



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Contenção da COVID-19: O Contributo das Brigadas de Intervenção Rápida nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Patrícia Pascoal Martins Sanchez Gonzalez

Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Consultadoria Organizacional

Orientador:

Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, Professor Associado
e Investigador Integrado

Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional

**Contenção da COVID-19: O Contributo das Brigadas de
Intervenção Rápida nas Estruturas Residenciais para Pessoas
Idosas**

Patrícia Pascoal Martins Sanchez Gonzalez

**Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Consultadoria
Organizacional**

Orientador:

Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, Professor Associado
e Investigador Integrado

Iscte-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2023

Agradecimentos

O desenvolvimento de uma dissertação de mestrado é uma viagem que envolve inúmeros desafios, em momentos que oscilam entre períodos de incerteza e pequenas conquistas, desde o momento em que se inicia, até que, por fim, chegamos a bom porto.

Ainda que o caminho seja percorrido individualmente, tal não significa que o processo seja solitário, uma vez que conta com o contributo de diversas pessoas, que nos guiam e acompanham a cada passo da nossa caminhada.

Percorrer este caminho foi apenas possível com o apoio e a energia de várias pessoas, às quais estarei eternamente grata, pela forma como me inspiraram durante o desenvolvimento deste projeto que irá, certamente, demarcar a minha vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor Francisco Nunes, agradeço a orientação exemplar demarcada por um elevado rigor científico, uma visão crítica e oportuna, e pela partilha de valiosos *insights*, os quais foram determinantes para o enriquecimento das diversas etapas subjacentes ao trabalho desenvolvido.

Às instituições, que prontamente se disponibilizaram a colaborar no desenvolvimento da presente investigação, nomeadamente, a Associação Inválidos do Comércio, o Instituto da Segurança Social e a Cruz Vermelha Portuguesa, gostaria de expressar a minha gratidão pela sua generosa colaboração ao disponibilizar recursos e acesso a informações essenciais ao presente trabalho de pesquisa, e cujo apoio foi inestimável.

Às minhas amigas de todas as horas, Ana Corado, Carolina Cunha e Patrícia Gomes, agradeço o apoio incondicional e a amizade que me motivaram a perseverar nos momentos difíceis e com os quais me brindaram na celebração das pequenas vitórias.

Ao meu irmão, João Gonzalez, agradeço por me acompanhar ao longo de todas as jornadas com que me deparei e representar, desde sempre, um modelo de superação, no qual me inspiro para me exceder e aperfeiçoar nos momentos mais decisivos da minha vida, pelos conselhos preciosos e encorajamento nas etapas fulcrais desta desafiante caminhada.

Ao Diogo Cordeiro, agradeço pelo apoio incondicional, amizade e companheirismo, por me ter encorajado a perseverar nos momentos em que as circunstâncias se mostravam irremediavelmente adversas e por me ter inspirado até ao último passo deste percurso, agradeço a compreensão e generosidade com que me brindou constantemente.

Por fim, tendo plena consciência do papel determinante que desempenharam na configuração da pessoa que sou hoje, dirijo um especial e profundo agradecimento aos meus

pais, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional e amizade, sem os quais esta caminhada não se teria iniciado. A eles dedico este trabalho.

Resumo

A presente dissertação de mestrado surge com o propósito central de investigar o contexto em que sobreveio a medida que consistiu na incorporação de Brigadas de Intervenção Rápida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, com vista ao combate aos surtos de COVID-19 que deflagraram nestas instituições.

No âmbito do estudo, analisaram-se os desafios centrais com os quais as instituições, que acolhem uma demografia particularmente vulnerável, foram confrontadas, averiguando-se as estratégias de mitigação adotadas pelas referidas brigadas durante as fases mais expressivas da pandemia do novo coronavírus, que demarcou o panorama global de saúde pública.

Os resultados do presente estudo de caso evidenciam o papel essencial que as Brigadas de Intervenção Rápida desempenharam ao nível da contenção da disseminação viral nas entidades prestadoras de cuidados a idosos e da manutenção da atividade destas estruturas, que por meio de intervenções ágeis e abordagens de carácter multidisciplinar, demonstraram uma capacidade sem precedentes para conter as decorrências dos surtos de COVID-19, salvaguardando uma população particularmente suscetível a complicações.

Em suma, a presente dissertação de mestrado fornece um panorama abrangente de operacionalização das BIR, em contextos residenciais para idosos, durante a pandemia de COVID-19, contribuindo para uma ampla compreensão do papel essencial que estas equipas desempenharam na gestão de situações de crise sanitária, e fornecendo substrato para alicerçar futuras estratégias de resposta e políticas de saúde pública, com vista à proteção de um dos setores mais vulneráveis da sociedade.

Classificação JEL: I10; I12

Palavras-chave: COVID-19; Equipas Multidisciplinares; Crise Sanitária; Estratégias de Resposta; Políticas de Saúde Pública

Abstract

This master's thesis entitled "Integration of Rapid Intervention Brigades in the Response Strategy to COVID-19 Outbreaks in Residential Structures for the Elderly" arises with the central purpose of investigating the context in which the measure that consisted in the incorporation of Rapid Intervention Brigades in Residential Structures for the Elderly took place, with a view to combating the outbreaks of COVID-19 that broke out in these institutions.

In the scope of the study, the central challenges with which the institutions, which host a particularly vulnerable demography, were confronted were analyzed, verifying the mitigation strategies adopted by these brigades during the most expressive phases of the pandemic of the new coronavirus, which marked the global public health panorama.

The results of this case study highlight the essential role that the Rapid Intervention Brigades played in containing the viral spread in entities providing care for the elderly and maintaining the activity of these structures, which through agile interventions and multidisciplinary approaches, demonstrated an unprecedented capacity to contain the consequences of COVID-19 outbreaks, safeguarding a population particularly susceptible to complications.

In sum, this master's thesis provides a comprehensive overview of the operationalization of Rapid Intervention Brigades in residential settings for older adults during the COVID-19 pandemic, contributing to a broad understanding of the essential role that these teams played in managing health crisis situations, and providing a foundation for future response strategies and public health policies, with a view to protecting one of the most vulnerable sectors of society.

JEL Classification: I10; I12

Keywords: COVID-19; Multidisciplinary Teams; Health Crisis; Response Strategies; Public Health Policies

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Lista de Figuras	x
Lista de Tabelas	xii
Introdução	1
Revisão de Literatura	4
2.1. Introdução	4
2.2. Conceito de Preparação	5
2.3. A Influência das <i>High Reliability Organizations</i>	6
2.4. Cultura de Segurança	8
2.5. Nursing Homes	9
2.6. Construção e Liderança das Equipas	10
2.7. A Qualificação das Equipas	11
2.8. A Eficácia das Equipas	12
2.9. Framework	15
2.10. Lacunas Identificadas e Pertinência do Estudo	17
Método	19
3.1. Protocolo	19
3.2. Procedimentos	23
3.3. Amostra	24
Resultados	26
4.	26
4.1. Inválidos do Comércio	26
4.2. Dimensões de Análise	26
4.2.1 <i>Inputs</i>	27
4.2.2 <i>Throughputs</i>	33
4.2.3 <i>Outputs</i>	35
4.3 Framework	38
Discussão	42
5.1. Resultados do Estudo	42
5.2. Limitações do Estudo e Propostas de Melhoria	49
5.3. Linhas Futuras de Investigação	51
Conclusão	53

Referências Bibliográficas	55
ANEXOS	60
ANEXO A – Figuras	61
ANEXO B – Documentos.....	66
1. Produtos Esperados.....	66
2. Minuta de Consentimento Informado.....	67
3. Guiões das Entrevistas	70
3.1. Instituto da Segurança Social.....	71
3.2. Cruz Vermelha Portuguesa	73
3.3. Órgão de Gestão das BIR.....	75
3.4. Elemento Integrante das BIR	76
3.5. Responsável da ERPI.....	78
3.6. Funcionário da ERPI.....	79
4. Proposta de E-mail Informativo de Apelo à Participação.....	80
5. Programa MARESS	81
6. Portaria n.º 67, 2012	82
7. Orientações DGS	88
8. Guião Técnico de Orientação das BIR	114
9. Protocolo de Atuação das BIR	123

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Eficácia das Equipas adaptado, desenvolvido por Tannenbaum et al., 1992.....	14
Figura 2 - Perspetiva Multinível para Investigar a Atuação das Brigadas de Intervenção Rápida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.....	16
Figura 3 – Organograma da Associação Inválidos do Comércio.....	62
Figura 4 – Fluxograma: Protocolo de Atuação Brigadas de Intervenção Rápida	63
Figura 5 – Estatística de Ativação das BIR.....	64
Figura 6 – Ficha do Pedido de Ativação das BIR	64
Figura 7 - Ficha do Relatório de Ativação e Avaliação	65

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões de análise e fontes de informação.	20
--	----

Lista de Abreviaturas e Siglas

AAD – Auxiliar de Ação Direta

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

BIR – Brigadas de Intervenção Rápida

CD – Centro Distrital

COVID-19 – *Corona Virus Disease 2019*

CVP – Cruz Vermelha Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

GLOBE – Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness

HRO – *High Reliability Organizations*

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

ISS – Instituto da Segurança Social

KASAs – Knowledge, Abilities, Skills & Attitudes

KSAs – Knowledge, Skills & Attitudes

LR – Lares Residenciais

MAREESS – Medida de Apoio ao Reforço de Emergência em Equipamentos Sociais e de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RH – Recursos Humanos

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2

SNS – Sistema Nacional de Saúde

CAPÍTULO 1

Introdução

A situação pandémica que experienciámos produziu, desde cedo, inúmeras consequências para todo o planeta e para as suas populações. Para além da crise sanitária que se viveu, verificou-se agora também uma crise económica e financeira global, em consequência da anterior, sendo de especial importância para a presente investigação o seu impacto ao nível dos recursos humanos.

A pandemia da COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) traduziu-se, deste modo, em efeitos sem precedentes, não só no que respeita à saúde global das populações, mas também ao nível da sustentabilidade da economia global.

A primeira infeção pelo vírus altamente infeccioso SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2*), amplamente conhecido por COVID-19, foi registada a 31 de dezembro do ano de 2019, em Wuhan, na China. A 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto do novo coronavírus constituía uma emergência de saúde pública à escala global.

No entanto, terá sido apenas no dia 2 de março de 2020 que foram diagnosticados e reportados os primeiros casos de COVID-19 em Portugal, tendo vindo a proliferar através da população portuguesa desde essa data.

Desde então, foram identificadas diversas variantes da doença e reportados inúmeros surtos, causados por eventos de super-transmissão, tais como aqueles que se verificaram em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), as quais são particularmente propensas à propagação de surtos de coronavírus, não só devido à sua natureza residencial, mas também em resultado das comorbilidades dos utentes que nelas residem, fatores que as tornam vulneráveis aos impactos da doença.

Embora as instituições com capacidade para tal, tenham começado a tomar, em antemão, as suas próprias medidas de prevenção, a fim de procurar evitar a deflagração de um surto de COVID-19 no seu seio e, caso não fosse possível, minimizar os impactos que uma potencial cadeia de contágio poderia acarretar, revelou-se de extrema importância instaurar uma medida de apoio a estas debilitadas estruturas.

Neste contexto, o Governo português, em particular, por via da atuação do Instituto da Segurança Social (ISS) em parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), procedeu à criação de uma rede nacional equipas multidisciplinares, denominadas de Brigadas de Intervenção Rápida (BIR), que se encontram operacionais desde o dia 1 de outubro de 2021.

Esta resposta visava garantir uma intervenção eficaz, quando as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Lares Residenciais (LR) ficavam sem pessoal técnico devido a surtos graves de COVID-19 (Cruz Vermelha Portuguesa, 2021).

As BIR apresentam, assim, uma “capacidade de ação imediata na contenção e estabilização de surtos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Lares Residenciais e outras respostas de acolhimento residencial para pessoas em situação de vulnerabilidade, designadamente em situações de falência do funcionamento da resposta social e durante o estrito espaço de tempo necessário para que a resposta se reorganize e consiga assegurar o seu regular funcionamento” (Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa, n.d.).

Estas ocorrências podem dar origem a cadeias de transmissão que permanecem indetetáveis durante longos períodos de tempo e propagam o vírus antes que este possa ser rastreado pelas equipas de Saúde Pública (Gomes et al., 2020). Assim, a contenção destes surtos exige uma capacidade de resposta robusta, a qual só é possível através da articulação de elementos de diversas áreas funcionais, especialidades e níveis hierárquicos.

Enquanto solução para a problemática mencionada surgiram as BIR, as quais consistem, fundamentalmente, em equipas multidisciplinares, que em concordância com a designação que lhes é atribuída, são formadas por meio da conjugação elementos de diversas especialidades, conforme a necessidade de expertise, conhecimentos e competências (Nancarrow et al., 2013).

A pertinência associada à investigação do contexto de atuação das Brigadas de Intervenção Rápida, surge do facto de que, embora tenham sido conduzidos diversos estudos no âmbito da atuação das equipas multidisciplinares, — a título de exemplo, apresentam-se os de Andreatta (2010), National Cancer Action Team (2010), Weaver (2008), Nancarrow et al. (2013), Epstein (2014) e Mitchell & Boyle, (2020)) — não foi explorada a temática da integração deste tipo de estruturas na estratégia de resposta a surtos provocados pela propagação de doenças altamente infecciosas, temática esta que terá adquirido uma relevância acrescida no âmbito da pandemia da COVID-19.

O presente estudo surge, assim, com o propósito de colmatar as lacunas existentes ao nível conhecimento científico existente em torno desta temática, referentes à implementação de equipas multidisciplinares em contexto de surto e no caso particular das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Assim, partindo-se da questão de investigação “Como atuaram as BIR em resposta a surtos infecciosos em ERPI, para lidar com as decorrências da pandemia da COVID-19?”, definiram-se como principais objetivos do presente estudo, aprofundar conhecimentos acerca da forma

como estas equipas são constituídas, geridas, operam no terreno e, em última análise, que estratégias utilizam no sentido de conter e estabilizar a propagação dos surtos nas ERPI.

Para responder à questão de investigação evidenciada, desenvolveu-se um estudo de caso de natureza qualitativa, com recurso à análise das informações obtidas por meio da realização de entrevistas semiestruturadas e de documentos internos facultados pelas organizações, e através do seu posterior enquadramento numa *framework*, que resulta da conjugação do Modelo de Eficácia das Equipas (Tannenbaum et al., 1992) com a Perspetiva Multinível (Hitt et al., 2007).

De um modo geral, o estudo aponta para os resultados de que a incorporação das BIR na estratégia de resposta a surtos de COVID-19 em ERPI foi de extrema relevância enquanto medida de substituição de recursos humanos nestas instituições, embora não tenha sido implementada na sua configuração mais eficiente.

As ERPI, que se depararam com uma significativa escassez de recursos humanos pela via de se terem registado baixas por motivos de doença por COVID-19, relacionadas com a necessidade de isolamento profilático, associadas à assistência à família ou, por vezes, relacionadas com a vontade destes profissionais em cessar funções, viram, através da implementação desta medida, suprida esta necessidade.

Revisão de Literatura

2.1. Introdução

O vírus altamente infeccioso, SARS-CoV-2, amplamente conhecido por COVID-19, tem vindo a proliferar através da população portuguesa desde o dia 2 de março de 2020, dia em que terão sido diagnosticados e reportados os primeiros casos da doença no país.

Terá sido igualmente em Março de 2020, em particular no dia 11 desse mesmo mês, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que o surto do COVID-19 iria adquirir o estatuto de pandemia (Cucinotta D & Vanelli M., 2020; World Health Organization, 2020). Desde então, o governo português e, em particular, a Direção Geral de Saúde (DGS), tem vindo a desenvolver medidas no sentido de conter a transmissão do vírus do COVID-19 e travar a expansão da doença (Shaaban et al., 2020).

Ao longo de todo o território português, foram reportados focos de infeção, que adquiriram maior expressão ao nível das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, devido à sua natureza residencial, agravada pelas comorbilidades dos utentes que nelas residem.

De acordo com o relatório desenvolvido por Comas-Herrera et al. (2020), o Governo português revelou aos media que, durante as fases iniciais da pandemia em Portugal, as mortes em lares de idosos representavam cerca de 40% (450 em 1125) do número total de mortes no país (Barreto, 2020).

Em fevereiro de 2021, registava-se um total de 3.750 óbitos em lares de idosos, num total de 14.354 óbitos, o que significa que cerca de 26% do total de vítimas mortais por COVID-19 eram residentes em ERPI (*Quase Metade Das Mortes Em Lares Desde o Início Da Pandemia Aconteceu Este Ano*, 2021).

Face aos severos impactos da COVID-19 em Portugal, sentidos de forma agravada ao nível das ERPI portuguesas, a DGS identificou a necessidade de elaborar orientações relativas aos “Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (várias tipologias)” (Anexo B), a serem adotados no contexto da COVID-19. Orientações estas que possuem o intuito de “servir como referencial de conduta e de boas práticas a seguir, por forma a minimizar o risco de transmissão de SARS-CoV-2 e o impacto da doença” (DGS, n.d.).

A Portaria n.º 67/2012 (p. 1324), de 21 de Março (Anexo B), publicada no Diário da República n.º 58, I Série, estabelecida com o intuito de determinar as “condições de

organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas”, adota uma definição genérica, considerando a estrutura residencial para pessoas idosas “o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.

Face à impotência exibida por parte de muitas destas instituições, em responder a surtos de COVID-19 de grande magnitude, tais como os que se registaram em todo o território nacional, o Governo português, proporcionou estabelecimento de um protocolo entre o Instituto da Segurança Social e a Cruz Vermelha Portuguesa, no âmbito do qual foram criadas as Brigadas de Intervenção Rápida.

Estas equipas multidisciplinares visam prestar auxílio na contenção e estabilização dos surtos de COVID-19, quando as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas ou Lares Residenciais não tenham capacidade para tal, por se encontrarem em défice de pessoal técnico e recursos hospitalares.

A teoria revela que a formação de equipas multidisciplinares em contexto hospitalar, acarreta inúmeros benefícios, entre os quais se salientam o elevado nível da aprendizagem e desenvolvimento dos colaboradores e instituições, a utilização mais eficiente dos recursos, a minimização do desperdício, a melhoria da performance e qualidade do trabalho, e, em última instância, a produção de *outcomes* mais eficazes para os utentes e respetivos familiares (Andreatta, 2010).

2.2. Conceito de Preparação

Dada a sua elevada correlação com a temática abordada, importa, numa primeira instância, abordar o conceito de preparação, sem a qual a capacidade de resposta das organizações a eventos desta natureza seria muito diminuta, pelo que não seria atempada ou não possuiria robustez suficiente para culminar na resolução do problema.

De acordo com Shaaban et al. (2020) e Tripathi et al., (2020), a preparação por parte dos profissionais de saúde e das populações é chave, no que concerne à mitigação e contenção de surtos, verificando-se uma correlação entre esta variável e a exibição de melhores práticas de prevenção da COVID-19. Este facto adquire uma maior significância no caso português, em que se verificam deficiências ao nível das infraestruturas e dos recursos humanos no setor da saúde.

Assim, esta preparação só é possível através da implementação de políticas que incluam o desenvolvimento de um plano de saúde pública para a facilitação de respostas rápidas, o estabelecimento de exercícios regulares, a identificação de um centro de comando central para epidemias, a construção de novas infraestruturas equipadas com quartos de isolamento, com pressão negativa, e a existência de clínicas de saúde pública preparadas.

Verifica-se, contudo, uma dificuldade inerente a estudar-se e medir-se empiricamente o conceito de preparação. A análise deste constructo requer uma operacionalização da mesma em variáveis mais tangíveis (Staupe-Delgado & Kruke, 2018).

Gillespie, David F & Streeter (1987), afirmam que o conceito de preparação denota uma prontidão para responder e que sugere uma ação intencional ou antecipatória. Adicionalmente, os autores operacionalizam-no, recorrendo ao modelo “*A Model of Disaster Preparedness*”, através do qual salientam a relação positiva que este estabelece com diversas variáveis: (1) experiência anterior, (2) subcultura de desastre, (3) capacidade organizacional, (4) formalização, (5) formalização interorganizacional, e (6) intercâmbio organizacional (Gillespie, David F & Streeter, 1987).

Numa perspetiva ampla, pode afirmar-se que a preparação envolve atividades tão diversas como a análise do risco e da preparação, o planeamento da preparação, a alocação de recurso, a formação e realização de exercícios, o desenvolvimento em eventos reais, e o feedback e aprendizagem (Staupe-Delgado & Kruke, 2018).

2.3. A Influência das *High Reliability Organizations*

No contexto dessa mesma preparação, podem identificar-se contribuições essenciais por parte das *High Reliability Organizations*, uma vez que as HRO são, essencialmente, instituições que operam em ambientes incertos, dinâmicos e complexos, cometendo um número reduzido de erros durante longos períodos de tempo (Baker et al., 2006).

Facilmente se compreende a importância inerente à implementação e adequação dos *insights* transmitidos por estas organizações, ao contexto das organizações de saúde, nas quais qualquer erro cometido, pode traduzir-se em graves repercussões, não só ao nível do dano causado ao paciente, mas também no que concerne do funcionamento de todo o sistema. Se o potencial para incorrer em falhas dramáticas for elevado, mas o número real de falhas for reduzido, essa organização poderá ser reconhecida como uma HRO (J. Roberts & Norman, 1990).

Assim, os líderes das organizações de saúde têm procurado aproximar-se, cada vez mais, da conceção que está na base das HRO, procurando adaptar os princípios por estas evidenciados às suas operações (Chassin & Loeb, 2013).

É neste âmbito que Baker et al. (2006), salienta o papel trabalho em equipa enquanto componente essencial, uma vez que, de acordo com os autores, não seria possível que estas organizações atingissem *high reliability* sem que os seus membros fossem capazes de coordenar eficaz e eficientemente as suas atividades. O trabalho desenvolvido em equipa pode ser conceptualizado como o conjunto de cognições, atitudes e comportamentos interrelacionados, que contribuem para os processos dinâmicos de *performance* (Salas et al., 2008).

Uma equipa pode, por sua vez, ser definida como um conjunto de dois ou mais indivíduos, que possuem papéis específicos, levam a cabo tarefas distintas interdependentes, são adaptáveis, e partilham um objetivo comum (Salas et al., 1992).

Dyer (1984)) fornece igualmente o seu contributo para a definição destas unidades, afirmando que as equipas são entidades sociais compostas por membros com elevada interdependência entre tarefas e objetivos comuns, partilhados e valorizados (Salas et al., 2008).

Roberts & Rousseau (1989), identificaram oito características primárias comuns às HRO: (1) hipercomplexidade, (2) *tight coupling*, (3) extrema diferenciação hierárquica, (4) elevado número de decisores em redes de comunicação complexas, (5) elevado grau de responsabilização, (6) elevada frequência de feedback imediato acerca de decisões, (7) fatores de compressão de tempo, e (8) *outcomes* sincronizados. Para que uma organização constitua uma HRO, esta deverá reunir simultaneamente todas as características supramencionadas.

Baker et al., (2006) demonstra, detalhadamente, quão essencial é o papel do trabalho em equipa para a *performance* eficaz das HROs no contexto dos cuidados de saúde, salientando de que forma as equipas materializam as características supramencionadas e, conseqüentemente, quão relevante é a sua constituição neste tipo de organizações.

De acordo com Weick & Sutcliffe, (2001), as melhores HROs sabem que não experienciaram todas as formas em que o seu sistema pode falhar. Sabem também que não deduziram todas as modalidades de falha possíveis. E têm um profundo apreço pelas responsabilidades associadas ao excesso de confiança. Este apreço assume a forma de uma atenção contínua incorporada em práticas que reforçam o estado de alerta, alargam a atenção, reduzem as distrações e evitam simplificações enganadoras.

Neste contexto, as HROs compreendem cinco princípios que lhes estão subjacentes. São eles: 1) a preocupação com a falha, 2) a relutância para simplificar, 3) a sensibilidade para as

operações, 4) o comprometimento para com a resiliência e 5) a deferência para com o expertise (Weick & Sutcliffe, 2001).

A análise detalhada destes mesmos princípios permite averiguar de que forma a utilização de equipas multidisciplinares contribui para a satisfação dos mesmos, particularmente, no que concerne ao comprometimento para com a resiliência e à deferência para com o *expertise*. Por um lado, a criação destas equipas evidencia resiliência relativamente à capacidade de reconhecer erros e adaptar-se de forma a contê-los, procurando minimizar o dano causado aos pacientes e às comunidades, de um modo geral. Por outro lado, o facto de estas equipas incorporarem em si mesmas e conjugarem *expertise* de diversas áreas de conhecimento, demonstra uma profunda ligação para com o último princípio enumerado.

2.4. Cultura de Segurança

Dados os contextos em que as HRO operam, torna-se crucial que sejam cultivados crenças, valores e normas compartilhadas pelos funcionários ao longo de toda a organização, apoiem e promovam a segurança do paciente, os quais exercem influência ao nível das suas ações e comportamentos de segurança (Yount et al., 2022).

Kohn et al. (2000), recomendou que as organizações de cuidados de saúde cultivassem uma “cultura de segurança”, como forma de reduzir os danos causados, e prestar cuidados seguros e de qualidade aos pacientes.

De acordo com a investigação levada a cabo por Halligan & Zecevic (2011), a definição mais universalmente utilizada/ aceite para cultura de segurança, é a seguinte:

O produto de valores individuais e coletivos, atitudes, competências e padrões comportamentais, que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência dos programas de saúde e segurança de uma organização. As organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação baseada na confiança mútua, através de perceções partilhadas acerca da importância da segurança e pela confiança na eficácia das medidas preventivas.

A promoção de uma cultura de segurança nas organizações de cuidados de saúde, representa uma condição necessária para a melhoria da segurança do paciente, a qual foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde, enquanto sendo “a prevenção de erros e efeitos adversos causados aos pacientes, associados aos cuidados de saúde” e a preocupação em “não causar danos aos pacientes”.

Ilan & Fowler, (2005) afirmam que uma cultura de segurança ou cultura de segurança do paciente, resulta da fusão entre dois conceitos, a cultura organizacional e não causar danos ao paciente. Enquanto a cultura organizacional se refere às crenças, valores e normas compartilhadas pelos funcionários ao longo de toda a organização, os quais influenciam as suas ações e comportamentos, a cultura de segurança do paciente é a medida em que essas crenças, valores e normas apoiam e promovem a segurança do paciente (Yount et al., 2022).

O investimento numa cultura de segurança do paciente propicia uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a qual se reflete numa diminuição dos erros no contexto dos cuidados de saúde, e, por sua vez, numa diminuição dos danos causados aos pacientes (T. Kohn et al., 2000).

Ora, o conceito de cultura de segurança encontra-se, por sua vez, intimamente relacionado com os pressupostos que estão na base das *high reliability organizations*, uma vez que, por definição, as HROs constituem organizações que alcançaram um elevado grau de segurança ou confiabilidade, apesar de operarem em condições perigosas, incertas e propícias a incidentes (Weick & Sutcliffe, 2001).

2.5. *Nursing Homes*

Os conceitos de HRO e de cultura de segurança, traçam o enquadramento adequado para a introdução de um novo conceito: *nursing home*.

As *nursing homes* são semelhantes a ERPI, uma vez que constituem estruturas que prestam cuidados de longa duração a pessoas idosas que, por não terem reunidas as condições necessárias para sobreviver autonomamente, acabam por permanecer ao cuidados destas instituições, no entanto, diferem ao nível das competências exibidas pelos seus colaboradores e da natureza dos cuidados prestados (Boorsma et al., 2012).

As *nursing homes* são, neste sentido, instalações construídas propositadamente para a prestação de cuidados residenciais e/ou de enfermagem a pessoas idosas com deficiências físicas e/ou cognitivas avançadas (Giri et al., 2021).

Embora este conceito seja amplamente conhecido, as ERPI, na sua grande maioria, não poderão adquirir a designação de *nursing home*, face à fraca preparação dos seus profissionais para prestar cuidados a pessoas idosas com incapacidades de natureza física e/ou cognitiva.

2.6. Construção e Liderança das Equipas

De acordo com a literatura existente, o processo de construção de equipas deverá, de um modo geral, envolver uma forte vertente estratégica, por forma a assegurar o seu bom funcionamento e, conseqüentemente, a obtenção dos *outcomes* desejados.

Markaki et al., (2012) fornece o seu contributo no âmbito da seleção de membros de equipas, apontando para que a eleição dos elementos de determinada *project team* envolva a elaboração de um processo de seleção, o qual poderá envolver a utilização de diversos métodos de seleção. De acordo com os autores, a organização dos procedimentos e gestão do tempo são de suma importância no que respeita a avaliar os candidatos de forma adequada.

Foi neste contexto que Carter (2001) procedeu a uma revisão da simplificação elaborada por Cufau de do processo de desenvolvimento de pequenos grupos, originalmente desenvolvido por Tuckman (1965).

Este processo compreende a existência de quatro fases inerentes a esse mesmo processo: (1) *forming*, (2) *storming*, (3) *norming*, e (4) *performing*. Numa primeira fase, os indivíduos devem travar conhecimentos entre si e para com a organização, tendo a liderança deve fornecer direção e delinear expectativas. Já a segunda fase, prevê a formação de algum atrito entre membros de equipa e para com o líder, devendo este último ensinar os membros a gerir conflitos que possam surgir e a focar-se nos seus objetivos. A terceira fase, corresponde, por sua vez, a uma fase em que os integrantes da equipa aprendem a valorizar as suas diferenças e a trabalhar efetivamente em equipa. O líder adquire, agora, o papel de facilitador, fornecendo encorajamento e orientação. Numa última fase, a equipa encontra-se inteiramente funcional, e possui a capacidade de gerir as suas relações, e trabalhar no sentido de atingir objetivos comuns. A liderança assume o papel de delegar responsabilidades e deve possuir a capacidade de identificar sempre a equipa esteja a movimentar-se para uma fase distinta.

Este modelo salienta, ao longo das diversas fases que compreende, os diferentes papéis que a liderança deve assumir para uma gestão adequada das equipas. De acordo com a GLOBE (Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness), o conceito de liderança pode ser conceptualizado enquanto a “capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros” (Cunha et al., 2007).

Zaccaro et al. (2001) afirma que os processos de liderança constituem uma das principais determinantes de uma *performance* eficaz das equipas, exercendo influência direta sobre os processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de coordenação das equipas, os quais impactam,

por sua vez, a eficácia das equipas, à semelhança do que é possível inferir através da análise da Figura 1 (Anexo A).

2.7. A Qualificação das Equipas

Por forma a maximizar a eficácia das equipas, o investimento na formação dos membros integrantes das mesmas constitui, igualmente, um fator decisivo para a *performance* individual e coletiva das equipas. A formação contribui, assim, para que os *outcomes* associados à intervenção das equipas sejam os desejados, podendo ser garantida com recurso a diferentes métodos.

Ampaipipatkul et al., (2004), dá o seu contributo no que respeita à definição de métodos de formação, afirmando que estes constituem “os métodos ou atividades que um formador ou instrutor emprega como meio para transmitir conhecimento, experiência ou informação aos participantes, no sentido de facilitar sua aprendizagem, o que pode levá-los a mudar seu comportamento e atitudes de trabalho, de acordo com os objetivos do curso. (pág. 4)”.

Derivada da anterior definição, surge a conceptualização de Martin et al., (2014), que afirma que os métodos de formação constituem “o conjunto de procedimentos sistemáticos, atividades ou técnicas, que são desenhados para transmitir KASAs (Knowledge, Abilities, Skills & Attitudes) aos participantes que têm influência direta na melhoria do seu desempenho no trabalho”.

Importa referir que, no particular contexto das equipas interdisciplinares que atuam na área da saúde, na qual um erro de qualquer espécie poderá refletir-se em consequências catastróficas, tais como a perda de vidas humanas, o trabalho em equipa eficiente, torna-se um fator crítico de manutenção da segurança (Hamman, 2004).

Consequentemente, a formação conferida a título coletivo, que já seria de elevada importância em equipas que operassem em outras áreas, adquire um grau de relevância superior, devendo ser apreendida em complementaridade com a formação conferida individualmente.

É neste contexto, que a aviação fornece importantes contributos no que concerne à formação das equipas multidisciplinares na área da saúde, em muito semelhantes às equipas constituídas por pilotos e hospedeiros, a bordo de um voo comercial, a título de exemplo.

Hamman (2004) salienta a importância de a formação fornecida aos trabalhadores da área da saúde, não ser apenas focada nas responsabilidades individuais de cada um, na medida em que a formação isolada impede que enfermeiros e médicos “trabalhem juntos no sentido de partilhar autoridade e colaborar na resolução de problemas” (Hamman, 2004).

O autor defende, por oposição, que uma formação eficiente deve resultar de um compromisso de longo-prazo com um plano de formação, integrado ao longo da carreira do profissional de saúde, o qual inclui: i) um currículo desenhado por uma análise de tarefas, com objetivos específicos; ii) simulações interdisciplinares que incorporam competências técnicas e interdisciplinares de equipa; e iii) uma organização que apoia, participa e fornece os recursos necessários.

2.8. A Eficácia das Equipas

Não é possível abordar-se esta temática, sem que se faça alusão ao conceito de eficácia das equipas, que tem vindo a adquirir um papel fundamental, à medida que a tendência para a criação de equipas se tem vindo a difundir no cerne das organizações. Esta variável encontra-se intimamente relacionada com muitos dos conceitos acima referidos, surgindo em resultado da forma como são desenhados, aplicados e das interações que se processam entre os mesmos.

De acordo com Cohen & Bailey (1997), a eficácia pode ser categorizada em três principais dimensões, consoante o impacto da equipa: (1) eficácia da *performance* (produtividade, eficiência), (2) *outcomes* atitudinais (satisfação, comprometimento e confiança na gestão), e (3) *outcomes* comportamentais que englobam o absentismo, o *turnover* e a segurança. Assim, a eficácia propriamente dita, resulta de uma conjugação dos resultados apurados em cada uma destas três variáveis.

A eficácia de uma equipa de trabalho autónoma, pode atingir-se em resultado da conjugação entre uma elevada *performance* e a qualidade da vida profissional dos seus integrantes (Cohen et al., 1996). Esta pode ser conceptualizada através como a combinação da *performance* da equipa, em termos de *outputs*, com a capacidade da equipa para crescer e regenerar-se (Tannenbaum, Salas & Cannon-Bowers, 1996).

Mohrman, Cohen & Mohrman, Jr. (1995) acrescentam que a eficácia das equipas é baseada na sua *performance*, que representa a extensão em que o *output* produtivo de cada grupo vai ao encontro da aprovação dos consumidores, no funcionamento interdependente, que constitui o grau em que os seus membros podem depender uns dos outros, e a satisfação da equipa, caracterizada pela extensão em que a equipa se encontra satisfeita com a sua composição.

Para que se verifique uma atuação eficaz da equipa, é crucial que os membros que a constituem possuem conhecimentos (*knowledge*), competências (*skills*) e atitudes (*attitudes*) específicos, isto é, KSAs (Knowledge, Skills & Attitudes) individuais que sejam compatíveis e, sobretudo, propícios ao trabalho que se pretende desenvolver em equipa. São exemplos disto,

a capacidade de monitorizar a *performance* de cada elemento da equipa, o conhecimento das suas próprias responsabilidades, bem como a dos outros membros da equipa, e, sobretudo, uma disposição positiva para trabalhar em equipa (Baker et al., 2006).

A seleção dos elementos integrantes da equipa, deve, deste modo, ter em consideração uma conjugação entre as necessidades do projeto a realizar, em termos de KSAs individuais, e a exibição de um comprometimento para com os KSAs, partilhado por todos os membros da equipa, de modo que se verifique um maior *fit* dos elementos da equipa, entre si, e para com o conteúdo das tarefas a desempenhar.

Estudos previamente conduzidos, salientam a existência de uma correlação entre a eficácia das equipas de cuidados de saúde e a melhoria dos *outcomes* clínicos, a constituição de um ambiente segurança dos pacientes e respetivos familiares, e a definição de uma cultura e atmosfera de trabalho para os profissionais de saúde, o que, por sua vez, se reflete em melhores *outcomes* em termos de saúde das populações.

Tannenbaum, Beard & Salas (1992) desenvolveram um modelo descritivo da eficácia das equipas, que se encontra representado pela Figura 1. Este modelo retrata a eficácia das equipas em termos dos seus *inputs*, *throughputs* e *outputs*.

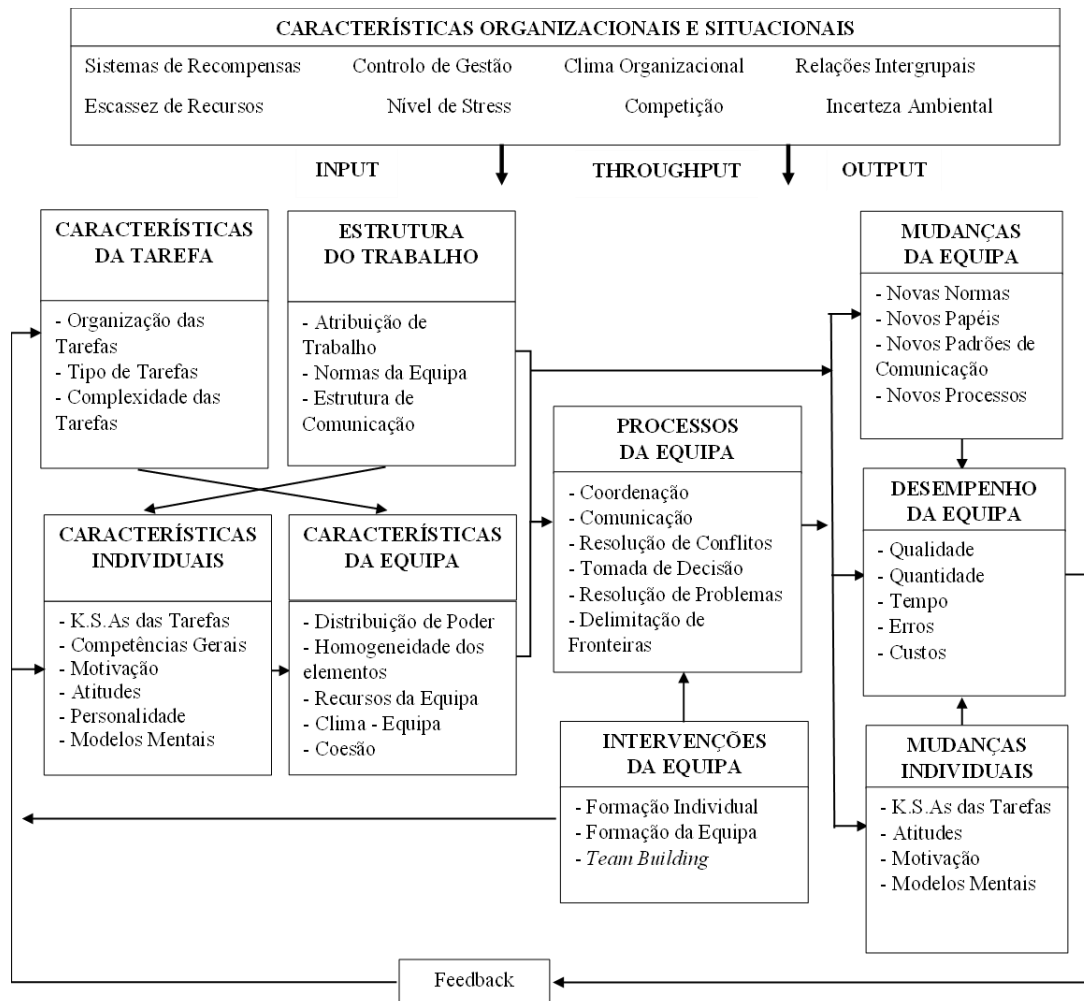


Figura 1 - Modelo de Eficácia das Equipas adaptado, desenvolvido por Tannenbaum et al., 1992.

Os *inputs* incluem dimensões como as características das tarefas, estrutura do trabalho, características individuais e características da equipa. Os *throughputs*, que representam a forma como a equipa interage à medida que converte os *inputs* em *outputs*, englobam os processos da equipa e são influenciados pelas intervenções da equipa. Os *outputs* abrangem, por sua vez, as mudanças ao nível da equipa, a *performance* da equipa e as mudanças individuais, os quais constituem indicadores de eficácia da equipa.

Este processo deverá ser acompanhado pela implementação de um sistema de *feedback*, o qual funciona como uma componente de retroalimentação do modelo. As características contextuais em que a equipa opera são igualmente consideradas na construção do modelo e são, por sua vez, de carácter organizacional e situacional. Estas englobam sistemas de recompensas, a escassez de recursos, o controlo por parte da gestão, o nível de *stress* experienciado, o clima organizacional, a competição, as relações intergrupais e a incerteza do meio em que a equipa opera.

O modelo desenvolvido por Tannenbaum, Beard & Salas (1992) traça o contexto ideal para a elaboração de um estudo tal como aquele que se pretende realizar, uma vez que salienta as diversas dimensões a ter em consideração no desenvolvimento e gestão de equipas eficazes.

Importa referir, no entanto, que a criação de equipas nem sempre constitui uma opção viável. Foram definidos alguns pré-requisitos que ditam o sucesso ou insucesso de uma equipa. Primeiramente, deve existir uma razão lógica para a sua formação, isto é, uma equipa deve ser formada somente quando haja necessidade para tal. Em segundo lugar, a gestão deve demonstrar o seu apoio à equipa. Por último, a equipa deve estar munida dos recursos necessários à execução das tarefas que lhes forem atribuídas (Harris, 1996).

2.9. Framework

Dadas as características do fenómeno que se pretende estudar, o qual se desenrola no cerne de um sistema complexo e dinâmico, optou-se pelo seu enquadramento à luz da perspetiva multinível, de modo que se obtenha uma compreensão mais ampla do mesmo (Hitt et al., 2007). Esta abordagem prevê a incorporação das variáveis que exercem influência sobre o objeto de estudo, em três níveis de análise distintos, de acordo com a magnitude das estruturas neles contidas: i) micro, ii) meso e iii) macro (Robert et al., 2011)

De acordo com (Hitt et al., 2007), “a temática central do pensamento multinível, é a de que as organizações residem no seio de arranjos aninhados”. Para efeitos do presente estudo, parte-se, assim, do pressuposto de que os indivíduos podem ser agrupados em grupos de trabalho, que por sua vez se encontram inseridos em unidades organizacionais de maiores dimensões, tais como departamentos ou unidades estratégicas de negócio, que poderão ainda ser agregados em organizações. Adicionalmente as organizações agregam-se em redes, dentro das quais são estabelecidas relações interorganizacionais (e.g., alianças estratégicas), que se juntam em contextos gerais de performance (Hitt et al., 2007).

Neste contexto, definiu-se que a um nível micro se encontravam os elementos das Brigadas de Intervenção Rápida e das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, bem como as próprias equipas, ao nível meso, é possível identificarem-se todas as estruturas organizacionais que interagiram no contexto desta medida, tais como as agências de trabalho temporário, o Instituto do Emprego e Formação Profissional, a Cruz Vermelha Portuguesa e o Instituto da Segurança Social, e, ao nível macro, o Governo Português, em concordância com a informação que se encontra ilustrada pela Figura 2.

No âmbito do enquadramento traçado por esta perspetiva de pesquisa, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas representam o objeto da atuação das entidades supramencionadas.

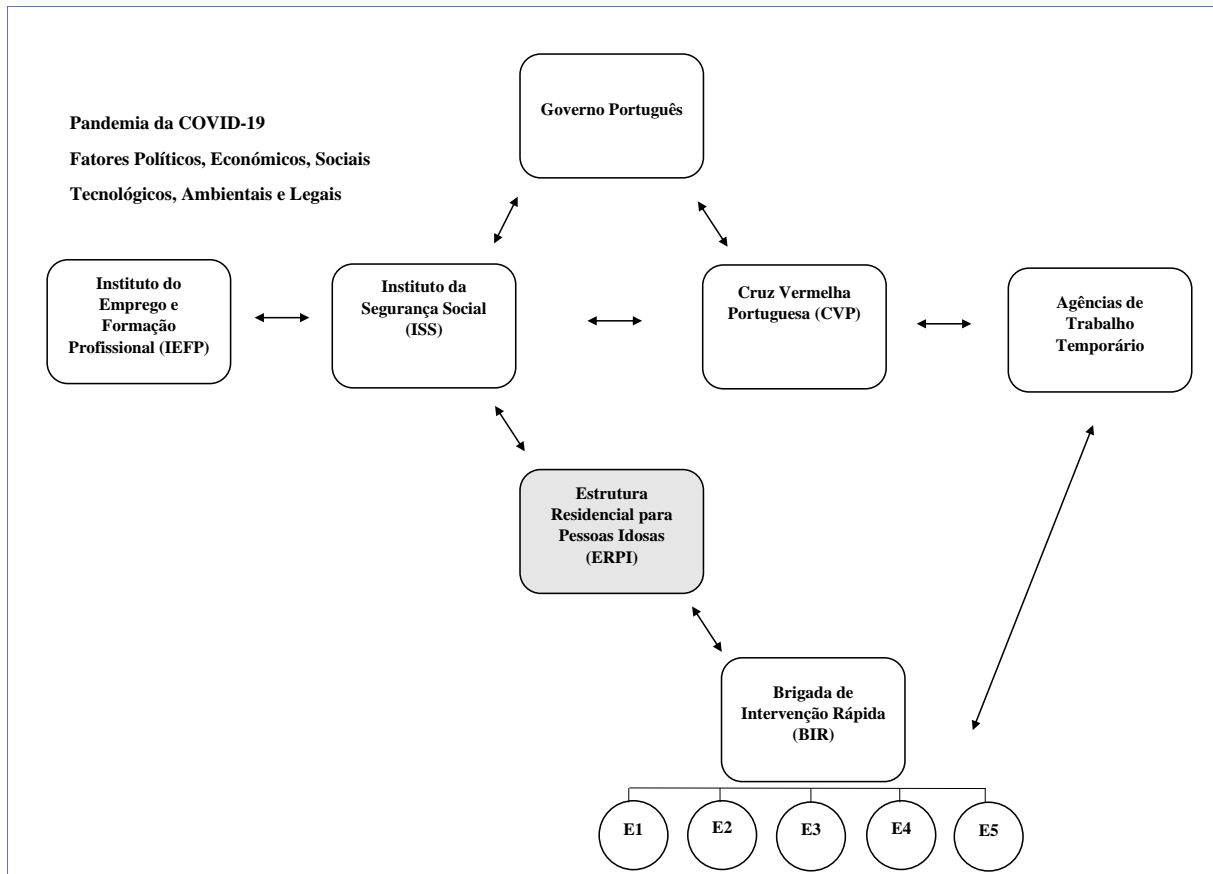


Figura 2 - Perspetiva Multinível para Investigar a Atuação das Brigadas de Intervenção Rápida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas..

Uma breve análise do gráfico representado pela Figura 2, permite identificar, não só as entidades supramencionadas, mas também as interações que se verificam entre as mesmas, as quais se encontram representadas por meio de setas bidirecionais, transversais aos vários níveis de análise.

Importa ainda referir que, na *framework* desenhada, existe uma interação constante entre níveis de análise e o ambiente externo, caracterizado pela coexistência de fatores políticos, económicos, sociais, tecnológicos, legais e ambientais, fortemente demarcados pela predominância da pandemia do novo coronavírus.

O Governo português, em particular, o Ministério da Saúde, enquanto força propulsora da implementação de medidas de combate à COVID-19, uniu esforços com o Instituto da Segurança Social e com a Cruz Vermelha Portuguesa, entre as quais se procedeu ao estabelecimento de um protocolo, no sentido de implementar a medida de integração de

Brigadas de Intervenção Rápida na estratégia de resposta a surtos da doença em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

As instituições referidas, puderam ainda contar com a colaboração do Instituto do Emprego e Formação Profissional, o qual instituiu o programa MAREESS (*MAREESS 2022 - Apoio Ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde*, n.d.), ao abrigo do qual esta medida vigorou, e com cooperação por parte de agências de trabalho temporário, tais como a Talent e a Manpower, no que respeitava a atuações na zona da grande Lisboa, as quais desempenharam um papel preponderante na identificação e recrutamento dos profissionais que acabaram por ser integrados nas Brigadas de Intervenção Rápida.

A utilização desta *framework*, proporciona um entendimento mais amplo da temática em estudo, possibilitando que a interpretação dos resultados seja realizada recorrendo-se a perspetivas definidas pelos diferentes níveis de análise, bem como às interações que se processam entre os mesmos.

2.10. Lacunas Identificadas e Pertinência do Estudo

A literatura acima apresentada fornece-nos informações aprofundadas acerca das diversas dimensões inerentes ao trabalho das equipas em contexto organizacional, contudo, este estudo surge com o propósito de focar apenas uma classe de equipas: as equipas multidisciplinares.

Podem identificar-se, atualmente, diversos estudos efetuados no âmbito da temática das equipas multidisciplinares (a título de exemplo, apresentam-se os de Andreatta (2010), National Cancer Action Team (2010), Weaver (2008), Nancarrow et al. (2013), Epstein (2014) e Mitchell & Boyle, (2020)), alguns dos quais conferem particular enfoque à atuação destas equipas em contexto hospitalar.

A utilização de equipas multidisciplinares tem vindo a tornar-se cada vez mais prevalente, uma vez que a variedade dos conhecimentos, recursos e perspetivas que possuem, confere-lhes a capacidade de vingar em ambientes complexos, dinâmicos, ambíguos e, potencialmente, desfavoráveis, em que surge a necessidade de se levar a cabo tarefas complexas, de se tomar decisões de forma célere (Reuveni & Vashdi, 2015; Salas et al., 2008), a fim de se responder eficazmente a ocorrências que, de outro modo, poderiam sair facilmente de controlo, como é o caso dos múltiplos surtos de COVID-19 que têm vindo a ser reportados.

A constituição destas equipas complexas, formadas através da conjugação elementos de diversas especialidades conforme a necessidade de *expertise*, conhecimentos e competências (Nancarrow et al., 2013), envolve, no caso específico que se pretende estudar, ajudantes de ação

direta, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, médicos e psicólogos. Apenas a cooperação e coordenação dos KASAs dos elementos destas diferentes áreas funcionais, possibilita uma resposta completa e eficaz aos efeitos do novo coronavírus.

De acordo com a teoria desenvolvida por Andreatta (2010), a formação destas equipas, em contexto hospitalar, acarreta inúmeros benefícios, entre os quais um elevado nível da aprendizagem e desenvolvimento dos colaboradores e instituições, a utilização mais eficiente dos recursos, a minimização do desperdício, a melhoria da performance e qualidade do trabalho, e, em última instância, a produção de *outcomes* mais eficazes para os utentes e respetivos familiares.

Os estudos supramencionados fornecem contribuições no que concerne ao enquadramento, caracterização e atuação de equipas multidisciplinares no setor da saúde, contudo, não foram identificadas quaisquer teses que focassem, especificamente, a implementação de tipo de estruturas, no âmbito da contenção e mitigação de surtos.

O presente estudo surge, assim, com o propósito de descrever as circunstâncias de atuação das equipas multidisciplinares, analisando-as à luz dos conhecimentos apresentados ao longo desta revisão de literatura e integradas num panorama fortemente demarcado pela presença da COVID-19. A natureza descritiva desta investigação não prevê a formulação de hipóteses, no entanto, seria relevante abordar-se, futuramente, a eficácia inerente à implementação deste tipo de equipas, nomeadamente ao nível do controlo e mitigação dos surtos.

Método

3.1. Protocolo

Uma vez que o presente estudo visa responder à questão de investigação “Como atuaram as BIR em resposta a surtos infecciosos em ERPI, para lidar com as decorrências da pandemia da COVID-19?”, e, dado encontrarmo-nos perante uma análise em contexto real, a pesquisa enquadra-se na perspetiva de um estudo de caso. Assim, os dados necessários à elaboração da presente investigação foram recolhidos, agregados e interpretados à luz das premissas que estão na base de *frameworks* amplamente aceites: i) o Modelo de Eficácia das Equipas (Scott I. Tannenbaum et al., 1992), ii) a Perspetiva Multinível (Hitt et al., 2007).

Foi com base no modelo desenvolvido por (Scott I. Tannenbaum et al., 1992), que foram determinadas as informações chave a serem recolhidas, enquanto a Perspetiva Multinível desenvolvida por Hitt et al., (2007), adquiriu expressão numa ótica de interpretação dos dados.

As dimensões de análise foram, assim, definidas com base nas dimensões representadas pelo modelo de Tannenbaum et al., (1992): i) características da tarefa, ii) características individuais, iii) estrutura do trabalho, iv) características da equipa, v) processos da equipa, vi) intervenções da equipa, vii) mudanças na equipa, viii) desempenho da equipa e ix) mudanças individuais.

A Tabela I, ilustra as dimensões de análise que foram consideradas no desenho da investigação, bem como as fontes de informação através das quais se obtiveram *insights* acerca de cada uma das mesmas, seja através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com membros do ISS, da CVP, das ERPI e elementos que integraram as BIR, ou de documentos internos, facultados pelas instituições, que estiveram envolvidas no desenvolvimento e implementação das BIR, nomeadamente o ISS e a CVP.

Dimensão de Análise	Fonte de Informação
Características da Tarefa	Entrevistas Semiestruturadas
Estrutura do Trabalho	Documentos Internos; Entrevistas Semiestruturadas
Características Individuais	Entrevistas Semiestruturadas
Características das Equipas	Documentos Internos; Entrevistas Semiestruturadas
Processos das Equipas	Documentos Internos; Entrevistas Semiestruturadas
Intervenções das Equipas	Documentos Internos; Entrevistas Semiestruturadas
Mudanças nas Equipas	Entrevistas Semiestruturadas
Desempenho das Equipas	Entrevistas Semiestruturadas
Mudanças individuais	Entrevistas Semiestruturadas

Tabela 1 - Dimensões de análise e fontes de informação.

A adaptação da *framework* elaborada por Hitt et al., (2007), encontra-se representada pela Figura 2 (Anexo A), representada no capítulo anterior, através da qual podem identificar-se todas as estruturas que desempenharam um papel mais preponderante na resolução da problemática associada à escassez de recursos humanos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, em resultado dos efeitos da pandemia da COVID-19.

Uma breve análise do gráfico representado pela Figura 2, permite identificar a existência de interações entre as diferentes estruturas, representadas pelas setas bidirecionais, a qual é transversal aos vários níveis de análise.

O gráfico ilustra a forma como o Governo português, em particular, o Ministério da Saúde, enquanto força propulsora da implementação de medidas de combate à COVID-19, uniu esforços com o Instituto da Segurança Social e com a Cruz Vermelha Portuguesa, entre as quais se procedeu ao estabelecimento de um protocolo, no sentido de implementar a medida de integração de Brigadas de Intervenção Rápida na estratégia de resposta a surtos da doença em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

As instituições referidas, puderam, ainda, contar com a colaboração do Instituto do Emprego e Formação Profissional, o qual instituiu o programa MAREESS (*MAREESS 2022 - Apoio Ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde*, n.d.), ao abrigo do qual

esta medida vigorou, e com a cooperação de agências de trabalho temporário, tais como a Talent e a Manpower, no que respeitava a atuações na zona da grande Lisboa, as quais desempenharam um papel preponderante na identificação e recrutamento dos profissionais que acabaram por ser integrados nas Brigadas de Intervenção Rápida.

Importa ainda referir que, na *framework* desenhada, se verifica uma constante interação entre níveis de análise e o ambiente externo, caracterizado pela coexistência de fatores políticos, económicos, sociais, tecnológicos, legais e ambientais, fortemente demarcados pela predominância da pandemia do novo coronavírus.

A utilização desta *framework*, proporcionou um entendimento mais amplo da temática em estudo, possibilitando que a interpretação dos resultados fosse realizada com recurso às perspetivas definidas pelos diferentes níveis de análise, bem como às interações que se processassem entre os mesmos.

Tendo em conta a natureza qualitativa da investigação, a metodologia de recolha de dados envolveu a utilização de dois instrumentos distintos. São eles: a) entrevistas semiestruturadas, e b) registos internos.

A elaboração de entrevistas semiestruturadas presenciais, promoveu, simultaneamente, a recolha do maior volume de informação possível, que essa mesma informação fosse orientada e relevante para o fenómeno que se pretendia descrever, e propiciou/ conferiu uma maior profundidade e detalhe associados aos dados recolhidos, o que representa uma vantagem num estudo de natureza descritiva, à semelhança da presente investigação.

Assim, no sentido de se promover uma maior proximidade e a criação de uma ligação entre entrevistadora e entrevistados, e, conseqüentemente, uma melhor leitura da linguagem não verbal dos participantes, optou-se por se conduzir entrevistas presenciais, sempre que possível.

Foram desenhados quatro guiões base distintos (Anexo B), a serem aplicados em contexto de entrevista, uma vez que também a amostra se encontrava dividida em quatro subgrupos, com base nos papéis dos entrevistados: a) órgãos Instituto da Segurança Social, b) órgãos Cruz Vermelha Portuguesa, c) órgãos de gestão Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, e d) elementos integrantes das BIR.

Os guiões dirigidos ao Instituto da Segurança Social e à Cruz Vermelha Portuguesa foram desenvolvidos com o intuito de recolher dados acerca dos papéis que estas entidades desempenharam, bem como determinados órgãos-chave, ao nível da conceção e implementação das BIR. A génese das questões, embora de natureza semelhante, diferiu na medida em que, através de uma análise documental, se partiu do pressuposto de que o ISS esteve intimamente

envolvido na vertente de planeamento da medida, enquanto o papel CVP foi mais notório ao nível da sua implementação.

Os restantes guiões destinaram-se às entrevistas realizadas nas ERPI, com órgãos de gestão, funcionários-chave, e com os elementos que, tendo estado integrados em BIR, acabaram por ser recrutados para permanecer na instituição.

Relativamente ao guião aplicado durante as entrevistas com os elementos que integraram as BIR, este possuía questões orientadas para o levantamento dos processos e procedimentos que estiveram na base da constituição e atuação das equipas, e para a experiência, propriamente dita, desses profissionais, durante o período em que estiveram alocados às brigadas, enquanto aquele destinado a órgãos de gestão e funcionários-chave, teve em vista recolher informação acerca das estratégias desenvolvidas pela instituição para fazer face aos surtos de COVID-19 ali registados, bem como, especificamente, para gerir a integração dos membros das BIR.

No entanto, apresentam em comum o facto de ambas terem tido em vista a obtenção de informação complementar àquela recolhida nas restantes entrevistas, que possibilitasse a descrição da atuação das BIR, por meio de uma perspetiva externa.

Todos os guiões apresentavam o objetivo comum de recolher o maior volume de informação possível acerca deste fenómeno. Assim, estes continham não só questões de natureza semelhante, que possibilitassem uma descrição tão próxima quanto possível da realidade, tendo em consideração os diversos pontos de vista dos agentes envolvidos, mas também questões especificamente desenvolvidas para cada um dos quatro grupos suprarreferidos, tendo em conta as funções que desempenharam.

Adicionalmente, as questões integradas nos guiões, foram desenhadas por forma a refletir os conhecimentos explorados ao longo da revisão de literatura anteriormente apresentada, no sentido de procurar garantir que as respostas obtidas pudessem ser escrutinadas, à luz do contexto por estes traçado.

Por forma a potenciar que não houvesse perdas de informação, procedeu-se a uma gravação e posterior transcrição de todas as entrevistas realizadas, sob a condição de que o entrevistado fornecesse o seu consentimento para tal. Para este efeito, foi redigido um termo de consentimento (Anexo B), que foi analisado e assinado pelo mesmo, comprovando que o entrevistado tomou conhecimento da gravação da mesma e dos fins para os quais essa gravação seria utilizada.

Adicionalmente, e, por forma a obterem-se informações complementares que possibilitassem uma interpretação adequada do fenómeno, considerou-se relevante recolherem-se dados que permitissem uma contextualização da realidade em que as BIR existiram, tendo

sido solicitada a disponibilização de registos internos (Anexo B), que estivessem diretamente relacionados com as políticas, processos e procedimentos que se encontram na base da atuação destas equipas.

Assim, a metodologia de análise dos dados recolhidos contemplou, numa primeira instância, uma transcrição integral das informações recolhidas em contexto de entrevista, que, agregadas/ compiladas aos dados recolhidos através da análise dos registos internos disponibilizados, foram confrontadas com a literatura existente, relevante para a temática em análise.

Por forma a garantir que a análise efetuada possuísse o menor número de erros possível e a suprimir possíveis enviesamentos em que se pudessem incorrer durante a mesma, o documento foi revisto diversas vezes pela autora da dissertação, bem como por um segundo elemento externo.

A seleção deste elemento terá na base os seguintes critérios: a) neutralidade, b) conveniência, e c) capacidade de análise. O primeiro critério refere-se ao facto de o indivíduo selecionado possuir uma posição tão próxima quanto possível da neutra, no que concerne ao tema abordado nesta dissertação, não demonstrando conceções previamente formadas acerca do mesmo. O critério de conveniência, por sua vez, diz respeito à existência de uma facilidade inerente ao processo de comunicação para com esse mesmo elemento. A capacidade de análise do mesmo deve ser considerada adequada à análise a efetuar, devendo este possuir igualmente algum grau de conhecimento relativamente à temática em foco.

3.2. Procedimentos

Na sequência do protocolo apresentado e dado o carácter descritivo da investigação, e o volume de informação que se pretendia recolher, num curto espaço de tempo e com recursos limitados, inferiu-se que o estudo de caso reunia os procedimentos mais adequados a serem implementados no decorrer do presente estudo.

Assim, no que respeita aos procedimentos utilizados, o presente estudo enquadra-se numa perspetiva de estudo de caso, na medida em que pretendia conduzir-se um estudo aprofundado de um fenómeno contemporâneo único, em contexto real, cujas fronteiras entre fenómeno e contexto não são claramente evidentes, podendo ser conceptualmente e empiricamente clarificados (Orum et al., 1992; Yin, 1984). Assim, este estudo empírico, teve o principal objetivo de determinar o contexto, as fronteiras e as circunstâncias específicas de atuação das BIR, potenciando uma compreensão holística dessa mesma dimensão.

Adicionalmente, a seleção do método de pesquisa supramencionado esteve intimamente relacionada com a questão de investigação à qual se pretende responder, nomeadamente com a forma como esta se encontra formulada. Uma vez que ao colocar-se a questão de investigação “Como atuaram as BIR em resposta a surtos infecciosos em ERPI, para lidar com as decorrências da pandemia da COVID-19?”, procura responder-se a uma questão que pertence à categoria de questões “Como?”, e devido ao facto de a temática em estudo focar um conjunto de eventos contemporâneos, sobre os quais o investigador não possui qualquer controlo, encontramos-nos perante uma investigação que reúne as condições necessárias para a aplicação de um estudo de caso (Yin, 1984).

De acordo com Orum et al., (1992), o estudo acerca da integração das BIR na estratégia de resposta a surtos, em ERPI, pode ser caracterizado enquanto um caso típico, na medida em que se acredita que os casos estudados constituem um caso representativo, possibilitando expandir e generalizar teorias (generalização analítica) (Yin, 1984).

Tendo em conta a natureza da investigação, a metodologia adotada para conduzir o presente estudo de caso, envolveu os procedimentos característicos de um estudo de caso, prevendo a realização de seis etapas, num processo que se caracteriza por ser iterativo.

As fases que estão na sua base são, assim: i) planeamento, ii) desenho da pesquisa, iii) preparação para a recolha de dados, iv) recolha de dados, v) análise dos casos e entre os casos e vi) partilha da informação. Embora as etapas ocorram, tendencialmente, de acordo com a sequência indicada, cada uma delas poderá repetir-se o número de vezes que se considerar necessário, por forma a que a pesquisa seja rigorosa.

3.3. Amostra

A população que se pretende estudar é constituída por cerca de 2559 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (*Carta Social*, n.d.), dispersas pelos 18 concelhos que constituem o território português.

Nesta população, interessa-nos apenas estudar as 408 ERPI inseridas no concelho de Lisboa, pelo facto de ter sido neste distrito que se registou uma maior ativação de Brigadas de Intervenção Rápida, em consequência da dimensão do distrito e do tecido que o constitui, e para que haja uma maior comodidade relacionada com a realização de entrevistas presenciais. Dentro deste universo, apenas uma foi selecionada a fim de constituir amostra da presente investigação, a instituição Inválidos do Comércio.

A seleção da amostra populacional tem, assim, por base uma conjugação dos seguintes critérios: i) enriquecimento do estudo, ii) conveniência, e iii) disponibilidade dos elementos envolvidos. O grupo populacional que maximizasse os critérios apresentados, seria selecionado para constituir objeto do estudo. Deste modo, a amostra selecionada classifica-se como sendo uma amostra não probabilística, por conveniência.

Como anteriormente mencionado, considerou-se relevante recorrer-se ao ponto de vista dos trabalhadores das próprias ERPI, nomeadamente auxiliares e órgãos de gestão. O seu testemunho foi crucial para descrever a atuação das BIR, do ponto de vista externo, possibilitando um maior rigor na descrição da sua atuação, bem como uma constituição dos passos tomados, no sentido de se estabelecer uma coordenação entre BIR e ERPI.

Por forma a que o estudo contivesse as perspetivas de todos os agentes envolvidos, considerou-se pertinente, ainda a um nível micro, incluir-se os testemunhos dos elementos integrantes das Brigadas de Intervenção Rápida, que perfazem um total de cerca de 400 profissionais, incluindo pessoal ajudante de ação direta, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, médicos e psicólogos. Estes profissionais encontram-se distribuídos por cerca de 18 Brigadas de Intervenção Rápida, estando uma alocada a cada concelho do país.

Resultados

4.

4.1. Inválidos do Comércio

A Associação Inválidos do Comércio, deste ponto em diante apenas designada por Inválidos do Comércio (IC), é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sediada na cidade de Lisboa.

Esta associação, fundada no ano de 1929, segmenta-se na Creche João Katz e na Casa de Repouso Alexandre Ferreira, a qual se desdobra, por sua vez, num lar de idosos e numa residência assistida, totalizando, conjuntamente, cerca de 340 funcionários e 320 utentes.

A Figura 3 (Anexo A) ilustra o organograma dos Inválidos do Comércio, cuja análise proporcionará um maior entendimento acerca da estrutura formal da associação, bem como dos profissionais que se considerou pertinente entrevistar, nomeadamente: i) diretora técnica, ii) vice-presidente, iii) coordenadora dos serviços gerais e iv) responsável de recursos humanos.

A Instituição Inválidos do Comércio e, em particular, a Casa de Repouso Alexandre Ferreira, constitui o objeto ideal para o desenvolvimento da presente investigação pelas características que lhe são inerentes, designadamente, a sua dimensão, o número de utentes e funcionários, a capacidade da sua equipa e estruturas, e pelo facto de esta instituição ter submetido um total de três pedidos de ativação de BIR, tendo experienciado diversos contactos com estas equipas e com as entidades que coordenaram as mesmas.

Adicionalmente, a instituição mencionada enquadra-se na designação de IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), constituindo um dos pontos focais de atenção por parte de órgãos de índole social, tais como o Instituto da Segurança Social, sendo situada na zona da Grande Lisboa, o que representa elevada conveniência no que respeita à realização de entrevistas presenciais, e conseqüentemente, à condução do próprio estudo.

4.2. Dimensões de Análise

A análise da Tabela I, permite identificar a existência de 9 dimensões distintas de análise, baseadas no Modelo de Eficácia das equipas, desenvolvido por (Scott I. Tannenbaum et al., 1992), bem como as fontes de informação a que se recorreu no sentido de se caracterizar essas mesmas variáveis: i) documentos internos, e ii) entrevistas semiestruturadas.

De acordo com o modelo de Tannenbaum et al., (1992), as dimensões de análise podem ser categorizadas em *inputs*, *throughputs* e *outputs*, e são as seguintes: i) características da tarefa, ii) estrutura do trabalho, iii) características individuais, iv) características das equipas, v) processos das equipas, vi) intervenções das equipas, vii) mudanças nas equipas, viii) desempenho das equipas, ix) mudanças individuais.

O enquadramento dos dados recolhidos no modelo supramencionado, exercerá influência ao nível do estabelecimento de uma correlação entre as dimensões salientadas e a eficácia global das BIR, no que respeita à sua atuação ao nível da mitigação das decorrências da pandemia da COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e no desempenho das tarefas e funções que terão ficado responsáveis por desempenhar.

4.2.1 *Inputs*

4.2.1.1. Características da Tarefa

As características da tarefa representam um *input* da *framework*, e referem-se às especificidades das tarefas que os membros de determinada equipa estão encarregues de desenvolver, quer a título individual, quer coletivo ((Scott I. Tannenbaum et al., 1992).

Assim, considera-se que a realização de entrevistas semiestruturadas com os antigos elementos das BIR, que integram, atualmente, os quadros da Associação Inválidos do Comércio, bem como com colaboradores dessa mesma instituição, constitui um método necessário e suficiente para a obtenção dos dados fundamentais à caracterização da dimensão referida, sendo as tarefas que os integrantes das BIR ficaram encarregues de levar a cabo, em tudo semelhantes às tarefas alocadas a um habitual trabalhador da instituição, durante o período demarcado pela insurgência da pandemia.

No que respeita às características da tarefa, no caso concreto dos Inválidos do Comércio, as respostas obtidas em contexto de entrevista indicam que as tarefas desempenhadas pelos elementos das BIR foram idênticas às tarefas que um Auxiliar de Ação Direta da instituição está encarregue de exercer, dado ter sido em funções desta natureza que se verificava uma maior carência.

Não obstante, as suas tarefas dependiam do setor a que estes estivessem alocados, podendo envolver a prestação de cuidados de saúde aos utentes, relacionados com a sua higienização e com o controlo da medicação, dentro ou fora do covidário, ou, em alternativa, a acomodação e distribuição dos alimentos pelos utentes, caso estivessem alocados ao setor da alimentação, uma vez que a situação pandémica exigiu que as instituições adotassem uma metodologia mais

cuidada para prevenir o contágios nos momentos de refeição (Entrevistado VII, Entrevistado VIII, Entrevistado IX, Entrevistada XI e Entrevistada XV).

Assim, os elementos alocados aos Inválidos do Comércio no contexto das BIR, foram afetos a determinadas funções mediante a necessidade da instituição, o seu grau de experiência no desempenho de tarefas dessa natureza, e, em determinados casos, consoante a sua disposição para executar dadas tarefas (Entrevistada X).

4.2.1.2. Estrutura do Trabalho

De acordo com Tannenbaum et al. (1992), estrutura do trabalho diz respeito à forma como a equipa aborda determinada tarefa, podendo englobar a forma como as tarefas são distribuídas e desempenhadas pelos membros da equipa, o papel de cada elemento, bem como a estrutura da comunicação que se efetiva entre os mesmos.

Importa referir que a estrutura do trabalho das equipas, é influenciada pelas normas de trabalho estabelecidas, em conformidade com as quais a equipa deverá operar, as quais resultam de uma conjugação das normas internas pré-existentes na ERPI, aliadas às orientações emitidas pela DGS (Anexo B) e pelo ISS, durante o período em que a pandemia foi predominante no panorama nacional, as quais terão vindo a sofrer alterações ao longo do mesmo.

No sentido de se obterem as informações necessárias para a caracterização desta dimensão, considera-se que a maximização da informação recolhida resultaria da conjugação da informação proveniente das duas fontes de que se dispõe: documentos internos e entrevistas semiestruturadas.

A informação obtida por meio da análise dos documentos facultados pelo ISS, nomeadamente, o Guião Técnico de Orientação das BIR, indica que estas equipas se encontravam num estado de prontidão absoluta, estando operacionais durante as 24 horas de cada um dos 7 dias da semana. Nos momentos em que não estejam “ativadas e a atuar num contexto de emergência, as BIR estão integradas em Instituições distribuídas pelo país, designadas de instituições de acolhimento, isto é, Instituições que aceitaram acolher estes elementos para que possam desenvolver atividade de apoio e/ou formação, consoante a necessidade” (Guião Técnico de Orientação das BIR, Anexo B).

Estas equipas, quando acionadas, mediante a avaliação da necessidade feita pelo respetivo Centro Distrital, “deslocam-se em bloco ou parcialmente, de acordo com a avaliação das necessidades, para o local de atuação de emergência, pelo tempo que for necessário à reestruturação/reorganização da resposta social, até um limite preferencial de 168 horas”.

No que respeita ao funcionamento das BIR, estas operavam de acordo com uma “lógica do funcionamento em casulo ou em espelho”, o que significa que existiam “turnos estanques, haver sempre um mesmo grupo de pessoas que estava 12 horas, substituído pelo mesmo grupo de pessoas que estavam as outras 12 horas, esta foi uma modalidade”, existindo ainda uma “outra modalidade, que foi o chamado funcionamento em casulo”, através do qual “as equipas entravam, e durante 15 dias estavam fechadas dentro das instituições”, e, “findos os 15 dias, ficavam 15 dias em casa, e entrava outra equipa durante 15 dias” (Entrevistada I).

Em situações excepcionais, foi definido que “as BIR poderão estar estacionadas em espaços de retaguarda previamente definidos para o efeito”, pelo que tal não se terá registado na generalidade dos casos, em conformidade com o seguinte testemunho: “(...) inclusivamente este esquema e esta ideia de que as brigadas estão e são uma força que está disponível, (...) está ativada ou está estacionada, isto foi um bocadinho subvertido (Entrevistada I)”.

Ainda no que respeita à estrutura do trabalho, pode inferir-se que o papel de cada elemento, bem como as tarefas que cada um ficaria encarregue de desempenhar são comunicadas pela responsável dos serviços gerais, consoante as necessidades diárias da instituição, tomando em consideração, sempre que possível, a experiência profissional dos seus elementos (Entrevistada X).

Tendo em consideração a proximidade dos órgãos de gestão das instituições às equipas que estiveram no terreno, o facto de estas serem igualmente constituídas por elementos da instituição e profissionais das BIR, e, ainda, a sua vasta experiência a coordenar equipas daquela natureza, foi estabelecido que a gestão das brigadas seria da responsabilidade dos órgãos de gestão das ERPI em que as equipas foram sendo integradas, tal como é possível aferir com base na afirmação “onde ficaria, o local que ficaria, quase o tempo que ficariam responsáveis, a quantidade desse, vinha das encarregadas e das subencarregadas” (Entrevistado VII).

Neste contexto, e muito embora do ponto de vista funcional estes elementos respondam à direção técnica da instituição, a gestão global dos horários e das rotações necessárias entre elementos deve ser articulada de forma estreita com a CVP, a quem compete garantir a prontidão de resposta numa situação de requisição de ativação da BIR.

Deste modo, a afetação de tarefas apresenta um carácter dinâmico, na medida em que, durante o período de atuação das brigadas, os intervenientes podem estar afetos a áreas de trabalho distintas, desempenhando funções e tarefas diversas.

No que diz respeito à variável comunicação, a estrutura de comunicação adotada no contexto de atuação das BIR, engloba, não só elementos das brigadas, mas também funcionários dos Inválidos do Comércio, com os quais as equipas cooperaram de forma próxima.

A comunicação que se processa ao longo da estrutura pode, por sua vez, ser caracterizada enquanto bidirecional, na medida em que ocorre no sentido hierarquicamente descendente e ascendente da estrutura, lateral, quando nos referimos àquela que se processa entre elementos do mesmo nível hierárquico, simultaneamente formal e informal, dada a natureza da organização e as exigências temporais da crise que a pandemia da COVID-19 ergueu sobre as ERPI e com uma frequência constante.

No que concerne aos fluxos de informação, chegou-se à conclusão de que algo tão fundamental como o acesso à informação, ter sido muito limitado sobretudo nas fases iniciais da resposta, como é possível inferir através da afirmação do Entrevistado VII: “informações, porque é crucial, (...) é como se você jogasse sem saber as normas”.

4.2.1.3. Características Individuais

No que concerne às características individuais dos membros das BIR, considera-se que a fonte adequada para obter os dados necessários são, exclusivamente, as entrevistas semiestruturadas, uma vez que englobando questões especificamente desenvolvidas para o efeito, este método viabiliza que a análise das respostas fornecidas pelos entrevistados, agregada a uma leitura do comportamento não verbal dos entrevistados, produza valiosos *insights* acerca dos atributos de cada indivíduo.

A teoria demonstra que, se as restantes variáveis se mantiverem constantes, equipas que constituídas por elementos com melhores capacidades e competências individuais, e proficiência na tarefa, exibem uma melhor *performance* global (Scott I. Tannenbaum et al., 1992).

No que respeita às características de cada indivíduo que integrou as BIR, identificou-se que os elementos entrevistados apresentavam em comum o facto de, por, devido às consequências da pandemia do novo coronavírus, se encontrarem em situação de desemprego, terem a motivação necessária para aceitarem a oportunidade de ser reintegrados no mercado de trabalho, por meio da incorporação desta resposta.

Destaca-se, ainda, o facto de a grande maioria dos entrevistados pertencer à comunidade brasileira que vive em Portugal, em concordância com a seguinte afirmação “a potencialidade

de comunidades estrangeiras facilitarem, quando nós precisamos e de estarem disponíveis para trabalhar” (Entrevistado XII).

Adicionalmente, e ainda que pudessem sentir receio relativamente à situação com a qual se iriam deparar no interior da instituição, a sua vontade de auxiliar o próximo e de serem úteis no contexto da pandemia da COVID-19 sobrepôs-se a este sentimento.

Assim, ainda que sem qualquer formação na área dos cuidados continuados, ou mesmo enquanto auxiliares de ação direta, os elementos das BIR, quer por motivos altruístas e vocação humanitária, quer por questões financeiras, estiveram disponíveis para integrar as equipas locais das ERPI, e suprir as necessidades de recursos humanos destas instituições.

Consequentemente, a dimensão que manifestou uma maior preponderância na *performance* global das equipas, terá sido mais fortemente demarcada pelas predisposições individuais humanitárias, por oposição à proficiência dos indivíduos no desempenho da tarefa, uma vez que estes, muitas vezes, não apresentavam um *background* relevante para as funções a que terão sido alocados, à semelhança do que é possível inferir através do seguinte testemunho: “foi o que eu posso fazer, mais por alguém além de mim mesmo, para tentar até mesmo melhorar como pessoa, como ser humano, que é muito difícil colocarmo-nos no lugar das outras pessoas, do que elas sentem naquele momento” (Entrevistado VII).

4.2.1.4. Características das Equipas

As características das equipas podem incluir a distribuição de poder, a forma como as equipas são constituídas, nomeadamente o grau de homogeneidade que lhes é inerente, verificada entre os membros que a formam, o grau de coesão que existe entre os mesmos, os recursos que têm à sua disposição e o clima da equipa (Scott I. Tannenbaum et al., 1992).

As informações necessárias à caracterização desta dimensão, foram, uma vez mais, garantidas pela realização de entrevistas semiestruturadas, bem como por meio da análise dos documentos internos disponibilizados.

De acordo com a informação disponibilizada através do Guião Técnico de Orientação das BIR (Anexo B), a constituição das BIR ocorre de uma forma dinâmica, “para resposta às necessidades pontuais das instituições e respostas sociais que se encontrem numa situação crítica e emergencial de fragilidade na resposta a surtos de COVID 19”, não funcionando como um bloco, não obstante terem um quadro definido por distrito.

Estas equipas podem ser compostas por profissionais com diversas funções, nomeadamente, Enfermeiros, Psicólogos, Ajudantes de Ação Direta, Auxiliares de Serviços Gerais e outros profissionais que no contexto possam vir a ser necessários.

No sentido de estabelecer um base na qual o processo de recrutamento e gestão dos recursos humano, conduzido pela CVP, em articulação com o ISS, IP, com recurso aos Centros Distritais, estivessem alicerçados, foram traçados perfis funcionais de acordo com os quais cada grupo profissional deverá agir, “quando chamados atuar em emergência e a integrar temporariamente uma resposta social, integram a estrutura da organização, ficando sob a orientação da direção técnica da resposta social”, de acordo com o determinado por cada resposta social.

O Guião Técnico de Orientação das BIR (Anexo B), estabelece os perfis funcionais constituintes das BIR, considerando que:

“a) Médicos e psicólogos: deverão ter a oportunidade de observar as rotinas e funcionamento deste tipo de respostas, permanecendo por alguns períodos em resposta social. Quando acionadas as BIR deverão efetuar sempre uma visita inicial e manter presença na resposta social em situação de emergência de acordo com a sua avaliação, respetivamente clínica e psicológica, da situação. Esta avaliação e intervenção deverá ser objeto de acompanhamento e monitorização por parte da CVP;

b) Enfermeiros, ajudantes de ação direta e trabalhadores auxiliares: deverão ter a oportunidade de integrar o serviço de uma resposta social de acordo com as suas áreas funcionais. Quando acionados, integram a equipa da resposta social em situação de emergência, sob a orientação da sua direção técnica. Esta intervenção deverá ser objeto de acompanhamento e monitorização por parte da CVP.”

De acordo com a Figura 5, a qual representa a Estatística de Ativação das BIR (Anexo A), no concelho de Lisboa, entre as datas de 1 de outubro de 2020 e 7 de março de 2021, registou-se a atuação de 26 Brigadas de Intervenção Rápida, constituídas por um total de 7 enfermeiros, 115 auxiliares de ação direta, 41 auxiliares dos serviços gerais, 1 psicólogo e 2 profissionais da direção técnica, não se tendo verificado a integração de qualquer médico.

No caso particular dos Inválidos do Comércio e no que respeita ao grau de homogeneidade dos elementos das BIR, este poderá considerar-se tão reduzido, no que concerne às áreas de formação dos seus elementos, quanto elevado, quando analisamos dimensões como, a sua distribuição geracional, as suas qualificações, os seus países de origem, e, sobretudo, as suas motivações para terem aceitado integrar esta iniciativa, que constituem um dos aspetos que confere maior coesão a estas equipas.

As equipas eram, assim, constituídas por indivíduos com *backgrounds* profissionais das mais diversas áreas funcionais, no entanto seriam, maioritariamente, dos setores da hotelaria (Entrevistada III, Entrevistada X) e da restauração (Entrevistado VIII), apresentando um grau de qualificação equivalente ao ensino técnico.

Contudo, os elementos das BIR entrevistados, apresentam em comum o facto de pertencerem às gerações X e Y, enquadrando-se, de um modo geral, nas faixas etárias entre os 23 e os 36 anos, e dos 37 aos 52 anos.

No que concerne às suas nacionalidades, para além da portuguesa, é de destacar o facto de a comunidade brasileira ter tido uma forte representação nesta medida (Entrevistado XII), sendo que muitos profissionais de nacionalidade brasileira que vivem em Portugal, estiveram integrados nestas equipas.

Salienta-se, ainda, um outro fator comum entre os membros das equipas, que consiste no facto de muitos dos elementos se encontrarem em situação de desemprego, no momento em que entraram em contacto ou foram contactados pelas agências de trabalho temporário, a fim de serem recrutados para integrar a medida em análise.

É expectável que os fatores supramencionados, por representarem pontos em comum entre os elementos das BIR, aliados ao facto de estarem a trabalhar para um objetivo comum claro, de natureza humanitária, tenham contribuído para uma maior coesão entre equipas.

No que concerne aos recursos que estas equipas tiveram à sua disposição, tais como os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), estes foram garantidos pelo Governo português e pela própria instituição, dada a elevada necessidade de recursos que se verificou durante o período pandémico.

4.2.2. Throughputs

4.2.2.1. Processos das Equipas

Entendem-se por processos das equipas, a forma como os elementos de determinada equipa interagem entre si, e com outras unidades ou elementos externos à equipa, nomeadamente a forma como comunicam, tomam decisões, resolvem conflitos, solucionam problemas, e coordenam as suas ações (Scott I. Tannenbaum et al., 1992).

Numa organização, se os grupos de indivíduos que nela operam forem eficazes ao nível das suas relações interpessoais, na forma como comunicam, na resolução de problemas, no estabelecimento de objetivos e na tomada de decisão, conseqüentemente eficácia global da organização, será também elevada (Beer, 1980).

A otimização relacionada com a obtenção da informação pretendida a respeito desta dimensão, resulta da conjugação entre a realização de entrevistas semiestruturadas e a análise de documentos internos que regulamentem a forma como as equipas operam, nomeadamente o Guião Técnico de Orientação das BIR e o Protocolo de Atuação das BIR (Anexo B).

No âmbito da COVID-19, as interações verificadas entre elementos das BIR e com agentes externos, tais como toda a estrutura hierárquica da ERPI e utentes, foram fortemente demarcadas por flexibilidade e agilidade, de forma a proporcionar uma resposta rápida e eficaz às adversidades que foram surgindo com a progressão da doença dentro da instituição.

Tendo em consideração a proximidade dos órgãos de gestão das instituições com as equipas que estiveram no terreno, o facto de estas serem igualmente constituídas por elementos da instituição e profissionais das BIR, e, ainda, a sua vasta experiência a coordenar equipas daquela natureza, a gestão das brigadas ficou da responsabilidade dos órgãos de gestão das ERPI em que as equipas foram sendo integradas, tal como é possível aferir com base na afirmação “onde ficaria, o local que ficaria, quase o tempo que ficariam responsáveis, a quantidade desse, vinha das encarregadas e das subencarregadas” (Entrevistado VII).

Deste modo, no caso específico da Associação dos Inválidos do Comércio, a tomada de decisão, resolução de conflitos, resolução de problemas e coordenação de ações, é da responsabilidade das encarregadas e subencarregadas, cuja função é a de microgerir estas equipas, e com as quais os elementos da BIR têm estreita relação, quando integrados nas instituições.

No que respeita a decisões a nível macro, estas são tomadas pelos órgãos de gestão responsáveis pela instituição, com os quais os elementos das BIR estabelecem relações indiretas, contudo cujas decisões influenciam o desempenho da função.

Neste contexto, e muito embora do ponto de vista funcional estes elementos respondam à direção técnica da instituição, a gestão global dos horários e das rotações necessárias entre elementos deve ser articulada de forma estreita com a CVP, a quem compete garantir a prontidão de resposta numa situação de requisição de ativação da BIR, de acordo com a informação contida no Guião Técnico de Orientação das BIR (Anexo B).

4.2.2.2. Intervenções das Equipas

As intervenções das equipas, dizem respeito às diversas estratégias passíveis de ser implementadas, a fim de melhorar a eficácia das mesmas, tais como o *job redesign*, programas de incentivo de grupo, formação e *team building*.

Tendo em conta a reduzida informação existente em torno da temática do novo coronavírus, aliada ao caráter urgente associado à implementação da medida, não terá sido possível, previamente ao período em que a medida entrou em vigor, a formação dos elementos que viriam a integrar as equipas.

No entanto, à medida que a Instituição dos Inválidos do Comércio se foi apercebendo da existência dessa necessidade, procurou desenvolver, junto dos colaboradores e elementos das BIR, ações de formação com o objetivo de transmitir o *know-how* necessário ao desempenho das tarefas, e de acordo com o Entrevistado IX: “começaram a investir. Mais formações A sala de formações. Agora eu vejo que há muitas, agora, todo o mês, todo o dia. A sala de formação está cheia e isso para mim é excelente. Pessoas preparadas.”

Assim, no que concerne às intervenções das equipas, a instituição levou a cabo ações de formação, paralelamente à formação que decorreu *on-the-job*, tendo sido “desenvolvida em contexto de atuação real, designadamente em resposta social” (Anexo B).

Não obstante ter sido ter sido planeado um momento inicial introdutório de formação, organizado pela CVP, centrado em temáticas como a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e a divulgação das orientações técnicas da DGS quanto aos modos de prevenção e atuação no contexto de pandemia, tal não terá sido passível de se operacionalizar.

4.2.3 Outputs

4.2.3.1 Mudanças nas Equipas

No que concerne às mudanças verificadas nas equipas, estas podem envolver a elaboração de novas normas, a atribuição de novos papéis, o estabelecimento de novos padrões de comunicação e a definição de novos processos.

A fim de se apurar as mudanças ocorridas ao longo da atuação das BIR, recorreu-se às informações recolhidas em contexto de entrevista, através das quais se verificou que da primeira intervenção das BIR para as intervenções subsequentes, “a primeira foi muito assustadora”, e até “um pouco chocante”, para os elementos que integraram as equipas (Entrevistado VII). Adicionalmente, os profissionais que foram recrutados para atuar ao abrigo desta medida, estavam pouco informados relativamente aos contornos da doença, bem como aos seus potenciais efeitos e acerca da forma como deveriam atuar no contexto das situações de surto que iriam presenciar.

Em contraponto, “o segundo surto estava melhor preparado, já envolvia antecipação de tudo o que ia acontecer”, “já havia informações mais claras”, já havia “mais contorno da

situação”, “materiais mais rápido” e “o domínio certo” das circunstâncias e medidas a tomar (Entrevistado VII), isto é, nos surtos subsequentes, os elementos das equipas estavam melhor informados, tinham um acesso mais atempado e maior domínio sobre a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), e um maior *know-how* das medidas a serem tomadas para fazer face às situações de surto, e respetivas implicações, o que denota uma maior preparação associada a esta resposta.

A melhor preparação nos surtos consequentes, foi em muito potencializada pela Associação dos Inválidos do Comércio, a qual “começou a investir em mais formações. (...) Agora eu vejo que há muitas, (...) todo o mês, todo o dia. A sala de formação está cheia e isso para mim é excelente. Pessoas preparadas.” (Entrevistado IX).

Destaca-se, ainda, o facto de, durante as primeiras intervenções das BIR, a resposta ter sido bastante mais informal, célere e ágil, na medida em que o tempo decorrido desde que o pedido de ajuda foi submetido pelas instituições até as equipas chegarem ao local terá sido mais reduzido, e o procedimento terá sido simplificado, em fases mais preliminares da pandemia da COVID-19.

Por sua vez, no que respeita a situações posteriores de surto em ERPI, a metodologia que se encontrava na base do pedido de auxílio a ser apresentado pelas instituições, bem como a sua aprovação, ter-se-ão tornado mais burocráticos e complexos, sendo que, por vezes, acabaram por ficar descontextualizados, pela morosidade envolvida na execução da resposta (Entrevistada III).

Se, por um lado, se tornou evidente que as condições e capacidade de atuação das BIR manifestaram consideráveis melhorias, por outro, o incremento na qualidade da atuação das equipas terá sido acompanhado, em igual medida, por uma complexificação dos procedimentos pelos quais estas se regiam.

4.2.3.2 Desempenho das Equipas

O desempenho das equipas, resulta da conjugação de diversos fatores, tais como a qualidade da execução, a quantidade de tarefas executadas e objetivos atingidos, o tempo de execução, os erros registados e o custo.

Tendo em conta a natureza das informações necessárias à caracterização desta dimensão, as fontes de informação que se encontravam à disposição, no momento em que a investigação foi conduzida, não representavam as mais adequadas para a recolha desses mesmos dados.

A recolha das informações necessárias, implicaria que se recorresse ao método de observação direta da atuação das BIR, aliado à elaboração de um registo e análise aprofundada do desempenho individual e coletivo dos elementos das equipas, que envolvesse a definição de KPIs de atuação, e com o propósito final de determinar o desempenho global associado à implementação de BIR, em contexto de surto de COVID-19, em ERPI.

Adicionalmente, e no sentido de se promover o rigor a ela associado, a análise deveria ser complementada com registos internos referentes aos custos financeiros e materiais a que se incorreu no decorrer da resposta, estudando-se, de igual forma, a eficiência associada à aplicação dos recursos que estas equipas teriam ao seu dispor.

Não obstante, os testemunhos recolhidos apontam para o carácter decisivo da aplicação desta resposta, à semelhança do que é possível inferir através da afirmação “Avaliaria esta medida positivamente, sem dúvida. Eu acreditei que foi o melhor que podíamos ter feito aqui a este nível (...), porque, lá está, aquela primeira experiência daqueles primeiros meses demonstrou claramente que o problema eram os recursos humanos” (Entrevistada XIII).

4.2.3.3 Mudanças Individuais

À medida que foram integrando as diversas BIR, os profissionais que constituíam estas equipas foram adquirindo mais experiência de trabalho na área, e, conseqüentemente, uma maior proficiência no desempenho das tarefas, conduzindo, de um modo geral, a um combate mais eficaz dos efeitos da pandemia da COVID-19.

De acordo com as informações recolhidas através dos testemunhos dos profissionais que integraram as BIR, pode afirmar-se que, embora partindo de pontos distintos, no que concerne aos conhecimentos e competências necessários para fazer face às decorrências dos surtos do novo coronavírus, os elementos das BIR foram desenvolvendo, à medida que foram integrando as diversas brigadas, os KASAs necessários à execução das tarefas incluídas no leque de responsabilidades de um profissional Auxiliar de Ação Direta.

Assim, à medida que as respostas foram adquirindo robustez, também os elementos das equipas foram desenvolvendo uma maior proficiência no desempenho das tarefas e um maior grau de preparação para fazer face às decorrências da COVID-19 em ERPI.

Neste contexto, o leque de tarefas de um profissional que esteja encarregue de desempenhar a função de AAD, inclui a satisfação das necessidades diárias de um utente da ERPI, através da prestação de cuidados com a higiene, alimentação e relacionados com a sua medicação, em conformidade com o testemunho do Entrevistado VII: “Na primeira, eu fiquei com a

alimentação. (...) Ficámos na alimentação nós 2, só que tínhamos... a alimentação tinha que ser toda separada, unicamente, para cada utente, com medo da contaminação nossa, (...) e para não contaminar o colega, porque o colega do quarto também... a maioria, um não podia, a gente tinha medo de que um contaminasse o outro com determinado problema. (...) Já na segunda vez, eu já estava nos cuidados, nos cuidados intensivos mesmo. Eu já estava mais na, na ação direta, mais com a higienização, com controlo de medicação, já com as mudas de roupa”.

4.3 Framework

A fim de se contextualizar a presente investigação, foi desenvolvida a *framework* apresentada no capítulo anterior: a Perspetiva Multinível para Investigar a Atuação das Brigadas de Intervenção Rápida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Anexo A).

A relevância do desenvolvimento da *framework*, surge da necessidade de identificar os agentes envolvidos no estabelecimento das BIR, bem como das correlações existentes entre os mesmos, as quais foram identificados com base em informações que constam nos documentos divulgados pelo ISS, complementadas pelas respostas fornecidas pelos entrevistados.

Uma análise detalhada da *framework*, permite depreender que, sob a influência dos fatores políticos, económicos, sociais, tecnológicos, ambientais e legais, fortemente demarcados pelo contexto traçado pela pandemia da COVID-19, o Governo português viu-se forçado a tomar medidas, em diversas frentes, no sentido de atenuar as decorrências da proliferação da doença.

Neste contexto, a integração de Brigadas de Intervenção Rápida, ao nível de ERPI e LR, constituiu uma das diversas medidas implementadas, a qual terá surgido da necessidade da “adoção de medidas preventivas urgentes que assegurem níveis de resposta adequados face aos riscos no plano do bem-estar, da saúde e da vida dos utentes”, que representam um “grupo particularmente vulnerável em razão da idade avançada e de complicações de saúde pré-existentes”.

Esta medida foi, assim, concebida com o intuito de colmatar a necessidade de se “constituir um sistema de resposta de emergência robusto que garanta rapidez e agilidade de intervenção no momento imediato em que os problemas ocorrem”, sendo “dotadas de capacidade de ação imediata na contenção e estabilização de surtos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), lares residenciais e outras respostas de acolhimento residencial para pessoas em situação de vulnerabilidade” (Guião Técnico de Orientação das BIR, Anexo B).

A *framework* evidencia que este procedimento de “carácter extraordinário, temporário e transitório”, foi implementado pela Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), sob coordenação do

Instituto de Segurança Social, IP (ISS, IP) e com o apoio do Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP (IEFP, IP).

No entanto, a prevenção dos efeitos da pandemia da COVID-19, não teve início nesse momento. A prevenção dos efeitos do novo coronavírus em Portugal, data a janeiro do ano de 2020, antes mesmo de a COVID-19 chegar ao nosso país.

Desde essa data, o Instituto da Segurança Social procurou “fazer um trabalho junto das IPSS e, designadamente, junto das ERPI, procurando perceber se tinham os seus planos de contingência, se estavam atualizados, dar instruções para os atualizarem, para pedirem apoio se precisassem de apoio e se tivessem problemas”, uma vez de acordo com a Entrevistada I, “tivemos logo muito presente a necessidade que tínhamos de apoiar todas as instituições, mas nomeadamente as ERPI por várias razões.”

Em conformidade com o referido em capítulos anteriores, estas instituições foram, de uma forma evidente, as que mereciam maior atenção por parte de instituições públicas e do setor solidário, com atividade na área social e da saúde, “por um lado, porque, tendencialmente, são aquelas que têm população mais vulnerável, são de caráter residencial, portanto, de todo o mundo institucional digamos que aquelas de caráter residencial, foram sempre as que tiveram mais a nossa atenção, e dentro das de caráter residencial, as ERPI por estarmos a falar de pessoas mais vulneráveis à partida e depois foi-se percebendo também que eram as pessoas mais frágeis perante a pandemia”, sendo mais difícil “conseguir conter as expressões graves que a pandemia podia ter”, de acordo com a Entrevistada I.

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas depararam-se, assim, com uma significativa escassez de recursos humanos, pela via de se terem registado “muitas baixas a nível de COVID e não só, pessoas também que abandonaram o serviço, entraram em pânico e desapareceram” (Entrevistada IV), isto é, profissionais que se encontravam em situação de “isolamento profilático ou de doença” (Entrevistado XII), e indivíduos “que queriam largar a tarefa, quer por via de pessoas que precisavam de prestar assistência à família” (Entrevistada I). Uma vez que estas respostas sociais, pela sua natureza, “não podiam ficar despidas de recursos humanos” (Entrevistada XIII), as instituições viram-se forçadas a desenvolver uma estratégia de substituição de recursos humanos.

Assim, embora as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas com capacidade para tal tenham começado a tomar as suas próprias medidas de prevenção, em concreto, a “elaborar logo um plano de contingência e de começar a (...) passar informação às equipas da instituição, para que as pessoas pudessem ter algumas ferramentas para lidar com a situação que se avizinhava” (Entrevistada III), a fim de procurar evitar a deflagração de um surto de

COVID-19 no seu seio, e caso não fosse possível, minimizar os impactos que uma potencial cadeia de contágio poderia acarretar, quando a pandemia do novo coronavírus chegou a Portugal, estas instituições viram-se forçadas a pedir auxílio a entidades externas.

Neste sentido, a instituição que constituiu objeto da presente investigação, teve o cuidado de, desde cedo, “elaborar um plano de contingência e de começar a (...) passar informação às equipas da instituição, para que as pessoas pudessem ter algumas ferramentas para lidar com a situação que se avizinhava” (Entrevistada III).

Deste modo, numa fase inicial, foi ativada uma resposta que consistiu na ativação de uma tríada, constituída pelo Instituto da Segurança Social, a Direção Geral de Saúde e a Proteção Civil, e que se materializou numa “mobilização de equipas tripartidas, entre a PC, SS e Saúde, para poderem fazer visitas às ERPI, chamadas visitas multidisciplinares, com uma grelha comum, que no fundo fossem perceber se as ERPI tinham uma série de aspetos e de dimensões e requisitos preparados para fazerem contenção da pandemia e, se não tivessem, essas visitas também servirem de um momento pedagógico, e de ajuda, e de apoio técnico para ajudar a organizar” (Entrevistada I).

Apenas numa segunda instância, a Cruz Vermelha Portuguesa terá sido envolvida na conceção e implementação de uma estratégia para suprir as carências resultantes da escassez de recursos humanos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Os motivos que levaram à sua inclusão, encontram-se associados ao facto de “a Cruz Vermelha Portuguesa ter uma vocação de ação humanitária”, sendo a Cruz Vermelha Portuguesa “a entidade de referência a trabalhar sobre estas matérias”, por “se tratar também de uma entidade de âmbito nacional e com capilaridade em todo o território nacional, o que nos permite ter aqui uma capacidade de atuar em todo o território” e “portanto, ter o know-how até do ponto de vista da logística”, e ainda porque “há uma forte, profunda e longa relação ou tradição de relação e de parceria nossa com a CVP, portanto é um parceiro de confiança”, de acordo com o que é referido pela Entrevistada I. O Entrevistado XII e a Entrevistada XIII fornecem também o seu contributo no contexto referido, afirmando que a Cruz Vermelha desempenha um papel de “auxiliar dos poderes políticos” e encontra-se “ligada à saúde pela sua natureza de intervenção e emergência”.

Assim, estas duas entidades trabalharam ao nível da conceção e implementação da medida estabelecida, sendo que cada uma apresentava funções distintas. Enquanto que à Cruz Vermelha Portuguesa cabia “constituir as brigadas, portanto ter esse contingente de mão de obra disponível e organizar estas brigadas no sentido de as recrutar, dar-lhes formação e organizar o tempo de nas brigadas organizar o tempo de formação, ativação e

estacionamento”, e portanto “recrutar, organizar este esquema de trabalho e responder cada vez que eram ativadas”, ao Instituto da Segurança Social foi atribuído o papel de “identificar instituições que se tinham oferecido para poderem ser locais de formação das brigadas e cabia receber pedidos de ajuda de entidades, de ERPI, avaliar e definir se aprovava ou não aprovava, e quantos RH eram necessários para estar naquela entidade e durante quanto tempo, e depois acompanhar e ver quando é que tinham de cessar esse apoio, esse reforço”.

Importa referir que as instituições mencionadas contaram, ainda, com a colaboração de duas outras instituições: o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) e agências de trabalho temporário.

O papel desempenhado pelo IEFP foi o de proporcionar o enquadramento necessário, no que concerne ao recrutamento dos profissionais, - o programa MAREESS - que representa uma “medida temporária e excecional, que consiste no apoio à realização de trabalho socialmente necessário, para assegurar a capacidade de resposta das instituições públicas e do setor solidário com atividade na área social e da saúde, face ao aumento de casos e do índice de transmissibilidade da COVID-19” (*MAREESS 2022 - Apoio Ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde*, n.d.), ao abrigo do qual esta medida vigorou e terá sido financiada, de acordo com a Entrevistada XIII.

As agências de trabalho temporário, por sua vez, exerceram um papel decisivo no que concerne ao recrutamento, propriamente dito, de profissionais a serem integrados nas brigadas, tendo sido assinalados enquanto a “grande solução” (Entrevistada XIII). Apesar dos esforços de recrutamento direto perpetrados pelas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e pela Cruz Vermelha Portuguesa, as agências de trabalho temporário possuíam “listas de base de dados grandes de candidatos e a capacidade de procura” (Entrevistado XII) que lhes conferiram um papel fundamental na identificação e recrutamento dos profissionais necessários.

Existem inúmeras empresas de trabalho temporário que operam nos diferentes distritos do território português, no entanto, na zona da grande Lisboa, destacam-se empresas como a *Manpower* e a *Talent Portugal*, como tendo sido as que exerceram uma atuação mais preponderante neste contexto, sendo que todos os elementos integrantes das BIR que foram entrevistados, afirmaram ter sido recrutados pela *Talent Portugal*.

Deste modo, a afetação dos profissionais a cada reposta, resulta da estreita colaboração entre o Instituto da Segurança Social, a Cruz Vermelha Portuguesa e as agências de trabalho temporário, sendo o papel das duas últimas operacionalizado de forma distrital, sendo o papel de cada um decisivo ao nível do desempenho da medida.

Discussão

5.1. Resultados do Estudo

Os efeitos da pandemia da COVID-19 fizeram sentir-se ao nível de toda a sociedade mundial, não obstante, terá sido nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas que os seus impactos terão sido sentidos de forma mais intensa.

Tal verificou-se pelas particularidades destas instituições, nomeadamente o facto de constituírem instituições de carácter residencial, o elevado número de utentes e trabalhadores que coexistem num mesmo espaço, o volume de pessoas externas às instituições e que a estas se deslocam com alguma frequência, desde familiares dos utentes a fornecedores de produtos e serviços, mas sobretudo devido à vulnerabilidade das populações que as habitam, aliada à necessidade de manter o seu funcionamento.

Neste contexto, partindo-se da questão de investigação “Como atuaram as BIR em resposta a surtos infecciosos em ERPI, para lidar com as decorrências da pandemia da COVID-19?”, desenvolveu-se um estudo de caso de natureza qualitativa, através do qual se concluiu que a introdução de BIR em resposta às decorrências dos surtos de COVID-19 em ERPI foi determinante, na medida em que garantiu a manutenção da atividade destas estruturas e, deste modo, os cuidados dos pacientes que nelas residiam.

Analisando-se os resultados obtidos à luz das *frameworks* mencionados nos capítulos anteriores, nomeadamente, o Modelo de Eficácia das Equipas (Tannenbaum et al., 1992) e a Perspetiva Multinível (Hitt et al., 2007), chega-se à conclusão central de que o desempenho das Brigadas de Intervenção Rápida foi, em última instância, resultado dos esforços perpetrados por parte de diversos intervenientes. Identificando-os de um nível macro para um nível micro, são eles: o Governo português, o Instituto da Segurança Social, a Cruz Vermelha Portuguesa, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os elementos das Brigadas de Intervenção Rápida.

O sistema construído pela DGS, em representação do Governo português, ao abrigo da medida que envolveu a atuação destas equipas, teve o propósito de munir as unidades de residenciais para idosos, dos instrumentos necessários, no sentido de induzir nestas estruturas um estado de prontidão de resposta (Gillespie, David F and Streeter, 1987), dada a correlação

que se verifica entre o conceito de preparação e a exibição de melhores práticas de prevenção das decorrências da COVID-19 (Shaaban et al., 2020; Tripathi et al., 2020).

A Associação Inválidos do Comércio, enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde, recebeu orientações e apoios específicos por parte do Ministério da Saúde, procurando, paralelamente, traçar e implementar os seus próprios planos de contingência, a fim de estar preparada para que, operando num ambiente incerto, dinâmico e complexo, demarcado pela presença do novo coronavírus, cometesse um número reduzido de erros, durante um longo período de tempo (Baker et al., 2006), exibindo características próprias das *high reliability organizations*.

As medidas de prevenção, contenção e mitigação da propagação da doença, implementadas pela instituição que constituiu objeto da presente investigação, denotam, ainda, uma forte cultura de segurança. Cultura essa, que terá sido disseminada pelos seus órgãos de gestão e que é caracterizada pela manifestação de valores individuais e coletivos, que evidenciam uma forte orientação para a saúde e segurança dentro da instituição (Halligan & Zecevic, 2011).

De igual modo, os efeitos da pandemia da COVID-19 forçaram as ERPI a aproximar-se da definição de *nursing homes*, na medida em que os cuidados prestados por estas instituições e pelos seus profissionais, adquiriram um teor mais qualificado, pelo facto de se terem deparado com a progressão de uma doença altamente infecciosa, com sérias implicações no estado de saúde dos utentes.

No entanto, apesar dos esforços perpetrados por estas instituições e, especificamente, pelos Inválidos do Comércio, com o intuito de procurar evitar a deflagração de um surto de COVID-19 no seu seio, a progressão da doença gerou consequências expressivas ao nível da manutenção da sua atividade, pela via da escassez de recursos humanos disponíveis na instituição.

A capacidade diminuta de resposta demonstrada pelos lares de idosos a nível global (Quigley et al., 2020), e, no caso particular de Portugal, revelou uma falta de preparação generalizada destas organizações para responder a uma crise de saúde sanitária desta dimensão. A severidade e elevada infecciosidade da doença, associada a uma escassez generalizada de financiamento e recursos, uma força de trabalho desadequada às necessidades do setor, e às fragilidades inerentes às ERPI, potenciaram o agravamento dos efeitos da progressão do novo coronavírus nestas instituições.

Foi na sequência do défice de mão-de-obra nas ERPI, que surgiram as Brigadas de Intervenção Rápida, cujo propósito seria o de substituir, provisoriamente, os profissionais das instituições, desempenhando as funções que estes estariam encarregues de levar a cabo.

Analisando-se os resultados obtidos ao nível micro e à luz do enquadramento traçado pelo Modelo de Eficácia das equipas, surge a percepção de que, ao nível das características individuais dos seus elementos, as equipas não foram constituídas na sua configuração mais eficiente, não coincidindo a sua formação com os fundamentos transmitidos pela literatura existente em torno desta temática.

Se, por um lado, a ciência indica que a seleção dos elementos adequados para integrar determinada equipa, deverá envolver um processo de seleção que envolva a implementação de diversos métodos de seleção aliados a uma gestão adequada do tempo (Markaki et al., 2012), por outro, a seleção dos elementos das BIR, pelo contexto urgente no qual estas equipas atuaram, terá decorrido com recurso a procedimentos limitados ao nível da complexidade e coordenados num curto horizonte temporal.

Em contraponto, componentes das características individuais dos membros das equipas, tais como, as competências gerais, a motivação, as atitudes e a personalidades, encontravam-se em concordância com um desempenho eficaz das mesmas. Entre as variáveis mencionadas, destaca-se o fator motivação, o qual terá constituído um fator crítico para o sucesso das BIR.

No que concerne aos restantes *inputs* do Modelo de Eficácia das Equipas (Tannenbaum et al., 1992), particularmente, as características da tarefa, a estrutura do trabalho e as características da equipa, pelo facto de terem sido assegurados pela Instituição dos Inválidos do Comércio, na qual as equipas estiveram integradas, estes contribuíram indubitavelmente para a eficácia das BIR.

Tal verificou-se, uma vez que a instituição forneceu contributos fulcrais ao nível da organização das tarefas, da estruturação do trabalho, da disponibilização de recursos e alavancagem da coesão entre os elementos das equipas, entre outras variáveis.

No contexto dos *throughputs* do modelo, também estes terão sido fortemente influenciados pelo papel preponderante da instituição a que as equipas estiveram alocadas. Assim, variáveis enquadradas nos processos da equipa tais como a coordenação, comunicação, gestão de conflitos e a resolução de problemas, pelo facto de terem sido geridas

por uma instituição com uma vasta experiência em coordenar equipas da mesma natureza, contribuem para atingir os *outcomes* desejados.

No que respeita às intervenções da equipa, operacionalizadas por meio de ações de formação, verificou-se que foram dinamizadas pela instituição diversas sessões, em formatos distintos, que visavam promover a partilha de conhecimentos acerca dos procedimentos adotados pela instituição no âmbito da pandemia, em conformidade com as orientações transmitidas pelo SNS, e com os planos de contingência e respetivas alterações, que foram sendo introduzidas à medida que a progressão da pandemia tornava necessário.

A organização destas ações teve em vista dotar os colaboradores da instituição das competências (KASAs) necessárias ao desenvolvimento instruído das tarefas, com influência direta no seu desempenho (Martin et al., 2014), prática que incluía os elementos que integraram a instituição no âmbito das BIR.

Por último, ao abordarmos os *outputs* do modelo, concluímos que as mudanças verificadas nas equipas, tanto a nível individual, como coletivo, foram significativas.

Não obstante, e ainda que, numa primeira instância, os elementos recrutados pudessem não apresentar um *background* pertinente e qualificações adequadas ao desempenho da função para a qual estariam a ser recrutados, a integração destes profissionais nas respostas permitiu-lhes adquirir experiência no desempenho das tarefas inerentes à função de Auxiliar de Ação Direta.

Adicionalmente, e uma vez que o número de médicos e enfermeiros disponíveis era escasso, particularmente nas fases mais expressivas de progressão da COVID-19 em Portugal, devido ao facto de estarem alocados às unidades de saúde, nas quais o seu suporte era de extrema importância, os Auxiliares de Ação Direta terão sido forçados a desenvolver os KASAs necessários à prestação de cuidados de saúde especializados, com um maior grau de complexidade.

De igual modo, a título coletivo, as equipas da instituição, foram desenvolvendo normas, papéis, padrões de comunicação e processos de equipa mais eficientes, ao nível do desempenho das suas tarefas, e especificamente, no que concerne combate às decorrências da COVID-19.

Assim, ainda que não seja possível, numa última instância, determinar a eficácia associada ao desempenho das BIR, é possível inferir-se através da análise das diversas

dimensões do modelo que esta medida foi muito positiva enquanto resposta ao problema de escassez de recursos humanos com o qual as ERPI se depararam.

A análise dos resultados obtidos, tanto por via da interpretação de registos internos, desenvolvidos com vista à sistematização da atuação das BIR, como em contexto de entrevista, corrobora a premissa de que a solução que envolveu a implementação das BIR na estratégia de resposta a surtos de COVID-19 em ERPI, terá sido a mais adequada a tomar, tendo em conta as características do problema que se apresentou nestas instituições: a elevada escassez – e, até mesmo, inexistência – de profissionais.

Entre os entrevistados, terá sido unânime, podendo afirmar-se que até mesmo intuitivo, que esta medida seria a única forma de colmatar os efeitos que a insuficiência de mão-de-obra, em particular de Auxiliares de Ação Direta, causou no seio destas instituições que acolhem um segmento particularmente vulnerável, tendo sido fundamental ao nível da manutenção do seu funcionamento e no que respeita a garantir que as condições de habitabilidade estivessem reunidas.

Ainda que a medida implementada tenha sido decisiva, tendo em conta as circunstâncias apresentadas, são de salientar diversos pontos de melhoria procedimentais que, pela urgência associada ao panorama pandémico, aliada ao facto de esta constituir uma medida nunca posta em prática ou mesmo conceptualizada, e embora documentados, não terá sido possível concretizar, bem como determinados fatores que não foram tidos em consideração.

A título de implicações para a gestão, em situações futuras da mesma natureza – situações de crise –, seria fulcral que fossem introduzidas melhorias concretas por forma a maximizar a eficácia das equipas de resposta rápida concebidas para o efeito, evitando percentagens tão elevadas de contágios e uma progressão tão acentuada da doença e que, em última instância, promovessem a redução do número de óbitos.

Entre os pontos de melhoria abordados pelos entrevistados, é possível salientar: i) a disponibilização prévia e contínua de informação, ii) uma melhor preparação prévia dos elementos que integraram as BIR, iii) a nomeação de um(a) líder de equipa, encarregue de a microgerir no local, iv) organização de ações de formação, tanto a nível individual como coletivo, v) a avaliação do desempenho individual e coletivo das equipas e vi) o estabelecimento de um contacto posterior à atuação, com o propósito de instituir momentos de *feedback* bidirecional, de acompanhamento psicológico e para expressar gratidão.

Sendo indubitável que o Ministério da Saúde, em colaboração com o Instituto da Segurança Social e a Cruz Vermelha Portuguesa, desenvolveu a iniciativa mais adequada, tendo em consideração as circunstâncias repentinas e singulares em que surgiu a pandemia do novo coronavírus, resta-nos apenas refletir acerca do que poderá fazer-se de melhor numa circunstância futura, similar a esta.

Ainda que não tenha sido possível apurar-se a eficácia associada a esta resposta, o presente estudo evidencia determinadas lacunas, ao nível da sua configuração e implementação. Embora a solução apresentada tenha sido a mais adequada para a situação de crise que se manifestou, esta não terá sido a mais eficaz, tendo em conta a forma como foi implementada. A título de exemplo, apresenta-se o facto de as BIR terem ficado alocadas durante vários meses a determinadas respostas, nas quais poderiam ter permanecido durante um período máximo de 7 dias, de acordo com o que teria sido estipulado.

A pandemia do novo coronavírus contribuiu para que a sociedade, e em particular as instituições, se tenham apercebido da importância do trabalho colaborativo e em rede na resolução de problemas comuns e em larga escala, articulando-se de forma a fornecer uma resposta multidisciplinar, através de um contributo baseado nas suas competências distintas e áreas de atuação diversas.

O papel de gestão de recursos humanos e liderança desempenhado pelas ERPI foi notável, na medida em que estas instituições demonstraram a capacidade de incorporar na sua força de trabalho elementos sem qualquer formação, pouca ou nenhuma experiência na área e pouco informados, e muni-los das ferramentas necessárias para conter a propagação dos surtos de COVID-19, prevenindo que se tivesse registado um maior número de doentes e, em última instância, de mortes.

O desempenho da Cruz Vermelha Portuguesa contribuiu para evidenciar o papel central que a gestão de recursos humanos assume, não só na resolução de questões relacionadas com a escassez de trabalhadores, mas também ao nível global da consecução da resposta, tendo adquirido um estatuto de parceiro estratégico para atingir os objetivos definidos para a atuação das BIR.

É, igualmente, de ressaltar a capacidade de adaptação e empenho que os elementos das BIR evidenciaram, por terem conseguido integrar, num curto espaço de tempo, instituições e equipas que não conheciam, desempenhar funções para as quais não tinham qualquer experiência ou formação, e executar tarefas num contexto incerto, em constante mudança e do

qual sentiam receio. Tal terá apenas sido viabilizado pelo facto de existir uma percentagem da população que se disponibilizou a incorporar esta medida, seja pelo facto de procurarem ser reintegrados no mercado de trabalho, de procurarem condições de trabalho menos precárias, ou, simplesmente, que por motivos altruístas tinham em si a vocação de prestar auxílio a quem mais precisava.

Os resultados obtidos foram em muito distintos ao que seria expectável, na medida em que ao nível constituição e gestão das equipas não terão sido implementadas práticas comprovadamente consideradas “boas práticas” de recursos humanos, tais como o acesso a informações pertinentes à função a desempenhar, a seleção de elementos com formação base, experiência e perfil relevantes, o desenvolvimento de uma experiência de *onboarding* adequada, e a organização de formações, teóricas e práticas, com os elementos a serem integrados no novo cargo, entre outras importantes práticas.

Adicionalmente, as BIR, pela forma como foram consumadas, não podem ser reconhecidas enquanto equipas multidisciplinares, dado estas equipas serem, por definição, caracterizadas pela presença de elementos com diversos *backgrounds* profissionais, de acordo com a necessidade de *expertise*, conhecimentos e competências, que sejam pertinentes à resolução do problema colocado (Nancarrow et al., 2013), e as BIR terão sido na totalidade dos casos, salvo determinadas exceções, constituídas por elementos que desempenharam a função de Auxiliar de Ação Direta.

De igual modo, quando se aborda a temática das equipas multidisciplinares, antecipam-se equipas coesas, bem preparadas e lideradas por um ou mais elementos, o que em muito contrasta com a situação que efetivamente se verificou, em que diversos elementos integraram as instituições em momentos distintos e de forma isolada, sem terem estabelecido qualquer contacto prévio entre si e apresentando um nível de preparação insuficiente.

Não obstante, e embora se tenha verificado esta discrepância entre os produtos obtidos e determinados aspetos da literatura desenvolvida em torno da temática, verificou-se que a integração de BIR na estratégia de resposta a surtos de COVID-19 em ERPI foi decisiva na resolução do problema de escassez de recursos humanos nestas instituições e que ainda que os procedimentos possam não ter sido implementados na sua configuração mais eficiente, os *outcomes* alcançados foram os pretendidos.

No que concerne a lições para o futuro, destaca-se a importância de se desenvolverem estratégias preventivas para contextos de crise, entre as quais foi identificada a formação e

contratualização de elementos que tenham como propósito estar preparados para mitigar os impactos situações desta natureza, antes que estas adquiram proporções superiores e consequências significativas.

Nesta perspectiva, e a título de propostas concretas de implementação futura, adquire particular destaque, devido à unanimidade com que foi enfatizada pelos entrevistados, a proposta que envolve a criação de uma bolsa de recrutamento de profissionais contratualizados, em que o seu trabalho, a tempo inteiro, seria encontrarem-se em estado de prontidão absoluta.

Em concordância com os pressupostos que estão na base do conceito de preparação (Shaaban et al., 2020); Tripathi et al., 2020), chegou-se à conclusão de que, numa situação ideal, seria constituída uma *pool* de profissionais, os quais teriam uma formação académica e/ou profissional relevante para a temática em questão, sendo complementarmente expostos a ações de formação técnicas e situações de formação no contexto do trabalho, para que estivessem instruídos e munidos das ferramentas necessárias para combater eficazmente situações de surto de crise.

Estes contratos de trabalho, que poderiam ser de carácter temporário, com termo previsto a 6 meses, por exemplo, englobariam profissionais de vários escalões profissionais, desde recém-graduados a profissionais experientes, os quais seriam formados para integrar quaisquer respostas emergentes que pudessem surgir.

Deste modo, e tendo em consideração que as situações de crise se vão tornando cada vez mais iminentes e os episódios mais frequentes, não só de natureza sanitária, mas também em diversas vertentes, sugere-se o recrutamento de profissionais ao abrigo da modalidade supramencionada, a fim de se alavancar uma maior preparação por parte das populações.

5.2. Limitações do Estudo e Propostas de Melhoria

À semelhança de qualquer outro estudo, é possível assinalarem-se diversas limitações associadas à presente investigação.

O método de investigação selecionado, pode constituir, em si mesmo, uma limitação do estudo, em consequência do facto de o estudo ter o potencial de, na eventualidade de o investigador não se guiar por procedimentos sistemáticos, permitir a elaboração conjeturas com base em evidências equívocas ou partir de pontos de vista enviesados (Yin, 1984).

Adicionalmente, existe a preocupação de que os estudos de caso fornecem bases insuficientes para a generalização científica, pelo facto de um único estudo de caso não constituir uma amostra suficientemente significativa, para que possam ser efetuadas inferências estatísticas, e, por sua vez, generalizações estatísticas acerca do universo (população) no qual se insere.

É, assim, de elevada importância, que se tenha a percepção de que o objetivo de estudos desta natureza, é o de expandir e generalizar teorias (generalização analítica) (Yin, 1984). A ausência de replicação poderia ser colmatada através da realização de uma investigação futura em torno da temática, com um *design* mais ambicioso e passível de ser aplicado.

Yin (1984), sustenta, no entanto, a aplicação do estudo de caso, declarando que estudos de outra espécie, encontram-se igualmente sujeitos a erros originados pela falta de rigor, e que tal poderá ser solucionado através da correta aplicação das técnicas de pesquisa, a qual contribui para um maior rigor na recolha e análise de dados.

O facto de a amostra utilizada para realização do estudo ser seleccionada, essencialmente, de acordo com o critério de conveniência, constitui uma limitação do estudo, na medida em que os resultados obtidos e as conclusões formadas, aplicar-se-ão apenas ao caso específico dessa mesma amostra. Adicionalmente, a dimensão da amostra não é suficientemente significativa, não constituindo representatividade de toda a população. Consequentemente, não poderão ser traçadas generalizações, com algum grau de confiança, a toda a população, sem que sejam inseridas as devidas adaptações.

Embora as entrevistas representem um valioso instrumento no que concerne à obtenção de informações, tais como aquelas que se pretende recolher do decorrer do presente estudo, estas possuem diversas limitações. Estas limitações verificam-se, particularmente, ao nível de possíveis enviesamentos que possam ocorrer, dado o facto de a informação ser fortemente subjetiva. Adicionalmente, é necessário ter-se em consideração os enviesamentos do próprio entrevistador, que tem tendência a incorporar as suas próprias crenças na forma constrói o guião, como conduz a entrevista, e como procede ao tratamento e análise dos dados.

Teria sido pertinente que a observação direta tivesse sido utilizada enquanto instrumento de recolha de informação, focalizado na recolha de dados factuais e que, por este motivo, seriam de teor objetivo, no entanto tal não terá sido possível, uma vez que no momento em que a investigação terá sido conduzida, as BIR já se encontrariam inativas.

Uma técnica de observação descritiva, que teria o propósito de ajudar a descrever o fenómeno de atuação das BIR, através da observação dos comportamentos dos indivíduos, bem como das interações que se processem entre os mesmos e o ambiente que os rodeia, e narrativa,

na medida em que incidisse sobre o desenrolar das ações, sucessão de estados físicos ou afetivos, efeitos das ações, e consequências e efeitos imediatos dos mesmos, e sistemática, dado envolver uma preparação prévia e em equipa.

Ainda que as BIR estivessem operacionais, seria expectável que, dado o carácter sensível da questão, o facto de envolver profissionais que se encontravam na linha da frente, no que respeita à mitigação dos efeitos da COVID-19, e dada a importância de garantir segurança de todos os envolvidos, se tivessem erguido múltiplos obstáculos à observação direta das circunstâncias de atuação das equipas.

Importa ter em consideração as reticências que as entidades exibem, por vezes, ao ser-lhes solicitado que partilhem informações acerca dos seus processos e procedimentos internos, recursos que têm à sua disposição e da forma como os gerem. Assim, a partilha de determinados registos internos, que seriam relevantes à contextualização da investigação, não terão sido facultados.

Por último, podemos considerar a própria dimensão do estudo uma limitação em si mesma, uma vez que uma investigação desta natureza, beneficiaria de uma amostragem e capacidade de análise superiores, para que fosse mais completo e rico.

5.3. Linhas Futuras de Investigação

A título de linhas futuras de investigação, propõe-se a realização de um estudo subsequente, que agregue um maior número de instituições, de diferentes distritos, um volume superior de entrevistados, tanto de profissionais das ERPI, como de elementos do Instituto da Segurança Social e da Cruz Vermelha Portuguesa que tenham estado diretamente envolvidos na implementação das BIR, nomeadamente membros dos Centros Distritais do ISS e responsáveis distritais da CVP, e uma quantidade mais significativa de registos documentais, que possibilitem que seja traçada uma análise comparativa mais aprofundada e em larga escala.

Revela-se, ainda, de extrema importância aprofundar conhecimentos acerca dos *outputs* do Modelo de Eficácia das Equipas, desenvolvido por Tannenbaum et al. (1992), através da elaboração de um estudo de natureza comparativa, que permita apreender as mudanças coletivas e individuais que ocorreram nas equipas, em diversos períodos distintos, desde uma fase inicial de atuação das BIR, agregado a uma vertente de teor correlacional, com o propósito de determinar a *performance*, associada à sua atuação.

Tal estudo permitiria que fossem traçadas correspondências entre a aplicação de determinados procedimentos, tais como o desenvolvimento prévio de ações de formação com

os elementos a serem integrados, o fornecimento de informações prévias à atuação e o recrutamento de elementos com experiência na área, a título de exemplo, com vista a determinar a eficácia associada à atuação das equipas.

Adicionalmente, revela-se pertinente elaborar um estudo da eficácia das BIR, à luz das características e configuração que apresentam atualmente, investigando-se qual seria a influência exercida pela introdução de melhorias nas condições de trabalho das equipas, ao nível de cada uma das variáveis do Modelo de Eficácia das Equipas, desenvolvido por Tannenbaum et al. (1992).

Tal estudo que admitiria como ponto de partida a questão de investigação: “Qual a eficácia associada à intervenção de Brigadas de Intervenção Rápida na contenção de surtos de COVID-19 em ERPI?”, e a formulação das seguintes hipóteses: (1) H0: Existe uma forte correlação entre a intervenção de BIR na contenção de surtos de COVID-19 em ERPI, e (2) H1: Não existe uma forte correlação entre a intervenção de BIR na contenção de surtos de COVID-19 em ERPI.

Tal estudo permitiria, identificar se esta opção constitui ou não a solução mais viável, tendo em consideração as condições em que terá sido implementada e no contexto da mitigação de surtos de COVID-19 em ERPI, possibilitando, a introdução de melhorias relativas aos processos e configuração das BIR, que produzam efeitos positivos diretos na eficácia destas equipas.

Conclusão

Em suma, a atuação das Brigadas de Intervenção Rápida nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, durante os surtos de COVID-19, mostrou-se determinante na mitigação dos impactos da pandemia. A capacidade que estas equipas multidisciplinares demonstraram no que respeita a implementar medidas coordenadas, revelou-se vital para conter a disseminação do vírus e proteger uma população mais vulnerável, os idosos. As aprendizagens adquiridas pela via desta experiência devem orientar futuras estratégias de resposta a crises de saúde, com vista a preservar os segmentos sensíveis da sociedade.

Em última análise, a contribuição das Brigadas de Intervenção Rápida não só limitou o impacto da pandemia do novo coronavírus, mas também destacou a importância da coordenação, colaboração e agilidade, associadas à implementação de abordagens multidisciplinares na gestão de emergências sanitárias. A sua atuação realça a contínua necessidade de investimento em preparação, formação e na identificação de recursos para fazer face a desafios semelhantes que possam surgir no futuro, garantindo uma resposta eficaz e ágil em virtude da segurança e bem-estar das sociedades.

Referências Bibliográficas

- Ampaipipatkul, W., Mahidon, M., & Manutsayasāt, M. M. K. S. læ. (2004). *A Study of Content and Training Methods for a Five-day Trainer Course*. Mahidol University. <https://books.google.pt/books?id=ineboAEACAAJ>
- Andreatta, P. B. (2010). A typology for health care teams. *Health Care Management Review*, 35(4), 345–354. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181e9fceb>
- Baker, D. P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health Services Research*, 41(4 II), 1576–1598. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Barreto, D. (2020). *Coronavírus: já morreram 450 idosos em lares*. <https://www.sabado.pt/portugal/amp/coronavirus-ja-morreram-450-idosos-em-lares>
- Boorsma, M., Joling, K., Dussel, M., Ribbe, M., Frijters, D., Van Marwijk, H. W. J., Nijpels, G., & Van Hout, H. (2012). The incidence of depression and its risk factors in dutch nursing homes and residential care homes. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 932–942. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31825d08ac>
- Carta Social*. (n.d.). <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Carter, H. (2001). Go team. *American Salon*, 124(4), 52.
- Chassin, M. R., & Loeb, J. M. (2013). High-reliability health care: Getting there from here. *Milbank Quarterly*, 91(3), 459–490. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12023>
- Cohen, S. G., & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. In *Journal of Management* (Vol. 23, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/014920639702300303>
- Cohen, S. G., Ledford, G. E., & Spreitzer, G. M. (1996). A predictive model of self-managing work team effectiveness. *Human Relations*, 49(5), 643–676. <https://doi.org/10.1177/001872679604900506>
- Comas-Herrera, A., Zalakaín, J., Lemmon, E., Henderson, D., Litwin, C., Hsu, A. T., Schmidt, A. E., Arling, G., & Fernández, J.-L. (2020). Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. *International Long-Term Care Policy Network*, 1–29. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19->
- Cruz Vermelha Portuguesa. (2021). *Brigadas de Intervenção Rápida da CVP já apoiaram 363 instituições com surtos de COVID-19*. <https://www.cruzvermelha.pt/noticias/item/7416->

brigadas-de-intervenção-rápida-da-cvp-já-apoiaram-363-instituições-com-surtos-de-covid-19.html

- Cunha, M. P. E., Rego, A., Cunha, R., & Cabral-Cardoso, C. (2007). Manual de comportamento organizacional e gestão. In *Editora RH: Vol. 6.ª ed.*
- DGS. (n.d.). *Orientações - COVID-19*. <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/>
- Dyer, L. (1984). *Studying Human Resource Strategy: An Approach and an Agenda A Framework for Analysis*. 23(2).
- Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5(7Supplement), S295–S302. <https://doi.org/10.4103/2152-7806.139612>
- Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa. (n.d.). *Cruz Vermelha Portuguesa recruta enfermeiros para Brigada de Intervenção Rápida (BIR)*. <https://www.esscvp.eu/ver/noticias/cruz-vermelha-portuguesa-recruta-enfermeiros-para-brigada-de-intervencao-rapida-bir>
- Gillespie, David F and Streeter, C. L. (1987). *Conceptualizing and Measuring Disaster Preparedness.pdf* (pp. 155–176). <http://www.ijmed.org.library.capella.edu/articles/304/>
- Giri, S., Chenn, L. M., & Romero-Ortuno, R. (2021). Nursing homes during the COVID-19 pandemic: a scoping review of challenges and responses. *European Geriatric Medicine*, 12(6), 1127–1136. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00531-2>
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: A review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality and Safety*, 20(4), 338–343. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2010.040964>
- Hamman, W. R. (2004). The Complexity Of Team Training: What We Have Learned From Aviation And Its Applications To Medicine. *Quality and Safety in Health Care*, 13(SUPPL. 1), 72–79. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.009910>
- Harris, C. L. (1996). *An Overview of Team Effectiveness*. 1995.
- Hitt, M. A., Beamish, P. W., Jackson, S. E., & Mathieu, J. E. (2007). Building theoretical and empirical bridges across levels: Multilevel research in management. *Academy of Management Journal*, 50(6), 1385–1399. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2007.28166219>
- Ilan, R., & Fowler, R. (2005). Brief history of patient safety culture and science. *Journal of Critical Care*, 20(1), 2–5. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2005.02.003>
- MAREESS 2022 - Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde. (n.d.). <https://iefponline.iefp.pt/IEFP/medApoioReforcoEmergencia/overview.jsp>
- Markaki, E. N., Sakas, D. P., & Chadjipantelis, T. (2012). Selecting the project teams'

- members. A challenging human resources management process for laboratory research. *Key Engineering Materials*, 495, 159–162. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/KEM.495.159>
- Martin, B. O., Kolomitro, K., & Lam, T. C. M. (2014). Training Methods: A Review and Analysis. *Human Resource Development Review*, 13(1), 11–35. <https://doi.org/10.1177/1534484313497947>
- Mitchell, R., & Boyle, B. (2020). Understanding the Role of Profession in Multidisciplinary Team Innovation: Professional Identity, Minority Dissent and Team Innovation. *British Journal of Management*. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12419>
- Mohrman, S. A., Cohen, S. G., & Mohrman, A. M. (1995). *Designing team-based organizations: new forms for knowledge work* (1st ed.). Jossey-Bass.
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Root Alison. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11(19), 1–11.
- National Cancer Action Team. (2010). The Characteristics of an Effective Multidisciplinary Team (MDT). *National Cancer Intelligence Network*, February, 7–17.
- Orum, A. M., Sjoberg, G., Feagin, J. R., & Morland, J. K. (1992). Case Study: The Logic. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, September, 202–207. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.44002-X>
- Quase metade das mortes em lares desde o início da pandemia aconteceu este ano. (2021). <https://expresso.pt/sociedade/coronavirus/2021-02-08-Covid-19.-Quase-metade-das-mortes-em-lares-desde-o-inicio-da-pandemia-aconteceu-este-ano>)
- Reuveni, Y., & Vashdi, D. R. (2015). Innovation in multidisciplinary teams: The moderating role of transformational leadership in the relationship between professional heterogeneity and shared mental models. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(5), 678–692. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2014.1001377>
- Robert, G. B., Anderson, J. E., Burnett, S. J., Aase, K., Andersson-Gare, B., Bal, R., Calltorp, J., Nunes, F., Weggelaar, A. M., Vincent, C. A., & Fulop, N. J. (2011). A longitudinal, multi-level comparative study of quality and safety in European hospitals: The QUASER study protocol. *BMC Health Services Research*, 11(1), 285. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-285>
- Roberts, J., & Norman, G. (1990). Reliability and learning from the objective structured clinical examination. *Medical Education*, 24(3), 219–223. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1990.tb00004.x>

- Roberts, K. H., & Rousseau, D. M. (1989). Research in Nearly Failure-Free, High-Reliability Organizations: Having the Bubble. *IEEE Transactions on Engineering Management*, 36(2), 132–139. <https://doi.org/10.1109/17.18830>
- Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On teams, teamwork, and team performance: Discoveries and developments. *Human Factors*, 50(3), 540–547. <https://doi.org/10.1518/001872008X288457>
- Salas, E., Dickinson, T. L., Converse, S. A., & Tannenbaum, S. I. (1992). Toward an understanding of team performance and training. In *Teams: Their training and performance*. (pp. 3–29). Ablex Publishing.
- Shaaban, A. N., Peleteiro, B., & Martins, M. R. O. (2020). COVID-19: What Is Next for Portugal? *Frontiers in Public Health*, 8(August), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00392>
- Staupe-Delgado, R., & Kruke, B. I. (2018). Preparedness: Unpacking and clarifying the concept. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 26(2), 212–224. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12175>
- T. Kohn, L., M. Corrigan, J., & S. Donaldson, M. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. In *Institute of Medicine: National Academy Press* (Vol. 11, Issue 5). <https://doi.org/10.1097/01.CCN.0000490961.44977.8d>
- Tannenbaum, S.I., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. (1996). Promoting team effectiveness. In M.A. West (Ed.), *Handbook of Work Group Psychology* (Pp. 503-529). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Tannenbaum, Scott I., Beard, R. L., & Salas, E. (1992). Team building and its influence on team effectiveness: An examination of conceptual and empirical developments. In *Team building and its influence on team effectiveness: An examination of conceptual and empirical developments* (pp. 117–153). <https://doi.org/10.1029/94EO02017>
- Tripathi, R., Alqahtani, S. S., Albarraq, A. A., Meraya, A. M., Tripathi, P., Banji, D., Alshahrani, S., Ahsan, W., & Alnakhli, F. M. (2020). Awareness and Preparedness of COVID-19 Outbreak Among Healthcare Workers and Other Residents of South-West Saudi Arabia: A Cross-Sectional Survey. *Frontiers in Public Health*, 8(August), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00482>
- Weaver, T. E. (2008). Enhancing multiple disciplinary teamwork. *Nursing Outlook*, 56(3). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.03.013>
- Weick, K. E., & Sutcliffe, K. M. (2001). *Managing the unexpected: Resilient performance in the age of uncertainty*.

Yin, R. K. (1984). *Case Study Research: Design and Methods*.

Yount, N., Zebrak, K. A., Famolaro, T., Sorra, J., & Birch, R. (2022). Linking Patient Safety Culture to Quality Ratings in the Nursing Home Setting. *Journal of Applied Gerontology*, *41*(1), 73–81. <https://doi.org/10.1177/0733464820969283>

Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, *12*, 451–483. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1048984301000935>

ANEXOS

ANEXO A – Figuras

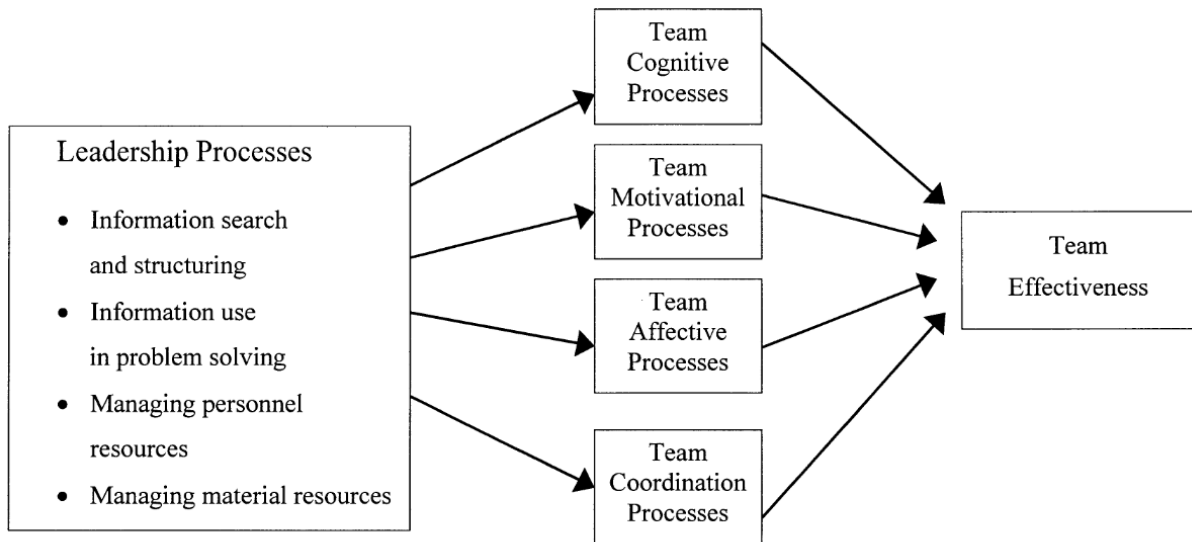


Figura 1 – Adaptado do modelo das funções de desempenho do líder que contribuem para a eficácia da equipa. (Zaccaro et al., 2001)

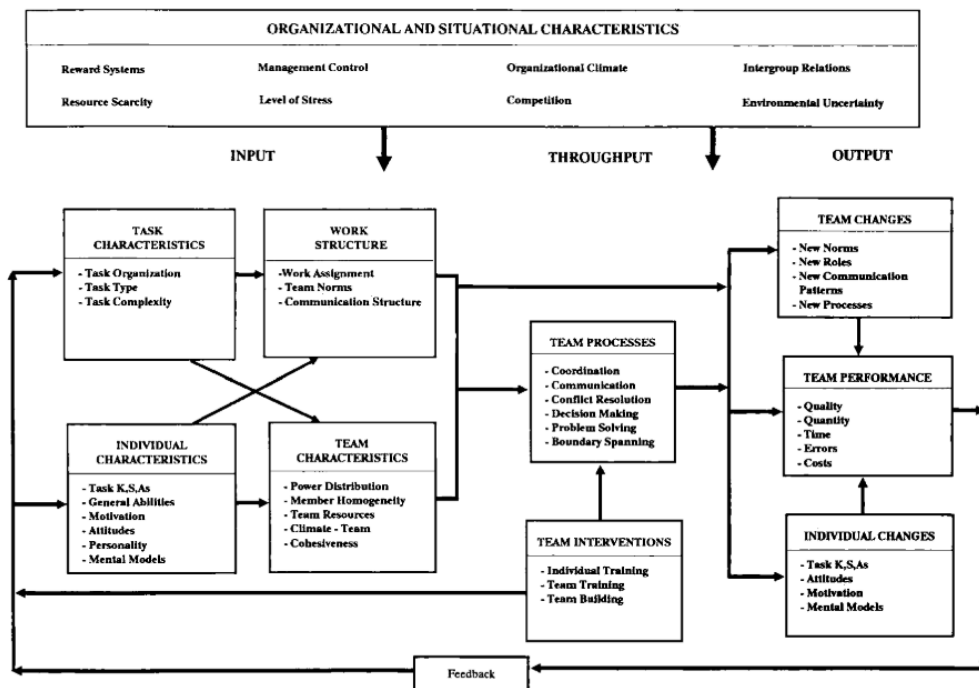


Figura 2 - Modelo de Eficácia das Equipas, desenvolvido por Salas et al., 1992 (Adaptado por Westraadt, 2019).

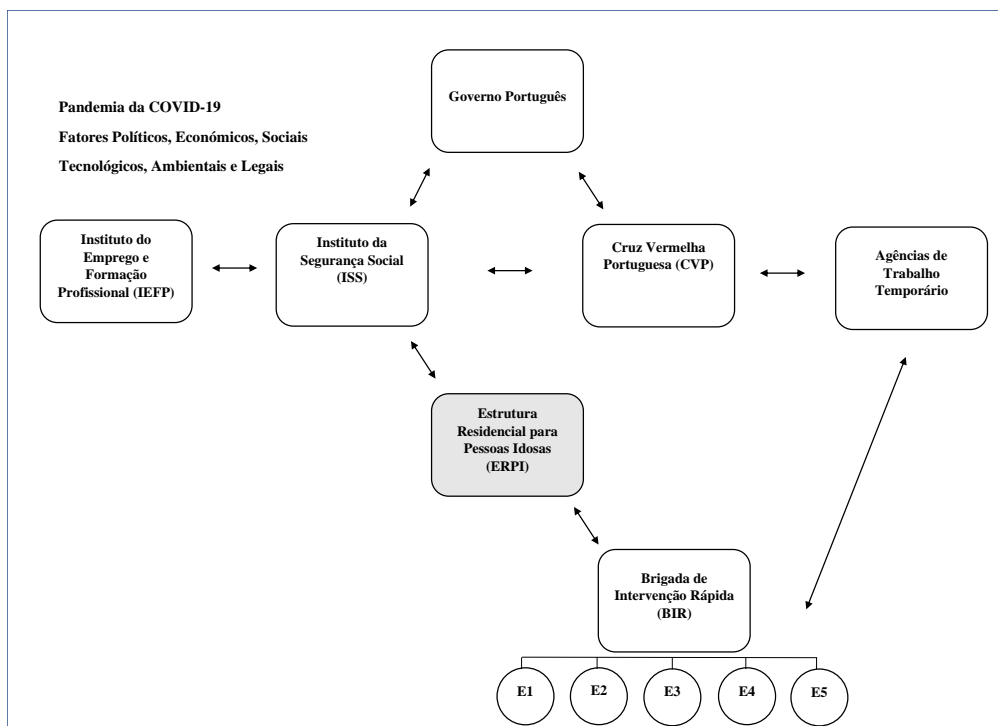


Figura 3 - Perspetiva Multinível para Investigar a Atuação das Brigadas de Intervenção Rápida em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

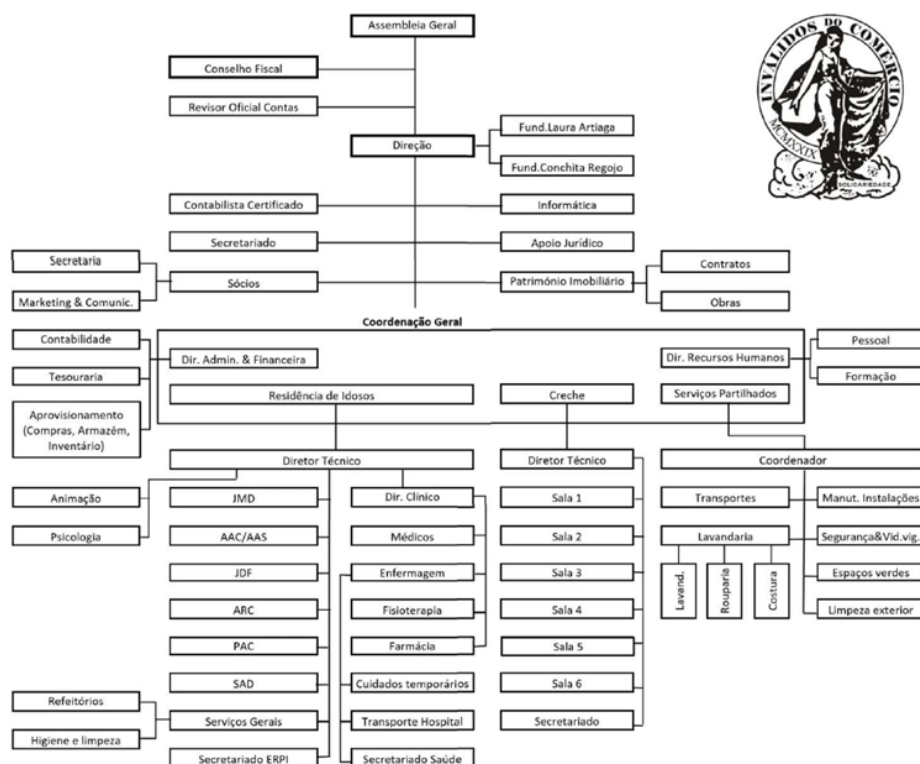


Figura 3 – Organograma da Associação Inválidos do Comércio.

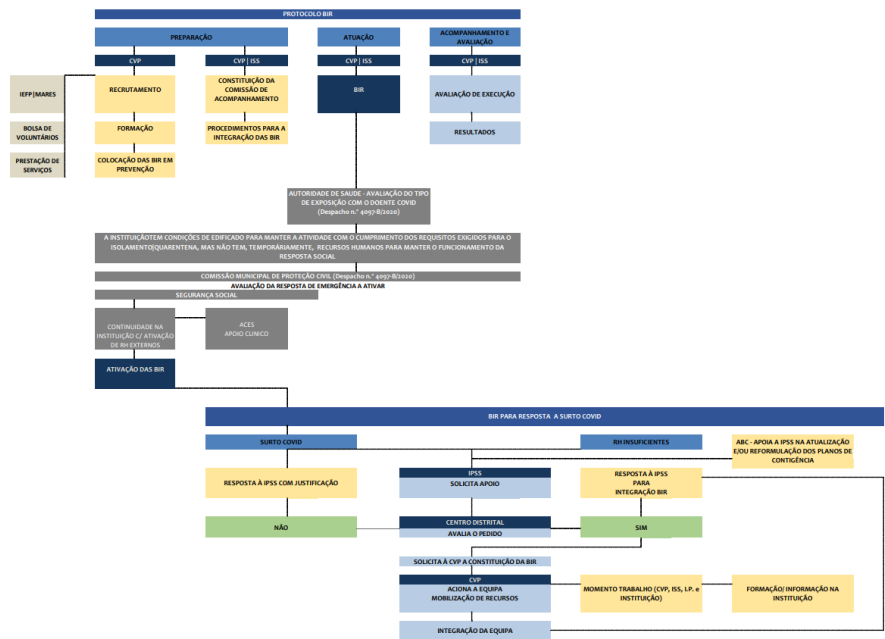


Figura 4 – Fluxograma: Protocolo de Atuação Brigadas de Intervenção Rápida

BRIGADA DE INTERVENÇÃO RÁPIDA - Relatório de ativação e Avaliação				
1. Identificação do Centro Distrital:			Nº do pedido (preencher pelo CDSS):	
2. Identificação da Estrutura Residencial (Instituição):				
Nome				
Concelho				
3. Lista Nominal dos RH				
NIF	Perfil profissional	Data de entrada	Data de saída	Avaliação da IPSS
Avaliação global da intervenção da BIR:				
RELATÓRIO DE SITUAÇÃO				
(CVP faz o ponto de situação conjuntamente com a Instituição e elabora proposta para desativação ou fundamentação para a continuação da BIR. Este é enviado ao CDSS para avaliação conjunta e decisão.)				
DESATIVAÇÃO OU PRORROGAÇÃO DA ATUAÇÃO DA BRIGADA DE INTERVENÇÃO RÁPIDA				
Validação CDSS				
a. Identificação de quem valida o pedido				
Nome				
Email				
Decisão:				
	Desativação		Data	
	Prorrogação		Até	
Justificação:				

Figura 7 - Ficha do Relatório de Ativação e Avaliação

ANEXO B – Documentos

1. Produtos Esperados

Espera obter-se uma descrição aprofundada acerca da forma como as Brigadas de Intervenção Rápida atuaram, ao nível da contenção de surtos de COVID-19 nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, resultante de uma integração das perspetivas dos entrevistados, com os dados recolhidos através da análise de documentos escritos facultados pelas entidades.

Uma vez devidamente tratada, espera-se que a informação recolhida possibilite que sejam apreendidas as estratégias de atuação e procedimentos de gestão das Brigadas de Intervenção Rápida, em resposta a situações de crise, isto é, eventos inesperados de carácter urgente.

A finalidade da investigação é, assim, a de identificar os mecanismos de organização e de gestão das BIR de forma que estes possam ser aplicados em situações futuras de gestão de crise, em situações da mesma natureza ou em contextos distintos, tais como, empresas e outras organizações, e com vista à otimização dos processos que estão na base da sua atuação.

2. Minuta de Consentimento Informado

Consentimento Informado



Investigação no Âmbito do Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Consultadoria Organizacional

Autora: Patrícia Pascoal Martins Sanchez Gonzalez, Gestora graduada, Lisboa.

O atual trabalho de investigação, intitulado “Integração de BIR na Estratégia de Resposta a Surtos de COVID-19 em ERPI”, insere-se no Mestrado em Gestão de Recursos Humanos e Consultadoria Organizacional e tem como principal objetivo aprofundar conhecimentos acerca da forma como estas equipas são constituídas, geridas, operam no terreno e, em última análise, que estratégias utilizam no sentido de conter e mitigar a propagação dos surtos nas ERPI.

O desenvolvimento deste estudo, tem em vista contribuir não só para um melhor conhecimento acerca desta nova temática e das suas especificidades, no contexto em que se insere, mas também permitir que sejam retiradas conclusões e identificados pontos de melhoria, para aplicação em situações futuras da mesma natureza ou em contextos distintos.

Para que a descrição seja tão próxima da realidade quanto possível, mostra-se necessário incluir os testemunhos de órgãos do ISS, da CVP, elementos e órgãos de gestão das BIR, e funcionários e órgãos de gestão das ERPI. É, deste modo, fundamental a colaboração de todos.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor Francisco Guilherme Serranito Nunes, será apresentado no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa no final de 2022, e será remetida a todos os que colaborem no seu desenvolvimento para que possam ter acesso aos resultados obtidos, caso assim o desejem. Adicionalmente, os participantes são encorajados a contactar a autora da dissertação, no sentido de obter quaisquer informações adicionais.

Este estudo não lhe trará qualquer despesa ou risco.

As informações serão recolhidas através de uma breve entrevista realizada pela investigadora, com uma forte vertente descritiva e cujo guião lhe terá sido previamente disponibilizado.

A entrevista será gravada, para que não haja perdas de informação e, posteriormente, transcrita na íntegra. A transcrição ser-lhe-á remetida, por forma a que possa analisá-la, sugerir alterações ou melhorias passíveis a serem introduzidas e, numa última instância, fornecer a sua aprovação.

Qualquer informação será confidencial e a sua identidade resguardada, caso assim o pretenda.

Estou consciente de que a minha participação neste estudo é voluntária e de que poderei desistir a qualquer momento ou mesmo recusar-me a participar, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Tenho conhecimento de que a entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita. Sendo que toda a informação que seja transmitida no decorrer da mesma, será utilizada para fins meramente académicos.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial, e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu o autorize por escrito.

Ao participar nesta entrevista, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto associado à minha colaboração.

Após me terem sido comunicadas as informações suprarreferidas, declaro que aceito participar de livre vontade, nesta investigação.

Nome do Entrevistado: _____

Local, Data: _____

Assinatura: _____

Nome do Entrevistador: _____

Local, Data: _____

Assinatura: _____

Declaro que presenciei e testemunhei que o participante foi devidamente informado e concordou em participar na investigação.

Nome: _____

Local, Data: _____

Assinatura: _____

Foi fornecida uma cópia do consentimento informado a entrevistado.

3. Guiões das Entrevistas

Introdução da Entrevista

Bom dia/ Boa tarde.

Antes de mais, gostaria de lhe agradecer pela sua disponibilidade para a realização desta entrevista e, como tal, pelo importante contributo que está a fornecer para a concretização do estudo que estou a desenvolver.

O meu nome é Patrícia Gonzalez e sou aluna do Mestrado de Gestão de Recursos Humanos e Consultoria Organizacional da escola de gestão, IBS, do ISCTE.

Estou a realizar a presente investigação, intitulada “Integração de Brigadas de Intervenção Rápida na Estratégia de Resposta a Surtos de COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”, no âmbito da minha dissertação de mestrado, através da qual me proponho a aprofundar conhecimentos, acerca da forma como estas equipas são constituídas, geridas, operam no terreno e, em última análise, que estratégias utilizam no sentido de conter e mitigar a propagação dos surtos nas ERPI.

A finalidade da investigação é, assim, a de identificar os mecanismos de organização e de gestão das BIR de forma que estes possam ser aplicados em situações futuras de gestão de crise, em situações da mesma natureza ou em contextos distintos, tais como, empresas e outras organizações.

Por forma a que possa realizar uma análise meticulosa do que será dito no decorrer da entrevista, e, no sentido de garantir que não haja perdas de informação, gostaria de obter o seu consentimento para gravar a entrevista. Pedia-lhe que analisasse o documento que lhe entrego e que o assine, caso esteja de acordo.

A informação gravada será integralmente transcrita e o documento ser-lhe-á remetido, para que possa fornecer a sua apreciação e introduzir alterações, caso considere pertinente fazê-lo.

Irei assegurar o seu anonimato, nunca referindo, em qualquer circunstância, o seu nome. Todos os aspetos que mencionar serão confidenciais e usados, exclusivamente, para o fim deste estudo.

3.1. Instituto da Segurança Social

1. Em que momento se aperceberam da necessidade de encontrar estratégias para conter a propagação de surtos de COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Lares Residenciais?
2. O que vos levou a concluir que esta medida seria a mais eficaz neste contexto? Que parâmetros consideraram na decisão? Que medidas alternativas consideraram implementar?
3. Quanto tempo decorreu entre o dia em que começaram a planear esta medida até ao dia 1 de Outubro, dia em que esta medida terá sido implementada?
4. Que órgãos estiveram envolvidos no desenvolvimento desta medida? Basearam-se em algum modelo empírico ou estudo de caso?
5. Quando é que se aperceberam da importância de desenvolver um protocolo com a Cruz Vermelha Portuguesa para a implementação desta medida? Por que motivos consideraram que esta seria a instituição adequada?
6. Descreva o papel do Instituto da Segurança Social, de acordo com o protocolo estabelecido? (Planeamento)
7. Existe alguma outra entidade que tenha colaborado convosco ao nível da conceção ou execução desta medida? Qual é o seu papel? (IEFP, IP)
8. Descreva uma das situações, para a qual a(s) equipa(s) das quais está encarregue de gerir, tenham sido solicitadas? Como procederam desde que foram notificados da ocorrência, até a situação estar controlada?
9. Que função ficou encarregue de desempenhar? Que tarefas envolve?
10. Adequam a vossa resposta às características específicas de cada situação, agem de acordo com procedimentos *standard* ou procuram fazer uma integração de ambos?
11. Uma vez que estas equipas se formam mediante as necessidades de cada ocorrência, quais foram os critérios utilizados na seleção dos elementos mais adequados para formar cada uma das brigadas? Foi constituída uma *pool* de potenciais candidatos a integrar nestas brigadas, por forma a facilitar o processo de seleção dos elementos?
12. Terá sido necessário haver uma formação dos elementos que integram as BIR? Quanto tempo durou essa formação? Que competências estava focalizada em desenvolver? Quais foram as metodologias utilizadas?
13. Que estratégias se encontram na base da alocação e gestão dos recursos humanos?

14. De que forma procedem ao levantamento das necessidades das equipas, em termos dos recursos que precisam de ter ao seu dispor em cada uma das ocorrências? E ao nível dos recursos humanos, especificamente?
15. De que forma procedem à gestão da(s) equipa(s)? Que estratégias utilizam?
16. Quem está encarregue de gerir estas equipas? Essa(s) pessoa(s) terá sido sujeita a formação específica?
17. Que *guidelines* transmitiram para a atuação destas equipas? De que forma transmitiram as diretrizes para a gestão das BIR? Quando forneceram as primeiras informações acerca desta temática?
18. Sente que têm à vossa disposição todos os recursos necessários à gestão e atuação das equipas?
19. De que forma se processa a comunicação entre si e os diferentes membros da equipa? Esta comunicação é bidirecional? Com que frequência ocorre?
20. Que estratégias são utilizadas para medir a eficácia destas equipas? Foram definidos KPIs para a sua atuação? De que forma procuram maximizar a sua eficácia? Foram implementados momentos de avaliação, para uma análise posterior à sua atuação? É realizado um momento de *feedback* com os profissionais, para lhes fornecer indicações de melhoria?
21. Para além do local em que atuam, o que distingue, na sua opinião, as BIR, das tradicionais equipas multidisciplinares hospitalares?
22. Quais foram os principais obstáculos com que se depararam até à data, no que respeita tanto à atuação, como à gestão das BIR? Surgiram questões com as quais não esperavam deparar-se?
23. O que teriam feito de forma distinta, caso tivessem tido mais tempo para planear e implementar esta medida?
24. Que melhorias acharia importante serem implementadas em situações futuras?
25. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para conter e estabilizar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?
26. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

3.2. Cruz Vermelha Portuguesa

1. Em que momento se aperceberam da necessidade de encontrar estratégias para conter a propagação de surtos de COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Lares Residenciais? O que vos levou a concluir que esta medida seria a mais eficaz neste contexto?
2. De que forma e em que momento foram contactados pelo Instituto da Segurança Social, a fim de proceder ao estabelecimento de um protocolo focalizado na criação de Brigadas de Intervenção Rápida?
3. Descreva o papel da Cruz Vermelha Portuguesa de acordo com o protocolo estabelecido? (Implementação/ Execução)
4. Que órgãos estiveram envolvidos na implementação desta medida?
5. Que fontes utilizaram para recrutamento dos recursos humanos necessários? Quais foram os critérios de seleção utilizados?
6. Descreva uma das situações, para a qual a(s) equipa(s) das quais está encarregue de gerir, tenham sido solicitadas? Como procederam desde que foram notificados da ocorrência, até a situação estar controlada?
7. Que função ficou encarregue de desempenhar? Que tarefas envolve?
8. Adequam a vossa resposta às características específicas de cada situação, agem de acordo com procedimentos *standard* ou procuram fazer uma integração de ambos?
9. Uma vez que estas equipas se formam mediante as necessidades de cada ocorrência, que critérios foram utilizados para alocação dos elementos mais adequados para formar cada uma das brigadas? Foi constituída uma base de dados com potenciais candidatos a integrar nestas brigadas, por forma a facilitar o processo de alocação dos elementos?
10. Terá sido necessário haver uma formação dos elementos que integram as BIR? Quanto tempo durou essa formação? Que competências estava focalizada em desenvolver? Quais foram as metodologias utilizadas?
11. Que estratégias se encontram na base da alocação e gestão dos recursos humanos?
12. De que forma procedem ao levantamento das necessidades das equipas, em termos dos recursos humanos que precisam de ter ao seu dispor em cada uma das ocorrências? De que forma apuram as necessidades das equipas em termos de conhecimentos, competências e atitudes que devem ser exibidos pelos profissionais, para cada uma das ocorrências?
13. De que forma procedem à gestão da(s) equipa(s)? Que estratégias utilizam?

14. Quem está encarregue de gerir estas equipas? Essa(s) pessoa(s) terá sido sujeita a formação específica?
15. Adequam a vossa resposta às características específicas de cada situação, agem de acordo com procedimentos *standard* ou procuram fazer uma integração de ambos?
16. De que forma procedem ao levantamento das necessidades das equipas, em termos dos recursos que precisam de ter ao seu dispor? E ao nível dos recursos humanos, especificamente?
17. De que forma procedem à gestão da(s) equipa(s)? Que estratégias utilizam? Que *guidelines* lhe terão sido transmitidas para a atuação destas equipas? De que forma lhe foram transmitidas as diretrizes para a gestão das BIR? Quando receberam as primeiras informações acerca desta temática?
18. Quem está encarregue de gerir estas equipas? Essa(s) pessoa(s) terá sido sujeita a formação específica?
19. Sente que têm à vossa disposição todos os recursos necessários à gestão e atuação destas equipas?
20. De que forma se processa a comunicação entre si e os diferentes membros da equipa? Esta comunicação é bidirecional? Com que frequência ocorre?
21. Que estratégias são utilizadas para medir a eficácia destas equipas? Foram definidos KPIs para a sua atuação? De que forma procuram maximizar a sua eficácia? Foram implementados momentos de avaliação, para uma análise posterior à sua atuação? É realizado um momento de *feedback* com os profissionais, para lhes fornecer indicações de melhoria?
22. Para além do local em que atuam, o que distingue, na sua opinião, as BIR, das tradicionais equipas multidisciplinares hospitalares?
23. Quais foram os principais obstáculos com que se depararam até à data, no que respeita tanto à atuação, como à gestão das BIR? Surgiram questões com as quais não esperavam deparar-se?
24. O que teriam feito de forma distinta, caso tivessem tido mais tempo para planear e implementar esta medida?
25. Que melhorias acharia importante serem implementadas em situações futuras?
26. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para conter e estabilizar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante

implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?

27. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

3.3. Órgão de Gestão das BIR

1. Descreva uma das situações, para a qual a(s) equipa(s) das quais está encarregue de gerir, tenham sido solicitadas? Como procederam desde que foram notificados da ocorrência, até a situação estar controlada?
2. Que função ficou encarregue de desempenhar? Que tarefas envolve?
3. Adequam a vossa resposta às características específicas de cada situação, agem de acordo com procedimentos *standard* ou procuram fazer uma integração de ambos?
4. De que forma procede ao levantamento das necessidades das equipas, em termos dos recursos que precisam de ter ao seu dispor em cada uma das ocorrências? E ao nível dos recursos humanos, especificamente?
5. De que forma procede à gestão da(s) equipa(s)? Que *guidelines* lhe terão sido transmitidas para a atuação destas equipas? Que estratégias utiliza? De que forma lhe foram transmitidas as diretrizes para a gestão das BIR? Quando receberam as primeiras informações acerca desta temática?
6. Sente que têm à vossa disposição todos os recursos necessários à gestão e atuação destas equipas?
7. De que forma apuram as necessidades das equipas em termos de conhecimentos, competências e atitudes que devem ser exibidos pelos profissionais, para cada uma das ocorrências?
8. De que forma se processa a comunicação entre si e os diferentes membros da equipa? Esta comunicação é bidirecional? Com que frequência ocorre?
9. Uma vez que estas equipas se formam mediante as necessidades de cada ocorrência, que critérios foram utilizados para alocação dos elementos mais adequados para formar cada uma das brigadas? Foi constituída uma base de dados com potenciais candidatos a integrar nestas brigadas, por forma a facilitar o processo de alocação dos elementos?

10. Terá sido necessário haver uma formação dos elementos que integram as BIR? Quanto tempo durou essa formação? Que competências estava focalizada em desenvolver? Quais foram as metodologias utilizadas?
11. Que estratégias são utilizadas para medir a eficácia destas equipas? Foram definidos KPIs para a sua atuação? De que forma procuram maximizar a sua eficácia? Foram implementados momentos de avaliação, para uma análise posterior à sua atuação? É realizado um momento de *feedback* com os profissionais, para lhes fornecer indicações de melhoria?
12. Para além do local em que atuam, o que distingue, na sua opinião, as BIR, das tradicionais equipas multidisciplinares hospitalares?
13. Quais foram os principais obstáculos com que se depararam até à data, no que respeita tanto à atuação, como à gestão das BIR? Surgiram questões com as quais não esperavam deparar-se?
14. Que melhorias acharia importante serem implementadas em situações futuras?
15. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para prevenir e mitigar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?
16. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

3.4. Elemento Integrante das BIR

1. Descreva uma das situações, para a qual a(s) equipa(s) na(s) qual(quais) tenha estado integrado(a), tenha sido solicitada? Como procederam desde que foram notificados da ocorrência, até a situação estar controlada? Adequam a vossa resposta às características específicas de cada situação, agem de acordo com procedimentos *standard* ou existe uma articulação de ambos?
2. Quais foram as tarefas de que esteve encarregue? As tarefas foram de natureza semelhante ou variaram de acordo com o contexto de cada situação?
3. Que *guidelines* lhe terão sido transmitidas para a sua atuação nestas equipas?
4. De que forma comunica aos órgãos de gestão as necessidades em termos de recursos, e, especificamente, de recursos humanos? De que forma são apuradas quais as necessidades

das equipas em termos de conhecimentos, competências e atitudes, para cada uma das ocorrências?

5. Sente que tiveram à vossa disposição todos os recursos necessários à intervenção? Se sim, indique de que recursos dispunham. Se não, indique de que recursos sentiu falta.
6. De que forma foi selecionado para integrar brigadas de intervenção rápida? Houve um processo de recrutamento e seleção? Que requisitos lhe foram pedidos (anos de experiência, área profissional, etc.)?
7. Terão sido sujeitos a algum tipo de formação para que fossem integrados nestas brigadas? Quanto tempo durou essa formação? Que competências estava focalizada a desenvolver? Acredita que a formação a que foi sujeito/a foi suficiente para o/a preparar para as situações com as quais esteve em contacto?
8. Que diretrizes lhe foram dadas para a sua atuação na resposta aos surtos de COVID-19? De que forma lhe foram transmitidas essas informações?
9. De que forma se processa a comunicação entre si e os diferentes membros da equipa, e para com os seus superiores? Esta comunicação é bidirecional?
10. Que estratégias são utilizadas para medir a eficácia das equipas? De que forma procuram maximizá-la? Foram implementados momentos de avaliação para uma análise posterior à atuação? Ter-lhe-á sido fornecido feedback, com indicações de melhoria?
11. O que distingue, na sua opinião, as BIR, das tradicionais equipas multidisciplinares? Já esteve integrado/a em alguma?
12. Quais foram os principais obstáculos com que se depararam até à data, no que respeita à vossa atuação ao nível da contenção dos surtos de COVID-19?
13. Que melhorias gostaria de ver implementadas em situações futuras?
14. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para conter e estabilizar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?
15. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

3.5. Responsável da ERPI

1. Quando a pandemia chegou a Portugal, que estratégias implementaram no sentido de prevenir a proliferação de um surto de COVID-19? Que cuidados acrescidos tiveram? Foram-vos transmitidas orientações por parte do Estado para fazê-lo?
2. Descreva-me de que forma ocorreram os acontecimentos que levaram a que fossem forçados(as) a pedir auxílio às BIR?
3. De que forma se coordenaram com as BIR, por forma a procurar garantir a eficácia na sua atuação?
4. Como avalia a atuação das BIR, em resposta à contenção e mitigação do surto? Que melhorias gostaria de ver implementadas no que concerne à atuação destas equipas e na intervenção do Estado português em situações desta índole, de um modo geral?
5. Foram realizadas reuniões de equipa, com o intuito de debater as vossas ações/capacidade de resposta ao surto de COVID-19 aqui registado, bem como as lições aprendidas? Em retrospectiva, o que poderiam ter feito de diferente forma?
6. Que medidas procuraram implementar no sentido de prevenir futuros episódios desta natureza? Que indicações deu aos(às) funcionários(as) da ERPI?
7. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para conter e estabilizar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?
8. Após esta ocorrência, sentem-se melhor preparados para uma situação futura da mesma natureza?
9. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

3.6. Funcionário da ERPI

1. Quando a pandemia chegou a Portugal, que estratégias implementaram no sentido de prevenir a proliferação de um surto? Que cuidados acrescidos tiveram? Foram-vos transmitidas orientações por parte do Estado para fazê-lo?
2. Descreva-me de que forma ocorreram os acontecimentos que levaram a que fossem forçados(as) a pedir auxílio às BIR?
3. De que forma se coordenaram com as BIR, por forma a procurar garantir a eficácia na sua atuação?
4. Como avalia a atuação das BIR, em resposta à contenção e mitigação do surto? Que melhorias gostaria de ver implementadas no que concerne à atuação destas equipas e na intervenção do Estado português em situações desta índole, de um modo geral?
5. Foram realizadas reuniões de equipa, com o intuito de debater as vossas ações/capacidade de resposta ao surto de COVID-19 aqui registado, bem como as lições aprendidas? Em retrospectiva, o que poderiam ter feito de diferente forma?
6. Que medidas procuraram implementar no sentido de prevenir futuros episódios desta natureza? Que indicações lhe terão sido dadas, por parte do(s) seu(s) superior(es)?
7. A implementação de BIR, foi uma medida crucial para conter e estabilizar a propagação dos surtos de COVID-19 nas ERPI. No entanto, acredita que teria sido importante implementar medidas para prevenir que tais surtos acontecessem, em primeiro lugar? Na sua opinião, que medidas poderiam ter sido tomadas?
8. Após esta ocorrência, sentem-se melhor preparados para uma situação futura da mesma natureza?
9. Na sua opinião, quais foram as principais lições aprendidas?

4. Proposta de E-mail Informativo de Apelo à Participação

Caros/as Senhores/as,

Vimos por este meio apelar à vossa participação na dissertação de mestrado intitulada “Integração de Brigadas de Intervenção Rápida na Estratégia de Resposta a Surtos de COVID-19 em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas”, que está a ser desenvolvida pela Patrícia Gonzalez, estudante do mestrado de Gestão de Recursos Humanos e Consultadoria Organizacional, lecionado pela Business School da faculdade ISCTE.

O estudo tem como principal objetivo aprofundar conhecimentos acerca das Brigadas de Intervenção Rápida (BIR), nomeadamente sobre a forma como estas são constituídas, geridas, operam no terreno, e que estratégias utilizam no sentido de conter e estabilizar surtos de COVID-19 registados nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e Lares Residenciais, quando estas estruturas ficam sem pessoal técnico devido a surtos graves da doença.

O desenvolvimento desta investigação tem em vista contribuir não só para um melhor conhecimento acerca desta nova temática e das suas especificidades, no contexto em que se insere, mas também permitir que sejam formuladas conclusões e identificados pontos de melhoria, para aplicação em situações futuras da mesma natureza ou em contextos distintos.

A recolha da informação necessária prevê a utilização de dois instrumentos: entrevistas semiestruturadas e registos internos.

Pretende-se que as entrevistas sejam realizadas a órgãos da gestão e funcionários/as da vossa organização que tenham estado em contacto direto com a ocorrência, para que a descrição seja tão próxima da realidade quanto possível, e que estas sejam, preferencialmente, presenciais.

Os participantes são encorajados a facultar registos internos, no caso de considerarem que possuem informações pertinentes, complementares ou ilustrativas dos dados obtidos em contexto de entrevista.

A investigação não poderá ser desenvolvida sem a vossa participação. O vosso testemunho é crucial para que a investigação seja conduzida com rigor e para que seja feita uma descrição da atuação das BIR, por referência ao contexto organizacional no qual esta atuação tem lugar.

Caso tenham interesse em colaborar, ser-vos-ão fornecidas as informações necessárias à vossa participação. Se sentirem necessidade de obter quaisquer informações adicionais, não hesitem em contactar a investigadora, através do endereço de e-mail [patricia96gonzalez@hotmail.com/](mailto:patricia96gonzalez@hotmail.com) que se encontra copiado, ou por meio do contacto telefónico 917644415.

Agradecemos antecipadamente a vossa atenção ao assunto.

5. Programa MARESS



NOTA À COMUNICAÇÃO SOCIAL

Programa MARESS prorrogado até final de 2021

O Governo decidiu prorrogar a Medida de Apoio ao Reforço de Emergência em Equipamentos Sociais e de Saúde (MARESS) até ao final do ano. Através desta medida, foi já aprovada, até ao início de março, a colocação de 17.500 pessoas em 1.855 entidades, na sua esmagadora maioria (63%) em projetos que se enquadram no apoio a idosos.

Esta medida foi criada em abril de 2020, no âmbito da pandemia por Covid-19, e permite a instituições como lares de idosos a integração de pessoas para desenvolvimento de trabalho socialmente útil. Até ao momento, foram pagos 23 milhões de euros ao abrigo da MARESS.

Com a prorrogação desta medida até 31 de dezembro, prevista na [Resolução do Conselho de Ministros n.º 33-A/2021](#), continuará a ser atribuída uma bolsa mensal de 438,81 euros para desempregados que recebem prestações de desemprego, ou de 658,22 euros para os restantes, existindo uma majoração de 30% para profissionais mais qualificados.

As entidades que contratem sem termo os participantes colocados ao abrigo desta medida têm direito a um prémio-emprego. O apoio a conceder equivale a duas retribuições-base, até ao limite de 2.194 euros.

Estão abrangidas pela MARESS pessoas desempregadas (independentemente de estarem ou não inscritos no IEFP), trabalhadores com contrato suspenso ou horário de trabalho reduzido, trabalhadores independentes e também trabalhadores com contratos de trabalho a tempo parcial, desde que não tenham mais de 60 anos. São ainda abrangidos estudantes ou formandos, desde que com pelo menos 18 anos.

Foi também prorrogado, até 30 de junho, o programa de testagem preventivo dos funcionários de lares de idosos. Ao abrigo deste programa, foram já feitos 276 mil testes desde março de 2020. Na segunda fase, atualmente em curso e iniciada em outubro de 2020, os 159 mil testes realizados permitiram evitar 851 potenciais surtos.

6. Portaria n.º 67, 2012

1324

Diário da República, 1.ª série—N.º 58—21 de março de 2012

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 67/2012

de 21 de março

O Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, definiu as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Contudo, o facto de o âmbito de aplicação deste normativo suscitar algumas questões, leva a que algumas entidades promotoras desta resposta social continuem a aplicar o Guião Técnico para o Lar de Idosos, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social em 1996.

Acresce que o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, ao pretender facilitar a apreciação de projetos de construção e de pedidos de licenciamento de estruturas residenciais que, embora com os mesmos objetivos dos lares para idosos, diferem destes no modelo de estrutura física, gestão, funcionamento e capacidade, não se mostrou capaz do propósito que lhe estava subjacente, forçando a adoção de soluções que não servem, por sistema, como resposta aos pedidos das entidades promotoras.

Neste contexto, é manifesto o desajustamento entre o enquadramento normativo em vigor e a crescente preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades instaladas em condições de qualidade e segurança.

Atendendo a que o XIX Governo Constitucional assumiu o objetivo de lançar um amplo modelo de inovação social, o Programa de Emergência Social (PES) veio consignar a necessidade de apostar na proximidade e na maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada.

Ao reconhecer o valor incomensurável da dignidade da pessoa humana, ao impor uma preocupação com o auxílio aos mais vulneráveis, com uma atenção especial sobre os mais idosos, o PES prevê a alteração e a simplificação da legislação e dos guiões técnicos que enquadram as respostas sociais, designadamente as dirigidas a pessoas idosas, adaptando-a à realidade nacional e a um cenário de contenção orçamental.

Ao ter em atenção as entidades da economia social que atuam numa lógica de proximidade, o PES vem permitir maximizar as potencialidades de intervenção dessas entidades, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas, sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas.

Neste contexto, o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevenindo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos.

Por outro lado, ao estabelecer as condições de funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas vem garantir uma prática harmonizada ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas.

Foram ouvidas as entidades representativas das instituições, bem como a Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI).

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, ao abrigo do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.

2 — Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 — As disposições constantes no presente diploma aplicam-se a estruturas residenciais:

a) A implementar em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito;

b) Com processos, em curso, de licenciamento da construção ou da atividade ou de acordo de cooperação a celebrar com o ISS, I. P., à data da entrada em vigor da presente portaria;

c) Com licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento ou, quando aplicável, acordo de cooperação celebrado com o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.).

2 — Às estruturas residenciais referidas na alínea c) do número anterior, cujo licenciamento ou acordo de cooperação não tenha sido realizado ao abrigo do anexo I do Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, não lhes é aplicável o disposto nos artigos 15.º a 18.º, salvo quando realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade superior a 30 %.

3 — Às estruturas residenciais referidas no número anterior que realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade até 30 %, é-lhes aplicável o disposto no anexo II à presente portaria que dela faz parte integrante.

Artigo 3.º

Objetivos

Constituem objetivos da estrutura residencial, designadamente, os seguintes;

a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;

b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;

c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;

d) Potenciar a integração social.

Artigo 4.º**Princípios de atuação**

A estrutura residencial rege-se pelos seguintes princípios de atuação:

- 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.

Artigo 5.º**Destinatários**

1 — A estrutura residencial destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência.

2 — A estrutura residencial pode, também, destinar-se a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas.

3 — A estrutura residencial destina-se, ainda, a proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador.

Artigo 6.º**Capacidade**

1 — A capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes.

2 — A estrutura residencial organiza-se por unidades funcionais, entendendo-se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços previstos no artigo 8.º

3 — A capacidade máxima de cada unidade funcional é de 60 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.

Artigo 7.º**Modalidades de alojamento**

A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento:

- a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;
- b) Quartos;
- c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Artigo 8.º**Serviços**

1 — A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;

- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Higiene dos espaços;
- e) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- h) Administração de fármacos, quando prescritos.

2 — A estrutura residencial deve permitir:

a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

b) A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 — A estrutura residencial pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

4 — A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.

Artigo 9.º**Processo individual**

1 — É obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências, do qual constam, designadamente:

- a) Identificação do residente;
- b) Data de admissão;
- c) Identificação do médico assistente;
- d) Identificação e contacto do representante legal ou dos familiares;
- e) Identificação da situação social;
- f) Exemplar do contrato de prestação de serviços;
- g) Processo de saúde, que possa ser consultado de forma autónoma;
- h) Plano individual de cuidados (PIC), o qual deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC;
- i) Registo de períodos de ausência, bem como de ocorrências de situações anómalas;
- j) Cessaçã do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo.

2 — O processo individual deve estar atualizado e é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

Artigo 10.º**Contrato de prestação de serviços**

1 — Devem ser celebrados por escrito contratos de alojamento e prestação de serviços com os residentes e

ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal, donde constem os direitos e obrigações das partes.

2 — Do contrato é entregue um exemplar ao residente e ou familiares e arquivado outro no respetivo processo individual.

3 — Qualquer alteração ao contrato é efetuada por mútuo consentimento e assinada pelas partes.

Artigo 11.º

Direção técnica

1 — A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções.

2 — Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.

3 — As funções do diretor técnico podem ser exercidas a 50 %, quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 30 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 15 residentes, o diretor técnico poderá ter um horário semanal variável, mas deve assegurar, no mínimo, uma permanência diária de três horas no estabelecimento.

Artigo 12.º

Pessoal

1 — A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia.

2 — A estrutura residencial, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:

- a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;
- d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;
- f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;
- h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

3 — Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal

de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:

- a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;
- b) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes;
- c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

4 — Os indicadores referidos nos números anteriores podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de residentes de cada estrutura residencial.

5 — Nos casos em que os serviços de higiene do ambiente, de tratamento de roupa e de confeção de refeições sejam objeto de contratualização externa pode dispensar-se o pessoal de cozinha e de limpeza.

6 — A estrutura residencial pode contar com a colaboração de voluntários, devidamente enquadrados, não podendo estes ser considerados para efeitos do disposto nos números anteriores.

Artigo 13.º

Acesso à informação

A estrutura residencial deve proceder à afixação, em local visível e de fácil acesso, designadamente, dos seguintes elementos:

- a) Licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento, quando aplicável;
- b) Identificação da direção técnica;
- c) Horários de funcionamento das atividades e serviços;
- d) Mapa semanal das ementas, incluindo dietas;
- e) Preçário e ou tabela da comparticipação familiar;
- f) Publicitação dos apoios financeiros da segurança social, quando aplicável;
- g) Referência à existência de livro de reclamações.

Artigo 14.º

Regulamento interno

1 — A estrutura residencial possui obrigatoriamente regulamento interno, o qual define as regras e os princípios específicos de funcionamento e contém, designadamente:

- a) Condições, critérios e procedimentos de admissão;
- b) Direitos e deveres da estrutura residencial e do residente ou representante legal ou familiares;
- c) Horário das visitas;
- d) Critérios de determinação das comparticipações familiares, quando aplicável.

2 — Um exemplar do regulamento interno é entregue ao residente, familiar ou representante legal no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

3 — Qualquer alteração ao regulamento interno deve ser comunicada ao ISS, I. P.

Artigo 15.º

Condições de implantação

1 — A estrutura residencial deve estar inserida na comunidade, preferencialmente em local servido por transportes públicos e ter acesso fácil a pessoas e viaturas.

1 — Na implantação da estrutura residencial deve ter-se em conta:

- a) A proximidade a outros estabelecimentos de apoio social, de saúde e de âmbito recreativo e cultural;
- b) A coesão do edifício na malha e envolvente urbana, por forma a favorecer a integração, a comunicabilidade e as relações de proximidade e vizinhança;
- c) A proximidade a parques urbanos, jardins públicos e outros espaços naturais suscetíveis de proporcionar passeio e convivência social.

2 — O edifício deve ser implantado em zona de boa salubridade e longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos e outros poluentes, considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou possam interferir no normal quotidiano dos residentes.

Artigo 16.º

Edifício

1 — A estrutura residencial deve funcionar, preferencialmente, em edifício autónomo ou num conjunto edificado autónomo.

2 — A conceção do edifício ou do conjunto de edifícios deve obedecer a parâmetros espaciais, designadamente de âmbito físico e cognitivo, conducentes ao bem-estar dos residentes, à facilidade no desenvolvimento das tarefas dos prestadores de serviços e, ainda:

- a) Permitir a maleabilidade com vista a adaptações espaciais ou a melhorias tecnológicas, pela introdução de materiais e equipamentos adequados às respetivas necessidades;
- b) Introduzir sistemas construtivos que permitam a fácil manutenção do edifício;
- c) Valorizar a eficácia na gestão energética e ambiental, promovendo a sustentabilidade do sistema construído e a do meio ambiente;

Artigo 17.º

Acessos ao edifício

1 — O edifício deve ter acessos facilitados através da via pública, quer viários quer pedonais, devidamente identificados e legíveis.

2 — O edifício deve prever lugares de estacionamento de viaturas, em número adequado à capacidade da estrutura residencial, de acordo com os regulamentos camarários em vigor.

3 — Na omissão de regulamentos camarários é obrigatório prever-se no mínimo um lugar que sirva ambulâncias, cargas e descargas.

4 — No edifício onde está instalada a estrutura residencial é obrigatório prever-se:

- a) Acesso principal para os residentes, colaboradores e visitantes;
- b) Acesso de serviço destinado às áreas de serviços e ao acesso de viaturas para cargas e descargas e recolha de lixo.

Artigo 18.º

Áreas funcionais

1 — A estrutura residencial é composta pelas seguintes áreas funcionais:

- a) Receção;
- b) Direção, serviços técnicos e administrativos;

- c) Instalações para o pessoal;
- d) Convívio e atividades;
- e) Refeições;
- f) Alojamento;
- g) Cozinha e lavandaria;
- h) Serviços de enfermagem;
- i) Serviços de apoio.

2 — Quando exista mais do que uma unidade funcional, cada unidade é autónoma no que se refere às áreas funcionais referidas nas alíneas d) e f) do número anterior.

3 — As áreas funcionais devem obedecer a um conjunto de requisitos específicos que constam do anexo I à presente portaria, que dela faz parte integrante.

4 — Em casos devidamente justificados e autorizados podem as áreas funcionais constantes do anexo I ter alterações face às áreas úteis mínimas nele previstas.

Artigo 19.º

Avaliação e fiscalização

1 — O funcionamento da estrutura residencial está sujeito a acompanhamento, avaliação e fiscalização por parte dos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS).

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a entidade responsável pela estrutura residencial deve facultar o acesso às instalações e à documentação tida por conveniente.

Artigo 20.º

Casos especiais

Para as estruturas residenciais referidas na alínea c) do artigo 2.º que realizem obras indispensáveis ao reforço da segurança e ao melhoramento das condições de vida dos residentes e à qualidade da prestação dos serviços é dispensado o parecer do ISS, referido no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, salvo quando tais obras impliquem um aumento da capacidade.

Artigo 21.º

Revogação

São revogados o Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, e o Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro.

Artigo 22.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, *Luís Pedro Russo da Mota Soares*, em 12 de março de 2012.

ANEXO I

Áreas funcionais

Ficha 1 — Área de receção

- 1.1 — Destina-se à receção, ao atendimento e espera.
- 1.2 — A iluminação deve ser adequada para espaço de transição com o exterior, protegida das intempéries e

permitir o fácil encaminhamento para os acessos verticais e horizontais do edifício.

1.1 — A área a considerar depende diretamente da dimensão da estrutura residencial: área útil mínima: 9 m².

1.2 — Na proximidade desta área devem prever-se instalações sanitárias, separadas por sexo, e acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

Ficha 2 — Área de direção, serviços técnicos e administrativos

2.1 — Destina-se a local de trabalho da direção do estabelecimento e do pessoal técnico e administrativo, arquivo administrativo e expedientes vários.

2.2 — Deve localizar-se na proximidade da receção e incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Gabinete da direção: 10 m²;
- b) Gabinete(s) técnico(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- c) Gabinete(s) administrativo(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- d) Sala de reuniões, quando a capacidade for igual ou superior a 40 residentes: 10 m²;
- e) Instalação sanitária, que pode ser dispensada se houver outra na proximidade: 3 m².

2.3 — O gabinete administrativo poder ser dispensado desde que fiquem asseguradas as funções administrativas.

Ficha 3 — Área de instalações para o pessoal

3.1 — Destina-se ao pessoal, e será localizada onde melhor se considerar, desde que se assegure o fácil acesso aos funcionários e não implique atravessamentos de circulações com outras áreas funcionais distintas.

3.2 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Sala de pessoal: 10 m²;
- b) Instalação sanitária, com equipamento sanitário completo, incluindo base de duche, sempre que não existam as instalações sanitárias previstas no número seguinte: 3,5 m².

3.3 — Devem ser incluídas instalações para o pessoal em funções na cozinha e lavandaria sempre que a estrutura residencial tenha uma capacidade superior a 15 residentes, com os seguintes espaços e com a área útil mínima de:

- a) Vestiário, zona de descanso: 6 m²;
- b) Instalação sanitária: 3,5 m².

Ficha 4 — Área de convívio e atividades

4.1 — Destina-se a convívio, lazer e atividades a desenvolver pelos residentes e deve localizar-se na proximidade da receção ou ter uma articulação fácil com esta.

4.2 — Para atividades específicas, deve esta área estar apta ao uso de utensílios de trabalho, conforme o caso, bem como ter as condições ambientais e de iluminação e de conforto necessárias.

4.3 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Salas de estar/atividades: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 15 m²;
- b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será em número adequado, consi-

derando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

4.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de convívio e atividades e as instalações sanitárias previstas para a área de refeições.

4.5 — Em edifícios a adaptar, a sala de convívio e atividades pode ser comum à sala de refeições: área útil mínima: 30 m².

Ficha 5 — Área de refeições

5.1 — Destina-se à tomada de refeições.

5.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas:

a) Sala de refeições: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 20 m². Podem ser projetadas zonas de refeição, sendo a área total necessária deste compartimento subdividida em pequenos espaços por qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel;

b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será de lavatório e sanita em número adequado, considerando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

5.3 — A sala de refeições não pode ser local de passagem para outras áreas funcionais e deve ter boas condições acústicas e ligação visual com o exterior.

5.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de refeições e as instalações sanitárias previstas para a área de convívio e atividades.

5.5 — Em edifícios a adaptar a sala de refeições pode ser comum à sala de convívio e atividades: área útil mínima: 30 m².

Ficha 6 — Área de alojamento

6.1 — Destina-se a descanso dos residentes e deve localizar-se em zona de acesso restrito.

6.2 — Na modalidade de alojamento em tipologia habitacional:

6.2.1 — Os apartamentos e ou moradias devem apresentar os seguintes espaços, com as áreas úteis mínimas:

- a) Quartos individuais ou duplos: 10 m² e 16 m², respetivamente;
- b) Sala/zona de estar com copa/kitchenet: 10 m²;
- c) Instalação sanitária, com duche embutido ou nivelado com o pavimento: 4,5 m²;
- d) Zona de arrumos.

6.2.2 — A capacidade de cada apartamento/moradia é no máximo de quatro residentes, sendo a capacidade máxima por quarto de dois residentes.

6.3 — Na modalidade de alojamento em quartos, estes devem estar agrupados de acordo com a estrutura do edifício, por forma a permitir um ambiente mais humanizado.

6.1.1 — Os espaços a considerar com as áreas úteis mínimas, são:

- a) Quarto individual: 10 m². Pode ser utilizado como quarto de casal, devendo para esse efeito ter uma área útil mínima de 12 m²;
- b) Quarto duplo: 16 m²;
- c) Quarto triplo: 20,5 m²;
- d) Instalações sanitárias próprias, podendo servir, no máximo, quatro residentes, sendo de acesso privado ou localizando-se na proximidade dos quartos: 4,5 m²;
- e) Sala de estar com copa, por cada agrupamento de quartos: 12 m².

6.1.2 — Deve existir um compartimento de sujos por cada piso da área de alojamento.

6.1.3 — Os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos, 20 % devem corresponder a quartos individuais e, no máximo, 20 % a quartos triplos.

6.1.4 — Deve prever-se entre camas um sistema amovível que garanta a privacidade dos residentes. As camas devem ser, preferencialmente, articuladas, tendo em conta situações de residentes com elevado grau de dependência.

6.2 — Deve existir banho geriátrico com a área útil mínima de 10 m² quando a capacidade da estrutura residencial for superior a 20 residentes.

6.3 — A sala de estar com copa pode ser dispensada em unidades funcionais com capacidade não superior a 20 residentes.

6.4 — Na modalidade de alojamento em tipologias habitacionais em simultâneo com alojamento em quartos, os espaços a considerar são os referidos nos números anteriores, consoante o caso.

Ficha 7 — Área de cozinha e lavandaria

7.1 — Destina-se à preparação de refeições e ao tratamento de roupa.

7.2 — A cozinha deve ser dimensionada ao número de refeições a confeccionar ou servir e ser objeto de projeto específico para a instalação dos equipamentos de trabalho fixos e móveis, bem como dos aparelhos e máquinas necessários, sempre que a capacidade seja superior a 15 residentes.

7.2.1 — Os espaços a considerar são:

a) Um espaço principal, organizado em três zonas: zona de higienização dos manipuladores de alimentos; zona de preparação de alimentos e zona de confeção de alimentos;

b) Espaço complementar, integrado no espaço principal ou com comunicação direta com este, organizado em duas outras zonas: zona de lavagem de loiça e de utensílios de cozinha (também designada por copa suja) e zona de distribuição das refeições (também designada por copa limpa);

c) Espaços anexos, compostos por despensa, compartimento de frio e compartimento do lixo.

7.2.2 — A área mínima útil da cozinha é de 10 m².

7.2.3 — Caso a estrutura residencial recorra à confeção de alimentos no exterior, a cozinha pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, à receção

e armazenamento das refeições e ao seu aquecimento e respetiva distribuição.

7.3 — A lavandaria deve localizar-se junto ao acesso de serviços e deve ser dimensionada ao número de residentes.

7.3.1 — Os espaços a considerar devem ter em conta:

- a) Depósito para receção da roupa suja;
- b) Máquinas de lavar e secar roupa;
- c) Depósito, armários e prateleiras para guardar a roupa lavada;
- d) Mesa de costura e bancada para passar a roupa a ferro.

7.3.2 — A área mínima útil da lavandaria é de 12 m².

7.3.3 — Caso a estrutura residencial recorra ao tratamento da roupa no exterior, a lavandaria pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, ao envio e à receção da roupa e respetivo depósito e separação.

Ficha 8 — Área de serviços de enfermagem

8.1 — Destina-se à prestação de cuidados de enfermagem aos residentes, sendo, sempre que necessário, ocupada por médico assistente para atendimento dos residentes.

8.2 — Esta área deve incluir:

- a) Gabinete de enfermagem, com lavatório e marquesa, com a área útil mínima de 12 m²;
- b) Instalação sanitária anexa ao gabinete de enfermagem: 3,5 m², caso não exista outra na proximidade.

Ficha 9 — Área de serviços de apoio

9.1 — Destina-se à arrumação e armazenagem de equipamento, mobiliário, materiais e produtos necessários ao funcionamento da estrutura residencial.

9.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços:

- a) Arrecadações gerais;
- b) Arrecadações de géneros alimentícios;
- c) Arrecadações de equipamentos e produtos de higiene do ambiente.

ANEXO II

Estruturas residenciais a que se refere o n.º 2 do artigo 2.º

1 — A área dos quartos individuais não pode ser inferior a 9 m².

2 — Nos quartos duplos e triplos, a área mínima admitida por cama é de 6 m², exceto no caso de camas articuladas, em que deve ser de 7 m², recomendando-se, em qualquer dos casos, que a distância entre as camas não seja inferior a 0,9 m.

3 — Nas salas de convívio e atividades, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

4 — Na sala de refeições, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

5 — No caso de existir apenas uma sala (atividades/refeições), a área mínima admitida é de 2,20 m²/residente, não podendo a sala ter uma área inferior a 16 m².

6 — Nas instalações sanitárias deve considerar-se uma sanita e um lavatório por cada 10 residentes, devendo pelo menos uma delas ser acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

7 — O gabinete de enfermagem, com lavatório, deve ter uma área mínima de 10 m².

7. Orientações DGS

ORIENTAÇÃO



Digitally signed by Maria da Graça Gregório de Freitas
DN: c=PT, o=Direção-Geral da Saúde, cn=Maria da Graça Gregório de Freitas
Date: 2020.03.27 23:21:39 Z

NÚMERO: 009/2020 Maria da Graça
DATA: 11/03/2020 Gregório de
ATUALIZAÇÃO: 27/03/2020 Freitas

ASSUNTO: Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19)
Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus; Estruturas Residenciais para Idosos; ERPI; Pessoas idosas; COVID-19; Lares; Unidades de Cuidados Continuados Integrados; UCCI; Rede Nacional de Cuidados Continuados; RNCCI

PARA: Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite,
Estruturas Residenciais para Idosos (várias tipologias), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (várias tipologias)

CONTACTOS: geral@dgs.min-saude.pt

1. Introdução

No âmbito da infeção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), que pode evoluir para a doença COVID-19, estão a ser desenvolvidas medidas de Saúde Pública de acordo com a fase de resposta à propagação do vírus.

O sucesso das medidas preventivas depende essencialmente da colaboração dos cidadãos e das instituições. É importante incentivar e salvaguardar o papel específico das instituições, nomeadamente aquelas que lidam com populações de risco como pessoas idosas ou com doenças crónicas.

Até ao momento, tem-se verificado que a COVID-19 tem um maior impacto em pessoas com mais de 65 anos, com doenças cardiovasculares (como a hipertensão e insuficiência cardíaca), patologia respiratória crónica ou diabetes¹. Verifica-se ainda que a mortalidade aumenta com o aumento da idade.

Assim, os utentes das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) ou das Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), independentemente da tipologia, encontram-se numa situação de particular vulnerabilidade, especialmente devido a:

- Idade avançada;
- Maior incidência de comorbilidades;

¹ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/high-risk-complications.html>

- Despenderem muito tempo confinados nos mesmos espaços;
- Dependência para a realização das Atividades de vida diárias;
- Eventual necessidade de prestação de cuidados de saúde.

O objetivo deste documento é ajudar a evitar, diminuir ou limitar o impacto da COVID-19 nas ERPI, UCCI da RNCCI e outras respostas dedicadas a pessoas idosas ou com doenças crónicas (doravante designadas apenas instituições).

Esta orientação poderá ser atualizada consoante a evolução do surto e/ou disponibilização de nova evidência científica.

1.1. O que deve ser assegurado pelas instituições

Os responsáveis pelas instituições devem assegurar a resposta às seguintes questões:

1. Os prestadores de cuidados e o outro pessoal de apoio, estão devidamente informados sobre o que é a COVID-19 e as suas principais formas de transmissão?
2. Estão familiarizados com as medidas de proteção e com as medidas preventivas de disseminação da infeção? E sabem como implementar essas medidas?
3. Conhecem o plano de contingência da unidade e sabem como implementar as medidas e procedimentos próprios perante a COVID-19, previstas na Orientação 006/2020, de 26 de fevereiro, da Direção-Geral da Saúde?
4. Existe aconselhamento técnico para o pessoal e prestadores de cuidados de saúde?

No anexo II, encontra-se uma lista de procedimentos de apoio à gestão organizacional que pode ser utilizada como guia de apoio.

2. Características da doença

Considera-se um caso suspeito para a doença toda a pessoa que desenvolva quadro agudo de tosse persistente ou agravamento de tosse crónica, ou febre (temperatura $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$), ou dispneia / dificuldade respiratória.

Podem existir quadros que cursam com dor de garganta e sintomas respiratórios muito ligeiros. À luz do conhecimento atual, este vírus pode transmitir-se através de:

- **Via de contacto direta:** Disseminação de gotículas respiratórias, produzidas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala, que podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas;
- **Via de contacto indireta:** Através de gotículas expelidas para superfícies, contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado e, em seguida, com a sua própria boca, nariz ou olhos.

A doença tem um tempo de incubação (desde exposição ao vírus até causar sintomas) entre dois a 14 dias (mediana de 5 dias). Como consequência, 14 dias após o contacto com um caso, podemos excluir, com elevada probabilidade, a possibilidade de desenvolvimento de doença.

3. Como reduzir o risco de transmissão do SARS-COV-2

3.1. Medidas gerais

A instituição deve assegurar-se que todas as pessoas que vivem, trabalham e a frequentam, tais como visitas, estão sensibilizadas para o cumprimento das regras de etiqueta respiratória (folheto anexo), da lavagem correta das mãos (folheto anexo), assim como as outras medidas de higienização e controlo ambiental abaixo descritas.

As instituições devem ainda certificar-se que estão delineados os circuitos adequados, e que estão preparados para acatar a restrição ou limitação de visitas a pessoas externas à instituição, caso Autoridade de Saúde local, regional ou nacional o determine.

3.1.1. Regras de etiqueta respiratória

As medidas de etiqueta respiratória a adotar constantemente incluem:

- Evitar tossir ou espirrar para as mãos;
- Tossir ou espirrar para o braço ou manga com cotovelo fletido ou cobrir com um lenço de papel descartável;
- Usar lenços de papel descartáveis para assoar, depositar de imediato no contentor de resíduos e lavar as mãos;
- Se usar as mãos inadvertidamente para cobrir a boca ou o nariz, lavá-las ou desinfetá-las de imediato;
- Não cuspir nem expetorar para o chão. Se houver necessidade de remover secreções existentes na boca, deve ser utilizado um lenço descartável, diretamente da boca para o lenço, e colocar imediatamente no lixo após ser usado;
- Não está indicado o uso de máscaras por pessoas saudáveis.

3.1.2. Lavagem correta das mãos

As mãos devem ser lavadas frequentemente com água e sabão, em especial nas seguintes circunstâncias e como demonstrado no folheto anexo:

- Antes de entrar e antes de sair da instituição;
- Antes e depois de contactar com os residentes;
- Depois de espirrar, tossir ou assoar-se;
- Depois de utilizar as instalações sanitárias;
- Depois de contactar com urina, fezes, sangue, vómito ou com objetos potencialmente contaminados;
- Antes e após consumir refeições;

- Antes e após preparar, manipular ou servir alimentos e alimentar os residentes;
- Depois de fazer as camas e de tratar da roupa;
- Depois de retirar as luvas;
- Sempre que as mãos parecerem sujas ou contaminadas.

As instruções para a higiene das mãos devem estar afixadas e acessíveis aos profissionais, residentes e visitas. Quando não for possível lavar as mãos, em alternativa, pode ser usada uma solução de base alcoólica.

Deve ser evitado tocar com as mãos na cara (olhos, nariz ou boca) especialmente se estas estiverem sujas ou possivelmente contaminadas. As mãos devem ser lavadas antes de tocar nestas áreas.

3.1.3. Distanciamento entre pessoas

O distanciamento social deve ser implementado para todos os doentes com sintomas respiratórios. Devem estar afastados de outras pessoas pelo menos um metro de distância, sendo esta distância de pelo menos dois metros em ambientes fechados.

3.1.4. Concentração de pessoas e ventilação dos espaços

Deve ser evitada a concentração de residentes em espaços não arejados, sempre que possível. O ar das salas deve ser renovado frequentemente, assegurando pelo menos 6 renovações de ar por hora.

3.1.5. Trabalhadores, visitantes e residentes/utentes sintomáticos

Sempre que possível, devem ser evitadas visitas desnecessárias a pessoas que estejam doentes, especificamente com sintomatologia respiratória. São desaconselhados cumprimentos realizados com beijos ou abraços, ou qualquer contacto direto e de proximidade.

No caso de trabalhadores das instituições que apresentem sintomas sugestivos de infeção respiratória (espirros, tosse com expectoração, pingos no nariz, etc...), deve a instituição ter definido no seu plano de contingência como proceder à substituição dos trabalhadores nesta circunstância, por forma a continuar a satisfazer as necessidades identificadas dos utilizadores, sem interrupção. Devendo estes trabalhadores abster-se sistematicamente de ir trabalhar, mantendo-se em recolhimento até que os sintomas cedam completamente.

Os visitantes das instituições que estejam doentes, devem abster-se de se deslocar às instituições, mantendo-se afastado destas até que os sintomas cedam completamente.

Neste contexto, sugere-se às instituições recomendar aos visitantes que os contactos presenciais sejam reduzidos ao estritamente necessário, podendo ser substituídos

pontualmente por telefonemas ou videochamada, sem prejuízo de outras medidas que venham a ser recomendadas pela DGS.

Nas visitas presenciais recomenda-se ainda que seja estabelecido um espaço restrito e seja evitada a circulação pelos espaços comuns ou de acesso aos quartos.

3.1.6. Medidas de higiene e controlo ambiental

As medidas de higiene e controlo ambiental a adotar constantemente incluem:

- Limpeza das superfícies:
 - Limpar frequentemente as superfícies (mesas, corrimãos, maçanetas de portas, botões de elevador), várias vezes ao dia, com um produto de limpeza desinfetante, particularmente as superfícies mais utilizadas pelos residentes, como mesas de cabeceira, proteções das camas, telefones, campainhas, comandos de TV, puxadores das portas, lavatórios e doseadores de medicação, entre outras;
- Limpeza dos equipamentos reutilizáveis, que deverão ser adequadamente limpos e desinfetados;
- Roupa utilizada pelos residentes e funcionários:
 - O programa de lavagem da roupa deve integrar: pré-lavagem, lavagem a quente (roupa termorresistente) a temperatura de 70 a 90°C;
 - As roupas termosensíveis devem ser lavadas com água morna, a uma temperatura a 40°C, seguido de um ciclo de desinfecção química também em máquina;
- Louça utilizada pelos residentes, funcionários e visitas:
 - As louças utilizadas podem ser lavadas na máquina de lavar com um detergente doméstico. As mãos devem ser lavadas após a colocação da louça na máquina.

3.2. Admissão de novos residentes/utentes

A admissão de novos residentes/utentes nas instituições reveste-se de uma preocupação acrescida atendendo ao enquadramento da situação atual. Assim, sugere-se a implementação dos seguintes procedimentos:

- Para a admissão de novos residentes/utentes, deve ser realizado o teste laboratorial para SARS-CoV-2;
- Independentemente da avaliação clínica ou do resultado laboratorial, na admissão de novos residentes/utentes estes deverão cumprir um período de quarentena, não inferior a 14 dias;

- Compete aos profissionais de saúde de apoio à instituição, a vigilância, acompanhamento e identificação de sintomatologia sugestiva de infeção COVID-19.

4. Como reconhecer um doente de COVID-19 e o que fazer

Qualquer pessoa, seja profissional, residente ou visita, que apresente critérios compatíveis com caso suspeito (critérios referidos no ponto 2 desta orientação), deve ser considerado como possível caso da COVID-19.

4.1. Procedimentos perante um caso suspeito na instituição

O plano de contingência da instituição deve assegurar um local para o isolamento de um caso suspeito, garantindo a possibilidade da continuidade dos cuidados médicos e alimentação, enquanto aguarda o encaminhamento adequado.

A pessoa que seja identificada como caso suspeito deve ser isolada nesse local e assistida por profissionais da instituição designados para o efeito.

Perante o caso suspeito, o profissional designado deve colocar, momentos antes de iniciar a assistência, uma máscara cirúrgica e luvas descartáveis. Ao caso suspeito deve ser colocada uma máscara cirúrgica, preferencialmente pelo próprio, e se a sua condição clínica permitir. Em seguida, o profissional designado deve contactar a linha SNS 24 (808 24 24 24).

O cumprimento das medidas gerais de redução do risco de transmissão do SARS-CoV-2 (ponto 3 deste documento), deve ser reforçado após contacto com o caso suspeito.

Estes procedimentos estão descritos ao pormenor na Orientação 06/2020.

4.2. Como e quando recorrer aos serviços de saúde

Face à suspeita de uma pessoa com COVID-19 ou face a um caso confirmado de doença que resida ou trabalhe na instituição, deverá ser contactada a Direção Técnica do estabelecimento e a Autoridade de Saúde local para a implementação das medidas necessárias, articuladas nível local.

Em caso de emergência, deve ligar para o 112.

4.3. Identificação de contactos próximos

Considera-se “contacto próximo” um profissional, doente ou visita que não apresenta sintomas no momento, mas que pode ter tido contacto com um caso confirmado de COVID-19. A instituição deve facilitar a identificação inicial dos contactos próximos, a ser realizada pelas equipas de Saúde Pública e Autoridades de Saúde, entre outras diligências consideradas necessárias para auxiliar a investigação epidemiológica.

O contacto próximo com caso confirmado de COVID-19 pode ser uma pessoa com:

- Prestação de cuidados diretos a doente com COVID-19;
- Contacto em proximidade até 2 metros ou em ambiente fechado com um doente com COVID-19 (ex: gabinete, sala, área);

- Coabitação com doente com COVID-19.

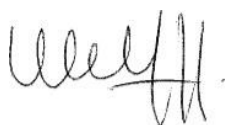
A Autoridade de Saúde pode considerar como contacto próximo outras pessoas não definidas nos pontos anteriores (avaliação caso a caso).

Enquanto se aguarda o resultado das análises laboratoriais de um caso suspeito, não devem ser adotadas medidas de controlo ou restrição adicionais. Em particular, não deve ser fechada a instituição ou enviados funcionários ou utilizadores para casa.

Em caso de resultado confirmado, seguir as recomendações emanadas pela Autoridade de Saúde Local (avaliação caso a caso).

5. Como obter mais informação

Para mais informações e recomendações, pode ser consultado o *microsite* da Direção-Geral da Saúde relativo à COVID-19 em www.covid19.min-saude.pt.




Graça Freitas Diretora-Geral da Saúde

Anexo I. Folheto informativo sobre lavagem correta das mãos

NOVO CORONAVÍRUS
COVID-19

LAVAGEM DAS MÃOS

 Duração total do procedimento: **20 segundos**

00 Molhe as mãos

01 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos

02 Esfregue as palmas das mãos, uma na outra

03 Palma com palma com os dedos entrelaçados

04 Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa

05 Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa

06 Esfregue o pulso esquerdo com a mão direita e vice versa

07 Enxague as mãos com água

08 Seque as mãos com um toalhete descartável

Anexo II. Lista de procedimentos de apoio à gestão organizacional

A lista de procedimentos que a seguir se apresenta é um guia, não exaustivo, com sugestões para ajudar a identificar as necessidades das instituições na elaboração de um plano de contingência para a resposta à COVID-19.

Aborda as seguintes áreas fundamentais:

1. Comunicação, informação e formação aos funcionários e colaboradores;
2. Impacto nos funcionários, colaboradores e utilizadores;
3. Impacto na instituição;
4. Estratégias e procedimentos a implementar numa eventual pandemia;
5. Atribuição de recursos para proteger funcionários, colaboradores e utilizadores;
6. Coordenação com organizações externas e auxílio à comunidade.

1. Comunicação, informação e formação aos funcionários e colaboradores

- Desenvolver e divulgar informação acessível, de fácil compreensão e adequada à COVID-19 (tais como formas de transmissão do SARS-CoV-2, sinais e sintomas da doença).
- Transmitir estratégias de autocuidados, proteção pessoal e familiar (higiene das mãos; regras de etiqueta respiratória, outras recomendações) e os procedimentos que constem no plano de contingência da instituição.
- Elaborar um plano de comunicação e culturalmente adequado, para evitar rumores, informação imprecisa, o medo e a ansiedade dos funcionários, colaboradores e utilizadores.
- Divulgar o Plano de Contingência da instituição junto dos funcionários e colaboradores;
- Estabelecer um Plano de Comunicação de emergência e revê-lo periodicamente. Deverá incluir a identificação dos contactos-chave da cadeia de comunicação (incluindo fornecedores e familiares de residentes) e dos processos para acompanhar e comunicar a situação da instituição e dos funcionários.

2. Impacto nos funcionários, colaboradores e utilizadores;

- Prever o absentismo dos funcionários e colaboradores durante uma eventual pandemia. As ausências podem ser devidas a doença pessoal ou familiar ou a medidas de contenção impostas pelas autoridades (encerramento de escolas e/ou instituições, suspensão de transportes públicos).
- Implementar medidas com o objetivo de diminuir a disseminação da infeção. Reduzir o número de contactos próximos entre funcionários, colaboradores e utilizadores (apertos de mão, reuniões, postos de trabalho partilhados).

- Identificar funcionários e colaboradores prioritários que tenham necessidades de saúde especiais (doenças crónicas, imunossupressão) e integrar estas necessidades no Plano de Contingência.
- Rever e adaptar os modelos de funcionamento da instituição de forma a continuar a satisfazer as necessidades identificadas dos utilizadores, sem interrupção.

3. Impacto na instituição

- Designar um coordenador ou equipa de coordenação para elaborar Plano de Contingência da COVID-19, com papéis e responsabilidades bem definidos;
- Identificar funcionários, colaboradores e outros recursos essenciais necessários para manter a instituição em funcionamento durante uma eventual pandemia (matérias-primas, fornecedores, prestadores de serviços e logística);
- Equacionar a preparação de uma lista adicional de funcionários e colaboradores de apoio (contratados, funcionários com outras competências, reformados) e formá-los para desempenharem tarefas essenciais ou prioritárias, em caso de necessidade;
- Identificar atividades prioritárias desenvolvidas pela instituição, que devam manter-se durante uma eventual pandemia e considerar a recolocação interna de recursos a fim de manter essas atividades;
- Abordar com os fornecedores e prestadores de serviços os planos de contingência destes e os ajustamentos necessários numa eventual pandemia;
- Procurar manter informação atualizada e fiável sobre a eventual pandemia, em articulação com a Direção-Geral da Saúde (DGS).

4. Estratégias e procedimentos a implementar numa eventual pandemia

- Definir estratégias e procedimentos a aplicar para as ausências dos funcionários e colaboradores, bem como as regras para voltar ao trabalho em segurança (depois da cura), de acordo com as medidas legislativas emanadas pelo governo e recomendações próprias;
- Ponderar a necessidade de flexibilizar o local e o horário de trabalho;
- Definir estratégias e procedimentos para prevenir a propagação da COVID-19 no local de trabalho (promoção de regras de higiene geral e de etiqueta respiratória);
- Definir estratégias e procedimentos para os funcionários que tenham contactado com um doente com COVID-19, que se suspeite estarem doentes ou que adoeçam no local de trabalho.
- Estabelecer os procedimentos para ativar e terminar o Plano de Contingência da instituição.

5. Atribuição de recursos para proteger funcionários, colaboradores e utilizadores

- Disponibilizar equipamentos, suficientes e acessíveis em todos os locais da instituição, para reduzir a disseminação da infeção (equipamento para lavar as mãos ou produtos para higienização das mãos: toalhas de papel e recetáculos para a sua eliminação; máscaras cirúrgicas para colocação nos funcionários, ou colaboradores ou utentes que iniciem sintomas respiratórios na instituição);
- Promover a limpeza mais frequente das instalações. Assegurar a disponibilidade de recursos para esta opção;
- Disponibilizar cuidados de saúde e aconselhamento para os funcionários e colaboradores.

6. Coordenação com organizações externas e auxílio à comunidade

- Colaborar com unidades de prestação de cuidados de saúde locais para participar no processo de planeamento;
- Partilhar as boas práticas com outras instituições para melhorar e potenciar a resposta comunitária.

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 009/2020
DATA: 11/03/2020
ATUALIZADA: 17/04/2021

Graça Freitas
Digitally signed by Graça Freitas
DN: c=PT, title=Diretora-Geral da
Saúde, ou=Direção, o=Direção-

ASSUNTO: **COVID-19: Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) e para Unidades de Cuidados Continuados Integrados (várias tipologias).**
Procedimentos para Estabelecimentos de Apoio Social de carácter residencial/estruturas residenciais, de utilização temporária ou permanente dedicadas a pessoas institucionalizadas, dependentes de terceiros nas atividades da vida diária;

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Estruturas Residenciais de Apoio Social; Unidades de Cuidados Continuados Integrados; Pessoas idosas; Pessoas dependentes; Pessoas com deficiência ou incapacidade;

PARA: Estruturas Residenciais para Idosos (várias tipologias), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (várias tipologias), Estruturas Residenciais para pessoas com doença psiquiátrica ou do foro mental, Estruturas Residenciais para pessoas com deficiência e incapacidade, Profissionais do Sistema de Saúde

CONTACTOS: medidasdesaudepublica@dgs.min-saude.pt

O sucesso das medidas de Saúde Pública para a pandemia COVID-19 depende da colaboração de todos os cidadãos, das instituições e organizações, e da sociedade. O impacto de COVID-19 (morbilidade e letalidade) é maior em pessoas com mais de 65 anos e/ou com comorbilidades.

Os utentes dos Estabelecimentos de Apoio Social de carácter residencial/estruturas residenciais, de utilização temporária ou permanente (Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) incluindo Cuidados Continuados Pediátricos, Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mentale outras respostas sociais dedicadas a pessoas institucionalizadas, dependentes de terceiros nas atividades da vida diária (doravante designadas apenas instituições), independentemente da tipologia, encontram-se numa situação de risco acrescido de maior disseminação da infeção por SARS-CoV-2, e foram considerados um grupo prioritário para vacinação contra a COVID-19, nos termos da Norma 002/2021 da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Assim, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde atualiza a seguinte Orientação:

1. No que respeita aos pontos 30 a 35 e a alínea d) do ponto 36, a presente Orientação não se aplica às instituições em que os residentes autónomos realizam atividades diárias fora da instituição.
2. No que respeita aos pontos 22, 26, 30 a 35 e a alínea d) do ponto 36, a presente Orientação não se aplica às Instituições de Acolhimento de Crianças e Jovens em Situação de Perigo, aos Lares de infância e juventude, aos centros de acolhimento temporário de pessoas vítimas de violência doméstica, que cumprem a Orientação 002/2021 de 03/02/2021.

3. É revogada a Orientação 009A/2020 da DGS.

MEDIDAS GERAIS

Instituições

4. Os responsáveis pelas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) devem dar cumprimento ao previsto na Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, nomeadamente assegurar cuidados de enfermagem e o acesso a cuidados de saúde. O diretor técnico da instituição é responsável pela coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento.
5. Os responsáveis pelas instituições devem acautelar que os prestadores de cuidados e restantes profissionais de apoio estão informados sobre a COVID-19 e treinados e capacitados para implementar medidas de prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2.
6. Os responsáveis pelas instituições devem garantir a existência de um Plano de Contingência para a COVID-19. O diretor técnico da instituição é responsável pela atualização do Plano de Contingência e deve promover a formação e treino sobre o Plano.
7. De acordo com o respetivo Plano de Contingência, as instituições devem organizar-se para a rápida implementação de medidas, perante a ocorrência de um caso de COVID-19, continuando simultaneamente a garantir os melhores cuidados aos utentes. Para tal, devem:
 - a. Definir no seu Plano de Contingência como proceder em caso de necessidade de substituição de profissionais;
 - b. Assegurar a separação de residentes doentes com COVID-19 e não doentes, de acordo com o Despacho n.º 4097-B/2020, de 2 de abril, na redação atual;
 - c. Assegurar a continuidade dos cuidados necessários aos residentes da instituição, sem interrupções.
8. É imprescindível manter atualizado o contacto da Autoridade de Saúde territorialmente competente, bem como o contacto do responsável pelo Plano de Contingência da instituição.

Profissionais

9. Todos os profissionais da instituição devem seguir as medidas preconizadas pela DGS de higiene das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento recomendado entre pessoas e utilização de máscara sempre que estiverem dentro da instituição. Nas situações em que a utilização de máscara não seja possível (por exemplo, durante a refeição), os profissionais devem manter um distanciamento físico de 1,5 a 2 metros.

10. Os horários de trabalho devem ser organizados em coorte/turnos para que as equipas não se cruzem, garantindo a separação dos cuidadores/profissionais por grupos, sem contacto entre si, com atendimento dedicado a grupos de utentes.
11. Deve ser estabelecido um plano de rotação periódica de grupos de cuidadores/profissionais (equipas em espelho), para evitar contágios, garantindo desta forma a continuidade dos cuidados.
12. Utilizar espaços comuns por turnos de forma a maximizar a distância entre os residentes, por exemplo, desencontrar as horas das refeições, para diminuir o contacto entre pessoas.
13. Se forem detetados casos de COVID-19 na instituição, deve-se proceder à alocação de cuidadores/profissionais por grupos de residentes (os mesmos cuidadores para os mesmos doentes), com o menor contacto possível entre eles (por exemplo, grupo de casos não infetados, grupo de casos infetados).
14. Os profissionais que não precisam de ter contacto com os utentes (por exemplo, os que trabalham na cozinha) não devem circular pelas instalações e não devem contactar com residentes, para minimizar o risco de transmissão.
15. Todos os cuidadores/profissionais da instituição devem fazer a auto monitorização diária de sinais e sintomas compatíveis com a COVID-19, nos termos da Norma 004/2020 da DGS, à entrada e saída de cada turno.
16. Os cuidadores/profissionais que apresentem sinais ou sintomas compatíveis com COVID-19 devem seguir o disposto na Norma 004/2020 da DGS. Os cuidadores/profissionais que sejam, após avaliação de risco da Autoridade de Saúde Local, considerados contactos de caso confirmado de COVID-19 devem cumprir o disposto na Norma 015/2020 da DGS.

Distanciamento físico, concentração de pessoas e ventilação dos espaços

17. Deve ser maximizado o distanciamento entre as pessoas quer sejam utentes ou cuidadores/profissionais e visitas, com exceção da proximidade necessária para a prestação de cuidados.
18. Devem ser divulgadas, ensinadas, treinadas e incentivadas as medidas de prevenção e controlo de infeção por SARS-CoV-2.
19. Deve ser colocado o menor número possível de residentes em cada quarto, observando o espaço mínimo entre camas previsto no regime jurídico que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.
20. Sempre que não for possível às instituições garantir o distanciamento entre residentes, através da deslocação de parte dos utentes para outros espaços, deve ser ponderada a possibilidade de deslocação dos utentes, preventivamente, para outras instalações como

medida cautelar. Esta medida permite reduzir a densidade populacional e o contacto entre pessoas, mitigando o risco de transmissão do vírus:

- a. A Autoridade de Saúde deve avaliar o risco e articular com o Presidente da Câmara Municipal e o responsável local da Segurança Social;
 - b. Se não for possível a deslocação para outros espaços ou instalações, caso a instituição tenha doentes infetados com SARS-CoV-2, estes têm de ser isolados de pessoas não doentes em diferentes alas, pisos ou blocos.
21. Nos espaços comuns só devem permanecer residentes sem sinais ou sintomas sugestivos de COVID-19, maximizando a distância entre pessoas.
 22. Os residentes e cuidadores/profissionais devem utilizar máscaras (se a sua condição clínica o permitir), durante a sua permanência em espaços comuns.
 23. A utilização de máscaras pelos residentes e cuidadores/profissionais e visitas (se a sua condição clínica o permitir) deve ser acompanhada de informação/formação sobre a técnica correta de colocação, uso e remoção.
 24. Considerar a frequência dos espaços comuns por turnos, se necessário, para que seja mantido o distanciamento físico entre as pessoas (por exemplo, estabelecer 2 ou 3 turnos para cada uma das refeições, de modo a diminuir o contacto no refeitório).
 25. Deve ser assegurada, sempre que possível, uma boa ventilação nos espaços, preferencialmente com ventilação natural. Pode também ser utilizada ventilação mecânica de ar (sistema AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado) desde que esteja garantida a limpeza e manutenção adequada destes sistemas, de acordo com as recomendações do fabricante, a renovação do ar nos espaços fechados¹ (por arejamento frequente e/ou pelos próprios sistemas de ventilação mecânica).

Visitas

26. Cada instituição deverá ter um regulamento onde constam as regras a aplicar nas visitas, de acordo com as medidas recomendadas na Informação n.º 011/2020 da DGS, sem prejuízo de, mediante a situação epidemiológica específica poder ser determinado, pela Autoridade de Saúde Local, a suspensão provisória de visitas à instituição.

¹ Nos termos da Portaria n.º 353-A/2013 de 4 de dezembro.

Higiene, limpeza e desinfeção

27. A instituição deve assegurar as medidas de higienização e controlo ambiental, cumprindo o preconizado na Orientação 014/2020, da DGS².
28. Nos procedimentos com as arrastadeiras, urinóis e bacias de higiene dos utentes:
 - a. As instituições devem dispor de máquina de lavar e desinfetar arrastadeiras, urinóis e bacias de higiene, com ciclo de lavagem e desinfeção térmica;
 - b. Se a instituição tiver uma máquina lavadora-desinfetadora de arrastadeiras, urinóis e de bacias de higiene, com ciclo de desinfeção pelo calor (80–90°C), estes materiais poderão ser lavados em conjunto;
 - c. Se não existir máquina de lavar e desinfetar pelo calor, estes materiais devem ser lavados separadamente e desinfetados na instalação sanitária de apoio ao quarto. A limpeza deve ser feita primeiro com água quente e detergente, seguida de desinfeção com solução de hipoclorito de sódio (lixívia) ou outro desinfetante apropriado para estes materiais, respeitando as instruções do fabricante, terminando com enxaguamento com água corrente quente e secagem ao ar;
 - d. Se não houver local para colocar estes materiais a escorrer, devem ser secos com papel descartável ou panos específicos apenas para esta função. Estes panos devem ser lavados diariamente em máquina de lavar roupa, na zona de lavandaria, a temperatura elevada (80–90°C).
29. A limpeza e desinfeção da instituição que tenha caso(s) de COVID-19 deve ser assegurada por profissionais com a formação adequada.

ADMISSÃO DE RESIDENTES E UTENTES

Admissão de novos residentes em ERPI, UCCI e instituições para pessoas dependentes

30. Para a admissão de novos residentes/utentes:
 - a. A reunião de acolhimento deve ser realizada com o menor número possível de pessoas, mantendo a utilização de máscara e o cumprimento do distanciamento físico, e deve decorrer pelo tempo estritamente necessário e, de preferência, num espaço arejado.
 - b. Deve ser realizada uma consulta médica, à data da admissão, pelos médicos de apoio à instituição ou pelo médico assistente, para verificação da existência de sinais ou sintomas sugestivos de COVID-19.

² Consultar a Orientação 014/2020 de 21/03/2020 – *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Limpeza e desinfeção de superfícies em estabelecimentos de atendimento ao público ou similares*. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/>

- c. Deve ser apresentado um teste laboratorial molecular para SARS-CoV-2 negativo, nos termos da Norma 019/2020 da DGS, para os residentes/utentes que não tenham história de infeção por SARS-CoV-2 nos últimos 90 dias, nos termos da Norma 004/2020 da DGS.
 - d. Os utentes não vacinados contra a COVID-19 e sem história de infeção por SARS-CoV-2 nos últimos 90 dias, devem cumprir um período de isolamento não inferior a 14 dias. Para o efeito, deve ser definido um espaço para o isolamento dos residentes recentemente admitidos na instituição.
31. Em situações em que o teste laboratorial não possa ser realizado antes da admissão na instituição, o novo residente/utente deve ficar em isolamento e realizar o teste com a maior brevidade possível, sendo o seu encaminhamento realizado em função da evolução clínica e do resultado do teste laboratorial.
32. Se o resultado do teste laboratorial for negativo, o residente admitido deve permanecer em isolamento durante 14 dias (a contar desde a data de admissão), com vigilância de sinais e sintomas de COVID-19.
33. Se o resultado do teste laboratorial for positivo, deverão seguir os procedimentos descritos na seção “Encaminhamento de um caso confirmado numa instituição” da presente Orientação.
34. No momento da admissão, os residentes/utentes que nos últimos 90 dias cumpriram os critérios de fim de isolamento nos termos da Norma 004/2020 da DGS:
 - a. Não necessitam de apresentar um resultado de teste negativo, pelo que não deve ser realizado novo teste laboratorial para SARS-CoV-2;
 - b. Ficam dispensados do período de isolamento, conforme previsto na alínea d) do ponto 30 da presente Orientação.
35. No momento da admissão, os residentes/utentes com esquema vacinal contra a COVID-19 completo, nos termos da Norma 002/2021 da DGS:
 - a. Ficam dispensados do período de isolamento, conforme previsto na alínea d) do ponto 30 presente Orientação.

Deslocações ao exterior dos residentes

36. Se um residente for enviado para um hospital em situação de doença aguda/emergente, deve ir, preferencialmente, acompanhado por um profissional de saúde da instituição, que fornecerá todas as informações relevantes para a continuidade de cuidados;
37. O residente deve utilizar máscara (de acordo com a sua condição clínica, nos termos da Orientação 019/2020 da DGS);

38. Quando um residente sai da instituição por um período inferior a 24 horas, não é necessária a realização de teste laboratorial para SARS-CoV-2, nem de isolamento aquando do regresso à instituição. Nessa situação, a instituição deve garantir o distanciamento físico adequado entre os residentes e ainda as regras de higienização;
39. Nas deslocações ao exterior por um período superior a 24 horas:
- Estão dispensados do isolamento e da realização de teste laboratorial molecular para SARS-CoV-2 de admissão, os residentes que foram dados como recuperados da infeção por SARS-CoV-2/COVID-19 nos últimos 90 dias, nos termos da Norma n.º 004/2020 da DGS.
 - Estão dispensados do isolamento os residentes que tenham um esquema vacinal completo contra a COVID-19, nos termos da Norma n.º 002/2021, devendo realizar um teste laboratorial para SARS-CoV-2 nos termos do ponto 30 e 31 da presente Norma, podendo fazer-se coincidir a realização do teste laboratorial com o rastreio em curso na instituição, nos termos da Norma 019/2020 da DGS.

CASOS DE COVID-19 NUMA INSTITUIÇÃO

Considerações gerais

40. Perante a ocorrência de casos de COVID-19, a instituição deve:
- Garantir o cumprimento dos circuitos adequados para os casos suspeitos que ocorram nos residentes ou nos cuidadores/profissionais;
 - Utilizar o espaço definido no Plano de Contingência para o isolamento de um caso suspeito e utilizar equipamento de proteção individual (EPI) adequado. No local de isolamento, deve ser garantida a possibilidade da continuidade dos cuidados de saúde e a alimentação, enquanto aguarda o encaminhamento adequado. A pessoa que seja identificada como caso suspeito deve ser isolada e assistida, se necessário, por um cuidador/profissional de saúde da instituição que tenha formação e treino na utilização de EPI;
 - Os casos suspeitos devem ser separados dos restantes utentes/residentes. Suspeitos e dos casos confirmados. Os casos confirmados podem estar em regime de coorte. Os casos suspeitos e os casos confirmados não devem deslocar-se aos espaços comuns, devendo fazer as refeições nos quartos onde estão isolados e ter casas de banho de uso exclusivo;
 - Garantir a existência de área (s) de isolamento para caso(s) confirmado(s) cuja situação clínica não careça de internamento em meio hospitalar (pode ser em regime de coorte, separados dos restantes residentes);

- e. Alocar cuidadores/profissionais dedicados a estes doentes/residentes. O seguimento clínico diário de doentes, sem necessidade de internamento hospitalar, deverá ser assegurado pelos profissionais de saúde da instituição (incluindo os médicos do quadro de pessoal da UCCI, se aplicável), em articulação com os médicos de MGF do ACES da área de influência, responsáveis pela vigilância clínica na plataforma TRACECOVID, até à determinação da cura, cumprindo o preconizado na Norma 004/2020 da DGS.
 - f. No caso dos residentes doentes serem deslocados para um alojamento temporário, ativado pela Comissão Municipal da Proteção Civil, por comprometimento do funcionamento da instituição em virtude da existência de utentes e/ou profissionais de saúde suspeitos e/ou com COVID-19, o seguimento clínico deverá ser assegurado pelos profissionais do ACES da área de influência (preferencialmente pela equipa de família da unidade funcional onde o utente se encontra inscrito), até à determinação da cura, cumprindo o preconizado no Despacho n.º 4097-B/2020 de 2 de abril na sua atual redação.
 - g. Em qualquer fase deste processo, se se verificar agravamento da situação clínica dos doentes, deve ser contactado o clínico que esteja a seguir o doente ou, em caso de urgência/emergência, o Número Europeu de Emergência (112).
41. É obrigatório o uso de EPI, de acordo a Norma 007/2020 da DGS ³, pelos cuidadores/profissionais que possam contactar diretamente com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 ao desempenhar as seguintes funções:
- a. Prestar cuidados diretos ao doente, como banho, alimentação, higiene ou mudança de fralda;
 - b. Manipular fezes, urina ou resíduos do doente com COVID-19;
 - c. Remover as roupas da cama;
 - d. Limpar o quarto e a instalação sanitária utilizada pelo doente.
42. Os EPI devem ser retirados e descartados adequadamente, após a prestação de cuidados a cada doente.

Gestão dos resíduos

43. Tratando-se de situações pontuais, com casos isolados de COVID-19, os resíduos produzidos pelos residentes ou cuidadores/profissionais que lhes prestem assistência:
- a. Devem ser colocados num contentor de resíduos (caixote do lixo) de abertura não manual com saco de plástico, no quarto/sala em que a pessoa se encontra em

³ Consultar Norma 007/2020 de 29/03/2020 – *Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI)*. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/normas/>

isolamento. Todos os resíduos produzidos pela pessoa com infeção por SARS-CoV-2 devem ser colocados exclusivamente neste contentor;

- b. Os resíduos nunca devem ser calcados, nem deve ser apertado o saco para sair o ar. O saco de plástico apenas deve ser cheio até 2/3 da sua capacidade e deve ser bem fechado com dois nós bem apertados ou, preferencialmente, com um atilho ou adesivo;
- c. O saco bem fechado com os resíduos deve ser colocado dentro de um segundo saco de plástico, que também deve ser bem fechado com dois nós apertados ou, preferencialmente, com um atilho, abraçadeira ou adesivo;
- d. Os procedimentos de fecho dos sacos de plástico com os resíduos devem ser efetuados com EPI em concordância com a Norma 007/2020, da DGS, para reduzir o risco de contaminação;
- e. Após retirar as luvas enrolando-as no sentido de dentro para fora (fazendo um “embrulho” sem tocar na parte de fora) e de as colocar no (novo) saco de plástico para os resíduos, deve proceder à lavagem das mãos com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando-as bem, em seguida;
- f. Os sacos de plástico com os resíduos devem ser descartados seguindo as boas práticas, com o máximo cuidado para prevenção de contaminação, nunca encostando o saco à roupa ou ao corpo;
- g. Estes resíduos não devem ser separados para reciclagem nem colocados no ecoponto;
- h. Lavar sempre as mãos com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando-as bem, após qualquer manuseamento dos sacos e dos contentores de resíduos;
- i. Os contentores de resíduos de pessoas com infeção por SARS-CoV-2 devem ser lavados e desinfetados, de acordo com o seguinte procedimento:
 - i. Lavar primeiro com água e detergente;
 - ii. Aplicar a lixívia diluída em água na proporção de uma medida de lixívia para 49 medidas iguais de água;
 - iii. Deixar atuar durante 10 minutos;
 - iv. Enxaguar apenas com água quente e deixar secar ao ar.
- j. Os sacos de plástico com os resíduos de um utente com infeção por SARS-CoV-2 nunca devem ser colocados no contentor de resíduos (caixote do lixo) em uso geral na instituição. Dependendo da instituição:
 - i. Devem ser transferidos diretamente para o contentor coletivo de resíduos indiferenciados (contentor de prédio/rua de lixo doméstico) ou

- ii. Colocados em contentor ou recetáculo próprio e enviados para autoclavagem ou incineração em unidade licenciada para o tratamento de resíduos hospitalares.
44. Tratando-se de um surto de COVID-19, os resíduos produzidos pelos residentes ou cuidadores/profissionais que lhes prestem assistência:
 - a. Devem ser mantidos segregados e serem encaminhados como resíduos hospitalares de risco biológico (Grupo III, Despacho n.º 242/96, publicado a 13 de agosto) para um operador de tratamento de resíduos hospitalares devidamente licenciado para tal, sob responsabilidade do órgão de gestão da instituição em causa;
 - b. Nos procedimentos para recolha, transporte e tratamento e resíduos hospitalares COVID-19 aplica-se a Orientação 012/2020⁴ da DGS, bem como o Despacho n.º 242/96, publicado a 13 de agosto para a gestão destes resíduos (Grupos III e IV);
 - c. Para identificação dos operadores de gestão licenciados para receção de resíduos hospitalares perigosos, poderá ser consultado o SILOGR - Sistema de Informação de Licenciamento de Operações de Gestão de Resíduos, constante no sítio da internet da Agência Portuguesa do Ambiente. Esta aplicação permite pesquisar por combinação da natureza geográfica (distrito/e ou concelho) e códigos da Lista Europeia de Resíduos.
45. Em todas as situações, os resíduos corto-perfurantes (Grupo IV) devem ser colocados em contentor próprio para o efeito e obrigatoriamente incinerados. A instituição deve ter definido um procedimento específico para este tipo de resíduos.

Encaminhamento de um caso suspeito numa instituição

46. O caso suspeito deve ser encaminhado para a área de isolamento designada no respetivo Plano de Contingência, deve ser contactado o SNS24 (808 24 24 24) e procedendo de acordo com as indicações fornecidas.
47. Se o SNS24 considerar o caso suspeito, a Direção Técnica da Instituição deve contactar o médico que presta serviço à instituição (quando aplicável) e comunicar a existência de um caso suspeito à Autoridade de Saúde Local, para implementação das medidas de Saúde Pública adequadas.
48. Após avaliação clínica, o caso suspeito que não carecer de internamento hospitalar deve ficar em isolamento na instituição até à obtenção do resultado laboratorial.

⁴ Consultar a Orientação 012/2020 - *Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Recolha, Transporte e Tratamento de Resíduos Hospitalares*. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/orientacoes/>

49. A implementação de medidas de prevenção adicionais (por exemplo, o encerramento da instituição, a determinação de isolamento profilático no domicílio de cuidadores/profissionais da instituição, a transferência de residentes/doentes, entre outras) só devem ser equacionadas depois de ser conhecido o resultado laboratorial para SARS-CoV-2 e de realizada a avaliação de risco pela Autoridade de Saúde, em articulação com a Comissão Municipal de Proteção Civil e o ponto focal da Segurança Social Local.

Encaminhamento de um caso confirmado numa instituição

50. Um caso confirmado que permaneça na instituição deve ficar em isolamento e manter-se separado dos restantes residentes até à determinação da cura.
51. Perante um caso confirmado de COVID-19, deve ser feita uma avaliação de risco pela Autoridade de Saúde Local, de forma a ajustar as medidas a adotar:
- Deve ser feito um teste laboratorial a todos os cuidadores/profissionais e residentes identificados como contactos;
 - Todas as medidas implementadas devem ser articuladas com a equipa de saúde da instituição;
 - Todos os contactos de alto risco devem cumprir o isolamento profilático durante um período 14 dias desde a data da última exposição, mesmo na presença de um resultado negativo.
52. A Autoridade de Saúde Local deve comunicar de imediato os resultados laboratoriais dos testes à Direção Técnica da Instituição, à Autoridade de Saúde Regional, contactar o Diretor Executivo do ACES e acompanhar e implementar as medidas de Saúde Pública necessárias. Deve ainda, de acordo com as características do edificado da instituição, considerar o encaminhamento dos residentes para local de alojamento alternativo, definido com a Câmara Municipal e a Segurança Social.
53. A concretização destas medidas implica uma articulação estreita e permanente entre Autoridades de Saúde, Segurança Social, Proteção Civil, Autarquia e outras entidades, incluindo organizações da Sociedade Civil.

Óbito numa instituição

54. Todos os óbitos ocorridos, durante a Pandemia COVID-19, numa instituição com casos confirmados de COVID-19 ou em utente ou trabalhador que tenha apresentado sintomas compatíveis com a doença, nos termos da Norma 004/2020 da DGS deve ser considerado um caso suspeito de infeção por SARS-CoV-2, até prova em contrário, isto é, apresentar resultado negativo no teste laboratorial para SARS-CoV-2.

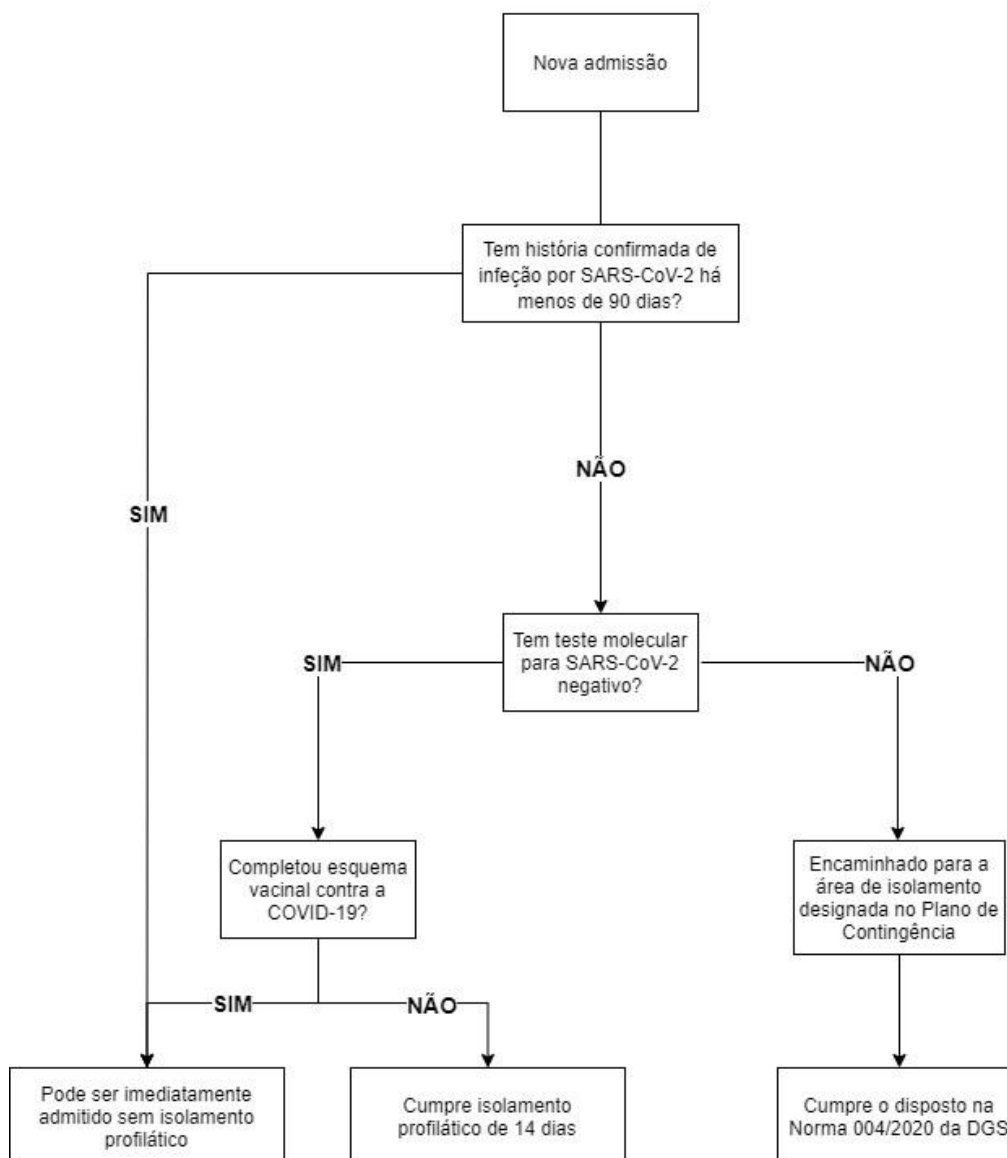
55. Perante um óbito ocorrido numa instituição, devem cumpridas as disposições legais em vigor e a Norma 002/2020 DGS⁵.



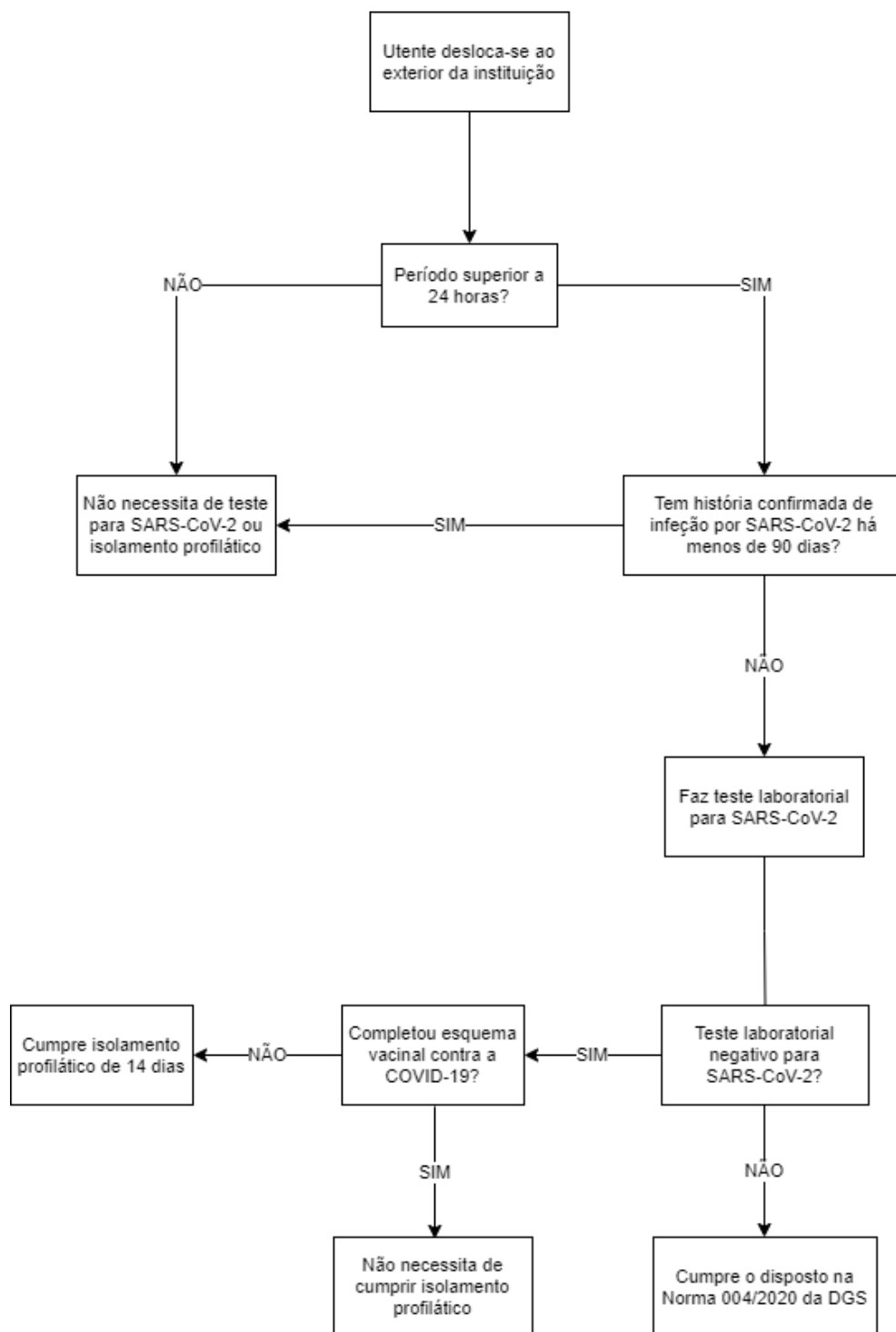
Graça Freitas Diretora-Geral da Saúde

⁵ Consultar Norma 002/2020 de 16/03/2020 da DGS atualizada a 04/02/2021 – COVID-19: *Procedimentos post mortem*. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/normas/>

Admissão de novos residentes em ERPI, UCCI e instituições para pessoas dependentes



Deslocações de utentes/residentes ao exterior da instituição



8. Guião Técnico de Orientação das BIR

Guião Técnico de Orientação

| Brigadas de Intervenção Rápida

DDS/ISS, IP

30 de Setembro 2020

ENQUADRAMENTO

Considerando a excecionalidade da situação de emergência de saúde pública que se vive no momento atual e a proliferação de casos registados de contágio com COVID-19, em especial junto da população mais vulnerável, foi publicada a Portaria n.º 82 -C/2020, de 31 de março, que criou uma medida de apoio ao reforço de emergência de equipamentos sociais e de saúde, de natureza temporária e excecional, para assegurar a capacidade de resposta das instituições públicas e do setor solidário com atividade na área social e da saúde. Acresce que, através da Portaria n.º 85 -A/2020, de 3 de abril, foram previstos apoios de caráter extraordinário, temporário e transitório, destinados ao setor social e solidário.

A persistência dos impactos sociais da pandemia, nomeadamente ao nível das estruturas residenciais para pessoas idosas (grupo particularmente vulnerável em razão da idade avançada e de complicações de saúde pré-existentes) e outras respostas sociais, bem como as necessidades de prevenção determinadas pela potencial ocorrência de uma segunda vaga pandémica, recomendam a adoção de medidas preventivas urgentes que assegurem níveis de resposta adequados face aos riscos no plano do bem-estar, da saúde e da vida dos utentes.

Em paralelo, torna-se crucial constituir um sistema de resposta de emergência robusto que garanta rapidez e agilidade de intervenção no momento imediato em que os problemas ocorrem. É neste sentido que se constituem as Brigadas de Intervenção Rápida (BIR), compostas por pessoal ajudante de ação direta, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, psicólogos e médicos, com eventual recurso a técnicos capacitados para assumir a direção técnica das respostas sociais, distribuídas pelos 18 distritos do território nacional continental. As BIR são dotadas de capacidade de ação imediata na contenção e estabilização de surtos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), lares residenciais e outras respostas de acolhimento residencial para pessoas em situação de vulnerabilidade.

As BIR constituem uma medida a ser implementada pela Cruz Vermelha Portuguesa (CVP), sob coordenação do Instituto de Segurança Social, IP (ISS, IP) e com o apoio do Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP (IEFP, IP). O presente documento técnico de orientação será complementado por um Protocolo de Atuação dirigido aos Centros Distritais de Segurança Social.

BRIGADAS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA - BIR

- **OBJETIVO**

As BIR atuam num contexto de emergência social e têm como objetivo assegurar, temporária e transitivamente, o reforço do quadro de recursos humanos das instituições, em particular das que

desenvolvem respostas sociais residenciais e/ou dirigidas a idosos, por forma a garantir as melhores condições de atuação e segurança para todos os envolvidos.

As BIR são ativadas pelo tempo suficiente e necessário à supressão das necessidades identificadas na resposta social, não devendo exceder as 168 horas (7 dias) de intervenção numa situação de surto. Em situações devidamente fundamentadas e aprovadas pelo ISS, IP, através do respetivo Centro Distrital, este período pode ser alargado.

Na resposta às suas necessidades de reforço de recursos humanos, as instituições podem e devem continuar a recorrer aos circuitos já implementados para o recrutamento, a saber: MARESS; bolsas devoluntariados, entre outras localmente organizadas.

- **CONSTITUIÇÃO**

As BIR, não obstante terem um quadro definido por distrito, não funcionam como um bloco, têmantes uma constituição dinâmica para resposta às necessidades pontuais das instituições/respostas sociais que se encontrem numa situação crítica e emergencial de fragilidade na resposta a surtos de COVID 19.

As BIR poderão ser compostas por Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Ajudante de Ação Direta, Auxiliares de Serviços Gerais e outros profissionais que no contexto possam vir a ser necessários, recrutados e geridos pela CVP, em articulação com o ISS, IP, através dos Centros Distritais, com os seguintes perfis funcionais de referência:

Médico

Avaliação clínica de utentes e colaboradores. Orientação clínica da organização do serviço. Enfermeiro

Prestação de cuidados de enfermagem gerais aos utentes. Organização dos cuidados de enfermagem nos serviços.

Psicólogo

Avaliação do estado psíquico e emocional de utentes e colaboradores da resposta social. Gestão de crise e alívio do stress associado à presença da infeção. Desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Ajudante de ação direta (AAD)/

Trabalho direto com os utentes. Acompanhamento diurno e noturno dos utentes. Alimentação e cuidados de higiene, conforto e saúde aos utentes. Cuidados de higienização, nos termos referidos no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 1, 8/1/2020.

Trabalhador auxiliar (serviços gerais)

Limpeza, arrumação e higienização das instalações. Transporte de alimentos e outros artigos e serviço de refeições.

A contratação de outros profissionais tem de ser fundamentada e analisada casuisticamente, em articulação entre a instituição requerente, o ISS, IP, através do respetivo Centro Distrital, e a CVP.

- **ATRIBUIÇÕES**

Os elementos das BIR, quando chamados atuar em emergência e a integrar temporariamente uma resposta social, integram a estrutura da organização, ficando sob a orientação da direção técnica da resposta social.

Assim, aos elementos ativados das BIR cabe em cada momento realizar as tarefas no âmbito do seu perfil funcional, de acordo com o determinado por cada resposta social.

O ISS, IP, conjuntamente com a CVP, poderá definir procedimentos que se venham a revelar pertinentes para operacionalizar a integração destas equipas de reforço nos equipamentos sociais onde sejam requeridas. Tais procedimentos deverão ser articulados com a direção técnica da Instituição a apoiar no momento da integração, por forma a harmonizar formas de atuação.

- **FUNCIONAMENTO**

As BIR estão em prontidão 24 horas, 7 dias por semana. Quando não estão ativadas e a atuar num contexto de emergência, as BIR estão integradas em Instituições distribuídas pelo país, designadas de instituições de acolhimento, isto é, Instituições que aceitaram acolher estes elementos para que possam desenvolver atividade de apoio e/ou formação, consoante a necessidade. Assim, poderão e deverão prestar serviço no âmbito do seu perfil funcional em ERPI ou lares residenciais no sentido de que, numa lógica de ação formativa, também promovam o desenvolvimento das suas competências.

Em situações de exceção, as BIR poderão estar estacionadas em espaços de retaguarda previamente definidos para o efeito.

Neste contexto, e muito embora do ponto de vista funcional estes elementos respondam à direção técnica da instituição, a gestão global dos horários e das rotações necessárias entre elementos deve ser articulada de forma estreita com a CVP, a quem compete garantir a prontidão de resposta numa situação de requisição de ativação da BIR.

A ativação das BIR poderá ocorrer em IPSS, em entidades licenciadas e em entidades sem licenciamento, de acordo com a avaliação da necessidade feita pelo respetivo Centro Distrital.

As BIR, quando acionadas, deslocam-se em bloco ou parcialmente, de acordo com a avaliação das necessidades, para o local de atuação de emergência, pelo tempo que for necessário à reestruturação/reorganização da resposta social, até um limite preferencial de 168 horas.

De acordo com os perfis funcionais constituintes das BIR, considera-se que:

- a) **Médicos e psicólogos:** deverão ter a oportunidade de observar as rotinas e funcionamento deste tipo de respostas, permanecendo por alguns períodos em resposta social. Quando acionadas as BIR deverão efetuar sempre uma visita inicial e manter presença na resposta social em situação de emergência de acordo com a sua avaliação, respetivamente clínica e psicológica, da situação. Esta avaliação e intervenção deverá ser objeto de acompanhamento e monitorização por parte da CVP;
- b) **Enfermeiros, ajudantes de ação direta e trabalhadores auxiliares:** deverão ter a oportunidade de integrar o serviço de uma resposta social de acordo com as suas áreas funcionais. Quando acionados, integram a equipa da resposta social em situação de emergência, sob a orientação da sua direção técnica. Esta intervenção deverá ser objeto de acompanhamento e monitorização por parte da CVP.

Em nenhum caso a presença dos elementos das BIR poderá colmatar carências do quadro de pessoal

base da resposta social.

Em nenhum caso a colocação de elementos das BIR se pode substituir aos necessários procedimentos que as instituições devem acautelar no sentido de responder às contingências que venham a ocorrer.

FASES DE TRABALHO

A operação em apreço desenvolve-se em 3 momentos:

Preparação | Atuação | Acompanhamento e Avaliação.

- **Preparação** – corresponde sobretudo ao momento de recrutamento e formação dos recursos humanos que irão constituir as BIR e à preparação de processo chave de atuação para a integração destas instituições;
- **Atuação** – corresponde à ativação e atuação das BIR;
- **Acompanhamento e avaliação** – refere-se à avaliação sistemática da atuação e de resultados.

I - PREPARAÇÃO

1. A CVP procede ao recrutamento dos recursos humanos (IEFP, IP – candidatura ao MAREESS e contratação direta);
2. A CVP, para todos os recursos humanos recrutados deve garantir previamente à integração destes nas respostas sociais o seguinte:
 - Formação base nas atividades a desenvolver; (plano de formação 24/36 horas a anexar)
 - Formação na utilização das EPI;
 - Divulgação das orientações técnicas da DGS quanto aos modos de prevenção e atuação no contexto de pandemia;
 - Avaliação da condição de saúde e teste à COVID 19;
 - EPI para uso das BIR.

A formação deverá ter um momento inicial a organizar pela CVP e centrada nos temas acima mencionados, a que se deverá seguir uma fase de formação desenvolvida em contexto de atuação real, designadamente em resposta social, centrada no desenvolvimento de competências para o trabalho com idosos e dependentes.

3. O ISS, IP, define um Protocolo de Atuação para os Centros Distritais com os procedimentos e critérios de ativação das BIR.

Estes procedimentos devem ser articulados com a CVP.

4. A CVP define os moldes de acompanhamento da atuação das BIR e o ISS, IP o sistema de reporte e monitorização.
5. A CVP deve manter registo detalhado da ativação dos RH das BIR (turnos efetuados, horas de trabalho, data de mobilização e desmobilização, etc.).
6. A CVP constitui uma reserva de EPI, que poderá ser entregue nos Centros Distritais, para utilização pelas BIR quando ativadas, se a entidade beneficiária não tiver EPI disponíveis para utilização pelas BIR.

II - ATUAÇÃO

Nos termos do dispostos no Despacho n.º 4097-B/2020, de 2 de abril, quando, após a avaliação da Autoridade de Saúde, se confirma que num dado equipamento social (resposta residencial) existe um surto COVID 19, mas é considerado adequado a permanência de utentes na instituição com as adaptações e atuações definidas para o efeito e, cumulativamente, se verifica a falta temporária de Recursos Humanos (RH) para manter o funcionamento da resposta social, pode optar-se pela manutenção da atividade da instituição com **recurso a RH externos** e com apoio dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) no que concerne ao suporte clínico.

É neste contexto, que as BIR são acionadas precisamente para responder às necessidades de recursos humanos identificadas, com vista a manter em funcionamento a resposta, enquanto a solução preconizada de recrutamento não está disponível (MAREESS, bolsa de voluntários, contratação ou outras).

QUANDO ACIONAR AS BIR?

Sistematizando, o apoio das BIR pode ocorrer quando:

- Existe um surto de COVID-19 e que, nomeadamente, exija a separação de utentes em espaços físicos distintos, dentro do equipamento social;
- Se verifica uma insuficiência de recursos humanos para a manutenção das atividades, decorrente de baixas/ausências por doença COVID 19, quarentena e/ou isolamento profilático;
- Haja demora na agilização de colocação dos recursos humanos em falta.

QUEM E COMO?

- A direção da instituição formaliza o pedido de auxílio ao Centro Distrital da área, com indicação do número e perfil dos recursos humanos necessários;

nota: a instituição pode ainda aceder à linha telefónica SOS COVID-Lares é o 707 20 70 70 para apoio na atualização/ reformulação do plano de contingência e esclarecimento de dúvidas de funcionamento em situação de surto.

- O Centro Distrital avalia o pedido e a criticidade e, caso seja necessário, aplica critérios de priorização para resposta:
 - Número de utentes com diagnóstico COVID 19 Positivo na instituição;
 - % de funcionários ausentes.
- O Centro Distrital, após avaliação em articulação com a direção técnica da resposta social, define quais os elementos necessários para suprir a necessidade, em número, perfil profissional e duração do apoio, e requer à CVP que constitua e acione uma brigada para resposta.

Resposta e previsão de entrada da BIR no prazo de 3 horas, salvo absoluta impossibilidade devidamente justificada.

- O Centro Distrital organiza momento de trabalho (através do meio que for mais expedito para o efeito) entre o técnico de acompanhamento da segurança social, o técnico gestor de equipa da CVP e o diretor técnico da resposta social, para integrar e harmonizar a atuação dos elementos a BIR na resposta social.

nota: previamente já deverá ter sido definido entre a CVP e o ISS, IP os mínimos requeridos para operacionalizar a integração da BIR no equipamento social onde sejam requeridas

A CVP, com base no pedido do Centro Distrital, aciona a BIR, constituídas pelos elementos necessários, por forma proceder à integração dos recursos humanos na instituição, **no prazo máximo de:3H, salvo absoluta impossibilidade devidamente justificada.**

A CVP, para os recursos requeridos deve garantir previamente à integração na resposta social o seguinte:

- Que a preparação das BIR foi concretizada;
 - Informação sobre a instituição e sobre a resposta social a desenvolver;
 - Informar dos horários e outros aspetos que previamente tenham sido acordados com a Segurança Social e com a instituição;
 - Garantir o transporte da BIR.
 - Fornecer EPI, a entregar à instituição de acolhimento ou à instituição na qual a BIR estiver a atuar num contexto de emergência, caso a instituição não consiga fornecer os EPI necessários.
- A instituição, para os recursos requeridos deve garantir no momento da sua integração na resposta social o seguinte:
 - Divulgação do plano de contingência e do regulamento interno;
 - Apresentação aos demais colaboradores e utentes;
 - Informação acerca dos processos, circuitos e horários de funcionamento;
 - Todas as demais informações que a instituição considere necessária divulgar para o adequado funcionamento da resposta social;
 - EPI.

DURAÇÃO DO APOIO

O Centro Distrital, na avaliação do pedido de apoio define, entre outros aspetos, a duração deste. Por princípio o apoio não deverá ser superior a 168 horas, podendo o prazo ser prorrogado de acordo com análise fundamentada da situação, a realizar pelos Centros Distritais em articulação com a CVP e a aprovar pelos Serviços Centrais do ISS, IP – Departamento de Desenvolvimento Social (DDS).

A desmobilização das BIR deve ser confirmada pelo ISS, IP, através do centro distrital correspondente, após análise circunstanciada e articulação com a instituição e a CVP e ainda outros agentes que no contexto tenham sido chamados a atuar.

A CVP tem de garantir que após o término de apoio de uma determinada BIR, os elementos desta equipa têm de cumprir quarentena de 5/7 dias e fazer teste à COVID-19 no final deste período, com resultado negativo, antes de poderem integrar outra resposta social.

III– ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A comissão de acompanhamento designada deve:

- Articular com os interlocutores dos Centros Distritais do ISS, IP e dos serviços desconcentrados da CVP
- Acompanhar e monitorizar todas as integrações, designadamente na adequação dos elementos destacados à atividade.
 - Deve ser definido um modelo/questionário para avaliação das BIR, a preencher pela instituição;
 - Deve existir um meio de contacto onde os elementos das BIR possam participar e apresentar propostas de melhoria no trabalho;
 - Acompanhar a articulação que é feita com as entidades locais no acionamento de outros parceiros o território, com atuação neste contexto mas fora do âmbito direto do presente protocolo (IEFP, IP e Autoridade de Saúde Local)
 - A BIR deve preencher um relatório síntese no final de cada ativação.

Do acompanhamento pode resultar a todo o momento ajustamentos à atuação.

- A avaliação deve ser sistemática sobre:
 - Execução financeira e material
 - Resultados

9. Protocolo de Atuação das BIR

COVID 19 | PROTOCOLO DE ATUAÇÃO | REDE DE RETAGUARDA DE RECURSOS HUMANOS

A par do programa de intervenção preventiva em ERPI e Lar Residencial, a experiência dos últimos meses tem revelado a importância de se estabelecer um claro plano de atuação em situação de surto, numa lógica de redução de danos e de salvaguarda e proteção do bem-estar das pessoas, em particular da que se entram numa situação de maior vulnerabilidade.

Neste propósito apresenta-se como fundamental assegurar que as equipas de recursos humanos mantêm um funcionamento adequado, mesmo quando a sua constituição fica parcial ou totalmente comprometida pela existência de casos de infeção por COVID-19.

Estabelece-se, desta forma, uma rede de retaguarda de recursos humanos passíveis de serem mobilizados com agilidade e rapidez sempre que necessário. Esta rede de retaguarda consiste numa bolsa de disponibilidades, quer de profissionais especializados, quer de auxiliares, que podem ser integrados em ERPI ou LR, nunca para suprir défices estruturais no quadro de RH, mas para colmatar necessidades específicas associadas ao atual contexto pandémico.

TIPO DE REDE DE RETAGUARDA

- Recursos próprios da instituição: Plano de contingência/continuidade do funcionamento do estabelecimento de apoio social;
 - Bolsa de emprego (MAREESS);
 - Bolsa de voluntários;
 - Brigadas de Intervenção Rápida.

RECURSOS PRÓPRIOS DA INSTITUIÇÃO

PLANO DE CONTINGÊNCIA/CONTINUIDADE DO FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO DE APOIO SOCIAL

Em primeira instância, cada entidade deverá, no âmbito do seu plano de contingência, ter uma estratégia de continuidade do funcionamento e mobilizar recursos e redes próprios para responder a eventuais situações e baixa decorrentes da pandemia.

BOLSA DE EMPREGO

APOIO AO REFORÇO DE EMERGÊNCIA DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS E DE SAÚDE (IEFP, I.P.)

A Portaria n.º 82-C/2020, de 31 de março, criou a medida Apoio ao Reforço de Emergência de Equipamentos Sociais e de Saúde, de natureza temporária e excecional, para assegurar a capacidade de resposta das instituições públicas e do setor solidário com atividade na área social e da saúde, durante a pandemia do COVID-19. A Portaria nº 218/2020, de 16 de setembro vem rever e alargar a medida.

Esta medida consiste no apoio à realização de trabalho socialmente necessário em entidades públicas ou pessoas coletivas de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolvam atividades na área social e da saúde, nomeadamente, serviços de saúde, hospitais, lares, estruturas residenciais ou serviços de apoio domiciliário para pessoas idosas e pessoas com deficiência ou incapacidade.

Podem ser integradas nos projetos abrangidos pela presente medida as pessoas que se encontrem numa das

seguintes situações:

- Desempregados (independentemente de estarem ou não inscritos no IEFP),
- Trabalhadores com contrato suspenso ou horário de trabalho reduzido (lay-off);
- Trabalhadores com contratos de trabalho a tempo parcial,
- Trabalhadores independentes a tempo parcial ou com atividade suspensa;
- Estudantes e formandos com 18 ou mais anos.

Aos destinatários integrados nos projetos as entidades asseguram, entre outros, os seguintes apoios: bolsa mensal, refeição, despesas de transporte e seguro. O IEFP comparticipa financeiramente as entidades promotoras em 90% da bolsa.

[PROCEDIMENTOS E CIRCUITO]

A candidatura ao apoio é efetuada pela entidade promotora, através do preenchimento de um formulário próprio, disponível no portal do IEFP, e deve ser enviada por email para o gabinete de emprego do território, que surge automaticamente ao concluir o preenchimento do formulário.

Depois de receber o pedido, o IEFP emite uma decisão no prazo máximo de dois diasúteis.

Quando a entidade é notificada sobre a decisão de aprovação, tem cinco dias úteis para enviar o termo de aceitação ao IEFP.

[INFORMAÇÃO ADICIONAL]

<https://dre.pt/application/file/a/142950616> / <https://dre.pt/application/file/a/130956300>

<https://www.iefp.pt/covid19>

<https://iefponline.iefp.pt>

<https://www.iefp.pt/redecentros>

Telefone: 300 010 001 (dias úteis das 8h00 às 20h00).

BOLSA DE VOLUNTÁRIOS

Os voluntários podem e devem ser mobilizados para suprir as necessidades transitórias e excecionais das instituições causadas pela situação da pandemia por COVID—19.

Qualquer dúvida relativa a seguros e enquadramento legal do voluntariado deve ser remetida à CASES.

PLATAFORMA PORTUGAL VOLUNTÁRIO (CASES)

A Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES), no âmbito das suas competências na área do voluntariado, criou uma plataforma na internet que disponibiliza as iniciativas de voluntariado de Norte a Sul do país, os movimentos e as plataformas criadas para dar resposta às pessoas que mais apoio precisam.

[PROCEDIMENTOS E CIRCUITO]

- Os cidadãos que pretendam apresentar a sua disponibilidade deverão realizar a respetiva inscrição online, através do link www.portugalvoluntario.pt

- Para acionar estas bolsa deverá ser contactada a CASES, através de email voluntariado@cases.pt

[INFORMAÇÃO ADICIONAL]

<https://www.cases.pt/voluntariado/covid-19/>

PLATAFORMA CUIDA DE TODOS (CASES)

Sob o lema “Vamos cuidar de quem cuidou de nós”, a Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES) lançou o portal cuidadetodos.com

A iniciativa #cuidadetodos insere-se no combate à propagação do COVID-19, tem como objetivo identificar necessidades resultantes do impacto da pandemia na vida dos portugueses e pretende angariar voluntários que queiram prestar serviço em lares e instituições de apoio a idosos.

[PROCEDIMENTOS E CIRCUITO]

- Os cidadãos que pretendam apresentar a sua disponibilidade deverão realizar a respetiva inscrição online, através do link <https://www.cuidadetodos.com/>
- Para acionar estas bolsa deverá ser contactada a CASES, através do email cuidadetodos@cases.pt

UNITATE

A UNITATE – Associação de Desenvolvimento da Economia Social desenvolveu este formulário com o intuito de identificar, em todo o território nacional, cidadãos que, em caso de necessidade, possam estar disponíveis para trabalhar e/ou dar apoio nos equipamentos sociais das IPSS (como Lares de Idosos e outros).

[PROCEDIMENTOS E CIRCUITO]

- Através da Bolsa de Disponíveis para IPSS, enquanto elo facilitador entre a disponibilidade demonstrada pelos cidadãos para prestarem trabalho socialmente útil (quer em regime de voluntariado quer através de trabalho remunerado) e as necessidades de recursos humanos das instituições sociais, promovendo o encontro entre a procura e a oferta de trabalho/voluntariado.
- Os cidadãos que pretendam apresentar a sua disponibilidade deverão realizar a respetiva inscrição online, através do link <https://unitate.typeform.com/to/aNoBPe>.
- Para acionar esta bolsa deverá ser contactada a UNITATE, através de geral@unitate.pt ou 268 980179

BRIGADAS DE INTERVENÇÃO RÁPIDA (BIR)

PROTOCOLO COM A CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Ao abrigo de um Protocolo, entre o ISS, IP e a CVP, são criadas as BIR com o propósito de se constituírem como uma reserva de RH em prontidão, com capacidade de entrada imediata no terreno, colmatando o hiato de tempo que se verifica entre a sinalização de uma necessidade e a colocação de um RH através dos circuitos atrás explanados.

As BIR são acionadas transitória e temporariamente, em situações de surto, após mobilização da rede de retaguarda de RH e apenas enquanto essa rede não disponibiliza uma resposta adequada.

Cabe ao Centro Distrital do território, em articulação com a Autoridade Local de Saúde, a Proteção Civil e a CVP, mobilizar e desmobilizar as BIR.

A implementação das BIR obedece a um guião técnico, anexo a este PA.

[PROCEDIMENTOS E CIRCUITO]

[1º PASSO] ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA RESPOSTA SOCIAL COM CENTRO DISTRITAL

- identifica os recursos humanos necessários, sob orientação da Autoridade de Saúde Pública, Instituto da Segurança Social, I.P. e demais parceiros da Comissão Municipal ou Distrital de Proteção Civil;
- quantifica as necessidades por perfil (auxiliar, enfermeiro, ...);
- identifica período de tempo para permanência (1 turno – diurno/noturno, 1 dia, ..., 1 mês, ...);
- identifica eventual necessidades de EPI ara BIR (a fornecer subsidiariamente, se a entidade não o puder fazer, pela CVP).

[2º PASSO] CENTRO DISTRITAL / UDS

- contacta de imediato interlocutor da CVP para dar conhecimento da situação;
- valida o pedido, em articulação com a Autoridade de Saúde Pública e demais parceiros da Comissão Municipal ou Distrital de Proteção Civil.
- remete documento BIR / Ficha de pedido, via email, para o respetivo interlocutor da CVP, com conhecimento ao ISS,I.P., _____, e à Equipa de apoio aos Lares Nacional COVID19, _____.

[3º PASSO] CVP

- aciona o pedido de imediato;
- diligencia para colocação da BIR no local num tempo máximo de 3 horas;
- comunica, via email, a colocação ao Interlocutor do Centro Distrital, com conhecimento para _____, e à Equipa de apoio aos Lares Nacional COVID19, _____.

[4º PASSO] CENTRO DISTRITAL / UDS

- avalia, em articulação com a Autoridade de Saúde Pública e demais parceiros da Comissão Municipal ou Distrital de Proteção Civil e CVP, da necessidade de manutenção da BIR ativa;
- desmobiliza a BIR.

[5º PASSO] ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA RESPOSTA SOCIAL

- preenche ficha de avaliação da atuação da BIR.

[6º PASSO] CENTRO DISTRITAL / UDS

- encerra e regista episódio de mobilização das BIR

[INTERLOCUTORES]

NOTAS FINAIS

- Os recursos humanos só integram a estrutura residencial com utentes com COVID19 +, desde que estejam garantidos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- No âmbito do plano de contingência do próprio estabelecimento de apoio social, deve estar prevista a aquisição e a disponibilização de EPI.
- Deve ser disponibilizada informação e formação para o manuseamento de EPI, em articulação com a Autoridade de Saúde Pública e demais parceiros da Comissão Municipal ou Distrital de Proteção Civil.

ANEXOS

1. Guião Técnico de Orientação BIR
2. BIR | Ficha de Pedido
3. BIR | Ficha de Avaliação