas e dinâmicas da instituição (…) Novos edifícios com projeção de salas específicas para visitas, quartos preparados para isolamentos (…)” (DT3).

“(…) sentimos muita dificuldade pela falta de espaços, salas, falta de locais (…) Não há um espaço polivalente que nos ajude a obtermos aqui salas de isolamento, para separar grupos, termos equipas separadas (…) ao pensarmos nos novos edifícios (…) devia ser pensado (…) As salas de isolamento, termos salas diferentes, mesmo a nível de atividades porque isso depois ajuda-nos a separar grupos (…)” (DT4).

“A questão da reorganização dos espaços também se tornou evidente (…) É necessário haver uma aproximação com a equipa técnica para se perceber as necessidades (…)” (OS2).

“(…) As próprias dimensões das salas e dos espaços dificultam o cumprimento das regras de distanciamento (…) pode ser repensada a separação da sala de visitas das restantes salas (…)” (OS3).

“(…) Queremos (…) resolver problemas de portas e alargar as mesmas por causa das cadeiras de rodas (…) Também temos limitações, falta de salas para atividades (…) e para visitas (…) Os espaços são poucos para salas de isolamentos (…) existe número insuficiente de quartos para isolamentos (…) Temos a necessidade de avançar com a modernização das instalações (…)” (OS4).

Complementarmente, sugere-se (n=4) o reforço das dotações a nível de medidas/material de proteção, designadamente a criação de um *stock* de material e que deve constar no plano de contingência:

“(…) Ao nível do material de proteção (…) é criar uma espécie de stock que guarde material em determinados locais que os responsáveis da instituição conhecem (…) que tenha todo o tipo de EPI's, uma quantidade razoável de cada (…) tal como fomos criando ao longo do tempo (…)” (DT4).

“(…) daqui para a frente temos de repensar formas de financiamento e garantir que dispomos de material suficiente para prevenir situações de contaminação (…)” (OS1).

“(…) vai ser sempre um desafio ter material em stock. A solução passa por investir de forma a ter material em stock (…) A parceria com farmácias pode ajudar (…)” (OS2).

A questão do material de proteção e testagem será sempre difícil de assegurar (…) mas temos de investir (…) Contudo, nos dias de hoje, as vacinas vieram resolver muitas das dificuldades (…)” (OS4).

Foi, simultaneamente, apontada a separação dos espaços das respostas sociais existentes no mesmo espaço/edifício (n=2), existindo também uma sugestão (n=1) em torno da reorganização dos espaços de trabalho e/ou reunião e/ou criação de circuitos:

“(...) Ter balneários para separar as equipas das diferentes respostas, que não se podem cruzar (...) Falta melhorar o espaço da lavandaria, para haver separação de roupas e de pessoal (...)” (OS3).

“(...) Precisamos de melhorar as condições, nomeadamente, que é aquilo que estamos para inaugurar em breve, a criação de um refeitório para os colaboradores de cada resposta (...)” (OS4).

“(...) criação de espaços de reunião e de salas de atendimento mais próximas da entrada, para que não haja necessidade de as pessoas entrarem na instituição” (OS4).

De forma a se atender às necessidades acima elencadas, uma das bases pode ser a **articulação das/com as entidades oficiais** (subcategoria). A referida articulação foi/pode ser importante ao nível da consciência das práticas profissionais e da própria segurança das ERPI (n=7):

“O trabalho em rede deu-nos a consciência das nossas práticas (...) a importância foi saber que não estávamos sozinhos e aquilo que estávamos a fazer fazia algum sentido. E fazia sentido, porque era tudo tão desconhecido, a incerteza das práticas (...) e a articulação com as entidades da saúde foi muito importante” (DT1).

“Nós temos sempre de trabalhar em parceria, seja com autarquia, farmácias, pároco, com a DGS, autoridade de saúde local, centros e unidades de saúde, junta de freguesia, entre outros. Sem eles não conseguimos trabalhar (...) porque eles orientam o nosso dia a dia e a nossa prática (...) Temos as comissões sociais de freguesias e a rede social, pelo que existe interação entre as instituições (...)” (DT3).

“Nós trabalhamos muito bem com elas [outras instituições] (...) Nós aqui no raio da instituição temos mais duas ou três instituições que trabalham na mesma área e houve ali alguma proximidade (...) e também nos apoiaram (...) [o trabalho em rede] deixava-nos mais seguros, porque havia alternativas (...) e apoio (...)” (DT4).

“(...) recebemos muito apoio e informação sobre o que fazer (...)” (OS1).

“As entidades estatais apoiaram-nos e deram-nos indicações de como proceder (...)” (OS2).

“(...) participamos em reuniões com a saúde pública e o centro de saúde local (...) onde participaram outras instituições do concelho (...) e onde se fez partilha de práticas (...) A partilha ajuda sempre toda a gente (...)” (OS3).

“(...) os técnicos da Segurança Social (...) e da Saúde Pública (...) estiveram muito abertos a esclarecimento de dúvidas (...) e a pedidos que fazíamos (...)” (OS4).

Paralelamente, a articulação foi indicada como oportuna para efeitos da comparticipação de equipamento de proteção e testagem (n=6) e no quadro das políticas de incentivo ao reforço dos quadros profissionais (n=1):

“(...) A autarquia, a Segurança Social e a Saúde Pública ajudaram ao nível dos equipamentos de proteção, da testagem e dos isolamentos (...)” (DT2).

“(...) A Câmara deu apoio, quer ao nível de espaços e serviços, quer ao nível de participação dos EPI's (...) a nível de espaços a Câmara também tinha espaços no polivalente e nós sabíamos desses serviços (...) As empresas locais (...) as empresas têxteis (...) deram-nos um apoio enorme numa fase inicial quando havia falhas de EPI's, quer ao nível de máscaras que foram fazendo e viseiras (...) e outros tipos de materiais (...)” (DT4).

“(...) recebemos alguns testes e participação em EPI's (...)” (OS1).

“(...) esta articulação com estas entidades (...) fez com que conseguíssemos testar todos (...) e tivéssemos mais material (...)” (OS2).

“(...) os testes e EPI's chegaram cá (...) numa fase importante (...)” (OS3).

“(...) Tivemos apoio da Câmara na compra dos EPI's (...) A Segurança Social foi outro parceiro social através do Adaptar Social +, que nos deu algum dinheiro para participar testes e equipamentos de proteção (...)” (OS4).

“As medidas do IEFP, nomeadamente o MAREESS (...) foi essencial na gestão dos recursos humanos e reforços de pessoal (...) e podiam criar políticas semelhantes” (OS4).

Considerando a subcategoria **níveis que a articulação com as entidades oficiais carece de revestir** é de realçar de acordo com os participantes (n=3) o facto de as organizações estatais não terem conhecimento das dinâmicas organizacionais, aludindo-se à necessidade de um melhor conhecimento das realidades institucionais por parte daquelas entidades:

“(...) A Saúde Pública não estava habituada a lidar com uma situação destas (...) a este nível de dimensão. Além do mais, não conheciam este lar (...)” (DT2).

“(...) fomos solicitar alguns apoios, mas não houve uma grande abertura (...) nem sabiam o quê e como fazer (...) foi notório o desconhecimento das dinâmicas de cá” (DT4).

“(...) as entidades reguladoras parece que não têm noção do esforço diário que estas instituições (...) que estas pessoas que cá trabalham (...) fazem diariamente (...)” (OS4).

Em consonância, alguns entrevistados (n=3) fizeram alusão aos contratempos de articulação entre as entidades estatais, colocando urgência na melhoria da articulação das/entre as entidades públicas:

“A Segurança Social e a Saúde Pública e a DGS têm um problema de articulação muito grande, porque nenhum se quer sobrepor ao outro (...) Não há interligação entre eles (...) Tivemos problemas sérios e elementares que, no fundo, nós é que tivemos que remediar. E, por vezes, existia informação contraditória” (DT2).

“(...) as críticas que podemos fazer seriam mais ao nível dos serviços centrais (...) porque os apoios chegaram um bocadinho tarde (...)” (DT4).

“(...) essa complementaridade entre organizações do Estado está a falhar (...) está a faltar alguma criatividade e eficácia (...). Às vezes tem-se ideias, mas não se consegue avançar, ou quando se consegue avançar não é algo que nos traga propriamente lucro (...)” (OS2).

Adicionalmente, foi salientada (n=2) a importância do trabalho colaborativo entre organizações sociais, apostando-se na amplificação das equipas técnicas:

“(...) As instituições precisavam de ter o dobro dos técnicos para se fazerem presentes e se fazer um trabalho em rede como deveria como era suposto e haver reuniões com outras instituições sobre partilha de boas ou más práticas (...) Mas as instituições não possuem dinheiro para terem mais gente nas equipas técnicas” (DT3).

“(...) era necessário a instituição ter o dobro (...) ou o triplo de elementos da equipa técnica (...)” (OS3).

Ao nível das **dificuldades para promover a articulação e contacto entre residentes e a rede de suporte** (subcategoria), foi salientada (n=2) a dificuldade de reabertura das instalações/espços comuns às redes de suporte:

“A maior dificuldade vai ser reabrir novamente o lar (...) Os utentes não têm uma sala específica para as visitas. As pessoas mais dependentes recebem visitas nos quartos. Queremos reduzir as visita aos quartos (...)” (DT1).

“A principal dificuldade é a entrada dos familiares na instituição fruto da incerteza que se vive fruto do número de casos” (DT2).

Em plena pandemia, os meios tecnológicos foram um importante aliado. Contudo, grande parte das pessoas idosas possuem iliteracia digital e/ou patologias que dificultam a interação digital, razão pela qual se destaca como obstáculo a iliteracia digital (n=1):

“(...) Nós não temos idosos que saibam usar aparelhos eletrônicos (...) Temos sempre de usar a intervenção de um profissional” (DT3).

Não obstante, pode haver resposta por forma a promover-se o **restauro da proximidade** (subcategoria) entre residentes e rede de suporte (familiar), enfatizando os interlocutores auscultados (n=4) o recurso das tecnologias da informação e comunicação como forte aliado:

“(...) Fazer videochamadas, sobretudo para os familiares que estão no estrangeiro (...)” (DT1).

“(...) essa proximidade tem sido restaurada com as videochamadas (...)” (DT2).

“(...) vimos apostando no uso das tecnologias (...)” (DT3).

“(...) Intensificação das videochamadas, que se transformou mais um hábito (...) Por exemplo, a família se não puder vir visitar pode, pelo menos, fazer uma videochamada (...)” (DT4).

Por outro lado, são deixadas pistas (n=2) para a criação de espaços para concretização de visitas designados para o efeito:

“(...) abrir um espaço de visitas separado das salas de atividades (...)” (DT1).

“(...) Tendo em conta o que a sociedade tem evoluído nos últimos tempos, é de ponderar a sala das visitas serem separadas da sala normal de convívio (...)” (DT3).

De forma a limitar a circulação interna, é ainda sugerido (n=2) o envolvimento da família através de atividades no exterior da ERPI:

“(...) É importante retomar algumas atividades que dantes fazíamos, sobretudo com o exterior (...) e que envolva os familiares (...)” (DT2).

“(...) nós pretendemos retomar essas atividades festivas no sentido de envolver as famílias (...) fazendo atividades no exterior (...)” (DT4).

Por fim, e no âmbito da subcategoria em análise foi destacada (n=1) a promoção de saídas/idas ao domicílio:

“Essa proximidade tem sido restaurada com as idas a casa (...)” (DT2).

A abordagem aos desafios organizacionais orientou também a análise para a compreensão da **mudança nas ERPI por forma a qualificar o cuidado** (subcategoria). A este nível a maioria dos entrevistados salientaram o reforço do pessoal (n=6):

“(...) precisávamos de ter temos de ter o dobro dos recursos humanos” (DT1).

“Relativamente à nossa organização necessito de mais pessoas a trabalhar na equipa técnica (...) pois acredito que podemos desenvolver ainda mais atividades de acordo com os interesses dos residentes” (DT2).

“Nós somos uma equipa pequena, é verdade (...) Nós precisávamos de muitos mais técnicos a trabalhar, somos uma equipa relativamente pequena” (DT3).

“A nível dos recursos humanos eu acho que trabalharmos com rácios mínimos é uma asneira muito grande (...) é um fator que dificulta imenso o nosso trabalho (...)” (DT4).

“Nós queríamos e precisávamos de muitas mais pessoas a trabalhar (...)” (OS3).

“(...) Podíamos alargar a intervenção e reforçar a equipa de enfermagem” (OS4).

Todavia, para além da contratação de mais pessoal, importa, tal como refere um dos participantes (n=1), proceder-se à contratação de pessoal sobretudo qualificado:

“Para o cuidado ser qualificado há a questão da formação e o ter pessoas mais formadas na área da gerontologia (...) e não tanto do aprender por ali e por acolá (...)” (OS2).

Foi ainda sugerida a criação de um plano de acolhimento dos colaboradores por forma a definir os trâmites a seguir aquando da receção de um novo colaborador, acolhendo-o, integrando-o e envolvendo-o nas dinâmicas da ERPI (n=2):

“(...) destaco a criação do plano de acolhimento dos colaboradores (...)” (DT1).

“(...) As noções básicas de como atuar, as noções de colocação e retirar os EPI's, as noções básicas de um plano de contingência, de que há cuidados a ter e há regras que têm de ser seguidas, isso devia já estar pré-definido, estar implementado, quer nos colaboradores que estão cá, quer no processo de integração de um colaborador (...)” (DT4).

O plano de acolhimento pode ser complementado, como também se admite, com o manual/guia de ordens de trabalho, referenciando as indicações de trabalho (n=1):

“(...) Entregamos também no dia da admissão um manual de funções que exigimos. E ultimamente temos criado uma estratégia que é a criação de um dossier com as principais instruções de trabalho acerca da higiene, das refeições (...)” (DT4).

Semelhantemente, de forma a orientar a conduta da intervenção de cada profissional foi destacada, numa partilha, a importância da existência de um código de ética e deontologia profissional (n=1), assim como a importância de incentivar o trabalho multidisciplinar (n=2):

“(...) Temos código de ética e deontologia, que também é entregue na admissão (...)” (DT4).

“(...) há a necessidade de promover o trabalho multidisciplinar (...) fazer com que cada profissional saiba respeitar os limites de intervenção do outro profissional e vice-versa (...)” (DT1).

“(...) É importante sabermos trabalhar mais em equipa (...) algumas pessoas não sabem (...)” (OS3).

Argumentos relacionados com a necessidade de reconhecimento dos profissionais (dadas as condições precárias, salários reduzidos, sobrecarga de trabalho, entre outros aspetos) (n=1), de profissionalização dos Órgãos Sociais (n=1), de formação ao nível das práticas gerontológicas e sanitárias (n=1) e com a aposta na humanização dos cuidados (n=1) foram igualmente destacados como pertinentes para impulsionar a mudança em ERPI de forma a qualificar o cuidado:

“(...) As pessoas que trabalham neste tipo de instituições, com idosos, são muito mal pagas para o trabalho que fazem (...) Elas precisavam de ter um reconhecimento maior (...)” (DT3).

“Se queremos melhorar, é impossível os órgãos sociais de instituições deste tipo ser voluntários (...) depois surgem os conflitos de interesse (...)” (OS3).

“(...) Depois outra coisa muito importante que é a formação in loco (...) o colaborador vai fazendo formação (...) vamo-nos adaptando porque os funcionamentos nunca são iguais (...) Deve existir formação para os colaboradores que estão cá e na fase de acolhimento (...) Formação genérica sobre as práticas gerontológicas, sobre como cuidar de um idoso (...) e sobre o que é uma pandemia e que repercussões pode ter” (DT4).

“(...) Nós [organizações] avaliámos muito pelo resultado e é importante avaliar o ato do cuidado em si (...) pela sua qualidade (...) e de uma forma confortável para a pessoa idosa (...)” (OS2).

No tocante à subcategoria **principais elações retiradas da pandemia** da COVID-19, os discursos valorizam a importância do trabalho em equipa, adiantando que a pandemia reforçou o espírito e trabalho de equipa, sendo esta imprescindível para alcançar determinados propósitos (n=6):

“Só se consegue trabalhar bem, se for em equipa (...) os recursos humanos são importantes no desempenho da função e na instituição (...)” (DT1).

“Percebeu-se que, muitas das vezes, as hierarquias estão demasiado vincadas e, esbateu-se bastante esta questão (...) Contudo, nesta casa, a pandemia reforçou ainda mais o trabalho em equipa, onde toda a gente pôs a “mão na massa” (DT2).

“A pandemia veio reforçar o trabalho em equipa e o espírito de sacrifício (...)” (DT3).

“O reforço de que o trabalho em equipa é a base e que com o trabalho em equipa se podem fazer coisas fantásticas, a parte da colaboração de toda a gente (...)” (DT4).

“Um bom trabalho de equipa define uma equipa vencedora ou o contrário uma equipa derrotada (...)” (OS3).

“O trabalho em equipa foi destacado no decorrer desta pandemia” (OS4).

Num outro sentido, vários dos participantes pronunciaram-se acerca do imperativo que assume a desconstrução da imagem estereotipada das ERPI (n=3):

“Acho importante a família ver como os idosos estão e visitá-los (...) para quebrar o mito que os idosos são maltratados e abandonados (...)” (DT1).

“(...) Ajudou um pouco a limpar a imagem menos positiva associada aos lares” (DT4).

“A sociedade, de forma geral (...) e as escolas (...) deveriam ter maior sensibilidade para a ligação estes espaços como são os lares e formar cidadãos e profissionais preparados e com formação para cuidar e respeitar das pessoas idosas com a devida sensibilidade (...)” (OS4).

Adicionalmente a análise distingue perspetivas (n=2) que defendem a importância das ERPI encararem as famílias como aliadas que consigo cooperaram, o que as torna mais sensíveis às várias dificuldades e ao reconhecimento do trabalho prestado, ajudando a par, a desconstruir as imagens estereotipadas, atrás referidas.

“As famílias acreditavam no nosso trabalho e colaboraram bastante e foram uns parceiros (...)” (DT4).

“(...) aquelas [as famílias] foram muito importantes em todo o processo de colaboração (...)” (OS3).

Do mesmo modo constatou-se (n=2) que a pandemia veio reforçar as relações com as várias entidades, passando as mesmas, designadamente as entidades oficiais, a serem vistas como aliados/parceiros:

“Estreitou as relações com a saúde pública e hoje em dia vamos recorrer mais (...) e não ver só como uma fiscalização, mas como um parceiro” (DT4).

“Nem sempre a Segurança Social tem um papel de fiscalização (...) mas também de acompanhamento, de interligação e de colaboração (...)” (OS4).

No que toca às próprias infraestruturas foi reconhecida (n=2) a existência de instalações/edifícios inadaptados às necessidades quer das pessoas idosas, quer do ato do cuidado:

“(...) Acho que essencialmente já falámos da questão das instalações que há necessidades a esse nível de rever algumas questões, ou seja, numa criação de uma nova instalação (...)” (DT4).

“Foi notório que estes tipos de estruturas não estão preparadas para fazer face e este tipo de desafios (...)” (OS4).

A pandemia veio também demonstrar que as ERPI não estão preparadas para enfrentar situações de imprevisibilidade, como foi o caso da realidade pandémica (n=2):

“Não estávamos preparados [para esta pandemia] e de futuro devemos fazer as coisas de uma forma diferente (...)” (OS4),

“O principal ensinamento é que ninguém está preparado para isto, nem as instituições, nem a Segurança Social, nem o Governo (...) ninguém (...)” (OS4),

motivo pela qual, são evocadas ações adicionais, por exemplo, no campo da atualização da legislação das ERPI (n=2):

“(...) é impossível trabalhar com os números mínimos exigidos pela Segurança Social (...)” (OS1).

“(...) A Segurança Social deveria rever algumas medidas (...) os rácios do pessoal que emanam não são os mais adequados (...)” (OS4).

Outras elações retiradas pelos participantes apontam a, falta de conhecimento/formação para intervir com pessoas idosas (n=1) bem como a importância da adoção de medidas antecipativas (i.e., as ERPI devem já possuir um plano de contingência previamente definido para o caso de um desafio, como foi o caso este da COVID-19) (n=1):

“De forma geral (...) as equipas não estão preparadas nem qualificadas para fazer face às novas realidades sociais e do envelhecimento” (DT1).

“(...) Penso que já deve existir um plano de contingência base com medidas base, com medidas gerais para um caso de uma situação de pandemia (...)” (DT4).

Neste contexto também se reconhece a oportunidade da adoção de medidas preventivas, as quais poderiam ter evitado alguns isolamentos (e.g., isolamento social, físico) que condicionaram a vida das pessoas idosas em ERPI, a vários níveis (n=2):

“(...) quem padece são os idosos, porque houve uns índices de isolamento muito elevados e que irão ter repercussões na qualidade de vida nesta fase final brutais” (OS4).

“Hoje temos um número maior de pessoas sem mobilidade do que aquilo que tínhamos (...) não só pela idade, mas sobretudo pelos isolamentos e uma série de implicações do COVID (...) as perdas das restrições aplicadas são muito grandes” (OS4).

Assim, dinâmicas a elencar (de futuro) para “salvaguardar o cuidado” perante ameaças idênticas podem advir na opinião dos entrevistados, da possibilidade de garantir os serviços de cuidado (n=1), da partilha de boas práticas (n=1) e da valorização do trabalho colaborativo com a comunidade envolvente (n=2):

“Vivemos um período de limitações significativas (...) Hoje acho que já seria diferente (...) Creio que com os devidos cuidados pode-se manter a fisioterapia e outros serviços (...)” (OS4),

“Uma lacuna que existe é o facto de não existir uma entidade que partilhasse e partilhe as boas práticas (...) Surgiram entidades de fiscalização (...) Mas houve um esquecimento da transmissão e valorização das boas práticas (...)” (OS4).

“(...) sozinhos não somos nada (...) precisamos uns dos outros (...) sobretudo das entidades locais” (OS3).

“Foi notória a necessidade de estabelecermos parcerias com a autarquia local e a comunidade envolvente (...)” (OS4).

CAPÍTULO III - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos dados recolhidos procede-se de seguida à interpretação/discussão dos resultados à luz da problemática e dos objetivos da presente investigação.

A) Organizações de economia social, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e públicos idosos

Numa primeira instância importa depreender algumas características das organizações da economia social e das ERPI.

De forma geral todas se enquadram como organizações da economia social (OES), com personalidade jurídica de IPSS ou equiparadas a IPSS, com períodos de fundação compreendidos entre os séculos XVI e XX. Igualmente, a totalidade das OES possui respostas

sociais direcionadas às pessoas idosas, destacando-se as ERPI, constituídas entre os séculos XX e XXI. As ERPI possuem capacidade (média) para acolher 62 pessoas idosas (capacidade mínima: 30 residentes; e capacidade máxima: 101 residentes). Simultaneamente, ao nível da tipologia de acolhimento, dispõem-se em vagas a abrigo do acordo de cooperação com o ISS, vagas reservadas ao ISS e vagas extra-acordo de cooperação. As primeiras assumem destacada oferta, razão que pode evidenciar uma maior procura - pelos públicos idosos e seus familiares – em comparação, por exemplo, com as vagas extra-acordo de cooperação.

Numa segunda aceção importa compreender algumas características dos residentes das ERPI, pois poderão ser preditores do tipo de cuidados a serem prestados.

As pessoas idosas que residem nas ERPI estudadas apresentam em termos etários alguma heterogeneidade denunciando a presença de idosos mais jovens, idosos intermédios e idosos mais velhos (Fonseca, 2006; Riva et al., 2014). Não obstante, de um modo geral predominam as “idades longevas” remetendo a média etária (85 anos) para um perfil de excecionalidade (Luz et al., 2021).

Referentemente às habilitações académicas, genericamente são pessoas com baixos níveis de literacia, predominando a escolaridade a nível do ensino básico (destacando-se a 3ª e 4ª classe do ensino básico)

De uma forma geral, a população idosa afeta às ERPI analisadas apresenta níveis de dependência muito significativos, realidade esta que se mostra em sintomia com a que predomina na generalidade das ERPI em Portugal (GEP/MTSSS, 2020).

As razões apontadas pelas pessoas idosas que desencadearam a sua transição para ERPI, associam-se à falta de retaguarda/disponibilidade familiar para prestação de cuidados, ao elevado grau de dependência do idoso (frequentemente associado a alguma fragilidade da rede de apoio, mas também a patologias como a demência), e à solidão vivenciada.

Quanto à rede de apoio informal/familiar, a mesma é composta na maioria por pessoas viúvas, possuindo um ou dois filhos (e até eventualmente netos), carecendo de se referir a existência de idosos residentes que não dispõem de rede de suporte familiar. Os idosos residentes beneficiam na sua generalidade de visitas, em média, duas vezes por semana (modalidades presencial e videochamadas), sendo que existem também situações de residentes que não usufruem de visitas, por variados motivos.

B) Direções Técnicas e Órgãos Sociais

As diretoras técnicas afetas às organizações estudadas possuem na sua globalidade formação a nível da licenciatura em Serviço Social (entre outra, duas com mestrado),

exercendo cumulativamente as funções de Assistente Social. Acresce que apenas metade das inquiridas possui formação/habilitações académicas na área das pessoas idosas. Possuem idades que, em termos médios, se situam nos 41,5 anos e exercem a sua atividade profissional num período médio de antiguidade de 14 anos.

Os participantes integrantes dos órgãos de governo das organizações (Órgãos Sociais), auscultadas possuem idades que em termos médios se situam nos 60 anos, (em 2 dos casos os interlocutores possuem mais de 65 anos) e exercem atividade há longa data nas organizações em regime de voluntariado.

C) Efeitos da pandemia nas ERPI

A COVID-19 originou inúmeros desafios à sociedade, aos sistemas de saúde e instituições de cuidado de longa duração, como é o caso das ERPI.

O impacto da pandemia nas ERPI foi muito significativo numa primeira fase/vaga da COVID-19 atentos os índices de mortalidade (Klasa et al., 2021), tendo as organizações estudadas também sofrido impactos idênticos a nível de falecimentos. As vacinas anti-COVID-19, que rapidamente foram difundidas pelas várias ERPI, chegando aos seus residentes e aos colaboradores, a par, com várias medidas de prevenção/mitigação, auxiliaram a reduzir o número de hospitalizações e consequentemente falecimentos, realidade esta também vivenciada pelas organizações da presente investigação.

Por outro lado, diversos autores (e.g., Bragança et al., 2021; Guadalupe et al., 2021; Muñoz-Moreno et al., 2020; Yildirim, 2020; Yüksel et al., 2021) advogam que a COVID-19 pode ser um preditor para despoletar problemas ao nível da saúde mental ou, em alguns casos, agravante de diagnósticos demenciais. No estudo, direta ou indiretamente, os isolamentos sociais reduziram drasticamente os índices de sociabilidade entre pares, mas sobretudo entre residentes e familiares/pessoas significativas, repercutindo-se em sentimentos de tristeza, solidão e abandono. Simultaneamente, registou-se uma deterioração do estado de saúde física e mental das pessoas idosas em contexto residencial, acompanhada de uma diminuição dos índices de funcionalidade e/ou agravamento dos seus problemas de saúde, associando-se a dependências significativamente maiores que, por sua vez, também se traduziram em índices de participação inferiores nas dinâmicas e atividades prosseguidas nas organizações.

A intervenção na atual pandemia foi condicionada pela vulnerabilidade das pessoas idosas (Pimentel et al., 2021), designadamente idade avançada, comorbilidades, fragilidade, deterioração da funcionalidade, entre outros aspetos de natureza material, emocional e social

(UMP, 2021), o que pode justificar a aposta na segurança e não-contaminação das pessoas idosas em detrimento da aposta na sua autonomia.

Todos estes factos elencados tiveram efeitos diretos na esfera do capital humano uma vez que se acentuou a sobrecarga de trabalho, havendo necessidade de acautelar o surgimento de focos de infeção por COVID-19. Como evidenciam as investigações (e.g., Yıldırım, 2020; Yüksel et al., 2021), as situações de baixas médicas por esgotamentos (físicos e mentais) e/ou doenças naturais ou profissionais foram uma realidade nas organizações. Consequentemente, com menos pessoal, há necessidade de se proceder com adiamento de férias de quem fica e, na mesma linha, avançar-se com a contratação de pessoal, seja a título definitivo ou apenas temporário, como forma de resposta à emergência vivenciada face à COVID-19.

D) Dinâmicas organizacionais mobilizadas

De forma geral, todas as ERPI em estudo definiram e adotaram medidas de modo a antecipar/prevenir ou resistir/lidar com a COVID-19, as quais foram extensíveis a todas as pessoas que fazem parte das organizações/ERPI e que estão inseridas no ambiente residencial.

No estudo, todas as ERPI debateram e definiram os primeiros passos a adotar, designadamente o recurso ao material de proteção (onde se englobam os equipamentos de proteção individual, máscaras de proteção, entre outros), a higienização dos vários espaços institucionais e o controlo de sintomatologia (medição de temperatura, testagem, entre outros). Juntamente, definiram e divulgaram o plano de contingência (obrigatório consoante o Despacho n.º 2836-A/2020 de 2 de março) destinado aos residentes, colaboradores e quem viesse a entrar em cada ERPI, de modo a saber-se o quê e como fazer, de forma a efetivar-se a prevenção e/ou mitigação da COVID-19 ou até mesmo a lidar com casos positivos.

A par disto, foram sempre prosseguidas as medidas ditadas pelas normas da DGS (e.g., Orientação n.º 009/2020 de 11/03/2020 e suas sucessivas atualizações). Assim, procedeu-se à limitação das saídas dos residentes ao exterior, ao distanciamento físico e adaptação das salas e espaços de forma a cumprir o distanciamento, a higienização, limpeza e desinfeção dos espaços, à criação de circuitos para os vários colaboradores, tendo também existido limitações e/ou restrições das visitas nas ERPI, apostando-se nas visitas através de janelas ou espaços exteriores à ERPI.

Como forma de dar cumprimentos a estas medidas, as ERPI receberam e/ou procuraram apoios múltiplos de várias entidades, como são exemplo as entidades públicas e/ou oficiais (i.e., Autarquias, DGS, ISS), mas também ao nível de privados/pessoas da comunidade. Estes vários tipos de apoio traduziram-se em materiais de proteção, de higienização e de testagem

ou em dinheiro efetivo para aquisição de materiais daquele tipo, mas também se expressaram em termos de informação e formação sobre como melhor enfrentar a COVID-19. Neste último caso, algumas entidades oficiais, como o ISS e a DGS foram determinantes.

Perante casos positivos, as organizações não se confinaram a si e foram partilhando as situações/casos e a sua evolução, quer com as mesmas entidades oficiais, quer com as famílias dos residentes, dando conhecimento a estes das dinâmicas internas e fazendo o constante ponto-atualização da situação.

Contudo, todas as dinâmicas de enfrentamento à COVID-19 exigiram uma reconfiguração no âmbito da gestão dos recursos humanos, em que as ERPI tiveram de (re)adaptar os turnos e as equipas, apostando-se sobretudo em turnos em espelho (i.e., 15 dias a trabalhar e posteriormente 15 dias em casa) e em alguns casos no teletrabalho, de forma a minimizar o risco de contágio, mas também para fazer a gestão dos colaboradores.

Neste âmbito, existiu a necessidade de reforçar as equipas sendo recorrente o recurso a apoios/programas estatais (e.g., MAREESS e as Brigadas de Intervenção Rápida). Em simultâneo, foi crucial a capacitação do pessoal em torno das práticas de proteção e higienização. Aqui promoveu-se a aprendizagem de novas competências, designadas por Zarifan (2001) como “inteligência prática” (cit. por Vasconcelos & Pesqueux, 2017, p.171), as quais permitem, tendo por base conhecimentos adquiridos, transformar os mesmos conhecimentos de acordo com as necessidades adversas observadas (Linnenluecke, 2017) de que é exemplo a realidade pandémica da COVID-19. Estas competências facultaram uma melhor apreensão das situações e neste sentido um melhor desempenho da prática orientada para o cuidado aos idosos.

Perante os desafios que se colocaram aos quadros profissionais, algumas organizações adotaram práticas motivacionais, tais como pagamento a duplicar, dias extra de férias, valores monetários e, ainda, pagamentos em género, como prendas, refeições (pequenos-almoços, lanches, jantares, ceias).

Paralelamente, foi salientada a importância de práticas de liderança, fosse através do apoio motivacional aos recursos humanos, fosse por via da criação de espaços de partilha e de apoio através da comunicação, escuta ativa e partilha em torno das dúvidas e/ou experiência(s) vivenciada(s) (Luz et al., 2021). Em boa verdade, quando as organizações sociais apoiam e são flexíveis (Donoso et al., 2021), criando oportunidade de participação e envolvimentos dos seus colaboradores (Gonçalves et al., 2021), estes tendem a uma melhor adaptação face à adversidade e a melhor desempenhar o ato de cuidar dos idosos. Esta

realidade mostrou-se presente no estudo, como vários entrevistados (DT1, DT3, DT4, OS1, OS2, OS3 e OS4) realçaram.

E) Cuidado focalizado na pessoa idosa

A pandemia da COVID-19 veio instigar as ERPI, e o cuidado às pessoas idosas, exigindo a (re)adaptação das disposições e práticas subjacentes ao cuidado (e.g., Luz et al, 2021), de uma forma geral.

No estudo, os contributos de todas as diretoras técnicas (DT1, DT2, DT3 e DT4) a par de outro participante (OS3), vieram descrever a intervenção das ERPI focadas no bem-estar, salientando que, em primeira instância, a procura da satisfação das necessidades humanas e o fomento das ABVD's, a par da garantia à vida/saúde dos residentes, foram uma constante. Os aspetos relativos à preservação da saúde, alimentação e higiene foram valorizados em muitas circunstâncias em detrimento das vertentes materiais, emocionais e sociais dos idosos (UMP, 2021), dados os imperativos pandémicos. Com efeito, a necessidade de imprimir dinâmicas organizacionais de prevenção e mitigação da COVID-19 intensificou a padronização dos horários e das rotinas, as quais sabemos que banalizam as construções sociais em torno dos contextos residenciais (e.g., Barenys, 1993; Goffman, 2008).

Embora a COVID-19 viesse interferir com as liberdades individuais e a autodeterminação das pessoas idosas em contexto residencial (dado que se privilegiou a segurança em detrimento daquelas), ao mesmo tempo revelou o imperativo de valorização da pessoa, o foco nas suas necessidades individuais, gostos, desejos e expetativas como prioridade (Guimarães, 2012; Rogers, 2009; Xiang et al., 2020).

A valorização da pessoa na perspetiva de Rogers (1967; 2009), a qual se configura como terapia centrada na pessoa, sugere que o profissional crie com o seu cliente uma relação terapêutica baseada na horizontalidade, priorizando uma intervenção com base na igualdade e cooperação, adotando uma linguagem clara e objetiva. Assim, o respeito pela pessoa, autodeterminação e aceitação incondicional são três dos pilares da perspetiva de Rogers.

Neste sentido, algumas ERPI efetivaram uma intervenção ultrapassando uma visão assistencialista, com o intuito de abarcar as necessidades e novas prioridades do cuidado centrado na pessoa, associando-se a lógicas de intervenção humanizadoras, atentas aos interesses dos idosos, enquadrando-se nestas lógicas as práticas que visaram combater o isolamento social, através da promoção do contacto com a família/pessoas significativas. Embora tendo sido inicialmente limitadas pelas normas aplicadas de limitação de entradas, o recurso às tecnologias foi capital para auxiliar nesta questão da promoção do contacto.

Tal como sugere a terapia centrada na pessoa de Rogers (1967; 2009), é fulcral promover uma linguagem clara e objetiva, aos mesmo tempo que as decisões devem ser partilhadas entre/para com o(s) residente(s). Do mesmo modo, nas ERPI analisadas foi constatado que, perante os ajustes organizacionais decorrentes da pandemia, as mesmas visaram envolver os idosos nas dinâmicas prosseguidas, sobretudo através da explicação do que decorria ao nível de adaptação dos espaços, das atividades e das visitas/entradas, afirmando ainda a necessidade do uso de matérias de proteção, quer por via de reuniões de grupo ou conversas individuais.

Visando o alcance das necessidades individuais e expetativas das pessoas idosas, fruto das morbilidades e comorbilidades, o cuidado com a saúde, especificamente a garantia do acesso aos cuidados/serviços de saúde foi muito importante. Como forma de garantir esses cuidados houve uma intensificação da articulação com a rede primária de cuidados de saúde em conjunto com uma aposta no recurso à telemedicina.

Neste seguimento, de forma a minimizar os efeitos da COVID-19 e discutir a práticas de intervenção em prol do cuidado aos residentes, foi destacado o trabalho em equipa multidisciplinar, para facilitar a partilha de ideias e experiências, para apoio à tomada de decisões sobre procedimentos a adotar, novas formas de funcionamento e distribuição de atividades e tarefas, como das videochamadas. Complementarmente existiu a apropriação das redes de comunicação digital (i.e., redes sociais como *Whatsapp*, *Facebook* e *Messenger*) potenciando a criação de grupos de partilha de informação e/ou reforço de medidas.

Em termos interventivos e tal como sugerem as correntes humanistas e práticas facilitadoras das liberdades e direitos humanos, os “momentos” da candidatura, admissão/acolhimento e a vivência/acolhimento em contexto residencial, suscitam e são suportados, como refere uma das entrevistas (DT3), por um diagnóstico social de cada idoso e pela construção do Plano Individual de Cuidados (PIC), orientado por objetivos que procuram ir ao encontro de interesses, gostos, expetativas e necessidades de cada idoso (Lopes, 2021). Assim, o Plano Individual de Intervenção (PII), que daqui resulta é definidor das intervenções de cada área disciplinar (de toda uma equipa multidisciplinar ou interdisciplinar), estipulando os problemas identificados, objetivos a alcançar, estratégias a aplicar e o prazo para alcançar e/ou efetivar a reavaliação de cada caso/situação.

No decorrer da conjuntura pandémica, as pessoas idosas ficaram limitadas ao nível do conhecimento e comunicação com o mundo que as rodeava, pelo que se destacaram os meios audiovisuais (i.e., a televisão), a rádio e, ainda, os jornais e revistas. Todos funcionaram como

meios para manter as pessoas idosas atualizadas. Porém, numa primeira fase as imagens associadas às ERPI eram exuberantemente danosas, muito pelo facto de os primeiros surtos serem identificados em organizações desta natureza e posteriormente divulgados pelos *mass media*, rotulando os idosos em ERPI-Lares como “portadoras do vírus”, o que ao mesmo tempo constituiu fonte de preocupação para os idosos. Atentos estes aspetos, duas diretoras técnicas (DT3 e DT4) informaram ter adotado uma comunicação cuidada. No primeiro caso, as equipas técnicas procuravam debater e desmistificar as notícias que iam trespassando nos noticiários em torno das ERPI. No segundo, foi limitado o acesso à televisão no horário das notícias, optando-se por outros programas que não acentuassem possíveis pensamentos negativos.

Identicamente registaram-se limitações ao nível da interação e contacto com os familiares, muito em parte decorrentes das medidas preventivas e restrições a visitas e entradas/saídas em ERPI. É, então, capital promover a conquista e/ou reforço de laços afetivos com as famílias/pessoas significativas, a exploração dos múltiplos sentidos da vida que o COVID-19 veio limitar, assim como a promoção da qualidade de vida, bem-estar e felicidade a que todos têm direito numa vida em sociedade democrática (Almeida, 2012).

Nesta lógica, grande parte das organizações adaptaram-se através das visitas à janela e/ou espaços pré-definidos no exterior ou fora dos espaços comuns da ERPI. Paralelamente, apostou-se na tecnologia a qual mostrou ser uma aliança para a promoção do cuidado (Ayalon et al., 2020; British Geriatrics Society, 2020; Davies & Cheung, 2022; Gečienė, 2021; HIS, 2020; Javadi et al., 2020; Kuzanar, 2020), tendo viabilizado a estimulação/manutenção do contacto com familiares e pessoas da rede de proximidade dos idosos através das várias modalidades tecnológicas/digitais (chamadas/conversas telefónicas, videochamadas, mensagens, entre outras). Em simultâneo, este auxílio das TIC facilitou a manutenção das rotinas espirituais/religiosas (e.g., reforçando as emissões de rádio, televisão ou em formato online).

Quando abordamos a manutenção das rotinas, não nos podemos olvidar da participação das pessoas idosas em atividades significativas, em que elas devem ser os protagonistas nas decisões, efetivando-se a promoção da autonomia e participação cívica. Um exemplo específico foram os momentos de eleições que decorreram no país, tendo várias participantes (DT1, DT2 e DT4) sublinhado ter consolidado a garantia dos direitos civis, designadamente ao nível do direito ao voto, quer através da consciencialização, informação, inscrição ou articulação com a rede de suporte primária dos idosos.

F) Atuação nas dinâmicas de resiliência

A atuação nas dinâmicas de resiliência envolveu toda a estrutura de modo direto ou de forma mais indireta. No geral, os Órgãos Sociais não tiveram intervenção direta, tendo-se sobretudo destacado pela sensibilização e controlo das práticas de proteção e higienização de forma a minimizar os riscos de contágio. Ao mesmo tempo, com base nos seus discursos (e.g., OS2 e OS3), foi possível perceber que concederam orientações ao nível das dinâmicas de atuação das equipas. De outro jeito, destacaram-se pelo facto de garantirem a sustentabilidade das ERPI, designadamente ao nível da gestão do material e das compras necessárias ao nível do material de proteção contra a COVID-19, de desinfeção e testagem, assim como ao nível do pagamento de salários e contratação de pessoal de forma a suprimir as carências intensificadas.

No caso da Direção Técnica/Serviço Social, desde o iniciar da pandemia que se encontra na “linha da frente” de resposta aos múltiplos desafios colocados às ERPI. De uma forma geral, as diretoras técnicas procuraram seguir e dar cumprimento às normas legais específicas das ERPI (e.g., Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, focando-se nos pressupostos do Serviço Social que visam o bem-estar (IASSW & IFSW, 2021) dos residentes, encarando-o como prioritário e sensibilizando os colaboradores face à problemática das pessoas idosas e às necessidades específicas em época pandémica. De forma acrescida houve responsividade no que toca às dinâmicas de proteção e prevenção dos contágios/doenças na organização, efetivando estas profissionais a respetiva coordenação e sensibilização das intervenções dos demais profissionais e respetivas práticas de prevenção, controlo e higienização. Como conferem os vários testemunhos (DT1, DT2, DT3 e DT4), essa coordenação e supervisão concretizou-se no terreno, em reuniões de equipa(s) e em grupos de redes sociais (e.g., *Whatsapp*, *Facebook* e *Messenger*). Apesar disso, as Direções Técnicas focaram-se mais na parte operacional das ERPI, acentuando-se a importância da gestão dos recursos humanos, e inerente planeamento dos mapas e horários de férias, bem como dos mapas de isolamentos e do pessoal. A par foi também privilegiado o bem-estar e motivação dos colaboradores face aos desafios acentuados na pandemia e relacionados com desgastes físicos e mentais, doenças e infeção por COVID-19, o que também que dificultou a gestão do pessoal e, por vezes, o cumprimento legal dos rácios definidos na Portaria n.º 67/2012.

É sabido que a pandemia veio desafiar a intervenção social, exigindo ao Assistente Social o desenvolvimento de uma compreensão holística, integrada e inclusiva (e.g., Guimarães, 2012) da(s) pessoa(s) e das ameaças e oportunidades (fatores externos) relativos

aos vários “ambientes/contextos” que configuram a intervenção das ERPI. Tendo por base os pressupostos do Serviço Social, as diretoras técnicas procuraram garantir a autodeterminação dos residentes, fomentando práticas emancipatórias das liberdades individuais, promovendo a participação ativa e a autonomização das pessoas (IASSW & IFSW, 2021) idosas por via das possíveis dinâmicas organizacionais, o que ocorreu através de reuniões e/ou através da auscultação individual, baseando-se esta na tolerância ativa e nos pressupostos do respeito pelo outro e do exercício da cidadania (APSS, 2018 e 2021).

Perante cenários de sofrimento e com o intuito da sua superação podem ser criadas as condições, ao Serviço Social, para gerar mudanças indutoras da minimização de intervenções protecionistas das pessoas mais velhas, bem como de diluição de disparidades sociais (Cox, 2020), apoiando por exemplo, o residente e a família na adaptação à situação de adversidade e, por vezes, de perda/luto. Neste sentido e de acordo com Carmo (2021) o cenário pandémico reforçou a necessidade do Serviço Social integrar outras áreas do saber e do fazer, ou seja, atuar em lógicas multidisciplinares e interdisciplinares e, por outro lado, contruir um saber transdisciplinar próprio do Serviço Social, de modo a construir uma identidade cognitiva, operativa e deontológica de atuação.

Por outro lado, como aludido nas entrevistas das várias diretoras técnicas e recuperando o enquadramento teórico (Bragança et. al, 2021; Cardoso et. al, 2020; Novais et. al, 2021), constatou-se que estas profissionais estiveram presente na definição dos planos de contingência; na partilha e cumprimento de diretrizes/orientações emanadas de entidades superiores, na explanação acerca das medidas sobre a COVID-19 (e.g., formas de transmissão e prevenção), quer para os colaboradores, quer para residentes e famílias. Também a divulgação e promoção de comportamentos/práticas de segurança entre colaboradores visando atenuar a COVID-19; a definição dos modos a seguir face a casos positivos e/ou de isolamento profilático na ERPI, bem como a definição das salas e espaços para isolamentos contaram fortemente com a sua colaboração. Importa adicionalmente mencionar que a mediação da instituição com as famílias e comunidade(s), para efetivar o trabalho em rede, fosse com parceiros oficiais (e.g., DGS, IEFP, ISS), locais (e.g., Câmara Municipal, Comissão Social de Freguesia, Junta de Freguesia), ou com a comunidade em geral (outras instituições, pessoas privadas, entre outros) beneficiou da sua ação.

De salientar que toda esta gestão intrainstitucional e articulação desencadeada entre os vários sistemas sociais, a que acresceram dinâmicas de ação para minimizar perdas de autonomia, o acentuar das dependências e o confronto com casos de falecimento, traduziu-se

em dificuldades emocionais para residentes e colaboradores (onde se incluem as próprias Direções Técnicas). Aqui foi capital a promoção de relações positivas assentes em práticas de respeito mútuo, entreajuda e motivação, acompanhadas da capacitação dos colaboradores.

Para todos estes efeitos, e tal como salientado por todas diretoras técnicas, as competências relacionais e humanas foram muito importantes, tendo-se baseado em lógicas de escuta ativa, cooperação, partilha e empatia para com os colaboradores, residentes, familiares, caracterizando também a relação com outros agentes/ instituições (nacionais e locais) e comunidade em geral. A este respeito não pode negligenciar-se que a intervenção e compreensão holística do Serviço Social, fomentada pela formação inerente a esta área disciplinar possibilita o desencadear da ação reflexiva e intervenção face à complexidade que perpassa as organizações sociais (Luz, 2019). Paralelamente, o conhecimento em termos de legislação e acerca das políticas públicas e sociais que os Assistentes Sociais possuem pode funcionar como mais-valia e auxiliar na definição de prioridades a tecer para toda a organização e residentes.

G) Desafios organizacionais

No campo dos desafios organizacionais a nossa reflexão foi dividida nos seguintes âmbitos: organizacional e estrutural; colaboradores; residentes e rede de suporte familiar; e entidades oficiais e comunidade.

No âmbito organizacional e estrutural:

Com a pandemia as dificuldades económicas e/ou financeiras das ERPI exacerbaram-se. Para tal contribuíram os esforços adicionais para aquisição de material de proteção, de higienização e desinfeção e de testagem. Contudo, grande parte das organizações concorreram a programas de financiamento (e.g., Adaptar Social +) que mais tarde reembolsaram alguns custos. A par disso, acentuaram-se as despesas com salários (reforço das equipas), pagamento de horas extraordinárias e subsídios de risco e/ou turno. Todavia, existiu financiamento público e/ou medidas provisórias de apoio à contratação e de reforço das equipas (e.g., Brigadas de Intervenção e MAREESS). Na generalidade a realidade pandémica veio demonstrar que as “margens de manobra das organizações” são diminutas sob o ponto de vista económico ou financeiro, para acautelar circunstâncias imprevisíveis, incertas e pautadas pela complexidade. As questões da profissionalização de elementos com responsabilidade acrescida (e.g., pertencentes aos órgãos sociais) nas organizações é um fator que em muito

contribui e poderá contribuir para a maior robustez organizacional e de enfrentamento de ambientes incertos, como se sublinha no estudo (OS3).

Em termos organizacionais, ou seja, da estrutura, a falta de quartos e/ou espaços para isolamentos ou até para possíveis agudizações de residentes constituiu um adicional desafio. Motivado por este desafio, mas também considerando os desafios que hoje se colocam face ao envelhecimento, importa como se reconhece (OCDE, 2017), que os espaços residenciais possam ir sendo erguidos conciliando as condições e influências arquitetónicas (e.g., portas largas para pessoas que se mobilizam em cadeira de rodas e passagem de pessoas, rampas de acesso aos vários espaços, elevadores) com as necessidades dos públicos idosos. Face a constrangimentos como os que a pandemia ergueu, a criação de espaços específicos para isolamentos, salas próprias para visitas separadas das salas de atividades/de convívio no sentido de facilitarem e incentivarem o contacto dos residentes com as suas famílias traduzem compartimentos que as organizações devem equacionar, em termos prospetivos.

Ainda no que concerne à organização dos espaços, advoga-se como oportuna (OS4) a criação de salas de reuniões e atendimentos mais próximas da(s) entrada(s) para que fiquem distantes das zonas comuns, evitando entradas desnecessárias no contexto residencial.

Ainda que estes aspetos não se mostrem ainda equacionados (e.g., legislação) a pandemia da COVID-19 pode ser o mote para se agir neste sentido. Tal como referem alguns entrevistados (DT2, DT4 e OS4) torna-se importante existir por parte das entidades oficiais/públicas (e.g., DGS, ISS, Saúde Pública), uma maior sensibilidade e entendimento das dinâmicas dos contextos residenciais: sobre quem lá é cuidado, sobre quem cuida e sobre quem cuida de quem cuida. Adicionalmente e como se realça (DT2, DT4 e OS3) pela articulação ineficaz entre as mesmas entidades oficiais/públicas, onde é recorrente a sobreposição de respostas e informação, existindo entre essas mesmas entidades informação paradoxal, acompanhadas pela ineficácia e morosidade. Não obstante, dois participantes (DT3 e OS3) deixam a pista da aposta efetiva no trabalho colaborativo entre organizações da Economia Social, apostando-se no trabalho em rede e na amplificação das equipas técnicas. Aliás, um dos municípios a que pertence uma das organizações a estudo promoveu reuniões de trabalho em rede, envolvendo várias ERPI do concelho de forma a debaterem-se estratégias de atuação face à COVID-19. Assim, como os princípios emanadores da rede social referem possibilitou “a constituição de novos tipos de parcerias entre entidades públicas

e sociais, objetivando a promoção do desenvolvimento social integrado³⁹”, neste caso específico naquele município. Mais, além da partilha de dinâmicas de trabalho, serviu de alavanca de suporte emocional.

No âmbito do capital humano:

Ao nível do capital humano, foi comumente evidenciada a extrema dificuldade em captar novas pessoas, facto este que se acentua quando se trata de pessoal qualificado. Sublinhe-se a este respeito que a criação de mecanismos de apoio para a contratação atípica, vem sendo identificada como urgente para a contratação de capital humano para o ato de cuidar (UMP, 2021).

Esta é, contudo, uma questão que se apresenta complexa. O facto de estas, serem entidades de mão de obra intensiva faz com que muitas das vezes a necessidade de preencher lacunas de pessoal minimize preocupações a nível de qualificações e/ou competências. Por outro lado, também existem situações de pessoas que procuram trabalho em contexto residencial meramente por necessidade e não por vocação/gosto. A este nível, Tronto (2010) advoga que “as pessoas que sofrem de discriminação social tornam-se mais facilmente trabalhadoras no sector dos cuidados, pelo facto de serem mulheres, menos qualificadas, desempregadas ou por serem imigrantes”, pelo que existe grande propensão para que o trabalho de cuidados seja “determinado pelo género, classe, raça e nacionalidade” (cit. por Gil, 2020, p.3).

Perceber o que está a desencadear a falta de interesse da sociedade ingressar neste mercado gerontoinstitucional, pode residir em justificações diversas, designadamente: contratuais e/ou materiais, físicas/arquitetónicas e motivacionais.

Equacionando o estudo e os interlocutores auscultados (OS3 e DT3), existem condicionantes de ordem contratual e material, tais como a falta de reconhecimento e desvalorização dos profissionais, que se refletem nos salários auferidos (mínimo ou próximo) que podem servir de justificativa. A este propósito Tronto (2010, cit. por Gil, 2020, p.3) refere mesmo que “o trabalho de cuidados é desvalorizado socialmente e, por isso, subestimado, em termos de valor social e económico”. Por outro lado, como destaca o estudo de Gil (2020) existem condicionantes associadas às condições de trabalho, tais como a necessidade de trabalhar por turnos, a par da pouca disponibilidade para trabalhar nesse registo, fruto das

³⁹ Vd, Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de junho do Ministério Do Trabalho e Da Solidariedade Social, que regulamenta a rede social. <https://bit.ly/3RrEcM7>.

novas dinâmicas societais no mundo ocidental contemporâneo que valoriza outras questões além do trabalho e salário em dinheiro. Importa, então, atentar a questões alusivas às tabelas salariais, efetivação de contratos, prontidão na concessão de benefícios sociais, flexibilidade de horários e promoção de formação (Gil, 2020).

Importa também frisar as condições arquitetônicas e dos equipamentos dispostos no âmbito do trabalho que são elencadas na literatura. Tal como os relatos destacam (DT4 e OS4), muitas ERPI não estão adaptadas às necessidades efetivas existentes ao nível envelhecimento do século XXI, muito menos dos tempos futuros. Como exemplo, é de destacar a falta de material para ajudar nas transições dos residentes, portas sem largura suficiente, falta de balneários com as condições dignas, refeitórios sem o devido espaçamentos, entre outros. Isto obriga a que muitas das vezes os colaboradores tenham de se esforçar o dobro, pegar em altas cargas o que origina cansaço, doenças e desmotivação.

Por sua vez, as dinâmicas a nível motivacional (e.g., valorização e gratificação pelo trabalho, reforço positivo, espaços de partilha, comunicação facilitada, dias de folga, dias de férias adicionais pelos bons cuidados prestados) são outros fatores considerados em vários estudos (Gečienė, 2021; Gil, 2020; Luz et al., 2021; Martins & Pinto, 2021; Pimentel et al., 2021), e que também de um modo geral foram mencionados pelos entrevistados. Com efeito, se em algumas organizações são adotadas tarefas de motivação, noutras, peca-se pela sua ausência. Cabe neste sentido destacar, a liderança e a promoção da comunicação interna constante, de forma clara e transparente, favorecendo a troca de conhecimento(s) e de experiência(s). Importa, pois, e de acordo com a literatura reforçar a importância nestes aspetos de forma a serem incentivados novos padrões relacionais, de comportamento e de trabalho (Vasconcelos & Pesqueux, 2017), promovendo o bem-estar e criatividade/improvisação dos colaboradores (Zolli e Healy, 2012), tornando-os cooperantes e envolvidos nas dinâmicas institucionais (i.e., como agentes pensantes, ativos, envolvidos e não meramente executivos). Também como demonstra o estudo de Gonçalves e colaboradores (2021), o capital humano tende a readaptar-se e a prosperar continuamente no trabalho, mesmo quando aqueles recursos se deparam com situações desafiantes como a do COVID-19.

A par disto, como salientado pelos entrevistados, é crucial continuar-se a apostar na dotação dos profissionais, seja ao nível das práticas de proteção e sanitária, seja ao nível das práticas de cuidado às pessoas idosas, dotando-as de competências técnicas, mas também ao nível de formação teórica em torno das várias patologias, da dependência e dos diagnósticos

demençiais, conhecimento este que pontua a favor da melhor compreensão orientada para o cuidado aos idosos em ERPI (Infante, 2016).

Adicionalmente, e tendo por base os contributos deste estudo (DT1 e DT4), pode ser importante a adoção de novas estratégias no âmbito dos recursos humanos, designadamente a criação, implementação e divulgação de um plano de acolhimento dos colaboradores por forma a definir os parâmetros a seguir aquando a receção de um novo colaborador, acolhendo-o, integrando-o e envolvendo-o nas dinâmicas da ERPI e destacar uma pessoa como facilitador de todo este processo, tal como se preconiza nas orientações de certificação por qualidade. Por referência ao estudo a elaboração e adoção de um manual/guia contemplando as ordens de trabalho, e várias indicações e sugestões de atuação na *práxis* profissional, suportadas pelo código de ética e deontologia profissional e assente nas lógicas emancipadoras e humanistas (e.g., Rogers, 2009) traduz um exemplo de boas práticas de como deve decorrer a intervenção em contexto residencial, verbalizado por uma das interlocutoras (DT4).

Não pode deixar de se mencionar que com frequência subsistem colaboradores neste tipo de organizações que não conhecem a sua missão, dinâmicas e, sobretudo “não conhecem” (i.e., numa ótica compreensiva) os residentes de modo a envolvê-los na definição dos atos de cuidado. Deste modo potenciar o conhecimento da história, missão, visão, valores e realidade institucional mostra-se pois decisivo para estimular um trabalho que se quer qualificado e ao serviço do cuidado.

No âmbito dos residentes e rede de suporte familiar:

No que diz respeito ao contacto entre os residentes e a rede de suporte, o desafio maior mostrou-se associado às instalações da ERPI e espaços comuns. Alternativas sugeridas sobre esta matéria (DT1 e DT3) advogam o repensar de espaços insulados das zonas comuns designados para o efeito de visitas ou, até, promover o envolvimento das famílias pela abertura de atividades no exterior da ERPI (e.g., nos jardins, espaços públicos, eventos dinamizados pelo município e abertos à comunidade, entre outros), podendo ainda e com uma intenção mais pragmática, efetivar-se a promoção de saídas/idas ao domicílio pessoal e/ou familiar.

Por sua vez, com o apoio das tecnologias da informação e comunicação (TIC) essa limitação decorrente da pandemia pode ser minimizada e, em parte, ultrapassada. Aliás, mesmo antes da pandemia existiam idosos em contexto residencial que não beneficiam de

visitas de familiares/pessoas significativas, ora por abandono/falta de interesse ou por motivos de (e)migração. No último caso, a pandemia com o auxílio das TIC veio recordar que a distância não serve de justificação e que é possível a manutenção dos contactos. Aliás, a pandemia veio criar esta alternativa de contacto que não era prática nas ERPI, mas que a mesma veio exacerbar e acelerar. Apesar disso, a baixa literacia digital dos idosos dificulta estas “relações”, pelo que importa às equipas terem profissionais com competências digitais de forma a facilitarem e promoverem os contactos dos idosos com aqueles que lhes são próximos. Neste domínio a aposta no Plano de Ação para a Educação Digital 2021-2027⁴⁰ pode resultar num contributo importante para o reforço das ERPI.

Por fim, importa compreender os familiares como aliados e nunca como “obstáculos” ou dificultadores. Aliados na perspetiva que podem ajudar a melhorar as práticas/ ações menos bem conseguidas. De igual modo podem complementar a intervenção das ERPI, na medida em que estas não se podem subsistir às famílias. Esta aliança reverte também grande relevância porque permitir conhecer melhor o residente, a sua história de vida, as suas vivências, os seus gostos, facilitando aos profissionais do cuidado a definição do PIC⁴¹ e do PII, com vista à humanização do cuidado e tendo no seu cerne a pessoa (García & Romero, 2012) idosa.

No âmbito das entidades oficiais e comunidade:

A pandemia da COVID-19 veio despoletar preocupações várias em torno das ERPI (e.g., número de infeções e falecimentos por COVID-19; inexistências de espaços para isolamentos; escassez de financiamento; abandono familiar; intensificação de morbilidades e comorbilidades). De repente os “holofotes” da comunicação social e da sociedade em geral voltaram-se para as estruturas residenciais, focando-se no que de mais negativo poderia existir. Desta forma, a confiança na segurança das ERPI e das suas equipas, por parte das pessoas idosas, redes de suporte e sociedade foi um grande desafio (Cardoso et al., 2020). Todavia, com o evoluir da situação pandémica, as famílias foram recuperando e depositando a sua confiança nas ERPI.

Porém, a verdade é que não existia/existiu uma entidade oficial que partilhasse e valorizasse boas práticas em contextos residenciais. Apenas se abordava a doença em

⁴⁰ Visando apoiar o “desenvolvimento de um ecossistema de educação digital altamente eficiente na Europa e reforçar as aptidões e competências digitais para dar resposta à transformação digital em benefício de todo” Comissão Europeia, 2021, p. 18).

⁴¹ Vd, art.º 4 e 9 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

ERPI/Lar, revelando os contaminados e os falecimentos. Neste sentido, de futuro, um aspeto a repensar pode ser a criação, por parte das entidades reguladoras e/ou oficiais de um organismo que regule, divulgue e replique as boas práticas em ERPI. Daqui pode emergir uma visão “mais positiva” da adversidade. A par, incentivar a promoção de uma visão mais positiva do envelhecimento (Williams, 2015) - em detrimento de uma visão negativa - suportada por mecanismos de conectividade das várias pessoas idosas, pode auxiliar a superar bloqueios pessoais (Almeida, 2001; Almeida, 2012) – os quais se mostraram agravados com a COVID-19. Deste modo, é primordial fomentar o enraizamento e o coletivismo a nível comunitário, buscando “reacender os laços da comunidade” (Sethi, 2021, p. 121) na tentativa, de construir/manter relações comunitárias saudáveis para com os mais idosos a residir em contexto residencial.

De um modo consensual existe hoje o entendimento de que as ERPI têm de ser repensadas (e.g., UMP, 2021) não só ao nível do modelo de financiamento, mas também aos níveis da gestão do capital humano, da relação/rácio estipulada entre profissionais cuidadores e número de residentes, das qualificações profissionais, da liderança, da direção e da administração deste tipo de organizações, entre outros vetores.

Ao mesmo tempo é importante repensar-se o modelo e a referência para o cálculo de comparticipação/financiamento das ERPI. Ao nível das comparticipações importa atender-se a três vertentes: a atualização da comparticipação estatal, a atualização da comparticipação familiar e a do residente. Isto porque uma equipa multidisciplinar qualificada e focalizada no cuidado ao idoso é dispendiosa. Os rácios pré-definidos na Portaria n.º 67/2012 são os mínimos, pelo que a comparticipação do ISS é calculada tem por base o custo médio por idoso no ano transato. Porém, se uma ERPI quiser apostar num trabalho de promoção da individualização e da humanização dos serviços (tal como previsto no Art.º 4 da mesma Portaria), os rácios mínimos são pouco adequados. Consequentemente, tendo mais elementos nas equipas multidisciplinares, o custo médio por residente aumenta, incorrendo a ERPI em prejuízo, dado que a comparticipação (advinda do ISS, residente e rede de suporte familiar) não poder exceder o custo médio por residente⁴². Resulta daqui que o agravar da situação económica e financeira da organização mostra-se consequente em termos de restrições das/nas equipas e correspondentes intervenções junto dos idosos. Neste campo o Serviço Social possui oportunidades para apoiar/influenciar as tomadas de decisão política, orientadas para a promoção da dignidade e bem-estar das pessoas idosas, bem como para empreender novas

⁴² Vd, cláusula XII do Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário - Compromisso de Cooperação para o Biénio 2021-2022. bit.ly/3iytsvz

práticas e políticas sociais de forma a providenciar um aprimoramento na/da qualidade das respostas sociais e sanitárias (Cardoso et al., 2020), dirigidas às pessoas idosas.

A reconfiguração das ERPI assente na sua modernização, a nível de estruturas, modelos de funcionamento, entre outros aspetos, não se mostra uma tarefa linear e implica um compromisso coletivo, envolvendo o Estado, as organizações sociais, os públicos idosos, as famílias, as comunidades, mas também e com particular destaque os profissionais, dos quais os provenientes da área do Serviço Social.

No essencial, sendo o Serviço Social uma profissão orientada para a mudança social, para o bem-estar, para a promoção da dignidade e dos direitos humanos e beneficiando de um conhecimento substantivo acerca das políticas, contextos e públicos junto dos quais intervém, pode potenciar a criação e concretização de alternativas com vista à mudança e ou readaptação de ambientes desafiados, de que são exemplo as ERPI confrontadas com a questão pandémica e focadas na sua resiliência.

CONCLUSÃO

Os estudos em torno do envelhecimento são cada vez mais importantes pelo facto do envelhecimento da sociedade portuguesa ser uma realidade que tem vindo a acentuar-se nos últimos anos. Para tal tem contribuído a modernização social e económica, a melhoria das condições de vida e o maior e melhor acesso a cuidados de saúde, associados a fatores sociais e culturais que se traduziram na diminuição de nascimentos, em simultâneo com o aumento da esperança média de vida e o crescente número de pessoas mais velhas (Moreira, 2020; Pordata, 2021).

De facto, envelhecer é uma vantagem das sociedades contemporâneas, mas que acarreta múltiplos desafios sobretudo na perceção das dinâmicas do processo de envelhecimento.

Respeitadamente ao envelhecimento, e de forma a conceder resposta (e.g., social, de saúde) às pessoas idosas, em contexto nacional assumem destaque as respostas da rede formal, especialmente as ERPI⁴³, que visam a provisão de serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; a promoção de um processo de envelhecimento ativo; a criação de condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar e a potencialização da integração social. Por outro lado, visam garantir os

⁴³ Vd, arts.º 3 e 4 da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março.

cuidados humanos, como a alimentação, higiene pessoal, tratamento de roupa, controlo/ministração de fármacos, atividades várias, entre outros.

No que diz respeito às principais inferências retiradas desta investigação podemos sinalizar a partir dos avanços teóricos e do estudo qualitativo conclusões múltiplas, referentes aos casos analisados. Desde logo, a investigação demonstrou que perduram nas ERPI públicos idosos com heterogeneidade etária ainda que a maior incidência seja a de idades excepcionais (i.e., + 80 anos). Esta heterogeneidade reflete-se também nos diferentes percursos e experiências de vida dos residentes o que obriga as instituições a refletir prospectivamente em termos de orientações multifacetadas para um cuidado diferenciado. Ao mesmo tempo, os níveis de dependência elevados requerem um olhar atento por forma a serem conciliados os pressupostos fundacionais das ERPI, assentes na promoção de um processo de envelhecimento ativo e saudável, na promoção da relação com os familiares/pessoas significativas; e na potencialização da integração social, com práticas institucionais (e.g., de natureza meso e micro) que os efetivem.

As diretoras técnicas alocadas ao estudo possuem formação especializada para trabalhar com pessoas idosas assim como conhecimento advindo da prática profissional que canalizam para um melhor desempenho, beneficiando deste modo da articulação entre teoria e prática. Quanto aos Órgãos Sociais, o estudo elevou a importância da profissionalização dos respetivos elementos sendo sugerido que a qualificação dos mesmos em áreas de gestão e liderança de organizações da economia social, bem como a sua renovação (e.g., por questões de idade) pode contribuir para o fortalecimento das organizações.

Confrontadas com a pandemia da COVID-19, as organizações da economia social/ERPI tiveram de reagir, tornando-se resilientes por forma a assegurar a missão organizacional, onde se inclui a salvaguarda do bem-estar das pessoas idosas e colaboradores (Deloitte, 2021). Assim, a resiliência definida como a capacidade de as organizações se adaptarem e lidarem proactivamente com as mudanças, mantendo um funcionamento eficaz face à adversidade, e procedendo a ajustamentos na sua dinâmica, constituiu o motor que permitiu contornar os imprevistos e as ameaças do período pandémico.

De facto, a resiliência possibilitou que as ERPI se tornassem mais fortalecidas e melhor preparadas para enfrentar o futuro e o surgimento de novos acontecimentos disruptivos. Para tal, as ERPI adotaram várias dinâmicas, assentes na definição do plano de contingência, assim como medidas no âmbito do material de proteção, testagem, desinfeção, a nível da gestão dos recursos humanos, dos espaços e atividades das ERPI, entre outros. Em

boa verdade, reajustar aspetos da realidade organizacional, decorrente da evolução pandémica, com o objetivo de manter o equilíbrio necessário para alcançar os objetivos de salvaguardar o cuidado à pessoa idosa/humanização dos cuidados, à dignificação das pessoas, serviços e à prossecução do bem-estar dos mais velhos (ISS, 2021), mostrou ser um imperativo organizacional.

Especificamente no âmbito do cuidado às pessoas idosas, o estudo destacou que as ERPI privilegiaram medidas preventivas e/ou defensivas visando a garantia da saúde, a satisfação das necessidades humanas, as atividades de vida diária e a preservação da vida das pessoas idosas, seguindo os pareceres das entidades superiores/oficiais, administrações e outras entidades patronais, colocando com frequência em segundo plano as práticas emancipatórias e promotoras de autonomia, também muito por força dos contornos da pandemia. Contudo, esta realidade ao impor distanciamentos, proteções individuais, isolamentos e outras diretrizes dificultou a relação e as práticas humanistas, mas ao mesmo tempo obrigou a (re)centrar o cuidado na pessoa idosa.

Neste âmbito, e como o estudo enfatiza, as ERPI promoveram práticas ultrapassando um pendor assistencialista, tendo dado prioridade a novas necessidades que exigiam um cuidado centrado na pessoa. Para tal adotaram, por exemplo, formas de comunicação/interação mediadas por uma linguagem clara e objetiva, ao mesmo tempo que mantiveram os residentes a par das decisões tomadas e a tomar, tendo as devidas explicitações concernentes a práticas de cuidado sido registadas, para maximizar a sua compreensão e facilitar a intervenção.

Por outro lado, no decorrer da conjuntura pandémica, as pessoas idosas estiveram restringidas no que concerne ao contacto “com o mundo”. Neste sentido, existiram ERPI que se souberam readaptar às restrições, apostando nos meios audiovisuais e tecnológicos, rádio, jornais e revistas possibilitando aos idosos acompanhar o que se passava ao seu redor. Porém, como numa fase inicial as ERPI eram associadas, através dos meios de comunicação social, a “mortes” e “infetados, perfilando-se a COVID-19 a uma “gero-pandemia” (Klasa et al., 2021), para garantir o bem-estar dos residentes, várias organizações apostaram numa comunicação cuidada, procurando desmistificar a doença e elucidando acerca dos seus efeitos, impactos e outros aspetos. A supervisão e controlo no acesso aos meios de comunicação social, especialmente no horário das notícias, privilegiando-se outros programas “desligados” das questões da pandemia, traduziram adicionais facetas que orientaram o cuidado.

Também no domínio da comunicação e interação as ERPI apropriaram-se dos

recursos tecnológicos de forma a promover a interação dos residentes com os seus familiares e, em simultâneo combater o isolamento social e sentimentos de abandono e tristeza.

Aqui, o Assistente Social, mostrou ser um elo de ligação entre a instituição, a pessoa idosa e a família ao facilitar as relações próximas, ao criar redes de comunicação e ao procurar alternativas sociais e respostas adequadas para não “deixar penalizar a relação” dadas as limitações do período pandémico. Assim, o envolvimento das famílias e idosos nas medidas/práticas implementadas, as reuniões tidas com ambos os grupos (em conjunto ou separado), bem como a criação de espaços de debate, partilha, e informação para as pessoas idosas acerca situação pandémica e respetiva evolução constituíram exemplos de boas práticas que o estudo revelou.

No mesmo sentido ressalva da observação empírica a importância de rever aspetos concernentes a quem cuida. A pandemia veio exacerbar a escassez de “mão-de-obra” para cuidar de idosos, sobretudo qualificada, pelo que o estudo vem alertar para a necessidade de se repensar em torno do modelo de contratação e de gestão dos recursos humanos. Efetivamente as medidas provisórias e/ou atípicas de incentivo à contratação não podem deixar de ser consideradas medidas paliativas, de curto prazo, que poucos efeitos surtem na resolução da questão associada aos recursos humanos em organizações de cuidado. É crucial a valorização do capital humano, a aposta efetiva nos recursos humanos (e.g., formação, qualificação), revendo-se as regras/tipologias de contratação, condições de trabalho, entre outros aspetos. Ao mesmo tempo, destaca-se a importância de lideranças promotoras do bem-estar e relações positivas entre pares e entre instituição e colaboradores que favorecem a criação de um ambiente de confiança, envolvimento e compromisso com o trabalho que deve ser acautelado.

A este respeito o Estado pode intervir, seja através da do incentivo a práticas de contratação de pessoal qualificado, seja através do impulsionamento à modernização das respostas orientadas para o cuidado, entre outras ações.

A mudança de atitudes/práticas (de nível macro, meso e micro) em relação ao envelhecimento e velhice é sempre ditada pelo evoluir dos tempos, ou seja, decorre de mudanças que acompanham as sociedades. Face a contextos de adversidade essas mudanças carecem de ser transformadoras, i.e., acompanhadas de adaptações e capacidade de resiliência para poderem persistir no longo prazo, assumindo nestes enquadramentos o Serviço Social um papel preponderante dado o seu mandato profissional comprometido com a mudança social e o bem-estar. Não obstante e atendendo ao cariz embrionário dos estudos focados nos

aspectos que associam o cuidado organizacional, a resiliência e o Serviço Social, consideramos ser da maior oportunidade aprofundar a investigação neste sentido, por exemplo através de estudos com outra natureza e que possibilitem uma amostra mais alargada, quer através da convocação das perspetivas de outros interlocutores (e.g., interlocutores da comunidade, idosos, famílias) acerca de mecanismos de mudança, adaptação e transformação organizacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T. A., Fernandes-Eloi, J., & Sousa, A. M. (2017). Reflexões acerca dos Impactos Psicossociais da Institucionalização de Idosos no Brasil. *Kairós Gerontologia*, 20 (2), 333-352. <https://bit.ly/3EyTVCw>.
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional* (1ª ed.). Universidade Aberta. <https://bit.ly/3qRpS16>.
- Amado, J. (2013). *Manual de Investigação Qualitativa em Educação*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>.
- Almeida, H. (2001). *Conceptions et Pratiques de la Médiation Sociale. Les modèles de médiation dans le quotidien professionnel des assistants sociaux*. Fundação Bissaya Barreto/Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Almeida, H. (2012). Envelhecimento, qualidade de vida e mediação social profissional. In M. Carvalho (Org.), *Serviço Social na Saúde, Disposições e práticas de um campo profissional* (pp. 139-181). Lidel Factor – Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Anand, J., Donnelly, S., Milne, A., Nelson-Becker, H., Vingare, E., Deusdad, B., Cellini, G., Kinni, R., & Pregno, C. (2021). The covid-19 pandemic and care homes for older people in Europe - deaths, damage and violations of human rights. *European Journal of Social Work*, 63, 6-7. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1954886>.
- Andersson, T., Cäker, M., Tengblad, S., & Wickelgren, M. (2019). Building traits for organizational resilience through balancing organizational structures. *Scandinavian Journal of Management, Elsevier*, 35(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2019.01.001>.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.
- Assis, M. (2005). Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Revista APS*, 8(1), 15-24. <https://bit.ly/3CzzQLx>.
- Associação de Profissionais de Serviço Social [APSS] (2018). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal*. <https://bit.ly/3nvVeLN>.
- Associação de Profissionais de Serviço Social [APSS] (2021). *Definição Global da Profissão de Serviço Social*. <https://www.apss.pt/definicao/>.
- Ayalon, L., Zisberg, A., Cohn-Schwartz, E., Cohen-Mansfield, J., Perel-Levin, S., & Bar-Asher Siegal, E. (2020). Long-term care settings in the times of COVID-19: Challenges and future

directions. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1239-1243.
<https://doi.org/10.1017/S1041610220001416>.

- Azeredo, Z. (2016). Aging: A Challenge for the XXI Century. *Journal of Aging & Innovation*, 5(2), 20-26.
- Barbosa, M. M., Guimarães, P., Afonso, R. M., Yanguas, J., & Paúl, C. (2021). Cuidados centrados na pessoa idosa: Uma abordagem de promoção de direitos. In J. Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento* (pp. 23-35). Estudos interdisciplinares. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021barbosaguimaraesafonso>.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. Reto e A. Pinheiro, Trad.). Edições 70. (Obra originalmente publicada em 1977).
- Barenys, M. P. (1993). Un marco teórico para el estudio de las instituciones de ancianos. *Revista Española de Investigaciones Sociales*, 64, 155-174. <https://bit.ly/3ybw7El>.
- Bárrios, M., Fernandes, A., Fonseca, A. (2018). Identifying Priorities for Aging Policies in Two Portuguese Communities. *Journal of Aging & Social Policy*, 30(5), 458-477. <https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1442112>.
- Bashier, H. Ikram, A., Khan, M., Baig, M., Al Gunaid, M., Al Nsour, M., & Khader, Y. (2021). The Anticipated Future of Public Health Services Post COVID-19: Viewpoint. *JMIR Public Health Surveill*, 7(6), 262-267. <https://doi.org/10.2196/26267>.
- Batistoni, S., & Namba, C. (2010). Idade subjetiva e suas relações com o envelhecimento bem-sucedido. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 733-742. <https://bit.ly/3HKNqiH>.
- Berlato, L. F.; Figueiredo, L. F.; Ferreira, M. G. (2018). Uma informação visual de revisão sistemática da literatura sobre Design de Serviço para Inovação Social. *Revista Estudos em Design*, 26 (2), 141-165. <https://bit.ly/3uX692C>.
- Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In J. Birren e K. Shaie (Eds.), *Handbook of The Psychology of Aging* (pp. 3-34). Van Nostrand Reinhold Company.
- British Association of Social Workers [BASW]. (2021). *Social work during the Covid-19 pandemic: Initial Findings*. <https://bit.ly/3xJV3AL>.
- British Geriatrics Society. (2020). COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care home for older people. *Good practice guide*, 4. <https://bit.ly/3NfYtSc>.
- Bragança, A., Horta, M., Martins, F., Pinto, F., Marcos, V., Mendes, A. C., Morais e Castro, J. & Alves, S. M. (2021). O impacto da pandemia de Covid-19 nas IPSS e seus utentes em Portugal. In F. Martins & F. Pinto (Coord.), *Impacto da Pandemia nas IPSS e seus utentes*. Área Transversal de Economia Social do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa & Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade. <https://bit.ly/3kL1Lko>.
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191. <https://bit.ly/3mjdYi2>.
- Cardoso, J., Vilar, D., & Casquilho-Martins, I. (2020). *Relatório do estudo - Desafios ao Serviço Social no contexto da COVID-19*. Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social – CLISSIS. <https://bit.ly/3w74UBV>.

- Carmo, H. (2021). O Serviço Social e a Pandemia: reflexões prospetivas. *Revista Temas Sociais*, 1, 7-30. <https://doi.org/10.53809/2021-01-TS-n.1-7-30>.
- Carmo, H. & Malheiro Ferreira, M. (2015). *Metodologia de investigação. Guia para a auto-aprendizagem* (3ª ed.). Universidade Aberta. <https://bit.ly/3baJeJJ>.
- Carvalho, M. I. (2006). *ORIENTAÇÕES DA POLÍTICA DE CUIDADOS ÀS PESSOAS IDOSAS E DEPENDENTES MODELO DE CUIDADOS EM PORTUGAL E NALGUNS PAISES EUROPEUS* [Comunicação Apresentada]. I Congresso Internacional de Gerontologia: Viver para sempre!, Odivelas, Portugal. <https://bit.ly/3Oyakg8>.
- Carvalho, M. I. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço social no envelhecimento* (pp. 1-15). Pactor.
- Carvalho, M. I. (2020). O Serviço Social na saúde em Portugal e os desafios da Covid-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 3, 1086-1098. <https://bit.ly/3L226KD>.
- Chee, Y. (2020). COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Millennial Asia*, 11(3), 299–317. <https://doi.org/10.1177/0976399620958326>.
- Cisne, M. (2004). *Serviço Social: uma profissão de mulheres para mulheres?: uma análise crítica da categoria gênero na histórica "feminização" da profissão* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco]. Repositório da Universidade Federal de Pernambuco. <https://bit.ly/3AOSzTU>.
- Comissão Europeia. (2021). *Plano de Ação sobre o Pilar Europeu dos Direitos Sociais. COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU, AO CONSELHO, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES*. <https://bit.ly/3tm7Ur9>.
- Cooperativa António Sérgio para a Economia Social [CASES]. (2019). *Guia Prático da Economia Social*. <https://bit.ly/31n1E8c>.
- Corrales-Estrada, A.M., Gómez-Santos, L.L., Bernal-Torres, C.A., & Rodriguez-López, J.E. (2021). Sustainability and Resilience Organizational Capabilities to Enhance Business Continuity Management: A Literature Review. *Sustainability*, 13(15), 1-25. <https://doi.org/10.3390/su13158196>.
- Correia, T. (2020). Humanizar, Cuidar e Focar na Pessoa em Tempos de Pandemia. In *Jornal da Santa Casa da Misericórdia de Leiria* (10.ª edição, de 19 de novembro de 2020). <https://bit.ly/3wnf41y>.
- Costa, A. B. (coord), Baptista, I., Perista, P., & Carrilho, P. (2012) *Um Olhar sobre a Pobreza. Vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo* (3ªed.). Gradiva
- Coutinho, C. (2018). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (2ª ed.). Almedina.
- Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243. <https://bit.ly/3EGq5PL>.
- Cox, C. (2020). Older Adults and Covid 19: Social Justice, Disparities, and Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 63, 611-624. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1808141>.

- Crispim, R. & Almeida, H.N. (2019). Envelhecimento e mediação, social em Gerontologia. Questionamentos atuais do Serviço Social em estruturas residenciais para pessoas idosas. *Direitos Humanos e Mediação*. <https://bit.ly/2YWnONG>.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social ‘Lar de Idosos’ em Portugal. *Interacções*, 17, 65-74. <https://bit.ly/3J2T1Rf>.
- Davies, H., & Cheung, H. (2022). COVID-19 and First Responder Social Workers: An Unexpected Mental Health Storm. *Social Work*, 67(2), 114-122. <https://doi.org/10.1093/sw/swac007>.
- Dezan, S., Z. (2015). O Envelhecimento na Contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 14(2), 28-42. <https://bit.ly/34OuakN>.
- Dias, I. & Rodrigues, E. (2012). Demografia e sociologia do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-201). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. In *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável- 2017-2025*. <https://bit.ly/2WEqgUd>.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2022). *Orientação N.º 009/2020 – COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <https://bit.ly/3x2EJe1/>.
- Donoso, G. R., Valderrama, C. G., & LaBrenz, C. A. (2021). Academic and family disruptions during the COVID-19 pandemic: A reflexive from social work. *Qualitative Social Work*, 20(1–2), 587–594. <https://doi.org/10.1177/1473325020973293>.
- Duchek, S. (2020). Organizational resilience: a capability-based conceptualization. *Business Research*, 13, 215–246. <https://doi.org/10.1007/s40685-019-0085-7>.
- Entwistle, V.A. & Watt, I.S. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *The American Journal of Bioethics*, 13 (8), 29-39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.80ent2060>.
- Esteves, M. (2006). Análise de conteúdo. In J. Á. Lima & J. A. Pacheco (Orgs.), *Fazer investigação* (pp. 105-126). Porto Editora.
- Eurostat (2021). *Aging Europe*. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/ageing/>.
- Fernandes, A., & Botelho, M. (2007). Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Fórum Sociológico*, 17, 11-17. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1593>.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [GEP/MTSS]. (2021). REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS 2020. *Carta Social*. <https://bit.ly/3sEujBj>.
- Garcia, M., & Jiménez, J. (2003). Trabajo social gerontológico. Aportaciones del trabajo social a la gerontologia. In M. Garcia (Ed.), *Trabajo Social en Gerontologia* (pp. 105-136). Síntesis.
- García, T & Romero, L. (2012). *Trabajo Social individualizado, metodologia de intervención*. Ediciones Académicas, 2012.
- Gečienė, J. (2021). Organizational Resilience Management in the Face of a Crisis: Results of a Survey of Social Service Institutions before and during a Covid-19 Pandemic. *Contemporary Research on Organization Management and Administration*, 9(1), 32-42. <https://bit.ly/3FTPHpt>.
- Giddens, A. (2008). *O Trabalho e a Vida Económica* (A. Figueiredo, A. P. Baltazar, C. Da Silva, P. Matos, & V. Gil, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra originalmente publicada em 2001).
- 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/3ejMlnd>.
- Goffman, E. (2008). Manicómios, Prisões e Conventos (D. Moreira, Trad.). Perspetiva. (Obra original publicada em 1961).
- Golightley, M., Holloway, M. (2020). Unprecedented Times? Social Work and Society post-COVID-19. *THE BRITISH JOURNAL OF SOCIAL WORK*, 50(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa110>.
- Gonçalves, L., Sala, R. & Navarro, JB. (2021). Resilience and occupational health of health care workers: a moderator analysis of organizational resilience and sociodemographic attributes. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 95(1), 223-232. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01725-8>.
- Grant, L. & Kinman, G. (2020). Developing emotional resilience and wellbeing: a practical guide for social workers. *Community Care Inform*. <https://bit.ly/3zDKwJ5>.
- Grassi, C., Landi, F., & Delogu, G. (2014). Lifestyles and Ageing: Targeting Key Mechanisms to Shift the Balance from Unhealthy to Healthy Ageing. *Active Ageing and Healthy Living: A Human Centered Approach. Studies in Research and Innovation as Source of Quality of Life*, 203, 99-111. <https://bit.ly/3CC2Vr9>.
- Guadalupe, S., Santo, I., & Fernández, L. (2021). Coping Resiliente e Burnout em assistentes sociais da saúde na primeira vaga da Pandemia COVID-19 em Portugal e Espanha. *O Mundo da Saúde*, 45, 517-532. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145517532>.
- Guimarães, P. (2012). Cidadania e Envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 289-309). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Health Improvement Scotland [HIS]. (2020). *Supporting person-centred care in COVID 19 situations*. <https://bit.ly/3eFvCIU>.
- IFSW [International Federation of Social Workers] (2021). *Definição de Serviço Social*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/>.

- Ince, H., İmamoğlu, S., Karakose, M., & Turkcan, H. (2017). The Search For Understanding Organizational Resilience. *The European Proceedings of Social & Behavioural sciences*, 34, 230-243. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.12.02.20>.
- Infante, A. F. (2016). *Ajudantes de Ação Direta: Necessidades em Contexto Institucional* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://bit.ly/3qoU1HC>.
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2007). *Manual de processos-chave: Estrutura residencial para idosos*. Instituto da Segurança Social, I.P. <https://bit.ly/3rwfYpN>.
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2011). *Queremos falar-lhe dos direitos das pessoas idosas*. Instituto da Segurança Social, I.P. <https://bit.ly/3pHc4Jn>.
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2014). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto da Segurança Social, I.P. <https://bit.ly/3vJw7us>.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Estatísticas sobre a população portuguesa*. <https://bit.ly/3p7eKjZ>.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *Tábuas de Mortalidade em Portugal Desagregação regional - 2018-2020*. <https://bit.ly/3szzUYz>.
- Inzitari, M., Risco, E., Cesari, M., Buurman, B.M., Kuluski, K., Davey, V., Bennett, L., Varela, J., PrvuBettger. (2020). Nursing Homes and LongTerm Care after COVID-19: A New Era?.*The Journal of Nutrition Health & Aging*, 24(10), 1042-1046. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>.
- Javadi, S., & Nateghi, N. (2020). COVID-19 and Its Psychological Effects on the Elderly Population. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(3), 40-41. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.245>.
- Jesus, D. (2018). “REPARANDO” A FALTA: um olhar sobre a histórica “feminização” do Serviço Social. In *Anais do Encontro Internacional e Nacional de Política Social*, 1(1). <https://bit.ly/3QiVoly>.
- Katan, J. (1991). Democratic Processes in Old Age Homes: Supporting and Hindering Factors. *Journal of Gerontological Social Work*, 17(1-2), 163-181.
- King, A. C., King, D. K., Banchoff, A., Solomonov, S., Ben Natan, O., Hua, J., Gardiner, P., Rosas, L. G., Espinosa, P. R., Winter, S. J., Sheats, J., Salvo, D., Aguilar-Farias, N., Stathi, A., Akira Hino, A., & Porter, M. M. (2020). Employing Participatory Citizen Science Methods to Promote Age-Friendly Environments Worldwide. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1541. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051541>.
- Klasa, K., Galaitsi, S., Wister, A., Linkov, I. (2021). System models for resilience in gerontology: application to the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatrics*, 21(51). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01965-2>.
- Knipfer, K. & Kump, B. (2021), Collective rumination: When “problem talk” impairs organizational resilience. *Applied Psychology*, 71(1), 154-173. <https://doi.org/10.1111/apps.12315>.
- Kuznar W. (2020). Preparing for Healthcare After COVID-19: New Challenges Facing Payers. *American health & drug benefits*, 13(3), 123–124.

- Lange, J. & Grossman, S. (2006). Theories of aging. In Mauk, K., L. (Ed.), *Gerontological Nursing: Competencies for Care* (pp. 41-65). <https://bit.ly/3odafTD>.
- Leys, M., & Rouck, S. (2005). *Active ageing and independent living services: Core propositions leading to a conceptual framework*. ILS - The Future of Independent Living Services in the EU. Vrije Universiteit Brussel. <https://bit.ly/3qAC6OY>.
- Li, J.; Wang, J.; King, X.; Gao, T.; Wu, B.; Liu, J. & Chu, J. (2020). Person-Centered Communication Between Health Care Professionals and COVID-19-Infected Older Adults in Acute Care Settings: Findings From Wuhan, China. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 76(4), 225-229. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa190>.
- Liang, F., & Cao, L. (2021). Linking Employee Resilience with Organizational Resilience: The Roles of Coping Mechanism and Managerial Resilience. *Psychology research and behavior management*, 14, 1063–1075. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S318632>.
- Linnenluecke, M.K., Griffiths, A., & Winn, M. (2012). Extreme Weather Events and the Critical Importance of Anticipatory Adaptation and Organizational Resilience in Responding to Impacts. *Business Strategy and the Environment*, 21, 17-32. <https://doi.org/10.1002/bse.708>
- Linnenluecke, M.K. (2017). Resilience in Business and Management Research: A Review of Influential Publications and a Research Agenda. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 4-30. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12076>.
- Lopes, Manuel. (2021). *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. Imprensa da Universidade de Évora. <https://doi.org/10.24902/uevora.24>.
- Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas: Conhecer para Intervir*. Psicossoma.
- Luz, H. (2014). Sociologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Coord.). *Geriatrica fundamental. Saber e praticar* (pp. 65-74). Lidel.
- Luz, H. (2017). *Problemas sociais complexos – wicked problems – e intermediação das organizações de economia social: Estratégias adaptativas no campo do envelhecimento ativo* [Comunicação livre]. XVIII Congresso Ahila En los márgenes de la Historia Tradicional: Nuevas miradas de América Latina desde el siglo XXI, Espanha.
- Luz, H. (2017b). Empoderamento Organizacional e Intervenção Social. In C. Albuquerque e A. Arcoverde (eds.), *Serviço Social Contemporâneo- Reflexividade e Estratégia* (pp. 91-114). Factor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- Luz, H. (2019). The framework of organizational capacity to deal with complex problems: Challenges for social workers involved in care services. *Proceedings of the VIII International Conference of Sociology and Social Work*, 298-316.
- Luz, H., & Miguel, I. (2014). Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção. *Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional (CIS) do Instituto Superior Bissaya Barreto (ISBB)*. <https://bit.ly/3j8BX17>.
- Luz, H., Nunes, V., Medeiros, P., & Correia, T. (2021). Envelhecer em contexto Residencial: (Re) Focar a Pessoa em Tempos de (novos) Desafios. In R. Pocinho, L. Marques, C. Margarido, R. Santos, J. Marques, S. Silva & B. Trindade (Coord.), *Desafios na gestão de pessoas e organizações* (pp. 163-173). ANGES.

- Ma, Z., Xiao, L., & Yin, J. (2018). Toward a dynamic model of organizational resilience. *Nankai Business Review International*, (9)3, 246-263. <https://doi.org/10.1108/NBRI-07-2017-0041>.
- Malho, J. P. (2018). O Papel do Desporto para a Inclusão Social de Jovens em Risco [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório da Universidade de Coimbra. <https://bit.ly/3x89uyr>.
- Mallak, L. (1998). Putting organizational resilience to work. *Industrial Management*, (40)6, 8–14. <https://bit.ly/3lhHsw9>.
- Marques, N. R., & Bellini, M.I. (2020). Pandemia do Covid-19: A importância do Serviço Social em processos disruptivos da dinâmica social. *EDIPUCRS*. <https://bit.ly/3bJhr6H>.
- Marshall, F., Gordon, A., Gladman, J., & Bishop, S. (2021). Care homes, their communities, and resilience in the face of the COVID-19 pandemic: interim findings from a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 21(102). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02053-9>.
- Martín, I & Brandão, D. (2012). Políticas para a Terceira Idade. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia: Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 273-287). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Martins, B. & Theiss, V. (2021). *Capacidade de resiliência organizacional e prestação de contas de entidades do Terceiro Setor* [Comunicação Livre]. 18º Congresso USP de Iniciação Científica em Contabilidade. <https://bit.ly/37SON1f>.
- Martins, L., O. (2011). A contribuição do trabalho do assistente social em centro de convivência para idosos: limites e possibilidades. *Revista Uniabeu*, 4(8), 163-178. <https://bit.ly/3fPU8GY>.
- Merrill, C. A., Maheu, M. M., Drude, K. P., Groshong, L. W., Coleman, M., & Hilty, D. M. (2022). CTiBS and Clinical Social Work: Telebehavioral Health Competencies for LCSWs in the Age of COVID-19. *Clinical Social Work Journal*, 50, 115-123. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00827-7>.
- Mishna, F., Milne, B., Sanders, J., & Greenblatt, A. (2021). Social Work Practice During COVID-19: Client Needs and Boundary Challenges. *Global Social Welfare*, 9, 113-120. <https://doi.org/10.1007/s40609-021-00219-2>.
- Mitchell, B., Sarfati, D., & Stewart, M. (2022). COVID-19 and Beyond: A Prototype for Remote/Virtual Social Work Field Placement. *Clinical Social Work Journal*, 50, 3–10. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00788-x>.
- Montaño, C. (2007). *A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a "especificidade" e sua reprodução*. Cortez.
- Moreira, M. (2020). *Como envelhecem os Portugueses*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Muñoz-Moreno, R., Chaves-Montero A., Morilla-Luchena A., & Vázquez-Aguado, O. (2020). COVID-19 and social services in Spain. *PLOS ONE*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241538>.
- Nava, L. (2022). Rise from ashes: A dynamic framework of organizational learning and resilience in disaster response. *Business and Society Review* 127(S1), 299-318. <https://doi.org/10.1111/basr.12261>.

- Nogueira, J. M. (2009). *A DEPENDÊNCIA: O APOIO INFORMAL, A REDE DE SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS E OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. <https://bit.ly/3HC63V0>.
- Novais, F., Cordeiro, C., Pestana, P., Côrte-Real, C., Sousa, T., Matos, A., & Telles-Correia, D. (2021). O Impacto da COVID-19 na População Idosa em Portugal: Resultados do Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). *Acta Médica Portuguesa*, 34(11), 761-766. <https://doi.org/10.20344/amp.16209>.
- OCDE. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. *OECD Publishing*. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (S. Montijo, Trad.). Organização Pan-americana da Saúde. <https://bit.ly/3EoPslI>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015a). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. World Health Organization. <https://bit.ly/3H33qvw>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015b). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://bit.ly/3oqZIUZ>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015c). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: interim report*. World Health Organization. <https://bit.ly/3x1wqQi>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Plan of Action*. World Health Organization. <https://bit.ly/3tx8YdE>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021a). *Folha informativa sobre COVID-19*. World Health Organization. <https://bit.ly/3Fc5EHl>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021b). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. World Health Organization. <https://bit.ly/3MgEhX8>.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*, 77 ed. World Health Organization. <https://bit.ly/33o7I1K>.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Climepsi Editores.
- Pimentel, M. H., Pereira, F., & Teixeira, C. (2021). Impacto da Covid-19 em Idosos Institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 475-488. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2129>.
- Pinto, D. (2013). Por que vão os idosos para lares? determinantes no internamento de pessoas maiores de 65 anos em instituições de longa permanência [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Uiversidade de Lisboa. <https://bit.ly/3H28Zt0>.
- Pordata (2020). *Retrato de Portugal*. Edição de 2020. <https://bit.ly/3j9jvWh>.
- Pordata (2021). *Dados estatísticos da população portuguesa*. <https://bit.ly/2YRBg5K>.
- Puigdemoglas, F. (2010). *Acompanhar pessoas idosas em lares: Guia para a assistência humana e espiritual*. Paulinas Editora.

- Pra, K., Gavião, B., Rocca, K., Lima, L., & Santos, S. (2021). As ações profissionais da/o assistente social na atenção primária em saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Revista Katálysis*, 24(3), 595-606. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77753>.
- Rehman, K., Aslam, F., & Maitlo, Q. (2020). Impacto f employee´s resilience on organizational resilience: Mediating role of compassion. *Journal on Innovation and Sustainability. RISUS*, (11)3, 157-164. <http://dx.doi.org/10.23925/2179-3565.2020v11i3p156-164>.
- Ribeirinho, C. (2005), *Concepções e Práticas da Intervenção Social dos Cuidados Sociais ao Domicílio* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa]. Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social.
- Riva, G., Marsan, P., A., & Grassi, C. (2014). *Active Ageing and Healthy Living: A Human Centered Approach in Research and Innovation as a Source of Quality of Life*. IOS Press.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rogers, C. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa* (Entre Linhas, Trad.). Padrões Culturais Editora. (Obra original publicada em 1961).
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R. & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>.
- Salanova, M. (2020). How to survive COVID-19? Notes from organizational resilience. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 670-676. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1795397>.
- Salehi, V., & Veitch B. (2020). Measuring and improving adaptive capacity in resilient systems. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 63. <https://doi.org/10.1016/j.jlp.2019.104001>.
- Santos, F., Andrade, V., & Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10. <https://bit.ly/3BD7y1G>.
- Santos, S., Tonhom, S., & Komatsu, R. (2016). Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29, 118-127. <https://bit.ly/3Gu0QhU>.
- Santos, V. R., Moser, A., M., Amorim, C., A., Cortez, V., B., & Martins, L., F. (2020). INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSO: SOLUÇÃO OU PROBLEMA? In H. Pereira, H., Monteiro, S., Esgalhado, G., Cunha, A., & Leal, I. (Orgs.). *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 859-869). Edições ISPA. <https://bit.ly/3ttCHEd>.
- Sen, A. (2009). *Desenvolvimento como Liberdade* (L. Motta, trad.). Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1999).
- Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <https://bit.ly/3LTHCFp>.

- Sethi, B. (2021). Will someone knock on my door? COVID-19 and social work education. *Qualitative Social Work*, 20(1–2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/1473325020981075>.
- Simões, A. & Sapeta, P. (2018). Protecção social da velhice em Portugal. O caso particular dos lares de idosos. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia* 21(1), 9-36. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p9-36>.
- Stake, R. E. (2012). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso* (A. Chaves, Trad.). Fundação Calouste Gulbenkian. (Obra original publicada em 1995).
- Teater, B & Chonody, J. (2017). Promoting Actively Aging: Advancing a framework for social work practice with older adults. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 98(2), 137–145. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.2017.98.19>.
- Tengblad S. (2018) Resilient Leadership: Lessons from Three Legendary Business Leaders. In Tengblad S., Oudhuis M. (Eds.), *The Resilience Framework* (pp. 89-108). <https://doi.org/10.1007/978-981-10-5314-6>.
- Teixeira, I., & Neri, A. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicologia USP*, 19(1), 81-94. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642008000100010>.
- Teixeira, S. (2020). Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, 137, 135-154. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>.
- União das Misericórdias Portuguesas [UMP]. (2021). RESPOSTAS SENIORES DO FUTURO Um modelo de respostas especializadas integradas. *Envelhecimento*. <https://bit.ly/3xPCJqr>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA], Population Division (2019). *Growing at a slower pace, world population is expected to reach 9.7 billion in 2050 and could peak at nearly 11 billion around 2100: UN Report. Press Release*. <https://bit.ly/3IP4Ktb>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA] (2019a). *World Population Prospects 2019: Highlights*. (ST/ESA/SER.A/423). <https://bit.ly/3ItjZ4C>.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs [UNDESA] (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons*. <https://bit.ly/3IM2Nh2>.
- United Nations Regional Information Centre [UNRIC]. (2021). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>.
- Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Edições Afrontamento.
- Vasconcelos, I. & Pesqueux, Y. (2017). Resiliência Organizacional e Teoria da Ação Comunicativa: Uma Proposta de Uma Agenda de Pesquisa. *Revista de Administração da UNIMEP*, 15(4), 163-174. <https://bit.ly/3xVs6nx>.
- Viscarret, J. (2011). *Modelos y métodos de intervención de Trabajo Social*. Alianza Editorial.
- Weick, K., & Stuecliff. (2011). *Managing the unexpected: Resilient performance in an age of uncertainty*. Jossey-Bass.
- Yıldırım, M., Arslan, G. & Özaslan, A. (2020). Perceived Risk and Mental Health Problems among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic: Exploring the Mediating Effects of

Resilience and Coronavirus Fear. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 1035-1045. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00424-8>.

Yin, R. K. (2001). *ESTUDO DE CASO: Planejamento e Métodos* (D. Grassi, Trad.). Bookman. (Obra original publicada em 1984). <https://bit.ly/3EjgFGw>.

Yüksel, D., Kıremít, B., & Aydın, G. (2021). Organizational resilience perception of health care personnel during the covid-19 pandemic. *Uluslararası İktisadive İdari Bilimler Dergisi*, 7(1), 79-91. <https://doi.org/10.29131/uiibd.943983>.

Xiang, L., Shen, G., Tan, Y., & Liu, X. (2020). Emerging evolution trends of studies on age-friendly cities and communities: A scientometric review. *Ageing and Society*, 41(12), 2814-2844. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000562>.

Williams, I., & Hattton-Yeo, A. (2015). Ageing well in Wales: A national movement. *Working with Older People*, 19(4), 170-176. <https://doi.org/170-176>. 10.1108/WWOP-07-2015-001.

Zolli, A., & Healy, A., M. (2012). *Resilience: Why things bounce back*. Free Press.

LEGISLAÇÃO

Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário – Protocolo para o Biénio 2021-2022. bit.ly/3iytsvz.

Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais. Conselho Europeu. <https://bit.ly/3t644DA>.

Constituição da República Portuguesa. VII Revisão Constitucional. <https://bit.ly/3tzXF2H>.

Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Diário da República n.º 55, Série I de 18 de março de 2020. <https://bit.ly/3J8mFWd>.

Decreto-Lei n.º 59/2018 de 2 de agosto. Diário da República n.º 148, Série I de 2 de agosto de 2018. <https://bit.ly/3keMZN>.

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Diário da República n.º 109, Série I-A de 16 de junho de 2020. <https://bit.ly/3B1wZvx>.

Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro. Diário da República n.º 46, Série I de 25 de fevereiro de 1983. <https://bit.ly/3H2QWEu>.

Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de junho. Diário da República n.º 114, Série I-A de 14 de junho de 2016. <https://bit.ly/3RrEcM7>.

Despacho n.º 2836-A/2020 de 2 de março. Diário da República n.º 43, Série II de 2 de maro de 2020. <https://bit.ly/3QqWvRQ>.

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. Diário da República n.º 58, Série I de 21 de março de 2012. <https://bit.ly/3bOFX2R>.

Portaria n.º 218-D/2019 de 15 de julho. Diário da República n.º 133, Série I de 15 de julho de 2019. <https://bit.ly/3Rs4IoJ>.

Lei n.º 30/2013 de 8 de maio. Diário da República n.º 88, Série I de 8 de maio de 2013. <https://bit.ly/3vF7o90>.

Lei n.º 76/2015 de 28 de julho. Diário da República n.º 145, Série I de 28 de julho de 2015. <https://bit.ly/3vIWONZ>.

Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991. *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. <https://bit.ly/3pHJmbi>.

APÊNDICES

Apêndice 1: Guião de recolha de dados documentais

Objetivos: Recolher elementos para caracterização organizacional a partir de fontes diversas (e.g., site institucional, estatutos/compromisso, regulamentos, relatórios de ação...).

a) Indicadores alusivos à organização:

- Área de atuação geográfica
- Natureza jurídica da organização
- Personalidade jurídica
- Ano de fundação
- Missão e valores
- Objetivos
- Respostas sociais
- População alvo
- N° de colaboradores (efetivos e voluntários)

b) Indicadores alusivos à ERPI:

- Data constituição
- N° beneficiários
- Tipologia de vagas
- N° colaboradores

Apêndice 2: Guião de entrevista semiestruturada – Diretor/a Técnico/a

1.Elementos de caracterização

- Idade
- Género
- Habilitações académicas e formação avançada/atualização
- Antiguidade na organização/ERPI
- Função/cargo atual

2.Elementos gerais de caracterização dos idosos

- Género
- Faixa(s) etária(s) (idade mais baixa, mais elevada e idade média)
- Habilitações académicas
- Grau(s) de dependência e funcionalidade
- Razões inerentes à institucionalização
- Rede suporte informal (composição, periodicidade das visitas/acompanhamento dos idosos)

3.Efeitos da pandemia na ERPI

- Ao nível dos residentes:
 - Incidência da doença (nº casos positivos COVID-19; hospitalizações; falecimentos; vacinados por dose de vacinação, ...)?
 - De um modo geral, que influência teve a pandemia na qualidade de vida dos idosos (funcionalidade vs dependência para ABVD; contacto com famílias; saúde mental, física, participação, ...)?
- Ao nível dos recursos humanos:
 - Incidência da doença (nº casos positivos COVID-19; hospitalizações; falecimentos, vacinados por dose de vacinação, ...)?
 - Que outros efeitos associados aos recursos humanos (baixas médicas; saídas/demissões; adiamentos férias, ...) decorreram da pandemia?

4. Dinâmicas organizacionais mobilizadas

- Quais foram os atores envolvidos na definição de medidas de prevenção da COVID-19 e que medidas foram adotadas?
- Que tipo de apoios a ERPI recebeu e quais procurou?
- De que modo geriu a ERPI a informação relacionada com a doença?
- Que dinâmicas de adaptação dos espaços, atividades e regras para visitas ocorreram na ERPI?
- Que dinâmicas no campo da gestão de recursos humanos foram promovidas, a nível:
 - Da contratação;
 - Da capacitação;
 - Da motivação dos colaboradores;
 - Da (re)formulação dos turnos e equipas;
 - Do tipo de trabalho;
 - Da liderança;
 - Da criação de espaços de partilha e de apoio;
 - Da promoção de relações *positivas* entre pares, chefias e residentes.

5. Cuidado focalizado na pessoa idosa

- Quais as prioridades que revestiu o cuidado à pessoa idosa durante o período da pandemia?
- Como foram os idosos envolvidos nas dinâmicas prosseguidas dada a situação pandémica?
- Como procedeu a ERPI para garantir aos idosos o acesso aos cuidados/serviços de saúde?

- Que dinâmicas a nível dos profissionais/equipas foram prosseguidas para minimizar os efeitos decorrentes da pandemia junto dos idosos?
- Como foram conciliadas as escolhas dos idosos em termos da planificação do cuidado?
- Que novas formas de comunicação em contexto de ERPI foram potenciadas?
- Como foram promovidos os contactos relacionais com familiares/significativos?
- Como foi potenciada a participação das pessoas idosas em atividades significativas e para exercício de direitos, designadamente civis?

6. Atuação nas dinâmicas de resiliência

- Quais as prioridades que revestiu a sua intervenção em contexto de pandemia?
- Que atividades profissionais realizou em contexto de pandemia? Que competências e saberes foram mobilizados?
- Como classifica a importância da sua intervenção (em contexto de pandemia) ao nível:
 - Da ERPI;
 - Dos recursos humanos;
 - Das pessoas idosas;
 - Dos familiares/pessoas significativas.
- Quais as principais dificuldades na intervenção profissional durante a pandemia?

7. Desafios organizacionais

- Quais foram/são as principais dificuldades a nível da ERPI para lidar com a doença da COVID-19? Na sua opinião como ultrapassar estas dificuldades?
- Quais considera serem as necessidades a considerar para precaver situações de risco da doença no futuro, a nível de:

- Preparação e dotação de profissionais
 - Reorganização dos espaços residenciais
 - Dotações a nível de medidas/material de proteção, controlo e higienização?
-
- Qual a importância que atribui à articulação das entidades oficiais (e.g., DGS e OMS) com a ERPI assim como ao trabalho de parceria com a comunidade envolvente? Que níveis a mesma reveste/carece de revestir?
 - Quais considera serem as principais dificuldades para promover a articulação e contacto entre residentes e a rede de suporte? E como considera que pode ser restaurada esta proximidade?
 - Na sua opinião carece de se promover algum tipo de mudança nas práticas/metodologias de intervenção junto dos idosos tendo em conta a experiência da pandemia e por forma a qualificar o cuidado?
 - Quais considera serem as principais relações retiradas da pandemia e que funcionam como sinal de aprendizagem para a ERPI?

Apêndice 3: Guião de entrevista semiestruturada – interlocutor/a dos Órgãos Sociais

1.Elementos de caraterização

- Idade
- Género
- Habilitações literárias e formação avançada/atualização
- Antiguidade na organização
- Função/cargo atual

2.Dinâmicas organizacionais mobilizadas

- A ERPI adotou um plano de contingência? Para quem? E para que efeito(s)?
- Quais foram os atores envolvidos na definição de medidas de prevenção da COVID-19?
- Que medidas adotou a ERPI de forma a antecipar casos positivos?
- Que tipo de apoios a ERPI recebeu e quais procurou?
- Que dinâmicas no campo da gestão de recursos humanos foram promovidas, a nível:
 - Da contratação;
 - Da capacitação;
 - Da motivação dos colaboradores;
 - Da (re)formulação dos turnos e equipas;
 - Do tipo de trabalho;
 - Da liderança;
 - Da criação de espaços de partilha e de apoio;
 - Da promoção de relações *positivas* entre pares, chefias e residentes.
- Houve partilha da evolução pandémica, casos suspeitos, contactos de risco e isolamentos na ERPI? Com quem?

3.Cuidado focalizado na pessoa idosa

- Quais as prioridades que revestiu o cuidado à pessoa idosa durante o período da pandemia?
- Como foram os idosos envolvidos nas dinâmicas prosseguidas dada a situação pandémica?
- Que novas formas de comunicação em contexto de ERPI foram potenciadas?
- Como foram promovidos os contactos relacionais com familiares/significativos?

4.Atuação nas dinâmicas de resiliência

- De que forma os órgãos sociais/de governação revestem centralidade na resposta da ERPI face à adversidade advinda da pandemia da COVID-19?
- Qual a importância e papel da Direção Técnica/Serviço Social nas dinâmicas de resposta da ERPI face à adversidade advinda da pandemia da COVID-19?

5.Desafios organizacionais

- Quais foram/são as principais dificuldades sentidas a nível económico e/ou financeiro para lidar com a doença da COVID-19? Em sua opinião como ultrapassar estas dificuldades?
- Quais considera serem as necessidades a considerar para precaver situações de risco da doença no futuro, a nível de:
 - Preparação e dotação de profissionais
 - Reorganização dos espaços residenciais
 - Dotações a nível de medidas/material de proteção, controlo e higienização?

- Qual a importância que atribui à articulação das entidades oficiais (e.g., autarquia, DGS, OMS) com a ERPI assim como ao trabalho de parceria com a comunidade envolvente? Que níveis a mesma reveste/carece de revestir?
- Na sua opinião, que tipo de mudanças organizacionais devem ser aplicadas por forma a qualificar o cuidado?
- Quais considera serem as principais lições retiradas da pandemia e que funcionam como sinal de aprendizagem para a ERPI?

Apêndice 4: Modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: As estratégias de resiliência organizacional direcionadas para o cuidado aos idosos em tempos de adversidade

Responsável pelo estudo: Tiago Rafael Ferreira Correia. E-mail: tiagorfcorreia@gmail.com

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Enquadramento e objetivos do estudo: A presente entrevista insere-se no âmbito do estudo acima referido conducente à elaboração da dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Em termos do seu **objetivo central**, este estudo visa, de uma **forma geral**, compreender as estratégias de resiliência das organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos - designadamente as que enquadram a resposta social de ERPI - decorrentes da conjuntura pandémica, percecionando as implicações das mesmas nas dinâmicas organizacionais e os seus efeitos no cuidado aos idosos. Visa, ainda, de **forma específica**, caracterizar a amostra (organizações sociais e interlocutores das mesmas, designadamente profissionais da direção técnica/assistentes sociais e elementos dos órgãos sociais); proceder a uma caracterização geral dos idosos residentes; percecionar os efeitos da questão pandémica nas organizações quanto à sua incidência nos residentes e recursos humanos; compreender as dinâmicas organizacionais mobilizadas na sequência da questão pandémica; caracterizar as práticas do cuidado focalizado na pessoa idosa que foram desencadeadas; percecionar o papel do Serviço Social nas dinâmicas de resiliência organizacional; e percecionar as lições tiradas e que importa considerar para reforçar a missão das organizações, o seu funcionamento e a qualidade de vida dos idosos.

NOTA: ESTE DOCUMENTO DISPÕES DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O RESPONSÁVEL PELO ESTUDO E OUTRA PARA O/A ENTREVISTADO/A.

Eu, _____, declaro que compreendi os objetivos do estudo e que me foram explicados os procedimentos a serem desencadeados para a realização do mesmo. Sabendo que a minha participação é voluntária fui esclarecido/a de que poderei retirar o meu consentimento para continuar a participar no estudo, a qualquer momento, no decurso da entrevista, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Fui ainda informado/a sobre a importância de registar a entrevista e autorizo a sua gravação (em formato áudio ou digital/plataforma *online*) para efeitos da inscrição dos depoimentos na produção da dissertação e também para fins de publicações científicas, tendo sido garantido o meu anonimato enquanto participante deste estudo. Foi-me dada também a garantia de que a destruição das gravações das entrevistas ocorrerá dois anos após a conclusão da dissertação de mestrado e da sua apresentação.

Assinaturas

Do/a entrevistado/a:

Do responsável pelo estudo

Data da realização da entrevista: ____/____/ 2022

NOTA: ESTE DOCUMENTO DISPÕES DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O RESPONSÁVEL PELO ESTUDO E OUTRA PARA O/A ENTREVISTADO/A.

Apêndice 5: Modelo de consentimento para recolha de dados documentais



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA RECOLHA DE DADOS DOCUMENTAIS

Título do estudo: As estratégias de resiliência organizacional direcionadas para o cuidado aos idosos em tempos de adversidade

Responsável pelo estudo: Tiago Rafael Ferreira Correia. E-mail: tiagorfcorreia@gmail.com

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

Enquadramento e objetivos do estudo: Trata-se de um estudo conducente à elaboração da dissertação de Mestrado em Serviço Social na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. Em termos do seu **objetivo central**, este estudo visa, de uma **forma geral**, compreender as estratégias de resiliência das organizações sociais prestadoras de cuidado aos idosos - designadamente as que enquadram a resposta social de ERPI - decorrentes da conjuntura pandémica, percecionando as implicações das mesmas nas dinâmicas organizacionais e os seus efeitos no cuidado aos idosos. Visa, ainda, de **forma específica**, caracterizar a amostra (organizações sociais e interlocutores das mesmas, designadamente profissionais da direção técnica/assistentes sociais e elementos dos órgãos sociais); proceder a uma caracterização geral dos idosos residentes; percecionar os efeitos da questão pandémica nas organizações quanto à sua incidência nos residentes e recursos humanos; compreender as dinâmicas organizacionais mobilizadas na sequência da questão pandémica; caracterizar as práticas do cuidado focalizado na pessoa idosa que foram desencadeadas; percecionar o papel do Serviço Social nas dinâmicas de resiliência organizacional; e percecionar as lições tiradas e que importa considerar para reforçar a missão das organizações, o seu funcionamento e a qualidade de vida dos idosos.

NOTA: ESTE DOCUMENTO DISPÕES DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O RESPONSÁVEL PELO ESTUDO E OUTRA PARA O/A ENTREVISTADO/A.

Eu, _____,
declaro que compreendi os objetivos do estudo e que me foram explicados os procedimentos a serem desencadeados para a realização do mesmo e permito, para efeitos de caracterização organizacional, que possa ser recolhida a informação constante do guião de recolha de dados documentais, a partir de documentação/ fontes de dados institucionais (e.g., site institucional, estatutos/compromisso, regulamentos, relatórios de ação, ...).

Assinaturas

Do representante da organização

Do responsável pelo estudo

Data da autorização: ____/____/ 2022

NOTA: ESTE DOCUMENTO DISPÕES DE 2 PÁGINAS E É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O RESPONSÁVEL PELO ESTUDO E OUTRA PARA O/A ENTREVISTADO/A.

Apêndice 6: Caracterização das organizações da economia social

Tabela 4

Caraterização das organizações da economia social

Caraterização alusiva às Organizações da Economia Social (sentido geral da Organização em estudo)

VARIÁVEL	Organização da Economia Social 1	Organização da Economia Social 2	Organização da Economia Social 3	Organização da Economia Social 4
Natureza	Fundação da Igreja Católica	Associação de Solidariedade Social	Organização não governamental	Casa do Povo
Personalidade Jurídica	IPSS	IPSS	Estatuto complementar de IPSS	Estatuto de equiparada a IPSS
Período de Fundação	Anos 50 (séc XVI)	Anos 70 (séc XX)	Anos 80 (séc XX)	Anos 40 (séc XX)
Missão	“preocupação com os outros, através de respostas de âmbito religioso inspiradas na Doutrina Social Católica, de âmbito cultural e recreativo que	“promover o bem-estar e a qualidade de vida, pondo-nos sempre no lugar do outro” (<i>website institucional da OES2</i>).	“proteger a dignidade humana atuando, através da sua experiência operativa, junto dos mais vulneráveis na defesa da vida e da saúde” (<i>Estatutos/</i>	“prestar serviços individualizados e humanizados de qualidade, numa perspetiva de melhoria contínua, procurando responder às

	<p>permitam apoiar grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, o que fundamenta o Princípio da Solidariedade, expresso nos seus Estatutos, assumindo sempre Valores centrados no Ser Humano” (<i>website institucional da OES1</i>).</p>		<p><i>website institucional da OES3</i>).</p>	<p>necessidades e expectativas dos clientes, famílias e comunidade” (<i>website institucional da OES4</i>).</p>
<p>Valores</p>	<p>“consolidação e aumento da satisfação do quadro de profissionais da Instituição, apostando na melhoria dos desempenhos individuais e reforço do espírito de equipa contribuindo, na prioridade centrada na Pessoa Humana, na preocupação com os mais vulneráveis e excluídos, na proatividade, no comprometimento com a comunidade, na identidade</p>	<p>“ética”, “responsabilidade social”, “competência e profissionalismo”, “tolerância”, “confiança”, “harmonia” e “adaptabilidade” (<i>website institucional da OES2</i>).</p>	<p>humanidade”, “imparcialidade”, “neutralidade”, “independência”, “voluntariado”, “unidade” e “universalidade” (Estatutos/website institucional da OES3).</p>	<p>“solidariedade”, “espírito de equipa/sentimento de pertença”, “afetividade”, “profissionalismo”, “qualidade”, “transparência”, “respeito”, “equidade” e “dignidade” (<i>website institucional da OES4</i>).</p>

	própria, na solidariedade/reciprocidade e na Responsabilidade Social” (<i>website</i> institucional da OES1).			
Respostas Sociais	ERPI, CD, Creche e Infantilário/pré-escolar	ERPI e SAD	ERPI, SAD, CD, Creche, Pré-escolar e CATL	ERPI, SAD, CD, Creche, Pré-escolar e CATL
População alvo	Pessoas idosas e crianças (desde a cresce ao pré-escolar)	Pessoas idosas	Pessoas idosas, crianças e jovens	Pessoas idosas, crianças e jovens
N.º de colaboradores	82	95 efetivos + 5 voluntários	76	55

Caraterização alusiva às ERPI (sentido específico da ERPI em estudo)

VARIÁVEL	OES1/ERPI 1	OES2/ERPI 2	OES3/ERPI 3	OES4/ERPI 4
Data de constituição	Anos 70 (séc XX)	Anos 10 (séc XXI)	Anos 10 (séc XXI)	Anos 90 (séc XX)

Capacidade	101	82	35	30
Tipologia de vagas	-85 vagas ao abrigo do acordo de cooperação com o Instituto de Segurança Social; -4 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social; -12 destinadas a vagas extra acordo de cooperação.	-63 vagas ao abrigo do acordo de cooperação com o Instituto de Segurança Social; -7 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social; -12 destinadas a vagas extra acordo de cooperação.	-24 vagas ao abrigo do acordo de cooperação com o Instituto de Segurança Social; -6 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social; -5 destinadas a vagas extra acordo de cooperação.	-23 vagas ao abrigo do acordo de cooperação com o Instituto de Segurança Social; -5 vagas reservadas ao Instituto da Segurança Social; -2 destinadas a vagas extra acordo de cooperação.
N.º de colaboradores	82	65	20	16

Apêndice 7: Caracterização das pessoas idosas em cada Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Tabela 5

Caraterização das pessoas idosas em cada ERPI

Org. Economia Social Variável	OES1/ERPI 1	OES2/ERPI 2	OES3/ERPI 3	OES4/ERPI 4
Género	Feminino: 77,8% Masculino 22,2%	Feminino: 76,9% Masculino: 23,1%	Feminino: 78,3% Masculino: 21,7%	Feminino: 73,4% Masculino: 26,6%
Idade	Média: 85 anos Idade mais baixa: 67 anos Idade mais alta: 102 anos	Média: 83 anos Idade mais baixa: 51 anos Idade mais alta: 99 anos	Média: 83 anos Idade mais baixa: 52 anos Idade mais alta: 102 anos	Média: 85 anos Idade mais baixa: 52 anos Idade mais alta: 98 anos
Habilitações académicas	Maioria com o ensino básico	Maioria com o ensino básico	Maioria com o ensino básico	Maioria não frequentou a escola (analfabetismo)
Graus de dependência e	Autónomos: 20% Dependentes: 80%	Autónomos: 11% Dependentes: 89%	Autónomos: 10% Dependentes: 90%	Autónomos: 3% Dependentes: 97%

funcionalidade				
Razões inerentes à institucionalização	-Ausência de disponibilidade das famílias para prestação dos cuidados; -Elevado grau de dependência.	-Elevado grau de dependência; -Solidão.	-Ausência de disponibilidade das famílias para prestação dos cuidados; -Falta de retaguarda familiar; -Elevado grau de dependência.	-Ausência de disponibilidade das famílias para prestação dos cuidados; -Falta de retaguarda familiar; -Elevado grau de dependência; -Demência.
Rede de suporte	Composição: maioria são viúvos mas possuem filhos ou netos Periodicidade das visitas: em média 2x por semana, 1 a 2 elementos (presencial e videochamadas)	Composição: maioria possui 1/2 filhos Periodicidade das visitas: em média 2/3x por semana (presencial e videochamadas)	Composição: maioria são viúvos mas possuem irmãos ou filhos Periodicidade das visitas: em média 2x por semana, 1 a 2 elementos (presencial e videochamadas)	Composição: maioria são viúvos ou solteiros, porém têm filhos ou sobrinhos Periodicidade das visitas: 1/2 x por semana (presencial e videochamadas)

Apêndice 8: Caracterização dos participantes

Tabela 6

Caraterização das Diretoras Técnicas

VARIÁVEL	Direção Técnica 1	Direção Técnica 2	Direção Técnica 3	Direção Técnica 4
Idade	42 anos	47 anos	41	36 anos
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Habilitações académicas	Licenciatura em Serviço Social e Mestrado em Gerontologia Social	Licenciatura em Serviço Social	Licenciatura em Serviço Social, Mestrado em Gerontologia Social e Pós-graduação em Gestão de Organizações Sociais	Licenciatura em Serviço Social
Antiguidade na organização/ERPI	12 anos (desde 2010)	21 anos (desde 2001)	11 anos (desde 2011)	12 anos (desde 2010)
Função/cargo atual	Diretora Técnica e Assistente Social	Diretora Técnica e Assistente Social	Diretora Técnica e Assistente Social	Diretora Técnica e Assistente Social

Tabela 7*Caraterização dos/as interlocutores/as dos Órgãos Sociais*

VARIÁVEL	Órgão Social 1	Órgão Social 2	Órgão Social 3	Órgão Social 4
Idade	73 anos	47 anos	50	70 anos
Género	Masculino	Feminino	Feminino	Masculino
Habilitações académicas	Licenciatura em Gestão de Empresas	Licenciatura em Gestão	Licenciatura em Português	Licenciatura em Gestão
Antiguidade na organização	8 anos (desde 2014)	20 anos (desde 2002)	25 anos (desde 1997)	12 anos (desde 2010)
Função/cargo atual	Provedor	Secretária da Direção	Diretora Executiva	Presidente da Direção

Apêndice 9: Análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Unidade de Contexto	Unidade de enumeração
<p>Dinâmicas organizacionais mobilizadas</p>	<p>Atores envolvidos na definição de medidas de prevenção da COVID-19</p>	<p>Equipa técnica</p>	<p>“(…) as medidas foram tomadas pela direção técnica e equipa técnica (…)</p> <p>(…) antes da pandemia, antes de se falar do confinamento juntamente com a equipa de Enfermagem, reunimo-nos” (DT1).</p> <p>“As medidas foram definidas e (…)</p> <p>estendidas à equipa técnica” (DT2).</p> <p>“Os atores fomos todos nós, equipa técnica (…)</p> <p>Nós tivemos que ir adaptando todos em conjunto (…)</p> <p>” (DT3).</p> <p>“Os atores envolvidos na definição das medidas do plano foram toda a equipa técnica, com um papel muito importante da parte da saúde, ou seja, da área de enfermagem (…)</p> <p>” (DT4).</p> <p>“(…) Todos os colaboradores foram auscultados (…)</p> <p>equipas técnicas (…)</p> <p>o médico e a enfermagem (…)</p> <p>” (OS1).</p> <p>“(…) a direção técnica, a equipa multidisciplinar todos eles participaram (…)</p> <p>” (OS2).</p> <p>“(…) equipa médica, a direção técnica (…)</p> <p>ajudaram a definir o plano de contingência (…)</p> <p>” (OS3).</p> <p>“(…) a direção técnica, técnicos (…)</p> <p>da instituição. No fundo todos foram envolvidos (…)</p> <p>” (OS4).</p>	<p>8</p>

		Órgãos Sociais	<p>“As medidas foram definidas em reunião de Direção (...)” (DT2).</p> <p>“(...) o presidente da direção que também estava muito envolvido (...)” (DT4).</p> <p>“(...) nós [Direção] auscultamos as equipas (...)” (OS1).</p> <p>“(...) toda a gente participou (...) A Direção da instituição (...)” (OS2).</p> <p>“(...) A direção envolveu-se nas medidas a tomar no Lar (...)” (OS3).</p> <p>“(...) pois tudo mexeu com toda a estrutura (...) mesmo com a Presidência (...)” (OS4).</p>	6
		Cuidadoras	<p>“(...) e mesmo a equipa de auxiliares da ação direta contribuiu (...)” (DT4).</p> <p>“(...) E também as cuidadoras (...)” (OS2).</p> <p>“(...) e com as auxiliares (...)” (OS4).</p>	3
	Medidas adotadas	Plano de Contingência	<p>“De imediato definimos o plano de contingência (...)” (DT1).</p> <p>“Mesmo antes do COVID começar, já possuíamos um plano de contingência (...) mas tivemos que adaptar o mesmo (...)” (DT2).</p> <p>“(...) nós fomos sempre nos adaptando e em constante mutação ao nível do plano de contingência” (DT3).</p> <p>“A nível de medidas tivemos o plano de contingência (...)” (DT4).</p> <p>“Foram tomadas um conjunto de medidas e ações de forma a definir-se o plano de contingência (...)” (OS1).</p>	8

			<p>“Adotamos o plano de contingência (...)” (OS2).</p> <p>“Foi discutido o plano de contingência (...)” (OS3).</p> <p>“Definimos o plano de contingência (...)” (OS4).</p>	
		<p>Material de proteção, higienização e controlo de sintomatologia</p>	<p>“Começámos a comprar material e equipamento de proteção e higienização, a redefinir as escalas de serviço (...) havia o controlo de temperaturas diariamente e sintomas e tudo era enviado para a Delegação de Saúde” (DT1).</p> <p>“Apostamos na desinfeção das mãos (..) Afixamos os panfletos e notas indicativas de higienização em todo o lado, como em todos os quartos dos residentes, na casa de banho dos residentes, nas casas de banho do pessoal (...) Fizemos avaliação de temperatura, obrigatoriedade de máscara de todos os funcionários (...) Havia períodos de isolamento, consoante orientações da DGS (...) Também fizemos encomendas de material de proteção e (...) todos os dias distribuíamos um kit completo com o material de proteção” (DT2).</p> <p>“(..) mesmo de ser dado a emergência/ calamidade, nós já estávamos a fazer stocks de luvas de máscaras, de gel” (DT3).</p> <p>(..) nós, à entrada da instituição tínhamos que vestir a farda (...) e usar calçado específico (...) A medição da temperatura, também era uma das medidas (...) Tudo que era material que usávamos aqui para efeito de trabalho com COVID, era higienizado na instituição de acordo com as regras que estavam descritas nos planos de</p>	4

			contingência, com temperaturas elevadas” (DT4) .	
	Destinatários das medidas implementadas	Residentes e colaboradores	<p>“(…) para cada pessoa dentro da instituição (…) de forma a sensibilizar todos os intervenientes no circuito da ERPI (familiares, utentes e colaboradores)” (OS1).</p> <p>“(…) para todos os idosos e colaboradores que entrassem no Lar, muito para proteção da casa (…)” (OS2).</p> <p>“foi um plano de todos (…) para todos (…) sobretudo para os idosos (…) e ao mesmo tempo para os funcionários (…)” (OS3).</p> <p>“(…) foi transversal (…) para os colaboradores e para os utentes” (OS4).</p>	4
	Objetivos das medidas implementadas	Prevenção e/ou mitigação da COVID-19	<p>“(…) [o plano de contingência] definiu as medidas, a calendarização e as responsabilidades de cada um (…) permitindo e assegurando que cada um saiba o que fazer nos chamados momentos críticos da pandemia (…) Definindo procedimentos que assegurem o cumprimento das normas e instruções emanadas da DGS (…)” (OS1).</p> <p>“(…) [o plano de contingência] focou-se muito na não entrada do COVID na casa (…)” (OS2).</p> <p>“(…) [o plano de contingência] visou impedir que o vírus entrasse cá dentro (…)” (OS3).</p> <p>“(…) o efeito [do plano de contingência] foi de conter a pandemia e foi muito bem estruturado (…) Claro que com constantes mudanças</p>	4

			(...) Foram aplicadas para toda a instituição (...) mas mais voltada para a parte das pessoas mais idosas” (OS4) .	
	Tipo de apoios que a ERPI recebeu e/ou procurou	Entidades públicas e/ou oficiais	<p>“Inicialmente recebemos apoio da DGS e depois da Segurança Social (...) e também da Cruz Vermelha (...) e a articulação com a Câmara Municipal” (DT1).</p> <p>“A Segurança Social deu-nos apoio (...) também tivemos apoio pela autarquia (...) ao nível da saúde, tivemos uma reunião presencial com várias pessoas e entidades, como a Saúde Pública, a Proteção Civil, a Segurança Social (...) e pedimos apoio à Força Aérea (...)” (DT2).</p> <p>“Tivemos algum apoio da Câmara (...) e da Segurança Social” (DT3).</p> <p>“Tivemos apoio da Câmara (...) depois tivemos da Segurança Social (...) a Junta de Freguesia apoiou (...)” (DT4).</p> <p>“(...) o Adaptar Social + foi uma mais-valia (...)” (OS1).</p> <p>“Maior parte das informações vinham por parte da Segurança Social (...) daquilo que abria e das candidaturas a programas de apoio (...) tivemos o apoio do Adaptar Social + (...)” (OS2).</p> <p>“Houve apoio (...) do Adaptar Social +, da Câmara Municipal (...) da Junta de Freguesia (...)” (OS3).</p> <p>“(...) candidatamo-nos (...) e recebemos apoio do Adaptar Social + (...)” (OS4).</p>	8

		Comunidade/ privados	<p>“Tivemos apoio de familiares que se ofereceram como voluntários” (DT2).</p> <p>“Recebemos alguns donativos de pessoas individuais” (DT3).</p> <p>“Tivemos muito apoio de empresas locais” (DT4).</p> <p>“(…) algumas pessoas ofereceram donativos e outras ofereceram-se para comprar coisas, como material de proteção” (OS2).</p> <p>“(…) houve uma boa sinergia com várias entidades e empresas locais (…)” (OS3).</p> <p>“(…) Tivemos muito apoio de empresas locais (…)</p> <p>empresas da área têxtil vinham cá entregar máscaras e viseiras (…)” (OS4).</p>	6
		Apoio ao nível de material de proteção, higienização e testagem	<p>“Foi dado apoio ao nível dos recursos de proteção e higienização (…)</p> <p>para fazer testagem (…)” (DT1).</p> <p>“(…) tivemos testes financiados (…)” (DT2).</p> <p>“(…) apoiaram-nos com as compras do material e equipamentos de proteção da COVID (…)” (DT3).</p> <p>“(…) concederam o financiamento de alguns EPI’s (…)</p> <p>apoiou com desinfetantes (…)” (DT4).</p> <p>“(…) equipamentos de proteção e de higienização (…)</p> <p>e os testes (…)” (OS1).</p> <p>“(…) estamos a falar (…)</p> <p>essencialmente de material de proteção (…)</p>	8

			<p>e também de testagem (...)” (OS2).</p> <p>“(...) ao nível dos testes (...) dos EPI’s (...) e dos materiais de desinfeção (...)” (OS3).</p> <p>“(...) alguns EPI’s (...) as máscaras (...) os testes (...) e desinfetantes (...)” (OS4).</p>	
		<p>Apoio ao nível da (in)formação e orientações</p>	<p>“(...) formação e orientação via telefone para gestão da COVID-19 (...)” (DT1).</p> <p>“Tivemos reuniões e formações em formato online e presencial com várias pessoas e entidades (...)” (DT2).</p> <p>“Tivemos apoio médico (...) e formação ao telemóvel” (DT4).</p> <p>“Tivemos o apoio de um médico (...) que nos ia informando e aconselhando (...)” (OS4).</p>	4
		<p>Apoio ao nível tecnológico</p>	<p>“(...) Arranjaram computadores e tablets” (DT2).</p> <p>“(...) Financiaram-nos dois tablets” (DT3).</p> <p>“Ganhámos dois tablets e um computador (...)” (DT4).</p> <p>“(...) trataram de fornecer tablets (...)” (OS2).</p> <p>“(...) concederam-nos dois tablets (...)” (OS3).</p> <p>“Conseguimos que nos financiassem computadores e tablets (...)” (OS4).</p>	6

		Apoio económico/ financeiro	<p>“(…) compramos muita coisa, depois pudemos receber o reembolso” (DT2).</p> <p>“Recebemos (…) cerca de 6.000€ (…)” (OS1).</p> <p>“(…) possibilitou que tivéssemos o reembolso (…)” (OS2).</p> <p>“(…) financiamento de alguns EPI’s (…)” (OS4).</p>	4
		Outro tipo de apoio(s) pontual/ais	<p>“(…) algumas pessoas da equipa foram dormir para um hotel com apoio da arquidiocese (…)” (DT1).</p> <p>“(…) concederam camas de reserva para se fosse preciso ficarmos cá” (DT2).</p> <p>“(…) Tivemos alguns donativos em géneros, por exemplo a viseira, os pijamas (…)” (DT3).</p> <p>“(…) Pessoas que fizeram máscaras e toucas e que vieram cá entregaram-nos” (DT4).</p> <p>“(…) Apoiou (…) daquela vez (…) com um único garrafão de desinfetante (…)” (OS4).</p>	5

	Gestão da informação relacionada com a doença	Partilha do ponto de situação com os familiares	<p>“A instituição dava conhecimento dos casos positivos e isolamentos aos familiares” (DT1).</p> <p>“Procedemos à comunicação dos casos COVID e isolamentos às famílias (...)” (DT2).</p> <p>“Fomos dando conhecimento dos casos positivos e procedendo à divisão por alas dos positivos e negativos (...)” (DT3).</p> <p>“(...) diariamente, nós fazíamos contacto com as famílias (...) com os utentes, neste caso com COVID, fazíamos diariamente (...) Logo que houve uma situação confirmada de casos, nós fomos os primeiros a comunicar às famílias e colocámos um comunicado nas redes sociais” (DT4).</p> <p>“(...) procuramos informar as famílias dos casos positivos (...)” (OS1).</p> <p>“(...) a prioridade era comunicar o que se passava (...) aos familiares (...)” (OS2).</p> <p>“As famílias também eram sempre avisadas sobre a situação (...)” (OS3).</p> <p>“(...) logo que tivemos o surto, fizemos um comunicado nas redes sociais a dar informação da situação (...) Sempre que tínhamos um caso positivo, informávamos as famílias de imediato (...)” (OS4).</p>	8
		Partilha do ponto de	“(...) estivemos em contacto permanente com a DGS local com vista a solucionar casos pontuais (...)” (OS1) .	4

		<p>situação com as entidades oficiais</p>	<p>“(…) havia partilha de informação com a Saúde Pública (…)” (OS2). “Houve articulação com a Saúde Pública para gerir toda a situação (…)” (OS3). “(…) procedemos a uma articulação com a Saúde Pública (…) dávamos a estatística dos casos à Saúde Pública” (OS4).</p>	
		<p>Articulação com outras entidades</p>	<p>“Procuramos estar em contacto permanente com outras instituições do município (…) para saber o que melhor fazer (…)”(OS1).</p>	1
	<p>Medidas adotadas de forma a antecipar casos positivos</p>	<p>Material de proteção</p>	<p>“(…) Reforçamos o uso de equipamentos de proteção e máscara, minimizando qualquer contágio de infeção (…)” (OS1). “(…) A instituição preocupou-se muito com o material de proteção e com a aquisição de material (…) para ter material disponível, em <i>stock</i>” (OS2). “(…) sempre procuramos proteger os colaboradores e utentes com o uso intensivo de material de proteção (…)” (OS3). “(…) fizemos uso intensivo de EPI’s (…)” (OS4).</p>	4
		<p>Testagem</p>	<p>“(…) uma das primeiras medidas foi testar toda a gente (…)” (OS1). “(…) a testagem de todos foi uma constante (…)” (OS2). “(…) porque tínhamos disponível testagem interna, para além da disponível no exterior (…)” (OS3).</p>	4

			“(…) Logo que saíram os testes rápidos, nós compramos logo (…)” (OS4).	
		Controlo de sintomatologia	“(…) inicialmente (…) medíamos a temperatura a toda a gente (…)” (OS1). “(…) a atenção aos sintomas foi uma constante (…)” (OS2). “(…) a sensibilização dos colaboradores para que fizessem o controlo da sintomatologia dos residentes (…) e de todas as outras pessoas” (OS3). “(…) A equipa de enfermagem fazia a monitorização regular dos sintomas (…)” (OS4).	4
	Dinâmicas de adaptação dos espaços, atividades e regras para visitas ocorridas na ERPI	Quartos/espacos para isolamento profilático e/ou de casos positivos	“As pessoas com COVID foram separadas das pessoas sem COVID, existiram duas alas (…) e aproveitamos que o infantário estava fechado e utilizamos esse espaço para acolher pessoas do Lar (…)” (DT1). “(…) arquetonicamente dividimos [o Lar] em duas partes (…) a ala dos casos positivos e a ala das pessoas sem COVID” (DT2). “(…) tivemos que nos adaptar e fazer aqui uma reestruturação dos espaços, por exemplo do refeitório e dos quartos, tendo criado uma ala COVID” (DT3). “Estava definida uma ala COVID e uma ala não COVID, estava sinalizado com umas fitas vermelhas, redes em que sinalizámos a	8

			<p>partir daí as zonas e os circuitos com setas no chão (...)” (DT4).</p> <p>“(...) criação da ala COVID para separar casos positivos de negativos (...)” (OS1).</p> <p>“A instituição adotou os espaços (...) de forma a cumprir com os distanciamentos e isolamento, criando espaço específico para os positivos (...)” (OS2).</p> <p>“(...) os positivos transitaram para a ala COVID” (OS3).</p> <p>“(...) tivemos que separar o edifício, fazer uma separação por zonas, a zona COVID e a zona não COVID (...)” (OS4).</p>	
		<p>Normas/regras específicas de distanciamento</p>	<p>“Começamos com alguns cuidados ao nível das atividades, adaptamos as salas (...) fizemos o afastamento dos cadeirões” (DT2).</p> <p>“Colocámos a nossa entrada ampla, sempre arejada, a pessoa da receção sempre lá presente (...) Exatamente como diria a norma [da DGS], nós conseguimos sempre adaptar o nosso espaço de forma a assegurar o cumprimento da distância entre as pessoas” (DT3).</p> <p>“Procuramos distanciar as pessoas e manter os espaços arejados (...)” (DT4).</p>	3

		<p>Criação de circuitos e/ou separação dos colaboradores</p>	<p>“(…) arquitetonicamente dividimos [o Lar] em duas partes e isolamos a parte dos cuidados, ou seja da ação direta e da equipa técnica, da parte da cozinha” (DT2).</p> <p>“(…) não cruzamento dos colaboradores das respostas sociais (….) quem estava em ERPI estava em ERPI, quem estava em centro de dia, em centro de dia e, quem estava nas respostas da infância, na infância (….)” (DT3).</p> <p>“(…) depois foram criados circuitos de entradas e saídas das famílias e dos colaboradores para não haver cruzamento (….) Criámos também uma nova zona de registo de assiduidade por causa da questão dos circuitos, porque nós tínhamos um registo de assiduidade com picagem através de biométrico, a entrada da instituição e criámos outro local, dois em simultâneo para que os turnos que estivessem a entrar não se cruzassem com os turnos que estavam a sair, que facilitou nos circuitos das colaboradoras de ERPI” (DT4).</p>	3
		<p>Limitações e/ou restrições a visitas e/ou suspensão das visitas</p>	<p>“Sempre nos fomos orientando pelas indicações das entidades oficiais (….) pelo que optamos por proibir entrada dos familiares (….)” (DT1).</p> <p>“Inicialmente pedimos para os residentes não saírem e para os familiares não os virem buscar (….) Contactamos todas as famílias e sensibilizamos as famílias para que viessem para o estreitamente necessário (….) e o número de visitas também pedimos para reduzir (….) em vez de vir a família toda, vinha uma pessoa de cada vez”</p>	8

			<p>(DT2). “Nós suspendemos as visitas quando tivemos que suspender (...)”</p> <p>(DT3). “Nunca escondemos nada, tentámos ser o mais transparentes possíveis com as famílias (...) e logo que surgiu o COVID cancelamos as visitas (...)” (DT4).</p> <p>“(...) fechar a ERPI para entrada dos familiares (...)” (OS1).</p> <p>“(...) a questão da não entrada no Lar ajudou a controlar (...)” (OS2).</p> <p>“(...) proibimos as visitas no Lar (...)” (OS3).</p> <p>“(...) suspendemos as visitas no interior da ERPI (...)” (OS4).</p>	
		<p>Visitas através de janelas ou espaços exteriores</p>	<p>“(...) Desde cedo permitimos que os idosos recebessem visitas através de uma janela construída por iniciativa do senhor Provedor” (DT1).</p> <p>“(...) A nossa instituição apostou nas visitas à entrada, no vidro da entrada (...)” (DT2).</p> <p>“(...) Criamos visitas pelo vidro (...) e temos o espaço exterior que dividimos para que estejam separados das famílias” (DT3).</p> <p>“(...) Depois ao nível das visitas, foi criada uma sala exterior com acesso à parte da sala de convívio para visitas. As famílias nos casos de utentes acamados poderiam visitá-los através do exterior das instalações pela janela dos quartos” (DT4).</p>	4

	<p>Dinâmicas no campo da gestão de recursos humanos</p>	<p>Contratação de pessoas</p>	<p>Procedemos à contratação de pessoal. Também recorremos a uma equipa de voluntários. A equipa de voluntários era qualificada e, portanto, foi a reposta no imediato da instituição” (DT1).</p> <p>“(…) tínhamos uma abertura ao nível da contratação de pessoal e que com a pandemia tem vindo a aumentar (…) fizemos o reforço da contratação através do apoio do Centro de Emprego, como o MAREESS” (DT2).</p> <p>“Nós tivemos apoios principalmente do apoio MAREES, que veio facilitar a contratação muito por causa das escalas (…) Depois do MAREESS, uma grande parte delas ficou como funcionárias” (DT3).</p> <p>“Recorremos à contratação através do MAREES, para conseguirmos cumprir com as medidas de contingência, mesmo antes de termos casos já recorria ao MAREESS porque as medidas de contingência, de higienização e todas as medidas preventivas exigiam muito (…)” (DT4).</p> <p>“Apoiamo-nos no MAREESS e nas brigadas de intervenção para reforçar as equipas (…)” (OS1).</p> <p>“Recorremos ao programa MAREESS para proceder a contratações (…) algumas das pessoas ficaram connosco (…)” (OS2).</p> <p>“Apoiamo-nos no MAREESS para reforço (…)” (OS3).</p> <p>“(…) fomos uma entidade que recebeu as brigadas de intervenção (…) também fomos das primeiras instituições a recorrer ao MAREESS (…)” (OS4).</p>	<p>8</p>
--	---	-------------------------------	--	----------

		<p>Capacitação sobre práticas de proteção e higienização</p>	<p>“O Lar teve formação na capacitação dos profissionais e dos voluntários (...) formação de como vestir o equipamento de proteção individual ou tratar um caso COVID (...)” (DT1).</p> <p>“Quase todos os dias reuniamo-nos para debater questões sobre a COVID-19. Além das questões gerais, havia as questões específicas, como os casos positivos e que práticas ter, onde a equipa técnica procurava explicar (...)” (DT2).</p> <p>“Nós tivemos sempre uma formação contínua e mesmo sobre planos de contingência tivemos formação com a enfermagem. A formação é quase sempre em tempo real e contínua (...)” (DT3).</p> <p>“A equipa técnica foi fazendo muita formação online para a elaboração dos planos de contingência. Fizeram algumas formações como aplicar as regras e para manter atualizada, porque as regras estavam sempre a mudar (...) Depois fomos fazendo muita formação com as funcionárias, a nível do plano de contingência e todas as alterações, as áreas que nós sentíamos que havia mais dificuldade (...)”</p>	8

			<p>nós íamos fazendo pequenas ações de formação (...) Foi feito sempre muito no dia a dia, porque era necessário estar sempre a reforçar as medidas” (DT4).</p> <p>“Tivemos a preocupação em manter os colaboradores devidamente instruídos para o cumprimento do plano [de contingência] (...) como vestir os equipamentos de proteção (...)” (OS1).</p> <p>“Fez-se muita formação com a equipa de enfermagem e o médico (...) explicou-se tudo, sobre como vestir os EPI’s, como higienizar e desinfetar os espaços (...)” (OS2).</p> <p>“(…) Formação na área dos EPI’s (uso no geral e uso específico em casos de resultados positivos), EPI’s para isolamento (por exemplo, isolamento de idosos que, estando negativos, regressavam à instituição vindos de instituições hospitalares). Formação interna dada pela diretora sobre o plano de contingência (elaborado de cima para baixo, mas agregando todos os intervenientes na dinâmica) (...)” (OS3).</p> <p>“(…) No fundo fomos fazendo sempre formação (...) desde logo que surgiu o COVID (...) fizemos uma ação de sensibilização com todos os funcionários da casa (...) com o médico da instituição (...) Ao longo do tempo fomos fazendo pequenas formações sobre pequenas áreas que eram percebidas como necessárias (...) como a colocação e remoção dos EPI’s (...) e sobre o plano de contingência (...)” (OS4)</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Motivação dos colaboradores ao nível de compensações materiais e/ou monetárias</p>	<p>“Existiu um reforço do salário para quem trabalhasse na instituição durante a fase mais crítica. Houve um incentivo monetário para os profissionais. A instituição pagou a dobrar (...) quem trabalhou 15 dias, a instituição pagou 30 (...) Nós, com o apoio do Sr. Provedor trazíamos bolos, croissants, pizzas e bebidas para que as funcionárias tomassem o pequeno-almoço, lanche e ceia” (DT1).</p> <p>“Houve um prémio na altura do surto para quem esteve no terreno (...) No caso das chefias, foram atribuídos uns dias de férias extra” (DT2).</p> <p>“(…) comprámos e oferecemos uma prendinha e um valor monetário. Elas sentiram-se muito valorizadas e acho que essencialmente esse tipo de estratégias funcionou sempre muito melhor (...)” (DT4).</p> <p>“(…) Os trabalhadores que ficavam em casa os referidos 15 dias de descanso recebiam na íntegra o salário e quando trabalhavam 15 dias sem ir a casa (...) recebiam horas extraordinárias (...) a dobrar (...)” (OS1).</p> <p>“(…) Durante o período do grande surto houve uma compensação (...) um prémio (...)” (OS2).</p> <p>“(…) Mais tarde foram dados apoios financeiros (...)” (OS4).</p>	6
		<p>(Re)formulação dos turnos e equipas</p>	<p>“Houve uma redefinição das equipas e de funções (...) Definimos turnos em espelho de 15 dias (...) Eu definia quem ficava na equipa de infetados e quem não ficava, consoante as disponibilidades” (DT1).</p>	8

			<p>“Apostamos em turnos de 12 horas. Só fazia 12h quem podia. Fizemos o levantamento de quem podia e adaptamos os turnos. Decidimos fazer quatro dias de trabalho e quatro dias de folga (...) fazíamos quatro dias de trabalho e depois quatro dias em casa. turnos em casulo” (DT2).</p> <p>“Começamos a fazer, só ERPI, turnos de 12 horas, em que os funcionários gostaram e continuamos (...) Eles só trabalham 4 dias por semana e esses 4 dias não são seguidos (...)” (DT3).</p> <p>“Nós tivemos fases em que tivemos turnos de 12 horas (...)” (DT4).</p> <p>“Foram constituídas equipas de trabalho por períodos de 15 dias (...) Durante o período crítico da pandemia só passaram a existir dois turnos em vez dos três turnos habituais” (OS1).</p> <p>“Houve reformulação de turnos de 12 horas. Fez-se turnos em espelho (...)” (OS2).</p> <p>“(...) existiu readaptação, com turnos de 12 horas (...)” (OS3).</p> <p>“Fizemos trabalho em espelho (...) trabalhavam 12 horas por dia durante uma semana e depois ficavam a seguinte em casa (...)” (OS4).</p>	
--	--	--	--	--

		Teletrabalho	<p>“(…) outro turno estava em <i>home office</i> (…)” (DT1).</p> <p>“Adaptamo-nos ao teletrabalho. Tivemos uma rotatividade na altura do surto (…). Contudo, só ficou em teletrabalho o pessoal da secretaria, os animadores e um elemento da enfermagem” (DT2).</p> <p>“No período em que tivemos casos COVID, durante um mês e, entre equipa técnica, fizemos teletrabalho de forma alternada (…)” (DT3).</p> <p>“A nossa organização promoveu o teletrabalho, queríamos que ficasse o mínimo de pessoas no Lar (…)” (OS2).</p>	4
		Liderança	<p>“Assumi uma liderança mais motivacional, mais de gestão de pessoas e recursos (…)” (DT1).</p> <p>“(…) reforçamos a figura de responsável de turno, que é responsável por tudo que se passa naquele turno, ou seja, com a comunicação tanto com a enfermagem, como com a direção técnica (…). Quando as pessoas entram são acompanhadas por uma pessoa definida. Possuímos um plano diário onde distribuimos quem vai fazer o quê e de que forma e à partida sabemos quem é que vai cuidar e quem é que vai apoiar quem” (DT2).</p> <p>“(…) havia uma pessoa destacada a acompanhar a pessoa que entrava (…). A direção técnica e a equipa de enfermagem assumiram a gestão e apoio do pessoal (…)” (DT3).</p>	4

			<p>“Tentei manter uma relação de empatia com as colaboradoras, acho que foi muito importante pôr-me no lugar delas, dizer que “eu também estou aqui” (...) Tentava colocar-me ao mesmo nível que elas, porque isto é muito importante. Se for necessário eu vou também fazer esse serviço (...) Não havia um dia que saísse e não passasse no Lar para saber como iam as coisas” (DT4).</p>	
		<p>Criação de espaços de partilha e de apoio</p>	<p>“Procuramos ouvir as dificuldades das cuidadoras e apoiar as mesmas (...) E aqui também foi importante o papel da psicologia” (DT1).</p> <p>“Diariamente criávamos espaços de partilha. Por exemplo, quando fazíamos turnos de 12 horas, fazíamos pausa de trabalho para fazer reuniões e falar sobre as dificuldades, sugestões (...) Nós sempre tivemos passagem de turno e durante o COVID-19 serviu de reforço da comunicação e partilha de dificuldades e de determinadas práticas (...)” (DT2).</p> <p>“Nós temos um grupo e nesse grupo ao mesmo tempo que serve de informação elas próprias principalmente na altura que houve o tal surto foi muito de partilha das dificuldades, necessidades e preocupações (...) Acho que foi a melhor coisa, foi ter sido criado o grupo” (DT3).</p> <p>“Tínhamos as passagens de turno (...) já era uma estratégia que existia e que tivemos que manter ainda mais nesta fase, pois foi algo muito importante.</p>	4

			<p>Depois fazíamos momentos de manhã em que íamos todas ao corredor e íamos falar um bocadinho e era um momento em que elas aproveitavam e falavam e muitas vezes alertavam-nos e elas próprias sinalizavam situações de colegas o que era muito interessante (...) Ao mesmo tempo, nós tínhamos pessoas ativas nas redes sociais, que iam partilhando e falando e depois lá está, no dia a dia estavam à vontade para partilhar o que estavam a sentir, o medo. Para elas foi muito importante (...)” (DT4).</p>	
		<p>Promoção de relações <i>positivas</i> entre pares, chefias e residentes</p>	<p>“O próprio Provedor veio apoiar, inclusive na mudança de camas (...) Todos os dias a equipa técnica telefonava para os elementos que estavam em casa. A psicóloga, quer em casa, quer na instituição, encontrava-se em constante contacto com as funcionárias (...) Mesmo quando eu estava lá fora, procurava cuidar de quem estava lá dentro, ligava para lá, para dar apoio emocional” (DT1).</p> <p>“(…) independentemente da pandemia a nossa casa sempre apoiou o colaborador em tudo o que precisava. Mesmo muitas a nível de medicina que temos aqui a nossa médica na ERPI, e a nível de enfermagem, têm sempre essa liberdade e mesmo nós estamos sempre presentes para elas caso elas necessitem (...)” (DT3).</p> <p>“A melhor forma de trabalhar com os utentes é trabalhar com elas, as nossas auxiliares, porque eram quem estava a maior parte do tempo com os idosos (...) Acho que no dia a dia e o reforço positivo e o</p>	7

			<p>“obrigado pela vossa dedicação”, foram muito importante (...) Nós púnhamos publicações no <i>facebook</i> e com mensagens de agradecimento. Fazíamos muito estas dinâmicas. E depois numa determinada fase eu recorde-me ter proposto à direção fazer uma pequena homenagem às pessoas que estiveram na área do COVID” (DT4).</p> <p>“(…) com a intervenção das nossas equipas técnicas de psicologia tudo foi positivamente superado (...)” (OS1).</p> <p>“A Direção fez algumas cartas de encorajamento e a agradecer todo o empenho (...) Algumas vezes fomos ajudar, como por exemplo, a distribuir as refeições. Podíamos não fazer muito no terreno, mas íamos aparecendo (...) Outras vezes aparecíamos ao fim do dia (...)” (OS2).</p> <p>“Reuníamos-nos com a direção técnica, que era o veículo de informação, para perceber as dificuldades (...)” (OS3).</p> <p>“Tínhamos uma psicóloga disponível e destacada para apoiar a equipa (...) foi fundamental no apoio, que sempre estive muito próxima das colaboradoras (...) Houve um acompanhamento da equipa técnica muito próximo (...) Trabalhamos em equipa e eu procurei estar presente, ir à instituição e apoiar (...) Como eu moro perto, qualquer coisa eu vinha cá (...)” (OS4).</p>	
--	--	--	--	--

Cuidado focalizado na pessoa idosa	Prioridades que revestiu o cuidado à pessoa idosa durante o período da pandemia	Satisfação das necessidades humanas e ABVD's	<p>“A missão da instituição era prestar os cuidados aos doentes e estar verdadeiramente com o sentido de compromisso para com todos. Foco nos cuidados básicos (higiene e alimentação) (...)” (DT1).</p> <p>“Foram os cuidados de saúde e a manutenção das atividades que alguns dos residentes, de forma individualizada, gostavam de fazer. Procuramos assegurar as ABVD's e as necessidades humanas. A pirâmide de <i>Maslow</i> foi aplicada aqui (...)” (DT2).</p> <p>“O nosso foco foi garantir a satisfação das necessidades básicas. A nossa preocupação foi o bem-estar do utente. É claro que na altura em que houve o surto era a higiene pessoal e alimentação do utente (...)” DT3</p> <p>“Ao nível dos cuidados, mantivemos o cuidado físico dos utentes (...)” (DT4).</p> <p>“(...) foi garantir os cuidados básicos aos idosos” (OS3).</p>	5
		Garantia da saúde e/ou da vida	<p>“(...) procuramos salvaguardar a saúde e a vida dos utentes (...)” (OS1).</p> <p>“(...) a questão da segurança e da proteção (...) O estado de saúde das pessoas idosas (...)” (OS2).</p> <p>“(...) A prioridade foi manter a maior segurança possível, garantindo a vida (...)” (OS3).</p> <p>“A primeira prioridade foi o bem-estar dos utentes e a segurança em termos de não contaminar uns aos outros (...)” (OS4).</p>	4

		<p>Combater o isolamento e/ou promoção do contacto com a família</p>	<p>“(…) a promoção do contacto com a família foi fundamental para combater as consequências dos isolamentos (…)” (DT2).</p> <p>“(…) a parte emocional e psicológica do utente sempre foi muito importante (…) e para tal foi importante o contacto com a família, mesmo que por chamadas (…)” (DT3).</p> <p>“A questão foi sempre tentar colmatar o isolamento (…) Intensificando as chamadas telefónicas (…) a parte do isolamento e a parte mais psicológica, a parte mais dos medos, o falar e ver as famílias para eles era fundamental. Dava-lhes ali uma esperança (…)” (DT4).</p>	3
	<p>Envolvimento dos idosos nas dinâmicas prosseguidas dada a situação pandémica</p>	<p>Explicação</p>	<p>“Houve uma ação de sensibilização inicial para informar e alertar as pessoas idosas da situação decorrente no Lar, envolvência de todos os idosos para os passos a adotar no âmbito do confinamento. Aqui procurou-se consciencializá-los para os cuidados de higiene, distanciamento, entre outras medidas. E, posteriormente, do desconfinamento” (DT1).</p> <p>“Procurávamos conversar e explicar o porquê de fazermos diferente (…) Um dos meus papeis foi explicar aos residentes o que se estava a passar. E com as famílias utilizei muito o e-mail e às vezes o</p>	8

			<p>telefonema. As pessoas com COVID, os telefonemas eram feitos pela equipa de enfermagem” (DT2).</p> <p>“(…) Comunicamos sempre aos utentes o que se passava (…)” (DT3).</p> <p>“(…) aquilo que tentámos sempre fazer foi explicar o que estava a acontecer, os riscos que podiam acontecer, a questão da utilização da máscara, conversando e dialogando com eles (…)</p> <p>muitas vezes mostrando as coisas (…)</p> <p>Houve muita essa preocupação, para que colmatássemos aqui algumas questões, mas sempre tentando envolvê-los (…)</p> <p>E depois íamos tentando fazer ações de sensibilização com os utentes para lhes explicar o que estava a acontecer. Achámos muito importante porque alguns não estavam a perceber o que estava a acontecer (…)” (DT4).</p> <p>“(…) A implementação de medidas anti-COVID (…)</p> <p>causou algum desalento entre os idosos, contudo após longa campanha de mentalização tudo foi possível (…)” (OS1).</p> <p>“(…) a equipa técnica (…)</p> <p>e os enfermeiros davam as informações e orientações aos idosos (…)” (OS2).</p> <p>“A equipa técnica procurou sempre comunicar com todas as famílias e com todos os idosos sobre o que ia acontecendo (…)</p> <p>dentro e fora da instituição (…)” (OS3).</p> <p>“(…) os idosos eram informados. À medida que as medidas iam sendo implementadas, os idosos iam sendo informados do que estava a</p>	
--	--	--	---	--

			acontecer (...) Mesmo quando tivemos que alterar o refeitório, isso era transmitido (...)” (OS4) .	
	Garantia do acesso aos cuidados/serviços de saúde	Articulação com a rede primária de cuidados de saúde	<p>“Garantimos os cuidados de saúde porque as enfermeiras articulavam com os médicos de família e do hospital” (DT1).</p> <p>“A nossa equipa de enfermagem tentou sempre articular com o médico do Lar (...)” (DT2).</p> <p>“(...) todos aqueles a que a consulta era adiada e que a nossa médica pudesse fazer no sentido de ajustar medicação ou outra coisa qualquer fê-lo até a altura em que pode a consulta ser remarcada (...)” (DT3).</p> <p>O médico ia percebendo se era preciso ajustar a medicação, a equipa de enfermagem teria aqui um papel muito importante” (DT4).</p>	4
		Recurso à telemedicina	<p>“(...) Após o 1º confinamento foram às consultas não presenciais através da telemedicina” (DT1).</p> <p>“(...) nos casos das idas ao hospital, ou os idosos iam, ou a equipa de enfermagem fazia teleconsulta (...)” (DT2).</p> <p>“A nossa instituição promoveu as teleconsultas. Aliás, os nossos utentes adaptaram-se muito bem porque até os familiares já faziam muitas vídeo chamadas. Portanto esses meios de comunicação ainda são privilegiados (...)” (DT3).</p> <p>“Chegou a haver o recurso a teleconsultas (...) chegou a acontecer em várias situações. Nós tentámos estar sempre em contacto com a</p>	4

			<p>componente de enfermagem, o hospital e com o médico (...) muitas vezes se fosse necessária alguma coisa, por exemplo relatórios (...)</p> <p>Temos muitos casos em psiquiatria, neurologia em que já adotámos estas medidas para evitar a deslocação dos utentes, os médicos pedem relatórios. Fazíamos muitas vezes a consulta através de teleconsulta. Mas muito em articulação com a equipa de enfermagem” (DT4).</p>	
	<p>Dinâmicas a nível dos profissionais/equipas prosseguidas para minimizar os efeitos decorrentes da pandemia junto dos idosos</p>	<p>Trabalho em equipa multidisciplinar</p>	<p>“Funcionamos em equipa multidisciplinar dentro do Lar (...) com partilha de experiências e casos em equipa e redistribuição de atividades e tarefas, como as videochamadas” (DT1).</p> <p>“(...) Fizemos muitas reuniões na rua, reuníamo-nos no jardim e foi assim que tomamos muitas decisões, em equipa multidisciplinar. Algumas vezes procuramos envolver as auxiliares de ação direta” (DT2).</p> <p>“Nós temos reuniões quase diárias. Há um problema, nós temos que solucionar. Não esperamos para o fim da semana (...) não somos rígidos (...) Como trabalhamos todos, todos os dias no mesmo espaço e estamos aqui próximos deles, estamos a cinco metros deles, qualquer questão que as auxiliares têm e nos vêm colocar é resolvido na hora com elas e/ou em equipa técnica (...) a equipa técnica reúne-se para novas ideias e novas partilhas, novas formas de funcionamento, formações novas que surjam e para serem discutidas (...) tudo tem que passar pela equipa técnica” (DT3).</p>	<p>4</p>

			<p>“A equipa multidisciplinar ia fazendo <i>briefings</i> diários e passava a informação para as auxiliares, sempre com uma boa articulação (...)” (DT4).</p>	
		<p>Grupos de partilha online</p>	<p>“Criamos grupos de <i>Whatsapp</i> para partilha de informação (...)”(DT1).</p> <p>“Nós usávamos muito os grupos nas redes sociais (...) para mandarmos mensagem e reforçar algumas boas medidas (...)”(DT4).</p>	2
	<p>Conciliação das escolhas dos idosos em termos da planificação do cuidado</p>	<p>Compreensão dos/pelos interesses, gostos e necessidades dos residentes</p>	<p>“Nós procuramos sempre atender aos desejos dos residentes. Durante o surto foi um desafio muito grande e tivemos de reformular tudo (...) Mas depois do surto conseguimos atender e adaptar o cuidado ao idoso, fomos flexíveis” (DT1).</p> <p>“(...) o plano de cuidados foi feito de acordo com as necessidades dos residentes. Contudo, com o surto, houve ali algumas mudanças e fases em que, por exemplo as refeições foram todas nos quartos, não descendo para o refeitório. Mas aqui deveu-se aos isolamentos (...) os residentes possuem a sua individualidade e sempre procuramos atender a esses problemas, vontades e necessidades e tivemos de nos adaptar a eles, dentro das limitações (...) Procuramos atender às necessidades, mantendo alguma atividade dentro dos quartos, como levar o jornal, continuar a jogar no Euromilhões, promover o</p>	4

			<p>incentivo de determinadas atividades que gostavam (...)” (DT2).</p> <p>“(...) quando o utente faz a entrada na resposta social, geralmente nós fazemos um diagnóstico e também vemos quais são as expectativas dos utentes. E tentamos adequar todos os cuidados a esse nível (...) Sempre dentro das nossas possibilidades (...) E depois construir os planos individuais, os PII’s como chamam (..) Que depois vão adaptando-se conforme do tempo que vai passando. Uns melhoram outros pioram. E vamos moldando ao tipo de dependência do utente, verificamos se o utente corresponde àquela expectativa e ver o que podemos fazer (...) Isso é logo na entrada que vamos construindo e com a pandemia (...) ainda que com adaptações fomos fazendo de forma muito parecida (...)” (DT3).</p> <p>“Sempre procurámos que as atividades fossem ao encontro dos idosos dos gostos e interesses dos idosos (...) mesmo com os isolamentos, continuamos a ir nos seus quartos, sendo mais individualizada a intervenção e o cuidado” (DT4).</p>	
--	--	--	---	--

		<p>Manutenção das rotinas</p>	<p>“Nós temos a rotina para estas idades e para pessoas com demência, que (...) é essencial. Portanto, foi privilegiada esta questão da rotina deles, de forma a que nunca saíssemos da rotina. Não alterámos nada nas rotinas deles (...) conseguimos porque as rotinas foram sempre as mesmas (...)” (DT3).</p> <p>“(...) mantivemos os horários (...) a questão dos horários foi pacífica porque no fundo já estavam habituados àqueles horários. Por norma não houve grandes alterações (...) e privilegiamos isso (...)” (DT4).</p>	2
	<p>Novas formas de comunicação em ERPI</p>	<p>Meios audiovisuais, radiofónicos e jornais</p>	<p>“Recorremos ao apoio da televisão e da rádio para que os utentes estivessem inteirados do que se passava no mundo (...)” (DT1).</p> <p>“Promovemos o uso da televisão e das tecnologias como forma de companhia e também de informação (...)” (DT2).</p> <p>“Nós fizemos uso da televisão e da tecnologia (...) também nós compramos o jornal todos os dias e [os residentes] têm a leitura das notícias mais importantes do jornal (...) também temos uma tecnologia que é o <i>Sioslife</i>, onde aparecem os jornais, telejornais e as notícias” (DT3).</p> <p>“A colocação das televisões nos quartos. Os rádios também em alguns quartos que os utentes pediam muito isso (...) A nível do contacto com o mundo eles mantinham através de rádio, dependia um bocadinho das capacidades e gostos de cada um (...) Temos o jornal de notícias diário, que há idosos que gostam muito de ler o jornal”</p>	8

		<p>(DT4). “(...) cada utente dispunha no seu quarto de televisão que lhes permitiam estar sempre ocorrente dos acontecimentos no país (...)”</p> <p>(OS1). “(...) Apostou-se nas emissões de televisão (...)” (OS2).</p> <p>“(...) O jornal continuou a ser comprado todos os dias (...) Os idosos continuaram a ver as notícias na televisão quando e sempre que queriam. Há uma sala com uma televisão e outras atividades e, por isso, os idosos estavam sempre informados de tudo (...)” (OS3).</p> <p>“Nós não tínhamos televisões nos quartos (...) então, uma das medidas que adotamos foi uma prenda, que foi uma televisão para os quartos dos idosos (...) em todos os quartos colocamos uma televisão (...) ao mesmo tempo (...) recebemos os jornais diariamente, pois temos idosos que adoram ler as notícias (...) e saber o que se passa no mundo (...)” (OS4).</p>	
	Comunicação cuidada	<p>“A própria animadora fazia e faz muito debate com eles das notícias, desmistificar algumas notícias (...) sobretudo aquelas que diziam que os casos eram todos nos Lares, que os Lares é que estavam mal (...)”</p> <p>(DT3).</p> <p>“Procurávamos não passar uma linguagem que apelasse ao medo (...) A televisão limitámos um bocadinho o horário das notícias, porque as notícias eram demasiado desanimadoras (...) e eles estavam a ficar</p>	2

			com muitos receios, aqueles que tinham uma maior perceção (...) tentámos optar pelos programas mais animados (...)” (DT4) .	
	Promoção dos contactos relacionais com familiares/significativos	Recurso aos meios tecnológicos	<p>“Promovemos o contacto com as famílias através de conversas via telefone (...) e o recurso a redes sociais (...)” (DT1).</p> <p>“As videochamadas foi algo fundamental para promover o contacto com as famílias (...) havia as videochamadas com todos (...) Havia um tablet para a zona dos contaminados a outro para as outras zonas (...) Promovemos o contacto entre residentes e a família, que foi fundamental” (DT2).</p> <p>“Aqui recorremos à tecnologia para fazemos videochamadas. Tínhamos um ecrã (...) para fazer as videochamadas e dois tablets” (DT3).</p> <p>“(...) fazíamos vídeo chamadas e chamadas telefónicas com a frequência que as famílias quisessem, dávamos indicações às famílias de quais eram os períodos que estávamos mais disponíveis e que era mais possível e a animadora durante o dia ia tentando gerir esta questão das vídeo chamadas com os familiares e amigos (...)” (DT4).</p> <p>“(...) também lhes proporcionávamos os contactos via rede fixa e via rede móvel com os seus familiares (...)” (OS1).</p> <p>“A Direção Técnica e os enfermeiros assumiram este contacto através do contacto telefónico (...) Reforçamos os contactos com a aquisição de tablets (...) A casa já estava mais ou menos equipada, mas houve o</p>	8

			<p>reforço dos tablets (...)” (OS2).</p> <p>“(…) Tivemos tablets (...) telemóveis (...) portáteis (...) para os idosos e aos familiares para o contacto (...)” (OS3).</p> <p>“(…) fazíamos muitas videochamadas (...) Mesmo ao fim de semana não deixávamos de estar em contacto com os residentes e famílias” (OS4).</p>	
		<p>Visitas à janela e/ou espaços pré-definidos</p>	<p>“(…) também promovíamos visitas à janela (...)” (DT1).</p> <p>“(…) também promovemos visitas nas varandas dos quartos e de alguns espaços definidos (...)” (DT2).</p> <p>“(…) criamos uma sala com um vidro a meio (...) e outros faziam na janela da varanda (...)” (DT3).</p> <p>“A nível dos contactos com os familiares nós tínhamos desde as visitas presenciais através do vidro, quer os doentes acamados quer dos outros (...)” (DT4).</p>	4

	Participação das pessoas idosas em atividades significativas	Promoção da autonomia e participação cívica	<p>“Ao nível das atividades e da sua planificação (...) através da conversa conseguimos perceber os interesses (...) Promovemos a participação dos residentes nas várias atividades do lar, ainda que com algumas limitações, tais como o decorrer em grupos pequenos e com o uso de máscara (...) Os idosos sempre decidiram o que querem e o que não querem, por exemplo, que passeios querem fazer e quais não querem” (DT1).</p> <p>“Sempre tentamos fazer com que os residentes participassem nas atividades da instituição (...) Procuramos falar com as pessoas idosas, auscultámos as mesmas e perceber as queixas e necessidades (...) No ato da admissão faço logo duas questões que faço sempre, que são “O que é que a pessoa gosta de fazer para ocupar os tempos livres” e “O que é que gostava de fazer para ocupar os tempos anteriormente” e logo aí fico com uma ideia da pessoa (...)” (DT2).</p> <p>“As atividades (...) sempre fomos adaptando aos gostos de cada utente que está cá (...) As atividades são consoantes os gostos e interesses dos utentes. Nós tentamos que eles tenham aquelas atividades como se estivessem em casa” (DT3).</p> <p>A nível dos utentes (...) a nossa estratégia foi sempre muito pelo que eles querem (...) Sempre de acordo com os interesses, costumes, hábitos e competências de cada um (...)” (DT4).</p>	4
--	--	---	---	---

		Promoção dos direitos civis: direito ao voto	<p>“(…) No que diz respeito aos direitos civis, como o acesso ao voto, a nossa instituição fez a sensibilização sobre a importância do voto e incentivou as saídas ao exterior para votar (…)” (DT1).</p> <p>“De acordo com os interesses dos idosos (…)</p> <p>deixamos os mesmos sair para, por exemplo, votar” (DT2).</p> <p>“(…) nós fizemos uma sinalização inicial de aqueles que teriam capacidade cognitiva para votar (…)</p> <p>fizemos o registo (…)</p> <p>Como instituição, havia interesse das equipas virem cá com os folhetos, e colocámos os folhetos no lar, para os idosos que tinham capacidade de ler (…)</p> <p>Eles [residentes] iam lendo as notícias e a animadora ia trabalhando isto (…)</p> <p>nunca lhes foi boicotado, ou seja, sempre votaram e tiveram a informação que na altura foi possível dar (…)” (DT4).</p>	3
Atuação nas dinâmicas de resiliência	Centralidade dos Órgãos Sociais na resposta da ERPI face à adversidade	Sensibilização e controlo das práticas de proteção	<p>“(…) assumimos um papel de sensibilização de toda a comunidade (…)</p> <p>quer ERPI, quer de funcionários (…)</p> <p>para assegurarmos de uma forma eficaz a preparação para possíveis consequências da pandemia (…)” (OS1).</p> <p>“(…) e demos orientações para que os riscos de contágio fossem minimizados (…)” (OS2).</p> <p>“(…) [a nossa] atitude foi muito proativa e tomamos medidas muito cedo, o que ajudou à situação (…)</p> <p>estivemos sempre na primeira linha e em sinergia (…)</p> <p>estávamos sempre em prol de um bem maior, que</p>	4

			<p>era proteger os nossos idosos (...)” (OS3).</p> <p>“(...) fomos importantes no sentido de fazer a gestão da situação pandémica (...) de apoio, de retaguarda (...) e de orientar (...)” (OS4).</p>	
		<p>Sustentabilidade/ gestão financeira da ERPI</p>	<p>“(...) Também foi pensar nas contas (...) e tentar medir as mazelas que viriam dessa fase complicada, garantir a sustentabilidade da instituição (...) e do pagamento dos salários (...)” (OS2).</p> <p>“(...) O facto de estarmos presentes ajudou na gestão das compras necessárias (...) Porque era sempre necessário algo, como material, contratação de algum colaborador, havia decisões que tinham de ser tomadas no dia-a-dia. E, a presença diária da direção ajudava que conseguíssemos tomar decisões em tempo útil” (OS3).</p> <p>“(...) mesmo sem saber se iria haver apoios (...) a Direção foi importante na gestão financeira e na disposição de materiais (...)” (OS4).</p>	3
		<p>Gestão e aquisição do material de proteção</p>	<p>“(...) Procuramos sempre garantir o material de proteção necessário (...)” (OS2).</p> <p>“(...) Tudo o que fez falta, como desinfetantes, material de testagem, material de proteção comprou-se (...)” (OS3).</p>	2

		Apoio ao nível de orientações e/ou dinâmicas de atuação	<p>“Fomos cabeças pensaste importantes nesta fase, pois tentamos dar apoio possível a quem estava no terreno (...)” (OS2).</p> <p>“(...) íamos tratando de questões legais e resolver casos urgentes (...)” (OS4).</p>	2
	Prioridades que revestiu a intervenção da Direção Técnica em contexto de pandemia	Bem-estar dos residentes	<p>“A prioridade foi assegurar os cuidados aos idosos (...) Numa primeira fase focamo-nos mais na questão da satisfação da alimentação e da higiene, ou seja, das necessidades humanas e básicas e na segurança de todos (...)” (DT1).</p> <p>“(...) ia ter com os residentes e auscultava os mesmos, inclusive com os que estavam contaminados (...) para perceber como estavam (...)” (DT2).</p> <p>“O meu maior foco foram os utentes, que eles estivessem bem (...) o bem-estar deles” (DT3).</p> <p>“(...) sempre primei pelo cuidado aos idosos (...)” (DT4).</p>	4
		Bem-estar e motivação do pessoal	<p>“A prioridade foi manter a harmonia da casa e, para tal, foi necessário ter as pessoas que fazem parte da casa do nosso lado (...) Fazíamos reuniões com as colaboradoras para explicar o que se passava (...) e também conversava com elas via chamada” (DT1).</p> <p>“Os recursos humanos assumiram destacada prioridade (...) tentei sempre apoiá-los, de forma a que estivessem presentes e resistentes, criando espírito e união de forma a que as coisas decorressem pelo melhor (...)” (DT3).</p>	3

			<p>“O contacto direto diário com as equipas era fundamental, mesmo que por vezes à distância ou até por chamada (...) estou a falar da questão do reforço positivo, o reforço da importância do trabalho delas (...)” (DT4).</p>	
		Gestão dos equipamentos de proteção	<p>“(...) garantir o acesso ao equipamento de proteção e a segurança de todos (...)” (DT1).</p> <p>“(...) nunca faltar EPI's era a minha prioridade. Trabalhávamos muito a parte preventiva (...) procurei que nunca houvesse falta de informação nas colaboradoras, a informação estar afixada, o plano de contingência atualizado (...)” (DT4).</p>	2
		Comunicação com as famílias	<p>“(...) priorizamos o apoio e reforço da comunicação via e-mail e chamada para todos os familiares sobre a vacinação, isolamentos, visitas, contactos telefónicos de apoio” (DT4).</p>	1
	Atividades profissionais realizadas pela Direção Técnica em contexto de pandemia	Gestão dos recursos humanos	<p>“Durante esta pandemia fui orientadora da equipa, recrutadora de recursos humanos (...) fiz a delegação de tarefas, nomeadamente à encarregada geral, dava indicações cá de fora (...)” (DT1).</p> <p>“(...) dediquei-me bastante a escalar o pessoal (...)” (DT2).</p> <p>“(...) a gestão dos profissionais foi algo que me ocupou imenso tempo (...)” (DT3).</p> <p>“A minha intervenção foi muito idêntica ao que fazia dantes (...)”</p>	4

			verificar e gerir os recursos humanos (...)” (DT4) .	
		Promover reuniões de equipa	“(…) constantemente realizava reuniões de equipa multidisciplinar para debatermos (...)” (DT1) . “(…) as reuniões de equipa técnica eram uma constante (...)” (DT2) . “Promovi reuniões em equipa (...) ainda que em moldes diferentes (...)” (DT3) . “(…) sempre procuramos envolver e convocar reuniões com toda a equipa (...)” (DT4) .	4
		Gestão dos espaços para isolamentos	“Foquei-me na parte operacional da casa (...) especialmente na organização de espaços de isolamento (...)” (DT1) . “Fiz a gestão dos quartos e dos espaços do lar (...)” (DT2) . “(…) fui indicando os espaços possíveis para isolamentos (...)” (DT3) . “(…) a definição que fosse de salas de isolamento e gestão de espaços para a COVID (...)” (DT4) .	4
		Articulação com as entidades oficiais	“Trabalhei muito em parceria com outras instituições (...) sobretudo estatais (...)” (DT1) . “(…) depois fazia a articulação entre outras instituições (...)” (DT2) . “(…) o contacto com entidades oficiais assumiu muita importância	4

			(...)" (DT3) . "O meu trabalho passou muito pelo intercâmbio da comunicação com as instituições (...) A direção técnica é que fazia estes contactos com as entidades externas, fazia a interligação e conciliação (...)" (DT4) .	
		Auscultação dos residentes	"(...) fiz auscultação individual aos utentes (...) procurei perceber o que precisavam (...)" (DT1) . "(...) diariamente conversava com os idosos (...)" (DT2) . "(...) na nossa instituição foi valorizada a auscultação individual (...) fiz questão de ir pelos corredores (...) e pelos quartos (...) para conversar com os utentes (...)" (DT3) . "(...) sempre procurei perceber com os residentes as datas festivas que lhes diziam algo (...) para planearmos as atividades possíveis (...)" (DT4) .	4
		Articulação/ mediação com as famílias	"(...) contactos regulares com as famílias (...)" (DT1) . "(...) muito do meu tempo era canalizado para articular com familiares (...)" (DT2) . "(...) todos os dias falava com famílias (...)" (DT3) . "(...) fomentei a comunicação entre os residentes e as suas famílias (...)" (DT4) .	4

	<p>Competências e saberes mobilizados pela Direção Técnica</p>	<p>Competências relacionais</p>	<p>“(…) Mobilizei competências relacionais e humanas, que são duas competências muito importantes na profissão” (DT1).</p> <p>“(…) Procurei sempre escutar as colaboradoras (…)” (DT2).</p> <p>“Tivemos que criar mais empatia (….) o sentimento que estamos disponíveis para todos. Houve uma componente relacional que foi valorizada e criada, seja com utentes, famílias e colaboradores” (DT3).</p> <p>“Tentei manter uma relação de empatia com as colaboradoras, acho que foi muito importante pôr-me no lugar delas, dizer que “eu também estou aqui” (….)” (DT4).</p>	<p>4</p>
	<p>Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível da ERPI</p>	<p>Cumprimento das normas legais</p>	<p>“A minha importância passa pela gestão da instituição e cumprimento da legislação (….)” (DT1).</p> <p>“A direção foi o motor da casa, teve foco na parte operacional da casa (….) cumprir as normas (….)” (DT2).</p> <p>“(…) a direção fez de tudo para seguir as indicações legais (….)” (DT3).</p> <p>“(…) Tinha que garantir que a máquina estava a funcionar (….) com a parte legal e cumprimento e atualização constante da legislação, aplicar essa legislação (….)” (DT4).</p> <p>“(…) o inteirar e aplicar da legislação (….)” (OS2).</p> <p>“(…) a senhora Diretora estava sempre atenta à aplicação da legislação (….)” (OS4).</p>	<p>6</p>

		Definição do plano de contingência	<p>“(...) definição do plano de contingência (...)” (DT1).</p> <p>“(...) elaborei e atualizei várias vezes o plano de contingência (...)” (DT2).</p> <p>“(...) Tive que trabalhar na definição do plano de contingência (...)” (DT3).</p> <p>“(...) Manter sempre os planos de contingência atualizados (...)” (DT4).</p> <p>“A Direção Técnica teve um trabalho muito árduo (...) na elaboração de normas e manuais de procedimentos COVID (...)” (OS1).</p> <p>“A Direção técnica participou no Plano de Contingência (...)” (OS4).</p>	6
		Articulação interinstitucional	<p>“(...) Fui e sou o elo de ligação, de receber a informação e fazer com que os outros elementos da casa a cumprissem” (DT2).</p> <p>“(...) a criação de dinâmicas (...) e a articulação com outras instituições” (OS2).</p>	2
		Articulação intrainstitucional	<p>“(...) articulação com as entidades externas (...)” (DT2).</p> <p>“A Direção dá importância ao Serviço Social na ERPI (...) Percebemos que é uma profissão que faz a ligação entre os vários setores, entre quem está acima (connosco, a Direção) e entre os vários funcionários (...)” (OS2).</p>	2

		Intervenção holística	“(…) Vemos o papel da Direção Técnica e do Serviço Social como fundamental. A pandemia constatou que o Serviço Social é uma disciplina com formação em várias áreas e que permite, realmente, uma flexibilidade e uma capacidade de gerir um grande número de coisas e de fazer rolar um sério número de coisas (…) é uma disciplina muito completa (…)” (OS2) .	1
Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível dos recursos humanos		Planificação do pessoal e das tarefas	“(…) fui importante na planificação dos horários/turnos (…) no cumprimento dos rácios do pessoal (…) e na definição das funções a exercer (…)” (DT1) . “(…) organizei os turnos, as equipas em espelho (…) e as tarefas (…)” (DT2) . “Foi a direção técnica que promoveu dinâmicas de trabalho e orientou o pessoal (…)” (DT3) . “(…) efetuei a gestão dos recursos humanos e as tarefas a realizar (…)” (DT4) .	4
		Promoção do trabalho em equipa	“Promoção do trabalho em equipa (…) e dos limites de intervenção de cada elemento” (DT1) . “(…) frequentemente promovi reuniões de equipa (…) para trabalharmos em equipa” (DT2) . “A direção técnica promoveu dinâmicas de trabalho em equipa (…)” (DT3) .	5

			<p>“(…) promovia muitas reuniões (…) entre as equipas e colaboradoras (…)” (OS4).</p> <p>“Ela [Diretora Técnica] procurava envolver e motivar toda a gente, partilhar e recolher ideias (…)” (OS4).</p>	
		Promoção de relações positivas	<p>“(…) eu procurei promover relações positivas (…)” (DT1).</p> <p>“(…) promoção de respeito mútuo e relações positivas na instituição (…) e servir de exemplo de liderança (…)” (DT2).</p> <p>“(…) a direção técnica procurou unir e motivar o pessoal (…)” (DT3).</p>	3
		Promoção da capacitação do pessoal	<p>“(…) Tive que organizar e fazer a formação dos EPI’s (…) de como lidar com um caso COVID (…)” (DT2).</p> <p>“(…) a direção técnica reforçou o uso dos EPI’s, acrescentando a formação (…)” (DT3).</p> <p>“(…) ajudei a implementar todas as estratégias que eram necessárias, junto com a equipa (…) e arranjei a formação que achava que era necessária (…)” (DT4).</p> <p>“A direção técnica destacou-se na promoção da formação de toda a equipa de intervenção (…)” (OS1).</p>	4

		Fiscalização/ sensibilização das boas práticas sanitárias	“(…) procurei garantir a sensibilização das boas práticas de higiene (…)” (DT1) . “(…) Era um bocadinho o fiscal em que passava (…)	2
		Informar as equipas	“(…) manter sempre a equipa informada das alterações (…)” (DT4) .	1
	Importância da intervenção da Direção Técnica ao nível das pessoas idosas	Sensibilização e partilha de informação sobre a situação pandémica	“(…) procurei informar os utentes sobre a situação do COVID e sensibilizar para o uso das máscara e desinfeção das mãos (…)” (DT1) . “(…) avisei os idosos sobre os cuidados a ter e sobre o que se passava (…)” (DT2) . “(…) informei os idosos do que se passava na instituição e a promoção das boas práticas contra o COVID e desconstrução de algumas ideias (…)” (DT3) . “(…) sensibilizei alertei os residentes para os cuidados a ter de forma a mitigar a pandemia (…)	4

		Garantia dos cuidados de saúde	<p>“Promoção dos direitos dos idosos, como o acesso aos cuidados de saúde (...)” (DT1).</p> <p>“(...) garantia (...) do acesso aos cuidados de saúde (...) junto da equipa de enfermagem ou articulação com os serviços primários (...) ou hospital (...)” (DT2).</p> <p>“(...) incentivei tudo o que fossem procedimentos de encaminhamento para os cuidados de saúde ou o hospital (...)” (DT4).</p>	3
		Garantia da Autodeterminação dos residentes	<p>“Promovi a capacidade de escolha dos residentes (...)” (DT1).</p> <p>“Fiz auscultação individual de forma a perceber o que poderíamos adaptar (...)” (DT3).</p>	2
		Intervenção holística	<p>“O Serviço Social diferenciou-se de outras áreas através da forma de olhar para o lar e para as pessoas idosas de uma forma global, mais holística (...) e não específica (...)” (DT1).</p> <p>“(...) com os idosos eu tentei sempre estar lá um bocadinho com eles e olhar para eles além da vulnerabilidade (...) conhecer os idosos (...) e ao nível de cuidados, fazer o melhor pelos utentes (...)” (DT4).</p>	2
	Importância da intervenção da Direção	Informar e mediar	<p>“Articular tudo o que se estava a passar na instituição com as famílias, dar conhecimento das medidas a aplicar (...) Funciono como pessoa de referência (...)” (DT1).</p>	6

	<p>Técnica ao nível dos familiares/pessoas significativas</p>	<p>com as famílias</p>	<p>“Tive a necessidade de tentar acalmar os familiares quando estavam inseguros e com medo, dando conhecimento do que se passava cá dentro, dos casos COVID e da evolução das medidas (...)” (DT2).</p> <p>“Fomos a ponto com e entre a família em tudo (...) Somos nós que falámos e informámos sobre as condições de saúde, sobre as questões do COVID e as normas e regras a implementar no Lar (...)” (DT3).</p> <p>“A nível das famílias, havia sempre disponibilidade para atender qualquer familiar em qualquer horário que fosse necessário (...) e esclarecer sobre o que se passava e que medidas estávamos a adotar (...)” (DT4).</p> <p>“Foi muito importante (...) porque a Direção Técnica foi uma ponte entre as famílias e os idosos (...)” (OS3).</p> <p>“A diretora técnica partilhava todas as informações relevantes com eles através de e-mail, garantindo equidade (...) e fazia a ponte entre residentes e familiares” (OS4).</p>	
	<p>Principais dificuldades na intervenção profissional da Direção Técnica durante a pandemia</p>	<p>Gestão emocional</p>	<p>“Foi essencialmente a parte emocional (...)” (DT1).</p> <p>“Vai sempre tocar ao nível da gestão emocional (...) foi muito complicado lidar com as demências, as perdas e, a par, dar apoio ao pessoal” (DT2).</p> <p>(...) dar apoio emocional e sobretudo gerir a parte emocional (...)” (DT3).</p> <p>“(...) irmos para casa com esse peso na consciência é um enorme</p>	<p>4</p>

			desafio (...)” (DT4) .	
		Gestão do pessoal	“(…) a gestão de recursos humanos foi extremamente difícil (...)” (DT1) . “(…) a gestão do pessoal foi a parte mais difícil (...)” (DT3) . “O mais difícil foi a gestão dos recursos humanos (...) é sempre o mais difícil (...)” (DT4) .	3
		Gestão do material de proteção	“(…) a gestão dos EPI’s (...)” (DT1) . “(…) gerir com a direção a questão dos custos (...) custo de material, dificuldade em ter material necessário e sentia que a minha equipa necessitava e eu não poderia dar (...)” (DT4) .	2
		Gestão dos isolamentos e contactos de risco	“(…) também foi muito difícil gerir os contactos de risco, isolamentos, entre outros (...)” (DT3) .	1
		Imagens estereotipadas em torno das ERPI	“Sentíamos-nos abandonados porque depois também havia o estigma dos Lares (...) e a imprensa passava uma imagem muito negativa dos Lares” (DT4) .	1

Desafios organizacionais	Principais dificuldades a nível da ERPI para lidar com a doença da COVID-19	Dificuldades económicas/financeiras	<p>“(…) financeiramente foi-nos difícil (…)” (DT1).</p> <p>“A questão do dinheiro tem sido sempre um problema (…)” (DT2).</p> <p>“(…) gerir a questão dos custos (…)</p> <p>o custo do material” (DT4).</p> <p>“falta de apoios por parte de instituições como a Segurança Social (…)</p> <p>que comprometeram a nossa sustentabilidade (…)” (OS1).</p> <p>“(…) O grande desafio da Direção tem sido sempre a situação financeira, que não é famosa (…)</p> <p>O dinheiro é gasto quase todo em salários (…)” (OS2).</p> <p>“O financiamento público fica muito aquém das necessidades (…)” (OS3).</p> <p>“(…) Houve um pouco de ginástica económica (…)” (OS4).</p>	7
		Escassez de pessoal	<p>“(…) há falta de pessoal qualificado (…)” (DT2).</p> <p>“A nível de recursos humanos houve uma grande dificuldade para fazer a gestão dos mesmos, bem como avançar com contratações (…)” (DT3).</p> <p>“(…) não conseguimos pessoal para vir para cá trabalhar (…)” (OS2).</p> <p>“(…) há falta de mão de obra (…)</p> <p>Aqui na nossa zona, a taxa de desemprego é muito baixa (…)” (OS4).</p>	4

		Falta de quartos e/ou espaços para isolamentos	“(…) nós não tínhamos os espaços necessários para os isolamentos (…)” (DT1) .	1
	Formas equacionadas para ultrapassar as dificuldades	Apoio/financiamento público	<p>“Precisávamos de mais apoios públicos (…)” (DT1).</p> <p>“O financiamento público e a criação de políticas de apoio podem ser uma mais-valia (…)” (DT2).</p> <p>“(…) os apoios das entidades públicas foram importantes, como por exemplo através do MAREES e do Adaptar Social + (…)” (DT3).</p> <p>“As linhas e medidas de apoio estatal que foram criadas (….) foram muitos importantes (….)” (DT4).</p> <p>“(…) não é suficiente o valor que a Segurança Social nos dá por cada beneficiário (….) precisávamos de mais (….) deveria haver o aumento dos Acordos de Cooperação e o aumento do apoio dos Acordos (….) Agora a candidatura ao PRR está-se a fazer-se e, de futuro, pode ajudar (….)” (OS2).</p> <p>“(…) E pode ser ultrapassado através do concorrer aos apoios [Estatais] que surgirem (….)” (OS4).</p>	6

		Atualização/ aumento das mensalidades	<p>“(…) uma das formas de ultrapassar isto é o aumento das mensalidades (…) porque é daí que principalmente vem o rendimento (…)” (OS2).</p> <p>“(…) era importante o aumento das mensalidades e participações (…)” (OS3).</p> <p>“(…) as mensalidades precisavam de ser revistas (…)” (OS4).</p>	3
		Envolvimento dos órgãos sociais	<p>“O acompanhamento por parte da Direção é importante (…) também o apoio entre a equipa, o puxarmos uns pelos outros, foi (…) e é algo muito importante (…)” (DT2).</p> <p>“(…) ter o apoio da direção é fulcral numa resposta social como esta (…) É muito importante estarmos todos em sintonia” (DT3).</p> <p>“(…) tem que haver uma parte das direções e órgãos sociais estarem mais presentes e conseguirem gerir prioridades (…)” (DT4).</p>	3
	Necessidades a considerar para precaver situações de risco (da doença no futuro)	Preparação e dotação dos profissionais	<p>“(…) formação dos profissionais sobre práticas gerontológicas (…) e práticas preventiva da COVID” (DT1).</p> <p>“(…) deve ser privilegiado o reforço das regras básicas sobre o COVID, de higienização e controlo (…)” (DT2).</p> <p>“(…) há que apostar em formações (…) sobretudo formações práticas (…) e vídeos formativos” (DT3).</p> <p>“A nível dos recursos humanos, eu acho que é muito importante reforçar a formação (…) deve ser dada mais formação às</p>	7

			<p>colaboradoras (...) de como atuar neste tipo de situação” (DT4).</p> <p>“(...) A necessidade da formação tornou-se mais evidente (...)” (OS2).</p> <p>“(...) temos de preparar e apostar nos nossos profissionais (...)” (OS3).</p> <p>“(...) de futuro, é importante continuar a apostar na formação dos profissionais (...)” (OS4).</p>	
		<p>Reorganização dos espaços residenciais para isolamentos, visitas e atividades</p>	<p>“É crucial adaptar os espaços às necessidades dos idosos (...) Nós não tínhamos os espaços necessários para os isolamentos. Entravam e saíam os limpos e sujos de COVID pelo mesmo sítio, pelo mesmo corredor, onde nem passam duas cadeiras de rodas” (DT1).</p> <p>“É importante considerar-se as condições arquitetónicas dos espaços e das instituições (...) influencia muito (...) Tínhamos o problema de ter muita gente no mesmo espaço (...) são muitos residentes, muitos funcionários, muitos familiares (...) é crucial a reorganização dos espaços e salas para realização das visitas e de algumas atividades. A par disso, é necessário proceder a uma reorganização da cozinha, do serviço, do material (...)” (DT2).</p> <p>“(...) Criar espaços específicos para os isolamentos, que não interfiram com as rotinas e dinâmicas da instituição (...) Novos edifícios com projeção de salas específicas para visitas, quartos preparados para isolamentos (...)” (DT3).</p>	7

			<p>“A nível da reorganização do espaço do Lar sentimos muita dificuldade pela falta de espaços, salas, falta de locais (...) porque quando chegámos a uma altura em que precisámos de separar grupos falta-nos um quarto para isolamento porque os quartos estão todos ocupados e não há um espaço que possa existir (...) Não há um espaço polivalente que nos ajude a obtermos aqui salas de isolamento, para separar grupos, termos equipas separadas (...) Acho que a construção de um novo edifício deveria ser obrigatório (...) ao pensarmos nos novos edifícios, e ao remodelarmos um novo edifício isso devia ser pensado (...) As salas de isolamento, termos salas diferentes, mesmo a nível de atividades porque isso depois ajuda-nos a separar grupos, porque é difícil (...)” (DT4).</p> <p>“A questão da reorganização dos espaços também se tornou evidente. A Direção preocupa-se bastante com o edifício e os espaços do Lar. É necessário haver uma aproximação com a equipa técnica para se perceber as necessidades (...)” (OS2).</p> <p>“(...) As próprias dimensões das salas e dos espaços dificultam o cumprimento das regras de distanciamento (...) pode ser repensada a separação da sala de visitas das restantes salas (...)” (OS3).</p> <p>“(...) Queremos (...) resolver problemas de portas e alargar as mesmas por causa das cadeiras de rodas (...) Também temos limitações, falta de salas para atividades (...) e para visitas (...) Os espaços são poucos para salas de isolamentos (...) existe número</p>	
--	--	--	---	--

			insuficiente de quartos para isolamentos (...) Temos a necessidade de avançar com a modernização das instalações (...)” (OS4) .	
		Dotações a nível de medidas/material de proteção	<p>“(…) Ao nível do material de proteção (...) é criar uma espécie de <i>stock</i> que guarde material em determinados locais que os responsáveis da instituição conhecem (...) que tenha todo o tipo de EPI’s, uma quantidade razoável de cada (...) tal como fomos criando ao longo do tempo e (...) portanto, nós agora, neste momento, vamos tentar criar esse procedimento que já está no nosso plano de contingência do “<i>stock</i> intocável” (...)” (DT4).</p> <p>“(…) daqui para a frente temos de repensar formas de financiamento e garantir que dispomos de material suficiente para prevenir situações de contaminação (...)” (OS1).</p> <p>“(…) vai ser sempre um desafio ter material em <i>stock</i>. A solução passa por investir de forma a ter material em <i>stock</i> (...) A parceria com farmácias pode ajudar (...)” (OS2).</p> <p>A questão do material de proteção e testagem será sempre difícil de assegurar (...) mas temos de investir (...) Contudo, nos dias de hoje, as vacinas vieram resolver muitas das dificuldades (...)” (OS4).</p>	4

		<p>Separação dos espaços das respostas sociais</p>	<p>“(…) Ter balneários para separar as equipas das diferentes respostas, que não se podem cruzar (…) Falta melhorar o espaço da lavandaria, para haver separação de roupas e de pessoal (…)” (OS3).</p> <p>“(…) Precisamos de melhorar as condições, nomeadamente, que é aquilo que estamos para inaugurar em breve, a criação de um refeitório para os colaboradores de cada resposta (…)” (OS4).</p>	2
		<p>Reorganização dos espaços de trabalho e/ou reunião e/ou criação de circuitos</p>	<p>“(…) criação de espaços de reunião e de salas de atendimento mais próximas da entrada, para que não haja necessidade de as pessoas entrarem na instituição” (OS4).</p>	1
	<p>Articulação das/com as entidades oficiais</p>	<p>Consciência das práticas profissionais</p>	<p>“O trabalho em rede deu-nos a consciência das nossas práticas (…) a importância foi saber que não estávamos sozinhos e aquilo que estávamos a fazer fazia algum sentido. E fazia sentido, porque era tudo tão desconhecido, a incerteza das práticas (…) e a articulação com as entidades da saúde foi muito importante” (DT1).</p> <p>“Nós temos sempre de trabalhar em parceria, seja com autarquia, farmácias, pároco, com a DGS, autoridade de saúde local, centros e unidades de saúde, junta de freguesia, entre outros. Sem eles não conseguimos trabalhar (…) porque eles orientam o nosso dia a dia e a nossa prática (…) Temos as comissões sociais de freguesias e a rede social, pelo que existe interação entre as instituições (…)” (DT3).</p>	7

			<p>“Nós trabalhamos muito bem com elas [outras instituições] (...) Nós aqui no raio da instituição temos mais duas ou três instituições que trabalham na mesma área e houve ali alguma proximidade (...) e também nos apoiaram (...) [o trabalho em rede] deixava-nos mais seguros, porque havia alternativas (...) e apoio (...)” (DT4).</p> <p>“(...) recebemos muito apoio e informação sobre o que fazer (...)” (OS1).</p> <p>“As entidades estatais apoiaram-nos e deram-nos indicações de como proceder (...)” (OS2).</p> <p>“(...) participamos em reuniões com a saúde pública e o centro de saúde local (...) onde participaram outras instituições do concelho (...) e onde se fez partilha de práticas (...) A partilha ajuda sempre toda a gente (...)” (OS3).</p> <p>“(...) os técnicos da Segurança Social (...) e da Saúde Pública (...) estiveram muito abertos a esclarecimento de dúvidas (...) e a pedidos que fazíamos (...)” (OS4).</p>	
		<p>Comparticipação de equipamento de proteção e testagem</p>	<p>“(...) A autarquia, a Segurança Social e a Saúde Pública ajudaram ao nível dos equipamentos de proteção, da testagem e dos isolamentos (...)” (DT2).</p> <p>“(...) A Câmara deu apoio, quer ao nível de espaços e serviços, quer ao nível de participação dos EPI’s (...) a nível de espaços a Câmara também tinha espaços no polivalente e nós sabíamos desses</p>	<p>6</p>

			<p>serviços (...) As empresas locais (...) as empresas têxteis (...) deram-nos um apoio enorme numa fase inicial quando havia falhas de EPI's, quer ao nível de máscaras que foram fazendo e viseiras (...) e outros tipos de materiais (...)” (DT4).</p> <p>“(...) recebemos alguns testes e participação em EPI's (...)” (OS1).</p> <p>“(...) esta articulação com estas entidades (...) fez com que conseguíssemos testar todos (...) e tivéssemos mais material (...)” (OS2).</p> <p>“(...) os testes e EPI's chegaram cá (...) numa fase importante (...)” (OS3).</p> <p>“(...) Tivemos apoio da Câmara na compra dos EPI's (...) A Segurança Social foi outro parceiro social através do Adaptar Social +, que nos deu algum dinheiro para participar testes e equipamentos de proteção (...)” (OS4).</p>	
		<p>Políticas de incentivo ao reforço dos quadros profissionais</p>	<p>“As medidas do IEFP, nomeadamente o MAREESS (...) foi essencial na gestão dos recursos humanos e reforços de pessoal (...) e podiam criar políticas semelhantes” (OS4).</p>	<p>1</p>

	<p>Níveis que a articulação com as entidades oficiais carece de revestir</p>	<p>Melhor conhecimento das realidades institucionais por parte das entidades oficiais</p>	<p>“(…) A Saúde Pública não estava habituada a lidar com uma situação destas (…) a este nível de dimensão. Além do mais, não conheciam este lar (…)” (DT2).</p> <p>“(…) fomos solicitar alguns apoios, mas não houve uma grande abertura (…) nem sabiam o quê e como fazer (…) foi notório o desconhecimento das dinâmicas de cá” (DT4).</p> <p>“(…) as entidades reguladoras parece que não têm noção do esforço diário que estas instituições (…) que estas pessoas que cá trabalham (…) fazem diariamente (…)” (OS4).</p>	<p>3</p>
		<p>Melhoria da articulação das/ entre as entidades públicas</p>	<p>“A Segurança Social e a Saúde Pública e a DGS têm um problema de articulação muito grande, porque nenhum se quer sobrepor ao outro (…) Não há interligação entre eles (…) Tivemos problemas sérios e elementares que, no fundo, nós é que tivemos que remediar. E, por vezes, existia informação contraditória” (DT2).</p> <p>“(…) as críticas que podemos fazer seriam mais ao nível dos serviços centrais (…) porque os apoios chegaram um bocadinho tarde (…)” (DT4).</p> <p>“(…) essa complementaridade entre organizações do Estado está a falhar (…) está a faltar alguma criatividade e eficácia (...). Às vezes tem-se ideias, mas não se consegue avançar, ou quando se consegue avançar não é algo que nos traga propriamente lucro (…)” (OS2).</p>	<p>3</p>

		Reforço/amplificação das equipas técnicas	<p>“(…) As instituições precisavam de ter o dobro dos técnicos para se fazerem presentes e se fazer um trabalho em rede como deveria como era suposto e haver reuniões com outras instituições sobre partilha de boas ou más práticas” (DT3).</p> <p>“(…) era necessário a instituição ter o dobro (…) ou o triplo de elementos da equipa técnica (…)” (OS3).</p>	2
Dificuldades para promover a articulação e contacto entre residentes e a rede de suporte	Reabertura das instalações/ espaços comuns	<p>“A maior dificuldade vai ser reabrir novamente o Lar (…) Os utentes não têm uma sala específica para as visitas. As pessoas mais dependentes recebem visitas nos quartos. Queremos reduzir as visita aos quartos (…)” (DT1).</p> <p>“A principal dificuldade é a entrada dos familiares na instituição fruto da incerteza que se vive fruto do número de casos” (DT2).</p>	2	
	Iliteracia digital	<p>“(…) Nós não temos idosos que saibam usar aparelhos eletrónicos (…) Temos sempre de usar a intervenção de um profissional” (DT3).</p>	1	
Restauração da proximidade	Recurso das tecnologias da informação e comunicação	<p>“(…) Fazer videochamadas, sobretudo para os familiares que estão no estrangeiro (…)” (DT1).</p> <p>“(…) essa proximidade tem sido restaurada com as videochamadas (…)” (DT2).</p> <p>“(…) vimos apostando no uso das tecnologias (…)” (DT3).</p>	4	

			“(…) Intensificação das videochamadas, que se transformou mais um hábito (…) Por exemplo, a família se não puder vir visitar pode, pelo menos, fazer uma videochamada (…)” (DT4) .	
		Espaços para concretização de visitas designados para o efeito	“(…) abrir um espaço de visitas separado das salas de atividades (…)” (DT1) . “(…) Tendo em conta o que a sociedade tem evoluído nos últimos tempos, é de ponderar a sala das visitas serem separadas da sala normal de convívio (…)” (DT3) .	2
		Envolvimento da família através de atividades no exterior	“(…) É importante retomar algumas atividades que dantes fazíamos, sobretudo com o exterior (…) e que envolva os familiares (…)” (DT2) . “(…) nós pretendemos retomar essas atividades festivas no sentido de envolver as famílias (…) fazendo atividades no exterior (…)” (DT4) .	2
		Saídas/idas ao domicílio	“Essa proximidade tem sido restaurada com as idas a casa (…)” (DT2) .	1

	<p>Mudança nas ERPI forma a qualificar o cuidado</p>	<p>Reforço do pessoal</p>	<p>“(…) precisávamos de ter temos de ter o dobro dos recursos humanos” (DT1). “Relativamente à nossa organização necessito de mais pessoas a trabalhar na equipa técnica (...) pois acredito que podemos desenvolver ainda mais atividades de acordo com os interesses dos residentes” (DT2). “Nós somos uma equipa pequena, é verdade (...) Nós precisávamos de muitos mais técnicos a trabalhar, somos uma equipa relativamente pequena” (DT3). “(…) A nível dos recursos humanos eu acho que trabalharmos com rácios mínimos é uma asneira muito grande (...) é um fator que dificulta imenso o nosso trabalho (...)” (DT4). “Nós queríamos e precisávamos de muitas mais pessoas a trabalhar (...)” (OS3). “(…) Podíamos alargar a intervenção e reforçar a equipa de enfermagem” (OS4).</p>	<p>6</p>
		<p>Contratação de pessoal qualificado</p>	<p>“Para o cuidado ser qualificado há a questão da formação e o ter pessoas mais formadas na área da gerontologia (...) e não tanto do aprender por ali e por acolá (...)” (OS2).</p>	<p>1</p>

		Criação de um plano de acolhimento dos colaboradores	“(…) destaco a criação do plano de acolhimento dos colaboradores (…)” (DT1) . “(…) As noções básicas de como atuar, as noções de colocação e retirar os EPI’s, as noções básicas de um plano de contingência, de que há cuidados a ter e há regras que têm de ser seguidas, isso devia já estar pré-definido, estar implementado, quer nos colaboradores que estão cá, quer no processo de integração de um colaborador (…)” (DT4) .	2
		Manual/guia de ordens de trabalho	“(…) Entregamos também no dia da admissão um manual de funções que exigimos. E ultimamente temos criado uma estratégia que é a criação de um dossier com as principais instruções de trabalho acerca da higiene, das refeições (…)” (DT4) .	1
		Código de ética e deontologia profissional	“(…) Temos código de ética e deontologia, que também é entregue na admissão (…)” (DT4) .	1
		Trabalho multidisciplinar	“(…) há a necessidade de promover o trabalho multidisciplinar (…) fazer com que cada profissional saiba respeitar os limites de intervenção do outro profissional e vice-versa (…)” (DT1) . “(…) É importante sabermos trabalhar mais em equipa (….) algumas	2

			“pessoas não sabem (...)” (OS3) .	
		Reconhecimento dos profissionais	“As pessoas que trabalham neste tipo de instituições, com idosos, são muito mal pagas para o trabalho que fazem (...) Elas precisavam de ter um reconhecimento maior (...)” (DT3) .	1
		Profissionalização dos Órgãos Sociais	“Se queremos melhorar, é impossível os órgãos sociais de instituições deste tipo ser voluntários (...) depois surgem os conflitos de interesse (...)” (OS3) .	1
		Formação ao nível das práticas gerontológicas e sanitárias	“(...) Depois outra coisa muito importante que é a formação in loco (...) o colaborador vai fazendo formação (...) vamo-nos adaptando porque os funcionamentos nunca são iguais (...) Deve existir formação para os colaboradores que estão cá e na fase de acolhimento (...) Formação genérica sobre as práticas gerontológicas, sobre como cuidar de um idoso (...) e sobre o que é uma pandemia e que repercussões pode ter” (DT4) .	1
		Humanização dos cuidados	“(...) Nós [organizações] avaliámos muito pelo resultado e é importante avaliar o ato do cuidado em si (..) pela sua qualidade (...) e de uma forma confortável para a pessoa idosa (...)” (OS2) .	1

	Principais elações retiradas da pandemia	Importância do trabalho em equipa	<p>“Só se consegue trabalhar bem, se for em equipa (...) os recursos humanos são importantes no desempenho da função e na instituição (...)” (DT1).</p> <p>“Percebeu-se que, muitas das vezes, as hierarquias estão demasiado vincadas e, esbateu-se bastante esta questão (...) Contudo, nesta casa, a pandemia reforçou ainda mais o trabalho em equipa, onde toda a gente pôs a “mão na massa” (DT2).</p> <p>“A pandemia veio reforçar o trabalho em equipa e o espírito de sacrifício (...)” (DT3).</p> <p>“O reforço de que o trabalho em equipa é a base e que com o trabalho em equipa se podem fazer coisas fantásticas, a parte da colaboração de toda a gente (...)” (DT4).</p> <p>“Um bom trabalho de equipa define uma equipa vencedora ou o contrário uma equipa derrotada (...)” (OS3).</p> <p>“O trabalho em equipa foi destacado no decorrer desta pandemia” (OS4).</p>	6
--	--	-----------------------------------	---	---

		<p>Imperativo da desconstrução da imagem estereotipada das ERPI</p>	<p>“Acho importante a família ver como os idosos estão e visitá-los (...) para quebrar o mito que os idosos são maltratados e abandonados (...)” (DT1).</p> <p>“(...) Ajudou um pouco a limpar a imagem menos positiva associada aos Lares” (DT4).</p> <p>“A sociedade, de forma geral (...) e as escolas (...) deveriam ter maior sensibilidade para a ligação estes espaços como são os Lares e formar cidadãos e profissionais preparados e com formação para cuidar e respeitar das pessoas idosas com a devida sensibilidade (...)” (OS4).</p>	3
		<p>Famílias como aliados</p>	<p>“As famílias acreditavam no nosso trabalho e colaboraram bastante e foram uns parceiros (...)” (DT4).</p> <p>“(...) aquelas [as famílias] foram muito importantes em todo o processo de colaboração (...)” (OS3).</p>	2
		<p>Entidades oficiais como aliados/parceiros</p>	<p>“Estreitou as relações com a saúde pública e hoje em dia vamos recorrer mais (...) e não ver só como uma fiscalização, mas como um parceiro” (DT4).</p> <p>“Nem sempre a Segurança Social tem um papel de fiscalização (...) mas também de acompanhamento, de interligação e de colaboração (...)” (OS4).</p>	2

		Instalações/edifícios inadaptados às necessidades	“(…) Acho que essencialmente já falámos da questão das instalações que há necessidades a esse nível de rever algumas questões, ou seja, numa criação de uma nova instalação (…)” (DT4) . “Foi notório que estes tipos de estruturas não estão preparadas para fazer face e este tipo de desafios (…)” (OS4) .	2
		ERPI não adaptadas à realidade pandémica	“Não estávamos preparados [para esta pandemia] e de futuro devemos fazer as coisas de uma forma diferente (…)” (OS4) .	1
		Desconhecimento da realidade das ERPI pelas entidades oficiais	“O principal ensinamento é que ninguém está preparado para isto, nem as instituições, nem a Segurança Social, nem o Governo (…) ninguém (…)” (OS4) .	1
		Atualização da legislação das ERPI	“(…) é impossível trabalhar com os números mínimos exigidos pela Segurança Social (…)” (OS1) . “(…) A Segurança Social deveria rever algumas medidas (…) os rácios do pessoal que emanam não são os mais adequados (…)” (OS4) .	2

		Falta de conhecimento/ formação para intervir com pessoas idosas	“De forma geral (...) as equipas não estão preparadas nem qualificadas para fazer face às novas realidades sociais e do envelhecimento” (DT1) .	1
		Importância de medidas antecipativas	“Penso que já deve existir um plano de contingência base com medidas base, com medidas gerais para um caso de uma situação de pandemia” (DT4) .	1
		Isolamento social como condicionador da qualidade de vida	“(…) quem padece são os idosos, porque houve uns índices de isolamento muito elevados e que irão ter repercussões na qualidade de vida nesta fase final brutais” (OS4) .	1
		Isolamento físico e social como acentuador da dependência	“Hoje temos um número maior de pessoas sem mobilidade do que aquilo que tínhamos (...) não só pela idade, mas sobretudo pelos isolamentos e uma série de implicações do COVID (...) as perdas das restrições aplicadas são muito grandes” (OS4) .	1

		Possibilidade de garantir os serviços de cuidado perante o desafio	“Vivemos um período de limitações significativas (...) Hoje acho que já seria diferente (...) Creio que com os devidos cuidados pode-se manter a fisioterapia e outros serviços (...)” (OS4) .	1
		Inexistência de partilha de boas práticas	“Uma lacuna que existe é o facto de não existir uma entidade que partilhasse e partilhe as boas práticas (...) Surgiram entidades de fiscalização (...) Mas houve um esquecimento da transmissão e valorização das boas práticas (...)” (OS4) .	1
		Imprescindibilidade do trabalho colaborativo com a comunidade envolvente	“(...) sozinhos não somos nada (...) precisamos uns dos outros (...) sobretudo das entidades locais” (OS3) . “Foi notória a necessidade de estabelecermos parcerias com a autarquia local e a comunidade envolvente (...)” (OS4) .	2
		Efemeridade e/ou interdependência das pessoas idosas	“Percebemos que dependemos dos nossos clientes, que não somos nada e percebemos que podemos vir a correr o risco de, nesta ou outra situação semelhante, sermos efémeros (...)” (OS2) .	1