



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde  
Pública

**“Comunicar em tempo de pandemia, com a população em isolamento  
por SARS CoV2 - Intervenção de Enfermagem Comunitária”**

**“Communicate in pandemic time, with the population in isolation by  
SARS CoV2 – Community Nursing Intervention”**

Por

Maria Antónia Rolo Farinha

Lisboa, 2021





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde  
Pública

**“Comunicar em tempo de pandemia, com a população em isolamento  
por SARS CoV2 - Intervenção de Enfermagem Comunitária”**

**“Communicate in pandemic time, with the population in isolation by  
SARS CoV2 – Community Nursing Intervention”**

Por

Maria Antónia Rolo Farinha

Sob orientação da Professora Doutora Ana Resende

Lisboa, 2021



“Existe um momento na vida de cada pessoa que é possível sonhar e realizar nossos sonhos... e esse momento tão fugaz chama-se presente e tem a duração do tempo que passa”.

Mário Quintana

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Ana Resende, pela sua partilha de saber, mestria na orientação, motivação, atenção, paciência e disponibilidade para este projeto de intervenção.

À Direção do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras pela oportunidade dada para a realização do estágio na Unidade de Saúde de Paço de Arcos.

À minha orientadora no local de estágio, Enfermeira Isabel Correia, pela disponibilidade, incentivo, paciência, ajuda e compreensão.

À minha colega de estágio Maria Pires, por todas as partilhas e disponibilidade ao longo deste percurso.

À Equipa Multidisciplinar da Unidade de Saúde de Paço de Arcos, pela forma como me acolheu e permitiu, a participação em algumas das suas atividades, o que enriqueceu o estágio.

Às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta, a sua disponibilidade para participar e colaborar neste projeto.

À minha família e amigos pela motivação e incentivo, que sempre acreditaram em mim.

A todos os que de uma forma ou de outra contribuíram para o sucesso deste projeto, em especial aos meus Colegas e Chefe.

E finalmente muito especialmente à minha amiga e colega Patrícia, à minha irmã Elsa e à minha tia Antónia que sempre me apoiaram, motivaram de forma a concretizar este desafio.



## **Resumo**

A implementação de medidas de prevenção é fundamental para reduzir o risco de infeção, na pandemia por SARS CoV2. O Enfermeiro é um dos elos de ligação entre os serviços de saúde e a comunidade, sendo considerado um profissional credível, disposto a apoiar e com capacidade para consciencializar o indivíduo das suas dificuldades, motivando-o para a mudança (Phaneuf, 2004). Assim sendo, é fundamental que neste momento se desenvolvam estratégias de educação para a saúde, que fomentem a prática de comportamentos adequados (Rubin, Amlôt, Page, & Wessely, 2009).

Refletindo sobre esta problemática, teve origem um projeto de intervenção, com o objetivo geral de contribuir para a uniformização, da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, à população em isolamento por COVID-19.

A metodologia utilizada foi a do Planeamento em Saúde, tendo sido escolhido a entrevista, como o instrumento de recolha de dados. O referencial teórico, no qual o projeto de intervenção se sustentou, foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Através do diagnóstico de situação, foi possível verificar a necessidade de uniformizar a informação transmitida pelos enfermeiros, aos utentes em isolamento por SARS CoV2 nesta área geodemográfica. Com o objetivo de atender a esta necessidade real, foi elaborado um Guião de fácil consulta, com os conteúdos pertinentes, no momento do contacto telefónico, dos Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, à população em isolamento por COVID-19.

A execução deste projeto de intervenção, sustentado na Metodologia de Planeamento em Saúde de António Tavares e no Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, permitiu aos Enfermeiros do ACeS de Lisboa Ocidental e Oeiras, através da uniformização da comunicação, transmitir uma informação atual, fidedigna e organizada, promovendo a saúde desta população. A construção deste relatório, permitiu refletir sobre as competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolvidas.

**Palavras-Chave:** Medidas de isolamento, SARS CoV2, Promoção da Saúde, Enfermagem de Saúde Pública, Comunicação.

## **Abstract**

The implementation of preventive measures is essential to reduce the risk of infection in the SARS CoV2 pandemic. The nurse is one of the links between health services and the community, being considered a credible professional, willing to support and with the capacity to make the individual aware of his difficulties, motivating him to change (Phaneuf, 2004). Therefore, it is essential that health education be developed at this time, which promotes the practice of compliance (Rubin, Amlôt, Page, & Wessely, 2009).

Reflecting on this problem, an intervention project originated, with the general objective of contributing to the standardization, of the information transmitted by the Nurses of ACeS Lisboa Ocidental and Oeiras, to the population in isolation by COVID-19.

The methodology used was that of Health Planning, and the interview was chosen as the instrument for obtaining data. The theoretical framework, on which the intervention project was based, was Nola Pender's Health Promotion Model.

Through the situation diagnosis, it was possible to verify the need to standardize the information transmitted by nurses, to users in isolation by SARS CoV2 in this geodemographic area. With the objective of meeting this real need, an easy-to-consult guide was prepared, with the relevant contents, at the time of telephone contact, of the Nurses of ACeS Lisboa Ocidental and Oeiras, to the population in isolation by COVID-19.

The execution of this intervention project, based on the Health Planning Methodology of António Tavares and on the Health Promotion Model of Nola Pender, obliged the Nurses of the ACeS of Lisbon West and Oeiras, through the standardization of communication, to transmit current information, reliable and organized, promoting the health of this population. The construction of this report will have the skills of a specialist nurse in Community Nursing and Public Health.

**Keywords:** Isolation measures, SARS CoV2, Health Promotion, Public Health Nursing, Communication.



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	17
2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....	19
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	23
3.1. Pandemia.....	23
3.1.1. Pandemia por SARS CoV 2 .....	26
3.1.2. Contágio e isolamento por SARS CoV2 .....	30
3.1.3. Vigilância epidemiológica.....	32
3.2. Comunicação como intervenção de Enfermagem .....	34
3.3. Promoção da Saúde .....	36
3.3.1. Educação para a Saúde .....	38
4. REFERENCIAL TEÓRICO - O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, DE NOLA PENDER .....	41
5. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	45
5.1. Diagnóstico de Situação .....	45
5.1.1. População Alvo .....	48
5.1.2. Diagnóstico de Enfermagem .....	48
5.2. Fixação de Objetivos.....	48
5.3. Seleção de Estratégias .....	50
5.4. Preparação Operacional – Programação.....	52
5.5. Avaliação e Controlo.....	53
6. CONCLUSÃO .....	57
6.1 Implicações para a prática clínica de enfermagem.....	57
6.2 Considerações Finais.....	57
Referências Bibliográficas .....	59
Apêndices e Anexos.....	65

## **Índice de Figuras**

<i>Figura 1: Gráfico da Pandemia por SARS CoV2</i> .....	29
<i>Figura 2: Mapa Europeu- Pandemia por SARS CoV2</i> .....	30

## **Índice de Quadros**

<i>Quadro 1: Fixação de Objetivos, metas e indicadores</i> .....	50
<i>Quadro 2: Fixação de objetivos, metas e indicadores (2)</i> .....	50
<i>Quadro 3: Avaliação da atividade</i> .....	54
<i>Quadro 4: Avaliação da atividade (2)</i> .....	54
<i>Quadro 5: Avaliação da atividade (3)</i> .....	55
<i>Quadro 6: Avaliação da atividade (4)</i> .....	55
<i>Quadro 7: Avaliação da atividade (5)</i> .....	56

<b>ÍNDICE DE APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE I</b>	Cronograma
<b>APÊNDICE II</b>	Guião de Entrevista dos Coabitantes com COVID 19
<b>APÊNDICE III</b>	Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Coabitantes com COVID 19
<b>APÊNDICE IV</b>	Guião de Entrevista às Enfermeiras da USF Delta
<b>APÊNDICE V</b>	Análise de Conteúdo das Entrevista às Enfermeiras da USF Delta
<b>APÊNDICE VI</b>	Guião de Medidas de Isolamento por COVID 19
<b>APÊNDICE VII</b>	Folheto de Medidas de Isolamento por COVID 19
<b>APÊNDICE VIII</b>	Inquérito de avaliação do projeto de intervenção aos enfermeiros do ACeS LOO



## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do estágio final, do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, pertencente ao ACeS de Lisboa Ocidental e Oeiras, realizando-se no período de 07 de setembro a 18 de dezembro de 2020, a orientação clínica foi atribuída à Enfermeira Mestre em enfermagem na Área de Saúde Pública e de Saúde Comunitária Isabel Correia e a orientação pedagógica à Professora Doutora Ana Resende.

O relatório apresenta o percurso efetuado nesta especialização e, também, relata as competências adquiridas como enfermeiro especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Os Enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assim como, todos aqueles que trabalham numa Unidade de Saúde Pública, têm um papel muito importante na realização e cooperação da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, pois esta “(...) *constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde – doença*” (OE 1, 2018).

A Saúde Pública, perante o sucedido, tem vindo a ter um grande destaque, pois esta tem como principal objetivo “(...) *prevenir doenças, prolongar a vida e promover a saúde por meio dos esforços organizados da sociedade (...)*” (Organização Mundial da Saúde 1, 1988), como também, é responsável pela monitorização e vigilância epidemiológica

No ano de 2020, a 11 de março, foi declarado o estado de pandemia, devido à propagação rápida e numerosa, a nível mundial, do SARS CoV2, pelo que foi necessário uma reorganização e adaptação constante, na vida das pessoas, famílias e comunidades, face ao risco de infeção

O que levou à necessidade e à alteração de comportamentos nas populações, em todo o mundo, de forma, a diminuir o risco de contágio, motivando o cumprimento das medidas de controlo de infeção, tais como, a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, o uso de máscara e o distanciamento social (DGS 1, 2020).

Deste modo, foi imprescindível implementar medidas de controlo de infeção, como também, cercas sanitárias, estados de emergência, tendo sido tudo decidido, com base na análise de dados, realizada pela Saúde Pública, ao nível nacional. Isto é, de forma a dar resposta às necessidades e aos problemas, foi necessário existir uma reorganização e adaptação dos serviços de saúde, dos seus recursos humanos e tecnológicos, assim como também das normas e das orientações.

Neste âmbito, surge o projeto de intervenção comunitária, cujo nome é “Comunicar em tempo de pandemia, com a população em isolamento por SARS CoV2 - Intervenção de Enfermagem Comunitária”, tem como objetivo geral contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, à população em isolamento por COVID-19.

A metodologia utilizada para a realização do presente trabalho, foi a de Planeamento em Saúde, de António Tavares (1990) e tem como referencial teórico, o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender.

O presente relatório, está dividido em seis capítulos. No primeiro capítulo, faz-se a contextualização do local de estágio. No segundo, refere-se as competências desenvolvidas como mestre e enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. No terceiro capítulo, é efetuado o enquadramento teórico, onde são abordados e clarificados os temas de pandemia, pandemia por COVID 19, contágio e isolamento por SARS CoV2, vigilância epidemiológica, comunicação como intervenção de enfermagem, promoção da saúde e educação para a saúde. No quarto, enquadra-se o referencial teórico utilizado, sendo esse o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O quinto capítulo, descreve todas as fases do Planeamento em Saúde. Por último, no sexto, realiza-se uma breve conclusão de todo o percurso e trabalho elaborado.

A redação do relatório, baseou-se nas citações e referências bibliográficas da APA (American Psychological Association), 6ª edição.

A autorização para a nomeação do nome da enfermeira orientadora e da instituição foi solicitado à Direção Executiva do ACeS LOO (Anexo I).



## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio realizou-se na sede da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, situada na Avenida António Bernardo Cabral de Macedo 2770-189 Paço de Arcos, esta unidade tem um polo em Lisboa, localizado na Travessa das Florindas, no Centro de Saúde da Ajuda. Neste realizam-se as Juntas Médicas dirigidas à população residente nas freguesias de Lisboa abrangidas pelo ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, e a prestação de cuidados individuais no âmbito das intervenções de Autoridade de Saúde, facilitando a sua acessibilidade.

A sede da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, partilha o edifício com a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Paço de Arcos e a Unidade de Saúde Familiar Delta.

As Unidades referidas estão inseridas no ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, cuja área geográfica é de aproximadamente 64 km<sup>2</sup> e a população residente de 233 465 habitantes, agregando na totalidade nove freguesias, desde a vigência da Lei n.º 85/2015 (de 7 de Agosto), distribuídas da seguinte forma: quatro do concelho de Lisboa, Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique (Santo Condestável) e cinco do concelho de Oeiras, Barcarena e Porto Salvo e as Uniões de freguesias de Carnaxide e Queijas; Cruz Quebrada, Dafundo, Linda-a-Velha e Algés e ainda Oeiras, Paço de Arcos e Caxias (Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, 2016-2018).

Conforme consta do Plano de Atividades da Unidade de Saúde Pública para o triénio 2016-2018, têm por “(...) *missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde.*”

As competências da Unidade de Saúde Pública, na área geodemográfica de influência do ACES, de acordo com o que é referido no Plano de Atividades (2016-2018), tendo por base o disposto no artigo 12º do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro e no artigo 3º do Decreto-Lei nº 81/2009, de 2 de Abril, alterados pelo Decreto-Lei nº 137/2013, de 7 de Outubro e retificados pela Declaração de Rectificação nº 52/2013, de 4 de Dezembro,

tais como: elaborar informação e planos em domínios da saúde pública; proceder à vigilância epidemiológica; gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos; colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, 2018).

No que se refere aos recursos humanos, a Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos dispõe de 23 trabalhadores com diferentes categorias profissionais, cinco médicos de Saúde Pública, cinco técnicos de Saúde Ambiental, três enfermeiras, uma médica dentista, cinco higienistas orais e quatro assistentes técnicos (Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, 2016-2018)

## **2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

No início do estágio, na Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, foi imprescindível definir objetivos específicos, que possibilitassem o desenvolvimento e aquisição de competências da área de especialização, sendo esses:

- Integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos;
- Colaborar com a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, nas atividades de vigilância e promoção da saúde;
- Participar na vigilância epidemiológica das doenças de declaração obrigatória;
- Identificar um problema ou necessidade da equipa, através do diagnóstico de situação;
- Utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde para a elaboração de um projeto de intervenção comunitária.

Ao longo do estágio e em diferentes fases, os objetivos anteriormente mencionados foram sendo atingidos, através da concretização de atividades, que serão explanadas ao longo do trabalho.

Os cuidados de saúde, assim como, os cuidados de Enfermagem, são de grande importância e de exigência científica e técnica, o que torna necessário existir uma especialização por parte dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros 3 , 2019).

Deste modo, considera-se que o Enfermeiro especialista, “(...) *é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)*” (Ordem dos Enfermeiros 3 , 2019).

A especialidade em Enfermagem Comunitária, tem evoluído nos últimos tempos e foi necessário regulamentar as competências, tendo em conta, o alvo e o contexto de

intervenção, sendo identificadas as seguintes áreas: Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros 1, 2018).

A prática centrada na comunidade é uma das intervenções do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, tornando-se assim fundamental a existência deste, uma vez que dá resposta aos processos de vida e aos problemas de saúde, como também consegue adequar a sua resposta face às diferentes pessoas, o que proporciona ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros 4, 2010).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que foram adquiridas gradualmente ao longo deste percurso, são as seguintes (Ordem dos Enfermeiros 1, 2018):

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

A realização do projeto de intervenção comunitária “Comunicar em tempo de pandemia, com a população em isolamento por SARS CoV2 – Intervenção de Enfermagem Comunitária” teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde, de António Tavares (1990). Com a realização deste projeto foi possível atingir os objetivos de: Identificar um problema de enfermagem através do diagnóstico de situação; Utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde para a realização do projeto de intervenção comunitária.

- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

A elaboração do Guião das medidas de isolamento por COVID 19, permitiu reunir informação pertinente, atual e fidedigna, de modo organizado e de rápida consulta, capacitando os Enfermeiros a utilizar a educação para a saúde de forma adaptada às necessidades e problemas de cada pessoa, contribuindo assim para uma melhor prestação de cuidados.

Nas visitas às Estruturas Residenciais para Idosos, participamos com os elementos da equipa multidisciplinar do ACeS, em conjunto com as entidades de Oeiras, nomeadamente a Segurança Social, Câmara Municipal e Proteção Civil, tendo como objetivo instruir e capacitar os profissionais dessas estruturas, bem como verificar a

implementação das medidas de prevenção e controlo de infeção por SARS CoV2. Com a realização desta actividade foram atingidos os objetivos de colaborar com a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, nas atividades de vigilância e promoção da saúde; e integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos.

- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

A nível da campanha de vacinação contra a gripe, colaboramos na distribuição das vacinas, às Estruturas Residenciais para Idosos, do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, o que possibilitou compreender toda a dinâmica envolvida neste processo a estas instituições. O que também contribuiu para alcançar os objetivos de integrar a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos e de colaborar com a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, nas atividades de vigilância e promoção da saúde.

- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

No que se refere à vigilância epidemiológica realizamos inquéritos epidemiológicos a doenças de declaração obrigatória (Sífilis, Tuberculose, Lepstoespires, Legionella, Síndrome da Imuno - deficiência Humana, Coronavírus), efetuando o registo dos mesmos no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o que permitiu cumprir o objetivo de participar na vigilância epidemiológica das doenças de declaração obrigatória.

Através da observação dos contactos do Trace Covid, efetuados à população, pelos Enfermeiros da Unidade Delta, foi possível compreender o processo envolvido, no acompanhamento da população infetada por SARS CoV2.

A realização e a apresentação do poster “Experiências e dificuldades sentidas pelos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde: revisão narrativa” (com autoria(s): Clérigo, P., Farinha, A., Gomes, L., coautora: Ferrito, C.), no dia 27-11-2020, teve lugar no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem- Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro (Anexo II). Assim sendo, esta atividade permitiu comunicar as conclusões e conhecimentos da temática abordada, de forma clara e a outros profissionais de saúde, indo ao encontro das competências de mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2006).



### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 3.1. Pandemia

As pandemias fazem parte da história da humanidade, pois existem registos delas desde o ano 431 a.C. e também na época de Hipócrates, sendo descrito a ocorrência de um surto de infeção (Kolata, 1999).

Define-se pandemia como “(...) *uma doença que se estende ao longo de várias e extensas áreas geográficas, originando o seu movimento e propagação através de transmissão, associada a diversos locais, provocando uma propagação exponencial com elevado número de casos num curto espaço de tempo (...)*” (Justo-Henriques, 2020). Deste modo, quando surge uma pandemia, grande parte da população não tem imunidade para a patologia, estando o seu grau de gravidade relacionado com o facto de ser infecciosa, contagiosa e desconhecida (Morens, Folkers, & Fauci, 2009).

Em Atenas, no ano 431 a.C., viveu-se uma epidemia, que segundo Serqueira (2001), modificou todo o quotidiano desta cidade, devido ao “(...) *panorama do pesadelo (...)*”, relativamente ao número de mortes provocados pela doença (Sequeira, 2001).

Nos fins de 1889, deu-se início a uma grave pandemia de gripe, com origem na Sibéria, que afetou entre 15 a 70% da população mundial, tendo a mortalidade sido reduzida nos adultos e nos jovens (Sequeira, 2001). Neste mesmo âmbito, em Lisboa, segundo Serqueira (2001), metade da população foi afetada.

No ano de 1918, surgiu uma nova pandemia, sendo essa conhecida como “a espanhola” em Portugal e nos outros países como a gripe espanhola (Sequeira, 2001). Esta pandemia, em Portugal surgiu após a sua deteção em Espanha, sendo a sua origem desconhecida, ainda assim, afetou a maior parte da população e com uma elevada taxa de mortalidade (Sequeira, 2001).

No decorrer dos anos e da história muitas pandemias ocorreram, sendo de destacar cólera, peste bubónica, sarampo, gripe russa, gripe espanhola, gripe asiática, VIH/SIDA e gripe A.

Desde o início do século XXI, o mundo deparou-se com três pandemias causadas por coronavírus, um vírus que até à data não era conhecida a capacidade de infetar os humanos.

O coronavírus segundo a classificação do Comité Internacional de Taxonomia dos Vírus, pertence à ordem *Nidovirales* da família *Coronaviridae* e da subfamília *Coronavirinae*. Sendo que a subfamília *Coronavirinae* é constituída por quatro géneros: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus* e *Deltacoronavirus* (Cui, Li, & Shi, 2018).

Os géneros *Alphacoronavirus* e *Betacoronavirus* só infetam mamíferos, sendo que nos humanos provocam infeções respiratórias e nos animais gastroenterites. Os outros dois géneros são responsáveis por infeções nas aves, no entanto, também podem infetar os mamíferos (Cui, Li, & Shi, 2018).

A capacidade infecciosa dos coronavírus encontrava-se documentada como infeções respiratórias leves em pessoas imunocompetentes até ao surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002 e 2003 na província de Guangdong na China (Cui, Li, & Shi, 2018).

A OMS na publicação “SARS: Chronology of a serial killer”, faz referência ao primeiro caso de pneumonia atípica, registada na cidade Foshan, província de Guangdong, China, que teve início a 16 de novembro de 2002 (OMS, 2003). Porém, esta patologia inicialmente foi relatada como sendo uma gripe e não uma pneumonia (OMS, 2003).

A proporção da doença ao longo dos primeiros meses de 2003, fizeram despoletar inúmeros meios de alerta, visto já se suspeitar de um surto presente em diferentes instituições hospitalares (OMS, 2003).

Um pouco por todo o mundo surgiram casos de pneumonia atípica, mas sempre em pessoas com história de contactos recentes com a China. No entanto, só a 16 de abril de 2003, é que é reconhecido o agente causador da SARS, um coronavírus desconhecido até á data (OMS, 2003).

A 11 de julho de 2003, a OMS tinha registado 8.437 casos de SARS a nível global, dos quais resultaram 813 mortes, sendo a maioria dos casos registados na China e Hong Kong (Zhong, et al., 2003).

A saúde pública foi determinante na contenção da SARS, através das suas competências para deteção e isolamento de casos, rastreamento dos contactos, instituição de quarentenas e medidas de controle de infeção (Ahmad, Krumkamp, & Reintjes, 2009) . Os sistemas de ciência e comunicação do século XXI, permitiram uma partilha constante das informações a nível mundial, assim como a implementação das recomendações da OMS (Ahmad, Krumkamp, & Reintjes, 2009).

Uma década depois, um outro coronavírus foi responsável pela Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV), sendo este identificado em setembro de 2012 na Arábia Saudita, posteriormente foi confirmado o primeiro caso na Jordânia em abril de 2012 (Centers for Disease Control and Prevention , 2019).

No total, 27 países notificaram casos, desde 2012 até 11 de março de 2021, foram confirmados por laboratório, um total de 2574 de MERS-CoV, aos quais estão associadas 886 mortes, que foram notificados à OMS de acordo com os regulamentos internacionais de saúde (OMS, 11, 2021).

O coronavírus da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) teve origem num vírus zoonótico, uma vez que este é transmitido de camelos dromedários infetados para humanos, através do contato direto ou indireto (OMS, 12, 2021).

*“Os sintomas típicos da MERS incluem febre, tosse e falta de ar. A pneumonia é comum, mas nem sempre está presente. Sintomas gastrointestinais, incluindo diarreia, também foram relatados. Alguns casos confirmados em laboratório de infeção por MERS-CoV são relatados como assintomáticos, o que significa que não apresentam quaisquer sintomas clínicos, embora sejam positivos para infeção por MERS-CoV após um teste laboratorial. A maioria desses casos assintomáticos foi detetada após rastreamento agressivo de um caso confirmado por laboratório.”* (OMS, 13, 2019).

Uma das dificuldades na contenção do MERS-CoV, tem a ver com os primeiros sintomas da infeção serem inespecíficos, comuns a outras infeções respiratórias. Neste sentido as medidas de prevenção e controle de infeção são fundamentais para prevenir a disseminação do MERS-CoV nas unidades de saúde. O que torna fundamental a adoção

por parte dos profissionais de saúde de medidas de prevenção padrão e também a prevenção de contaminação por gotículas, quando abordam um doente com infeção respiratória (OMS, 12, 2021).

Atualmente, vive-se a pandemia por SARS CoV-2, que se transmite a nível mundial entre os humanos de forma exponencial, sendo necessário aplicar medidas de prevenção (Antunes, et al., 2020).

A constante mutação dos vírus poderá levar à ocorrência de novas pandemias, sendo de considerar o número elevado de pessoas que se mobilizam entre diversos países e também a resistência aos antibióticos (Justo-Henriques, 2020).

### ***3.1.1. Pandemia por SARS CoV 2***

No dia 31 de dezembro de 2019, foram relatados os primeiros 44 casos identificados, de pneumonia de etiologia desconhecida em pessoas que tinham frequentado o Mercado Atacadista de Frutos do Mar, na cidade de Wuhan (Organização Mundial da Saúde 2, 2020).

A 5 janeiro de 2020, a China identificou 44 casos, dos quais 11 em estado grave e 33 casos estáveis. No entanto, o quadro clínico dos doentes veio a revelar lesões invasivas em ambos os pulmões e são mencionados os seguintes sintomas: febre e dificuldade respiratória (OMS 2, 2020).

A Organização Mundial de Saúde, no relatório do dia 12 de janeiro de 2020, revelou que a China, no dia 7 de janeiro 2020, comunicou o isolamento de um novo coronavírus, sendo este identificado como nCoV (Organização Mundial da Saúde 3, 2020). Neste mesmo dia, foram confirmados 41 casos com a nova infeção por coronavírus, sendo que 7 casos estavam gravemente doentes e foi contabilizado o primeiro óbito, num doente infetado, com outras comorbilidades (OMS 3, 2020).

Ao nível da Saúde Pública, foram tomadas as seguintes medidas: envio de um grupo de especialistas à cidade de Wuhan para apoio e resposta local; identificação e acompanhamento dos contactos, sendo estes um total de 763, incluído profissionais de saúde; o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan manteve-se, temporariamente,

encerrado para realização de saneamento e desinfecção ambiental; a adoção de medidas de autoproteção e consciencialização foram promovidas através de atividades de comunicação ao público de risco (OMS 3, 2020).

A 12 de janeiro, a Organização Mundial de Saúde informou que *“Os coronavírus são uma grande família de vírus que causam doenças que vão desde o resfriado comum até doenças mais graves, como o Síndrome Respiratório do Médio Oriente e a Síndrome Respiratória Aguda Grave o 2019 – nCoV é uma nova cepa que não foi identificada anteriormente em humanos.”* (OMS 3, 2020).

Na República Popular da China teve lugar, a segunda reunião do Comité de Emergência, no dia 30 de janeiro de 2020, tendo sido esta convocada pelo Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional, sobre o surto de novo coronavírus 2019 (OMS 4, 2020).

Desta forma, foi decidido que este surto cumpria os critérios de Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (OMS 4, 2020). No mesmo dia, foi realizado um ponto de situação, relativamente aos casos existentes na China, tendo sido divulgado os seguintes dados: 9720 casos confirmados; destes 1527 eram considerados graves, e 213 óbitos e existiam 15238 casos suspeitos em todo o país (OMS 4, 2020).

O Secretário-Geral da Organização Mundial de Saúde, referiu que foram registados 106 casos em 19 países, excluindo a China, nos quais não foram registadas mortes de salientar que sete desses casos não apresentavam nenhuma relação com a China (OMS 4, 2020).

A Organização Mundial da Saúde alerta para a forma de contágio dos coronavírus responsáveis, pelos dois surtos anteriores devido a coronavírus (Síndrome Respiratória do Oriente Médio e Grave Síndrome Respiratória Aguda), em que a transmissão pessoa a pessoa ocorreu através de gotículas, sugerindo que o modo de transmissão do 2019-nCoV poderia ser semelhante (OMS 5, 2020).

No dia 12 de fevereiro de 2020, é definido, pelo Presidente da Organização Mundial da Saúde, Tedros Adhanom Ghebreyesus, um nome para a doença *“(...) COVID-19 (...) um nome que não se referisse a uma localização geográfica, um animal, um indivíduo ou grupo de pessoas, e fosse também pronunciável e relacionado à doença (...)”*, mas com origem *“(...) nas palavras “corona”, “vírus” e “doença” com indicação do ano em que*

*surgiu.*”. No mesmo dia, fez referência à etiologia desta doença, que “(...) *resulta da infeção por SARS-CoV2(...)*” (OMS 6, 2020).

A pandemia foi declarada, no dia 11 de março de 2020, pelo Presidente da Organização Mundial de Saúde, referindo que a “(...) *OMS tem avaliado este surto, 24 horas por dia, e estamos profundamente preocupados tanto com os níveis alarmantes de propagação e gravidade, como com os níveis alarmantes de inação. Portanto, avaliamos que o COVID-19 pode ser caracterizado como uma pandemia.*” (OMS 7, 2020). Neste mesmo dia, foram também actualizados os números a nível mundial, referentes a esta pandemia, mais de 118 mil casos de infeção em 114 países e 4291 mortes (SNS 2, 2020).

Em Portugal, o primeiro caso de COVID-19, foi detetado no Porto, num doente que regressou de Espanha, e foi comunicado à Organização Mundial de Saúde, no dia 3 de março 2020 (DGS 3, 2020).

No comunicado C160-79-V1 de 8 de março, foi referido que o surto estava delimitado aos concelhos de Felgueiras e Lousada, tendo sido afetados os estabelecimentos de ensino, de lazer/culturais com utilização pública (DGS 4, 2020). Desta forma, foi também aconselhado aos habitantes destes concelhos, a redução das deslocações e participação em reuniões assim como foi recomendado o distanciamento social, higiene das mãos, medidas de etiqueta respiratória e limpeza de objetos e superfícies, de forma a reduzir o risco de contágio (DGS 3, 2020).

Através do Despacho nº 004/2020 de 05/02/2020 foi regulada a Task-Force, sendo atualizada nos despachos nº 005 de 21/02/2020; nº 006 de 17/03/2020, ficando em vigor o despacho nº 007/2020 de 03/04/2020 que faz a atualização da operacionalização e a implementação de medidas para prevenção e controle da infeção pelo novo Coronavírus, previstas no plano de contingência (DGS 5, 2020).

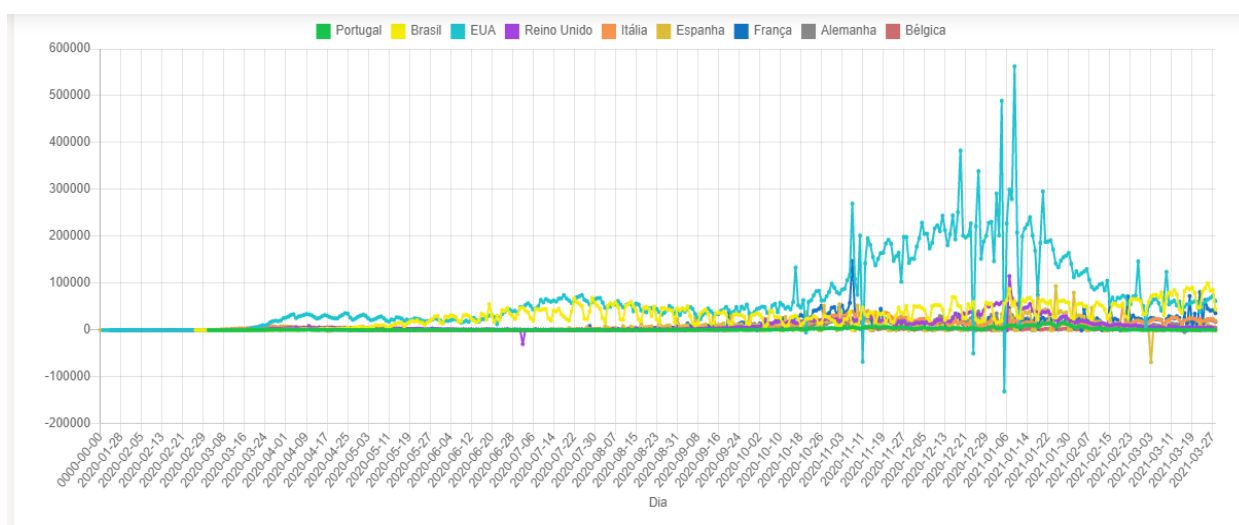
O Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, no dia 18 de março de 2020, declarou o Estado de Emergência, baseado na verificação da situação de calamidade pública (Presidência da República , 2020). O país manteve-se em Estado de Emergência entre 19 de março e 02 de maio de 2020, com limitação da circulação da população.

Desde o início da pandemia, Portugal tem vivido uma constante oscilação no número de casos positivos, tendo ocorrido o pico da primeira vaga, no dia 11 de abril de 2020, com 1516 casos e o pico de número de mortes, no dia 25 de abril, com 60 mortes (Dashboard,

2021). O pico da segunda vaga, foi registado, no dia 17 de novembro de 2020, com 8371 casos e o pico de número de mortes, no dia 14 de dezembro, de 98 mortes (Dashboard, 2021).

Deste modo, foi necessário declarar novo estado de emergência, no dia 06 de novembro de 2020, face à situação epidemiológica do país (Presidente da República, 2020).

Figura 1: Gráfico da Pandemia por SARS CoV2

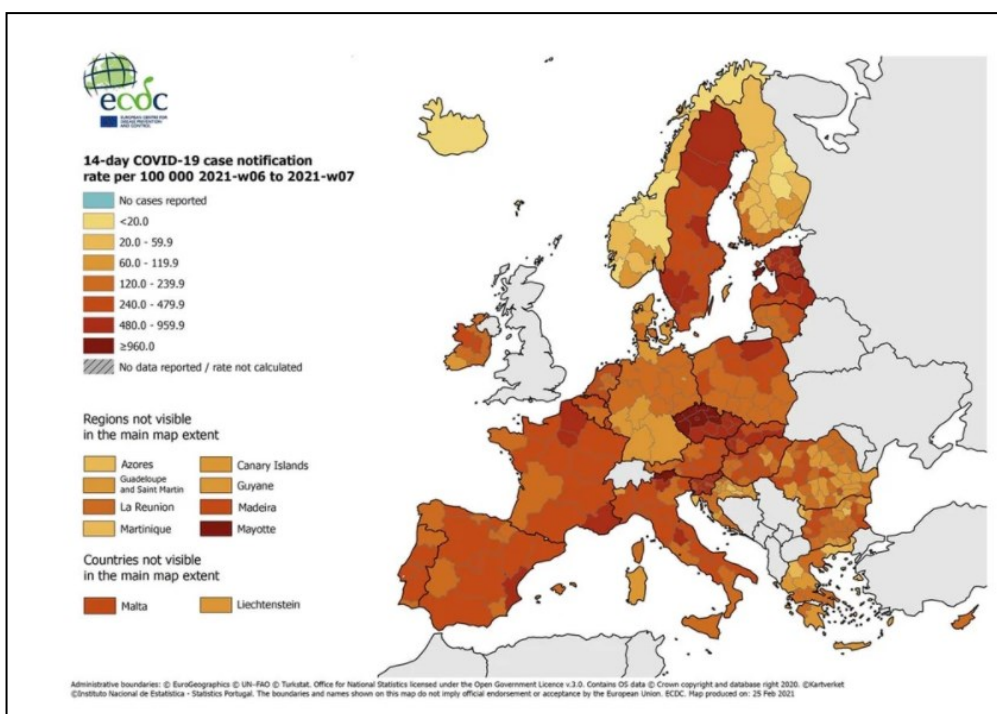


Fonte: ZEROZERO (<https://covid19.zerozero.pt/graph/infetados-por-dia-de-calendario/1>)

O gráfico, da figura 1, representa a comparação da evolução da pandemia por Covid 19 entre alguns países da América e da Europa. No mesmo, é possível observar que os Estados Unidos da América é o país que mais se destaca, por apresentar um número de casos muito superior aos restantes países e ainda, é possível observar que existe um aumento significativo desses, nos meses de dezembro de 2020 e janeiro de 2021.

No dia 27 de março de 2021, os países europeus que registavam o maior número de casos de COVID 19, desde o início da pandemia, eram a França (4 477 503), o Reino Unido (4 343 062) a Itália (3 512 453) e a Espanha (3 255 324).

Figura 2: Mapa Europeu- Pandemia por SARS CoV2



Fonte: Centro Europeu para Prevenção e Controlo de Doenças (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>)

Como podemos observar no mapa, da figura 2, referente à sexta e sétima semana de 2021, Portugal já não está no topo, do grupo de países da Europa, com maior risco de contágio, do qual fazem parte a República Checa, a Estónia, a Eslováquia e a Suécia.

### 3.1.2. Contágio e isolamento por SARS CoV2

A transmissão de SARS-CoV-2 ocorre essencialmente através do trato respiratório superior, por gotículas, secreções respiratórias e contacto direto com a mucosa oral ou nasal (Ghandi, Lynch, & Rio, 2020).

O SARS-CoV-2, pode ser transmitido diretamente, entre pessoas por contacto próximo, quando uma pessoa infetada, tosse ou espirra e as gotículas contendo partículas virais, entram em contacto direto, com o nariz, boca e olhos de outra pessoa (DGS 6, 2020). Quando estas gotículas, ficam depositadas, nas superfícies que rodeiam a pessoa infetada e outra pessoa entra em contacto com estas, levando posteriormente as mãos à boca, nariz ou olhos, considera-se transmissão indireta (DGS 6, 2020).

O diagnóstico de COVID-19 baseia-se na história epidemiológica, nas manifestações clínicas e nos testes de ácido nucleico, que podem ser realizados através de esfregaços nasofaríngeos, de expectoração, de secreções respiratórias e de fluido de lavagem alveolar (Wei, Zong, Feng, & Shaoqing, 2020).

Os sintomas mais prevalentes são a tosse, a febre e a dispneia. Os doentes podem também apresentar-se assintomáticos ou com sintomas gastrointestinais (anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal e hemorragia gastrointestinal) (Gouveia & Campos, 2020). Sintomas de anosmia e ageusia podem também ser relatados (Kaye, CHang, Kazahaya, Brereton, & Denny, 2020).

As medidas preventivas a tomar para evitar a propagação do vírus são: o reforço da higiene das mãos; etiqueta respiratória; o uso de máscara; ventilação de espaços (Sun, Lu, Xu, Sun, & Pan, 2020); a desinfecção de superfícies com álcool ou hipoclorito de sódio (Rabi, Zoubi, Kasasbeh, Salameh, & Al-Nasser, 2020); o fecho das escolas, universidades e locais de trabalho; o distanciamento social (Agrawal, Goel, & Gupta, 2020).

No caso de suspeita de infeção por SARS CoV2 é fulcral o rápido diagnóstico, o isolamento, a quarentena e o acompanhamento dos infetados (Agrawal, Goel, & Gupta, 2020).

Deste modo, para que haja sucesso na diminuição da propagação do SARS CoV 2, é imprescindível o cumprimento das medidas preventivas, sobretudo a colaboração e participação da população e das instituições. Assim sendo, e segundo a Orientação número 10/2020, é “(...) importante incentivar e salvaguardar o papel específico de cada pessoa na quebra das cadeias de transmissão, contribuindo decisivamente para a proteção da comunidade” (DGS 1, 2020).

No momento, em que é detetado um caso positivo para SARS CoV2, existem duas medidas importantes a tomar, como foi referido anteriormente, o isolamento e a quarentena. O isolamento é definido como uma “(...) medida utilizada em indivíduos doentes, para que através do afastamento social não contagiem outros cidadãos” (DGS 1, 2020). No entanto, a quarentena é utilizada em “(...) indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas possam ter estado em contacto com um doente confirmadamente infeccioso.” (DGS 1, 2020).

De forma, a orientar e a esclarecer, a população e as instituições, a Direção Geral da Saúde, elaborou a orientação nº 10/2020, com os conteúdos essenciais para diminuir a propagação do SARS CoV2, tais como:

- ✓ O que é a quarentena ou o isolamento?
- ✓ Quando devo fazer quarentena ou isolamento?
- ✓ O que fazer durante o período de quarentena ou isolamento?
- ✓ O que fazer se desenvolver/agravar sintomas?
- ✓ O que fazer se um membro do agregado familiar desenvolver sintomas?
- ✓ Como justificar as faltas à entidade patronal?
- ✓ Manter-se motivado durante o tempo de quarentena ou isolamento.
- ✓ Onde posso obter mais informação?

Não podemos deixar de ter como referência, que “(...) *as medidas comportamentais mais eficazes continuam a ser as que recorrem ao evitamento e isolamento social (...)*” (Justo-Henriques, 2020).

### **3.1.3. Vigilância epidemiológica**

No artigo 4º, da Lei nº 81 de 21 de agosto de 2009, foi definido a organização e o funcionamento do sistema de vigilância em Saúde Pública, para o qual foi criado o Conselho Nacional de Saúde Pública, que compreende duas comissões: a Comissão Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e a Comissão Coordenadora de Emergência (Assembleia da República, 2009).

A vigilância epidemiológica permite avaliar o risco de contaminação, o número de casos existentes, o evoluir da propagação da doença em qualquer área geodemográfica, o que é extremamente importante para a adoção de medidas adequadas ao evoluir da pandemia.

No anexo I, relativo ao Regulamento n.º 428/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de

Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar, é referido que a “(...) *vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde – doença*” (OE 1, 2018).

Conforme é referido por Bonita (2010) “*A vigilância em saúde é a colecta, análise e interpretação sistemática, de dados em saúde para o planeamento, implementação e avaliação das atividades em saúde pública. Os dados obtidos pela vigilância devem ser dissimulados, permitindo a implementação de ações efetivas para a prevenção da doença. Os mecanismos de vigilância incluem a notificação compulsória de algumas doenças, registos de doenças específicas (...)*” (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010).

Os sistemas de alerta precoce são instrumentos utilizados para a vigilância epidemiológica, que segundo Bonita (2010), permitem dar uma resposta rápida no caso das doenças transmissíveis (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010).

Em Portugal, o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) , é o sistema de vigilância em saúde pública, que após a reunião de um grupo de entidades dos sectores público, privado e social, foi construído com base nas “(...) *leis orgânicas e atribuições estatutárias, aplicando medidas de prevenção, alerta, controlo e resposta, relativamente a doenças transmissíveis, em especial as infecto-contagiosas, a outros riscos para a saúde pública, com vista a garantir o direito dos cidadãos à defesa e proteção da saúde*” (Assembleia da República, 2009).

Desde o início da pandemia, que em Portugal, o SINAVE disponibiliza o inquérito epidemiológico para a infeção por SARS-CoV2 (SNS 3, 2020).

Assim o SINAVE, permitiu um acompanhamento, em tempo real, do evoluir da pandemia no nosso país. A Saúde Pública foi fundamental na identificação dos casos, na indicação para isolamento dos mesmos, rastreamento dos contactos e emissão dos certificados de isolamento profilático para cumprimento da quarentena quando cumpriam os critérios da Direção Geral da Saúde.

A vigilância epidemiológica no SINAVE, permite: registar e classificar o caso, como suspeito ou confirmado; validar o isolamento e rastrear os contactos, implementando a quarentena aos contactos de alto risco e alertando os casos de baixo risco para a vigilância

dos sintomas, de acordo com a norma 020/2020 de 9 de novembro e a orientação da DGS (DGS 7, 2020).

No artigo 4º, da Lei nº 81 de 21 de agosto de 2009, foi definida a organização e o funcionamento do sistema de vigilância em Saúde Pública, para o qual foi criado o Conselho Nacional de Saúde Pública, que compreende duas comissões: a Comissão Coordenadora de Vigilância Epidemiológica e a Comissão Coordenadora de Emergência (Assembleia da República, 2009).

### **3.2. Comunicação como intervenção de Enfermagem**

A palavra comunicar tem origem na palavra latina “communicare” com a perspectiva de compartilhar, sendo que a comunicação é definida pelo contexto onde decorre, pois abrange a situação e a interação que se cria entre os participantes, designado por espaço de interação (Ramos, 2008).

A comunicação, segundo Ramos (2004), é definida como: “(...) *um processo bidirecional, contínuo, dinâmico, interativo, irreversível, que se produz num determinado contexto físico e social influenciando o comportamento (...)*” (Ramos, 2004).

Quando, se comunica, tem-se como objetivo alterar um comportamento, pois “(...) *uma comunicação não só transmite informação mas, ao mesmo tempo, impõe um comportamento*” (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2001).

A comunicação gera e refaz a informação, partilhando sentimentos e emoções entre o emissor e o recetor, sendo realizada de forma consciente ou inconsciente e até de forma verbal ou não verbal, apreendemos as opiniões, os sentimentos e as emoções (Phaneuf, 2004).

Na comunicação existem dois tipos de linguagem, a verbal, em que se utiliza “(...) *palavras com uma estrutura gramatical para expressar ideias e sentimentos e descrever objetos (...)*” e a não verbal, que usa a “(...) *linguagem corporal ou gestual para enviar informações que não podem ou não devem ser ditas verbalmente*” (Stanhope & Lancaster, 2011).

O ambiente é um fenómeno que pode influenciar a comunicação, pois este pode ser favorável ou desfavorável, como também, a personalidade, os valores, a cultura e os

conhecimentos de cada interveniente (Phaneuf, 2004). Consequentemente, na comunicação, existe uma adaptação contínua ao discurso, comportamento e reação da outra pessoa, o que possibilita a interatividade entre os participantes (Phaneuf, 2004).

A comunicação é uma ferramenta fundamental para os Enfermeiros, pois permite estabelecer uma relação terapêutica com o utente, de forma a conhecer a personalidade, o ambiente de vida, isto é, conhecer a pessoa como um todo (Phaneuf, 2004). No entanto, estes profissionais de saúde têm de estar atentos, à sua comunicação não verbal, uma vez que esta pode afetar a interação/relação a ser estabelecida.

A comunicação pode ser considerada como uma estratégia por ter um carácter informativo, persuasivo e relacional quando usada num contexto educativo (Hallanhan, Holtzhausen, Van Ruler, Verčič, & Sriramesh, 2007). Portanto, analisar o público-alvo e as suas necessidades de comunicação, são elementos fundamentais para se desenvolver uma comunicação eficaz (Horsle, 2005).

As mudanças de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis, promovem mais ganhos em saúde, quando é utilizada a comunicação como estratégia de educação para a saúde, desta forma, atinge-se a melhoria da saúde da pessoa, família e comunidade e também a redução de gastos em saúde (Alpuim, 2015).

O Enfermeiro ao comunicar com a pessoa, tem consciência de que representa para esta, um profissional qualificado, credível e disposto a apoiar (Phaneuf, 2004). Da mesma forma, contribui para o indivíduo se consciencializar das suas dificuldades, induz uma mudança de comportamento e se necessário participa na procura de recursos (Phaneuf, 2004).

Na realidade, sempre que o Enfermeiro comunica com a pessoa ou população, tem como objetivo intervir. “*Quer se queira ou não, comunicar consiste em influenciar*” (Phaneuf, 2004).

A informação transmitida à população, durante a ocorrência de surtos, deve ser acessível e coerente, de forma a reduzir o risco de infeção, realçando os atos adequados a praticar (Rubin, Amlôt, Page, & Wessely, 2009).

No processo de comunicação, tenciona-se que a pessoa compreenda e participe, uma vez que, o seu entendimento é importante para o processo de cura (Amaral, 2002).

Deste modo, segundo Phaneuf (2004), uma das competências principais para o cuidar é comunicar. O mesmo autor, menciona que os enfermeiros desempenham uma função importante na comunicação interpessoal, que se concretiza no ato de cuidar.

A comunicação entre os profissionais de saúde, nem sempre decorre de forma linear, como tal, é imprescindível alcançar e comunicar a informação de forma a compartilhar conhecimentos e experiências, que promovam a continuidade de cuidados e que contribuíssem para uma melhor prestação de cuidados (Phaneuf, 2004).

Assim sendo, o processo de comunicação pretende “(...) *aumentar a saúde, prevenir ou diminuir a doença nos indivíduos e grupos influenciando as crenças, atitudes e comportamento daqueles que detêm o poder e da comunidade em geral*” (Downie, Tannahill, & Tannahill, 2000).

### **3.3.Promoção da Saúde**

O conceito de Promoção da Saúde, ao longo de vários anos, tem vindo a ser debatido, tendo começado a ser questionado com a Declaração de Alma-Ata (1978), ao definir a saúde como uma produção social, determinando a cooperação entre os vários setores da comunidade, originando a participação social (Stanhope & Lancaster, 2011).

A Declaração de Alma-Ata, de 1978, incentivou o empoderamento como uma parte integrante dos cuidados de saúde primários, e evidência o direito e dever das populações, em colaborar de forma individual ou coletiva no processo e na execução dos seus cuidados de saúde (OMS 8, 1978).

A Promoção da Saúde, segundo a Carta de Ottawa (1986), é o “(...) *processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar*” (DGS 8, 1986).

O estado de bem-estar físico, mental e social de um indivíduo ou grupo, será atingido se este conseguir identificar as suas necessidades, e perante isso, modificarem-se ou adaptarem-se à situação.

A melhoria da saúde das populações, pode ser atingida através de algumas condições e recursos, que segundo a Carta de Ottawa (1986), são: a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade (DGS 8, 1986).

A execução das estratégias de promoção da saúde, segundo a Carta de Ottawa, estruturam-se em cinco áreas: “(...) *definição de políticas; legislação e regulamentação; criação de ambientes de suporte; reforço da ação comunitária; informação, educação para a saúde e a capacitação individual e colectivo, e reorientação dos serviços de saúde* (...)” (DGS 8, 1986). Esta Carta descreveu ainda, três funções essenciais dos promotores de saúde: advogar, capacitar e mediar (DGS 8, 1986).

O controlo da sua própria saúde, é fundamental no contexto da promoção da saúde, uma vez que, os indivíduos, com a ajuda dos promotores de saúde, vão definir os seus objetivos de saúde, de forma a serem capacitados para poderem atingir esses (Laverack, 2008).

O meio favorável, o acesso à informação, os estilos de vida e as escolhas saudáveis, permitem atingir os objetivos da promoção da saúde, sendo necessário ter como intervenientes: o governo; serviços de saúde, sociais e económicos; organizações não governamentais; voluntários e comunicação social (DGS 8, 1986).

Os indivíduos, as famílias e as comunidades devem participar e intervir no respetivo processo de promoção da saúde, enquanto que os profissionais dos serviços sociais e da saúde têm a função e a responsabilidade de interceder nos diferentes interesses da sociedade e da saúde (DGS 8, 1986).

No entanto, é necessário adaptar as estratégias e os programas da promoção da saúde, às dificuldades locais, tendo em conta os recursos de cada região ou país, sem esquecer os contextos sociais culturais e económicos (DGS 8, 1986).

A Declaração da Conferência de Jakarta (1997), realizou-se 20 anos após a Declaração de Alma-Ata, tendo como referência os conteúdos da Carta de Ottawa, pois esta, já abordava a Promoção da Saúde, o que serviu de inspiração para melhorar as principais estratégias estabelecidas, sendo essas “(...) *Estabelecer Políticas Públicas Saudáveis* (...)” e “(...) *Criar Meios Favoráveis à Saúde* (...)” (DGS 9, 1997).

Os ganhos em saúde têm-se conseguido, devido ao investimento na promoção da saúde, o que têm permitido a redução das desigualdades em saúde, a promoção dos direitos fundamentais do ser humano e o desenvolvimento social (DGS 9, 1997).

A Promoção da Saúde tem conseguido dar resposta a alterações nos determinantes da saúde, tais como, as doenças infecciosas e os problemas de saúde mental (DGS 9, 1997).

A Organização Mundial da Saúde define promoção de saúde como “(...) *um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde* (...)” (OMS 9, 1998).

A eficácia real da Promoção da Saúde, tem vindo a comprovar-se, através de diversos trabalhos de investigação e estudos de caso, realizados em todo o mundo, e deste modo, veio-se a confirmar que a aplicação das estratégias da promoção de saúde, originam a alteração de comportamentos, bem como, a adoção de hábitos de vida saudáveis (DGS 8, 1986).

### **3.3.1. Educação para a Saúde**

A pandemia, veio evidenciar, a necessidade da educação para a saúde, do individuo e da comunidade, uma vez que, é fundamental a alteração de comportamentos, para interromper a cadeia de transmissão.

A necessidade acrescida, de educação para a saúde, torna por sua vez importante alterar comportamentos, de uma forma consciente, eficiente e eficaz. Como refere Murdaugh, Parsons, & Pender (2019), a educação para a saúde é uma ferramenta da promoção para a saúde, que motiva os mecanismos de ensino e aprendizagem, tendo por base a elaboração de ambientes em prol da saúde.

A educação para a saúde é definida como “(...) *a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença* (...)” e com o objetivo de induzir alterações “(...) *no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar*” (Tones & Tilford, 1994). O que possibilita, a redefinição de valores, podendo potenciar a mudança de ideais e atitudes, proporcionando o ganho de competências, podendo este ser útil para modificar comportamentos e hábitos de vida (Tones & Tilford, 1994).

Stanhope e Lancaster (2011) definem a educação para a saúde como a intervenção que “(...) *comunica factos, ideias e capacidades que modificam o conhecimento, as atitudes, os valores, as crenças, os comportamentos e práticas dos indivíduos, famílias, sistemas e/ou comunidades.*” (Stanhope & Lancaster, 2011).

A educação para a saúde torna-se um elemento fulcral na área da saúde, visto que se estabeleceu a relação entre o comportamento humano e o surgimento de patologias, e deste modo, foi necessário intervir ao nível da promoção e proteção da saúde (Ribeiro, 2015).

A meta, da educação para a saúde, é transmitir a informação para as pessoas, de modo a originar uma influência positiva nas tomadas de decisão futuras do seu projeto de saúde (Laverack, 2008).

A intervenção de enfermagem, no âmbito da educação para a saúde, permite capacitar as pessoas, de forma a promover e a proteger a saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

A Declaração da Conferência de Jacarta, destaca a utilidade da educação para a saúde, uma vez que, a capacitação da pessoa, das famílias e da comunidade é alcançada através da educação e da informação (DGS 9, 1997). Consequentemente, a educação para a saúde é considerada um processo interativo, em que deve existir uma participação ativa e de parceria, entre a pessoa e o profissional de saúde, sendo que a responsabilidade da tomada de decisão, será da pessoa, sobre a sua saúde ou doença (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

A promoção de comportamentos saudáveis e a educação da população, de acordo com as suas especificidades, possibilita um papel ativo na sua saúde, com o intuito de atingir ou adquirir estilos de vida saudáveis (Ferreira, Nunes, Miguéns, Teixeira, & Bernardes, 2006).

Deste modo, para que a educação para a saúde seja uma estratégia eficaz é necessário não só conhecer a pessoa, mas também perceber a sua motivação, face à mudança de comportamento, o contexto socioeconómico a que pertence e a capacidade de aquisição de conhecimentos (Pacheco & Cunha, 2006). No entanto, é preciso que a pessoa sinta necessidade de obter informação, assim como estar disponível para aprender com os profissionais de saúde e sobretudo acreditar em todo o processo (Bean, 2011).

A monitorização da educação para a saúde, é da responsabilidade do Departamento de Saúde Pública, pois este tem como competências (Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, 2007):

- a) Caracterizar e monitorizar o estado de saúde da população e identificar as suas necessidades em saúde;*
- b) Elaborar a proposta de plano regional de saúde da população e acompanhar a sua execução;*

- c) Monitorizar a execução de programas e projetos específicos de vigilância de saúde, designadamente os constantes do Plano Nacional de Saúde;*
- d) Avaliar o impacto na saúde da população da prestação dos cuidados, de forma a garantir a adequação às necessidades e a sua efetividade;*
- e) Apoiar o desempenho das funções de autoridade de saúde, bem como divulgar orientações relativas às suas competências;*
- f) Promover a investigação em saúde;*
- g) Assegurar a direção dos laboratórios de saúde pública;*
- h) Realizar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes.*

Perante a pandemia por SARS CoV2 e com base nos dados recolhidos pela Saúde Pública, a Direção Geral da Saúde, utilizou, a educação para a saúde, com o intuito de comunicar à população a necessidade de cumprir as medidas de isolamento, higiene das mãos, etiqueta respiratória e distanciamento social utilizando a “(...) *atividade comunicacional visando aumentar a saúde, prevenir ou diminuir a doença nos indivíduos e grupos influenciando as crenças, atitudes e comportamento daqueles que detêm o poder e da comunidade em geral*” (Downie, Tannahill, & Tannahill, 2000).

Desta forma, existe sempre a necessidade de adaptar as estratégias da educação para a saúde, pois poderão existir diferentes níveis de atuação, tais como atuação individual, de grupo e comunitária, tendo como possíveis meios, para a realização das campanhas, a comunicação social e as intervenções diretas e pessoais (Dias, Duque, Silva, & Durá, 2004).

#### **4. REFERENCIAL TEÓRICO - O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, DE NOLA PENDER**

Ao longo de muitos anos, o conceito de Promoção da Saúde foi debatido e melhorado por diversas entidades, em inúmeras ocasiões, sendo de realçar a Declaração de Alma-Ata, Declaração da Carta de Ottawa e Declaração da Conferência de Jakarta, que foram elementos essenciais na construção da história da Promoção da Saúde.

Na década de 80, foi desenvolvido o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, que integra as perspectivas da enfermagem e das ciências comportamentais com os fatores que influenciam os comportamentos de saúde (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019). Este modelo possibilita analisar os processos biopsicossociais que motivam indivíduos a adotarem comportamentos que promovam a melhoria da saúde (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

O Modelo de Promoção da Saúde, tem como referências a enfermagem numa perspectiva holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem social de Albert Bandura (Sakraida, 2004). Desta forma, este modelo apresenta fatores cognitivos e preceitos como elementos essenciais do comportamento de promoção da saúde, sendo os seus resultados o reflexo da ciência comportamental, dando realce ao envolvimento e participação da pessoa no seu processo de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria cognitiva social de Bandura (1985), menciona que o comportamento anterior pode influenciar indiretamente o comportamento de promoção da saúde, sendo isto possível através das percepções de autoeficácia, barreiras de benefícios e afeto relacionado à atividade (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

A definição dos conceitos de ambiente, saúde, enfermagem e pessoa que integram o Modelo da Promoção da Saúde, são definidos como (Vitor, Lopes, & Ximenes, 2005):

Ambiente: é o resultado da interação entre a pessoa e o acesso a recursos de saúde, sociais e económicos;

Saúde: o bem-estar e o desenvolvimento de capacidades ao longo de todo o ciclo de vida são fundamentais, para o nível individual, familiar e comunitário, tendo em consideração a idade, a raça e a cultura;

Enfermagem: são as estratégias e as intervenções de enfermagem que auxiliam a obtenção do comportamento saudável, realçando a importância da promoção da saúde.

Pessoa: aquele que é capacitado para tomar decisões, solucionar problemas, tendo como objetivo a mudança de comportamento.

O Modelo de Promoção de Saúde é composto por três componentes, que têm relação entre si e são (Tomey & Alligood, 2004):

Características e experiências individuais, nos quais estão incluídos os comportamentos anteriores, que podem ser alterados e os fatores pessoais (Biológicos: idade, habilidades; Psicológicos: autoestima e motivação; Socioculturais: educação e rendimento);

Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que a pessoa pretende atingir, tendo a percepção sobre os benefícios e as barreiras do comportamento de promoção de saúde; sentimentos em relação ao comportamento; influências interpessoais (família, pares, profissionais de saúde, normas e modelos sociais); influências situacionais (estímulos ambientais que podem contribuir ou impedir determinados comportamentos em saúde);

Resultado do comportamento, em que se estabelece um compromisso com o plano de ação; Exigências imediatas e preferenciais (baixo controlo sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem um alto controlo sobre as ações de mudança de comportamento; e o desenvolvimento de comportamento de promoção de saúde (como resultado da aplicação do Modelo de Promoção de Saúde).

O enfermeiro é o profissional de saúde com conhecimentos e competências, que possibilitam educar a pessoa, isto é, capacitar esta, para que opte por hábitos de vida saudáveis e sobretudo que tenha capacidades para realizar uma tomada de decisão face a uma necessidade ou problema.

Este projeto de intervenção comunitária utilizou o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, devido à necessidade identificada, deficit de conhecimento dos

Enfermeiros, sobre a realização do contacto diário com pessoas positivas para o COVID-19, que é considerado o comportamento anterior, sendo desta forma, fulcral contribuir para a aquisição de conhecimentos, sobre as medidas de isolamento da DGS para o COVID-19, com o objetivo de promover a mudança de comportamento.

Assim sendo, torna-se imprescindível que estes profissionais reforcem e atualizem conhecimentos, sobre as medidas de isolamento, de forma, a transmitirem uma mensagem clara, sucinta, atual, organizada e fidedigna, quando, contactarem a população em isolamento. Deste modo, capacitam a população para uma tomada de decisão adequada, face ao problema ou necessidade presente e ainda, promovem a mudança de comportamentos destes, com o objetivo de diminuir o contágio por SARS CoV2.



## 5. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento é essencial para todas as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, uma vez que avalia de forma continua os recursos e os serviços necessários, com base nos constrangimentos existentes ou previsíveis de forma a atingir os objetivos previamente priorizados (Tavares, 1990).

*“Em Saúde planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) ótima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro.”* (Tavares, 1990).

A metodologia utilizada neste projeto de intervenção comunitária foi a de Tavares (1990), que consiste em seis etapas as quais passo a nomear: Diagnóstico de Situação, Determinação de Prioridades, Fixação de Objetivos, Seleção de Estratégias, Preparação Operacional- Programação, Avaliação e Controlo (Tavares, 1990).

### 5.1. Diagnóstico de Situação

*“É o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população “beneficiária”* (Tavares, 1990), assim podemos dizer que é no diagnóstico que se começa a desenhar e a construir o planeamento sendo fundamental ter em conta as necessidades da população que dele irá usufruir.

A técnica utilizada para a identificação de problemas e necessidades foi a pesquisa de consenso, que segundo Tavares (1990) é altamente fiável, uma vez que consiste em reunir um grupo de peritos que conhecem a população e as suas necessidades (Tavares, 1990).

Com base nesta técnica foi necessário identificar os peritos, agendar reuniões e construir os guiões das entrevistas. Desta forma, foi realizada a primeira reunião no dia 07 de outubro de 2020, com os peritos da Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos, sendo esses duas Enfermeiras especialistas (Enfermagem de Saúde Comunitária na área de

Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), com o objetivo de conhecer a realidade e a população, e também identificar possíveis problemas e necessidades existentes. Desta reunião surgiu uma possível área problemática de intervenção, devido à atual pandemia por SARS CoV 2, o frequente contágio entre os coabitantes, que foi identificada através da realização dos inquéritos epidemiológicos.

Assim sendo, a técnica escolhida para a recolha de dados foi a entrevista, pois esta concede ao investigador a capacidade de “(...) desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (...)” (Bogdan & Biklen, 1994). O tipo de entrevista realizada foi a semiestruturada, pois permite ficar “(...) com a certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan & Biklen, 1994). Para a realização da entrevista, foi necessário a elaboração de um guião de entrevista para os coabitantes em isolamento por COVID-19 (Apêndice II).

As entrevistas foram realizadas no período de 28 de outubro a 04 de novembro, através de contacto telefónico, sendo o utente informado do motivo pelo qual estava a ser contactado, solicitada a autorização para a realização da mesma e garantida a confidencialidade.

A metodologia utilizada foi a qualitativa uma vez que o investigador participa no processo, abrange múltiplas realidades e tem em conta a subjetividade (Fortin, 2009).

Após a realização da entrevista procedeu-se à análise de conteúdo, segundo Bardin, pois esta permite “levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspeto” (Bardin, 2006). As três fases cronológicas da autora: a pré-análise do material, a exploração e o tratamento de resultados, foram aplicadas no tratamento da informação resultante da entrevista (Apêndice III). Da análise de conteúdo realizada à primeira entrevista obteve-se três categorias: informação, múltiplos contactos por diferentes profissionais de saúde, disponibilidade para esclarecer dúvidas.

As três categorias que resultaram das dez entrevistas efetuadas, permitiram concluir que não existia uma uniformização na informação transmitida, visto também, que os contactos efetuados nem sempre eram realizados pelo mesmo profissional de saúde, o que contribuía para a diversidade da informação.

Perante estes resultados equacionamos a pertinência de atuar ao nível da população alvo definida. Consequentemente, surgiu a necessidade de reunir uma segunda vez com os peritos, de forma a dar-lhes conhecimento dos resultados obtidos, na primeira entrevista. Nesta segunda reunião, realizada no dia 6 de novembro de 2020, chegou-se a um consenso de peritos da necessidade de redirecionar e de reorganizar a população alvo e a intervenção. Ficando assim definido, que a população alvo da intervenção seriam os enfermeiros do ACeS LOO que contactam a população em isolamento por SARS-CoV2. Realizou-se uma nova entrevista, a duas enfermeiras, que colaboram na realização do Trace COVID e pertencem à Unidade Delta, que se encontra situada no mesmo edifício que a USP de Paço de Arcos, facilitando o contato com as mesmas (Apêndice IV).

No dia 11 de novembro de 2020, tiveram lugar as entrevistas com as duas enfermeiras da Unidade de Saúde Delta, às quais foi explicada a razão pela qual se estava a efetuar a mesma. As Enfermeiras concordaram em participar na entrevista, permitiram também a observação dos contactos diários, com a população em isolamento e autorizaram a utilização dos dados, tendo sido garantida a confidencialidade.

Da análise de conteúdo da segunda entrevista resultaram três categorias: diversidade de enfermeiros, utentes e casos; organização da informação; registo da informação (Apêndice V).

Com base nestes resultados, avançou-se para a determinação de prioridades “*Trata-se, na sua essência, de um processo de tomada de decisão.*” (Tavares, 1990), para determinar qual o problema a resolver em primeiro lugar (Tavares, 1990). Assim, reuniram-se novamente os peritos, no dia 13 de novembro de 2020, e decidiu-se por unanimidade definir como prioridade a organização da informação, tendo como população alvo os Enfermeiros do ACeS LOO que colaboram no Trace Covid, no sentido de uniformizar a informação transmitida aos utentes em isolamento nesta área geodemográfica.

Desta forma, foi pertinente elaborar uma breve contextualização da necessidade de abranger os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários “*(...) para a realização de registos detalhados de informação específica sobre os casos, respetivo rastreio de contactos, vigilância e seguimento clínico a doentes com suspeita ou confirmação de COVID-19.*” (SNS 4, 2020). Esta realidade surgiu devido ao elevado número de casos a nível nacional, existindo à data 30 de outubro 2020, 137 272 casos confirmados dos

quais 4 656 registados neste dia, o que criou uma falta de resposta à população, por parte da Saúde Pública (DGS 10, 2020).

### **5.1.1. População Alvo**

A População Alvo caracteriza-se por “(...) a totalidade dos elementos sobre os quais se deseja obter determinado tipo de informação (...)” (Reis, Melo, Andrade, & Calapez, 1996). Posto isto, foi definida como População Alvo, deste projeto de intervenção, os Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, a qual é constituída por 160 enfermeiros, sendo maioritariamente do sexo feminino.

### **5.1.2. Diagnóstico de Enfermagem**

O Diagnóstico de Enfermagem foi elaborado após determinadas as necessidades sentidas e identificadas, através da análise de conteúdo das duas entrevistas, tendo sido utilizado a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). A sua utilização permite uma fácil comunicação entre os enfermeiros, profissionais de saúde e os órgãos políticos, em relação ao seu exercício profissional (OE 2, 2015).

Tendo em consideração as necessidades anteriormente identificadas elaborou-se o seguinte diagnóstico de enfermagem:

- ✓ Deficit de conhecimento sobre a realização do contacto diário a pessoas positivas para o COVID-19, relacionado com a escassez de uniformização da informação a transmitir.

Deste modo, é relevante estabelecer uma relação entre o diagnóstico de enfermagem e o referencial teórico o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, que enfatiza o potencial da pessoa para mudar o comportamento, através da tomada de decisão para a resolução de problemas e neste âmbito, cabe ao Enfermeiro criar e utilizar as estratégias e as intervenções de enfermagem que se dispõe para promover a saúde e desta forma, potenciar a mudança de comportamentos (Vitor, Lopes, & Ximenes, 2005).

## **5.2. Fixação de Objetivos**

A fixação de objetivos é a terceira fase da metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990), em que tem de “(...) conter os elementos necessários à tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e gestão do projeto.” (Tavares, 1990). No entanto, também devem conceber mensagens acerca de comportamentos pretendidos

para a população alvo (Tavares, 1990). Por consequência, os objetivos devem ser “(...) *interdependentes e sequenciais* (...)” e serem estabelecidos por uma ordem lógica, primeiro os objetivos gerais e em segundo os objetivos específicos (Tavares, 1990).

Assim sendo, determinou-se como objetivo geral do projeto:

- ✓ Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.

Como objetivos específicos:

- ✓ Construir um guião que uniformize a informação transmitida, via telefónica, pelos enfermeiros do ACeS LOO, sobre as medidas de isolamento por COVID-19.
- ✓ Disponibilizar um folheto, com os conteúdos pertinentes, no momento do contacto telefónico dos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19

Nesta fase, foi também importante definir os indicadores, pois permitem representar “(...) *uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.*” (Tavares, 1990) segundo o mesmo autor existem dois tipos de atividade e de resultado. Perante os objetivos específicos, deste projeto de intervenção foram definidos indicadores de atividade, uma vez que estes pretendem “(...) *medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.*” (Imperatori & Giraldes, 1982).

Consequentemente, foram estabelecidas metas, tendo em conta os objetivos anteriormente determinados, cuja relação é exposta no quadro 1.

Quadro 1: Fixação de Objetivos, metas e indicadores

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Construir um guião que uniformize a informação transmitida, via telefónica, pelos os Enfermeiros do ACeS LOO, sobre as medidas de isolamento por COVID-19	
<b>Meta:</b> Que 70% dos Enfermeiros do ACeS LOO, tenham acesso ao Guião.	<b>Indicador de atividade:</b> Número de Guiões enviados aos Enfermeiros do ACeS LOO.

Quadro 2: Fixação de objetivos, metas e indicadores (2)

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar um folheto com os conteúdos pertinentes, no momento do contacto telefónico dos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19	
<b>Meta:</b> Que o documento de fácil consulta seja disponibilizado a 50% dos Enfermeiros do ACeS LOO.	<b>Indicador de atividade:</b> Número de documentos de fácil consulta disponibilizados aos Enfermeiros do ACeS LOO.

### 5.3. Seleção de Estratégias

No seguimento da metodologia do Planeamento em Saúde, de Tavares (1990), aborda-se agora, a quarta etapa denominada Seleção de Estratégias, embora seja uma etapa que é sugestiva de grande criatividade para os planificadores, não se pode descorar os passos de escolha e construção da estratégia a empregar (Tavares, 1990).

A vivência da atual pandemia origina uma constante atualização da informação, implicando o acompanhamento da mesma em tempo real, o que para os profissionais de

saúde nem sempre é uma tarefa fácil, dada à evolução da pandemia que obrigou a uma reestruturação da atividade profissional diária. Desta forma, é essencial existir uma uniformização da informação, relativamente às medidas de isolamento, transmitidas pelo contacto telefónico diário, efetuado pelos Enfermeiros, às pessoas em isolamento por COVID 19.

Face ao diagnóstico de enfermagem apresentado anteriormente, a estratégia utilizada foi a da formação em serviço, uma vez que, para se obter a uniformização da informação foi necessário elaborar uma pesquisa bibliográfica atual e fidedigna, tendo esta contribuído para a construção do guião e do folheto de medidas de isolamento por COVID-19. Estes são instrumentos que reúnem conteúdos atuais e fidedignos, que vão permitir aos Enfermeiros atualizar e reforçar conhecimentos nesta área, que a cada dia ou semana se encontram em constante mudança. Desta forma, é possível reunir a informação essencial para os contactos diários às pessoas em isolamento, transmitindo sempre uma informação homogénea e recente.

Após a construção, foi necessário realizar uma validação junto dos peritos, (Enfermeira orientadora e Enfermeira especialista da Unidade de Saúde Pública), e posteriormente procedeu-se à apresentação do guião (Apêndice VI) e do folheto (Apêndice VII) às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta que participaram na entrevista. As mesmas, aprovaram os conteúdos do guião e do folheto, pois contribui para a uniformização da informação sobre as medidas de isolamento por COVID-19.

Deste modo, e de forma a disponibilizar ao maior número possível de enfermeiros do ACeS, os instrumentos foram apresentados à Enfermeira Diretora que os considerou uma mais valia, dando o seu consentimento para a divulgação dos mesmos.

Os Enfermeiros constatarem que é essencial proceder-se à mudança na forma como se intervém na promoção da saúde, sendo muitas vezes necessário recorrer a novas estratégias que capacitem as pessoas para a adoção de estilos de vida saudáveis (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019). Como tal, passa a ser fulcral que os enfermeiros mantenham a atualização de conhecimentos, para dar resposta aos novos desafios e desta forma, criarem novas estratégias a fim de prevenir doenças e melhorar a saúde da população.

Para haver sucesso a nível da promoção da saúde, segundo Murdaugh, Parson & Pender (2019), é imprescindível haver melhor investimento para a saúde, não só a nível financeiro, mas sobretudo na capacitação dos recursos humanos, visto que os Enfermeiros são considerados elementos fundamentais na promoção da saúde da pessoa, de famílias e de comunidades (Murdaugh, Parsons, & Pender, 2019).

Ao nível dos recursos utilizados para desenvolver este projeto foram; o computador como recurso tecnológico e como recursos humanos a mestranda e a enfermeira orientadora.

#### **5.4.Preparação Operacional – Programação**

A quinta etapa do Planeamento em Saúde é a Preparação Operacional – Programação, segundo a metodologia de Tavares (1990) e é nesta que se vai “(...) *planear operacionalmente a execução do projeto*”, sendo este um conjunto de atividades que possibilita a elaboração de um programa num determinado período de tempo (Tavares, 1990).

Assim sendo, no decorrer deste estágio foi elaborado o projeto “Comunicar em tempo de pandemia, com a população em isolamento por SARS-CoV2– Intervenção de Enfermagem Comunitária”, que foi desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de Paços de Arcos. Face a este foram estabelecidas atividades com base nos objetivos definidos, de forma a atingir as metas propostas.

Para dar início ao projeto foi imprescindível realizar atividades que são transversais a todos os objetivos definidos, sendo as quais: agendar e realizar as reuniões com os peritos; realizar as entrevistas; observação dos contactos diários realizados pelas Enfermeiras da Unidade Familiar Delta; efetuada pesquisa bibliográfica fidedigna, pertinente e atual, tendo como referências as normas e orientações da Direção Geral da Saúde e também da Organização Mundial da Saúde.

Na construção do Guião de medidas de isolamento por COVID-19, teve-se como modelo a Orientação número 010/2020 da Direção Geral da Saúde, porque refere todas as medidas a implementar no domicílio, para diminuir o risco de contágio por SARS CoV 2.

A pertinência deste Guião surge da necessidade de uniformizar a informação transmitida, pelos Enfermeiros, à população em isolamento por SARS CoV2, como também possibilita uma consulta rápida aos conteúdos presentes no mesmo, facilitando o esclarecimento de possíveis dúvidas na realização do contacto diário. Este permite também, que os profissionais de saúde ao iniciarem a colaboração na realização dos contactos do Trace COVID 19, possam utilizar este como uma referência.

Após a elaboração do Guião de medidas de isolamento por Covid-19 foi criado um folheto que reúne as questões a efetuar no contacto diário, assim como as respostas às dúvidas mais comuns, da pessoa em isolamento por SARS CoV2 .

Todos os recursos e custos necessários à execução deste projeto, ficam a cargo da mestranda, com apoio da instituição de saúde onde decorreu o estágio.

### **5.5.Avaliação e Controlo**

No planeamento em saúde, a sexta e última etapa é a Avaliação e Controlo que deverá ter uma “(...) *determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas uteis.*” (Imperatori & Giraldes, 1982).

Quando divulgado o Guião das medidas de isolamento por Covid 19, junto das Enfermeiras da Unidade Saúde Familiar Delta, foi referido por estas que a informação do mesmo era útil no contacto diário, sendo a implementação deste projeto pertinente. O método utilizado, para realizar a restante divulgação do guião, pelos Enfermeiros, foi através de email, não sendo possível contabilizar efetivamente o número de emails acedidos.

Em relação ao folheto, a sua distribuição foi realizada de forma faseada e presencial, nos edifícios de Paço de Arcos e de Oeiras pertencentes ao ACeS de LOO, tendo este uma aceitação positiva por parte dos Enfermeiros, tendo a meta sido superior ao proposto, uma vez que foram entregues a 80 Enfermeiros (50%).

Quadro 3: Avaliação da atividade

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar um guião que uniformize a informação transmitida, via telefónica, pelos os Enfermeiros do ACeS LOO, sobre as medidas de isolamento por COVID-19.	
<b>Atividades:</b> Construir o Guião das medidas de isolamento por COVID 19.	
<b>Quando:</b> 16 de novembro a 30 de novembro	
<b>Indicador de Atividade:</b> Existência do Guião das medidas de isolamento por COVID 19.	
<b>Meta:</b> Realização de 100% do Guião.	<b>Avaliação:</b> 100%

Quadro 4: Avaliação da atividade (2)

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar um guião que uniformize a informação transmitida, via telefónica, pelos os Enfermeiros do ACeS LOO, sobre as medidas de isolamento por COVID-19	
<b>Atividade:</b> Observar as Enfermeiras da Unidade de Saúde Delta na realização dos contactos diários com a população em isolamento.	
<b>Quando:</b> 11 de novembro de 2020	
<b>Indicador de atividade:</b> Observações previstas / observações realizadas x 100	
<b>Meta:</b> Que a observação dos contactos realizados, pelas Enfermeiras da Unidade de Saúde Delta seja efetuada em dois dias.	<b>Avaliação:</b> Foram realizadas as observações previstas.

Quadro 5: Avaliação da atividade (3)

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar o folheto, com os conteúdos pertinentes, no momento do contacto telefónico dos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19	
<b>Atividades:</b> Construir o folheto.	
<b>Quando:</b> 16 de novembro a 30 de novembro	
<b>Indicador de Atividade:</b> Existência do folheto.	
<b>Meta:</b> Realização de 100% do folheto.	<b>Avaliação:</b> 100%

Quadro 6: Avaliação da atividade (4)

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.	
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar o folheto, com os conteúdos pertinentes, no momento do contacto telefónico dos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19	
<b>Atividades:</b> Distribuição do folheto pelos Enfermeiros que realizam os contactos telefónicos diários.	
<b>Quando:</b> De 7 a 17 de dezembro 2020.	
<b>Indicador de Atividade:</b> número de distribuições previstas/ número de distribuições realizadas.	<b>Resultado:</b> Foram distribuídos 80 folhetos, pelos Enfermeiros, de um total de 160.
<b>Meta:</b> 40%	<b>Avaliação:</b> 50%

Quadro 7: Avaliação da atividade (5)

<b>Objetivo geral:</b> Contribuir para a uniformização da informação transmitida pelos Enfermeiros do ACeS LOO, à população em isolamento por COVID-19.
<b>Objetivo específico:</b> Disponibilizar um guião que uniformize a informação transmitida, via telefónica, pelos os Enfermeiros do ACeS LOO, sobre as medidas de isolamento por COVID-19
<b>Atividades:</b> Enviar por correio eletrónico o Guião.
<b>Quando:</b> Dia 10 de dezembro 2020
<b>Indicador de atividade:</b> número de email enviados

Com o intuito de analisar o impacto deste projeto, deverá ser realizada a avaliação ao fim de um ano da implementação do mesmo, através da aplicação de um inquérito (Apêndice VIII) à população alvo, de forma a compreender o grau de satisfação e utilização do Guião e do folheto. Esta avaliação irá ser efetuada pela enfermeira orientadora que está envolvida em todo o projeto.

## **6. CONCLUSÃO**

### **6.1 Implicações para a prática clínica de enfermagem**

A implicação para a prática clínica, do projeto de intervenção comunitária, aos Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, contribuiu para melhorar os cuidados de enfermagem, através da capacitação dos Enfermeiros, de forma a poderem transmitir informação atual fidedigna e organizada à população em isolamento por COVID-19, sendo esta uma intervenção, no âmbito da Promoção da Saúde.

Deste modo, a elaboração do Guião das medidas de isolamento por COVID 19, contribuiu para a mudança de comportamento, dos Enfermeiros do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras, o que poderá proporcionar ganhos em Saúde.

Para o desenvolvimento de Promoção da Saúde, e para que as suas estratégias, de promoção e educação em saúde, sejam eficazes, é necessária a aquisição de conhecimentos resultantes de investigação científica, rigorosa e atual, que nos oriente para uma boa prática de cuidados (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

### **6.2 Considerações Finais**

A compreensão e implementação das medidas de controlo de infeção, por parte da população que se encontra a cumprir isolamento por COVID 19 é fundamental para diminuir o risco de contágio. Por isso, é importante que a informação transmitida pelos Enfermeiros, no momento do contacto telefónico, seja atual, fidedigna e organizada.

A realização do estágio bem como a elaboração deste relatório, permitiram a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico, bem como, possibilitaram a aquisição e aperfeiçoamento de competências, não só, as da especialização, mas também as de Enfermeiro generalista.

O presente trabalho realizou-se com base na metodologia do Planeamento em Saúde de António Tavares, pois esta permite realizar um diagnóstico de situação para se conhecer e

compreender as necessidades reais ou sentidas de uma população e assim, adequar as estratégias e posteriormente realizar a sua avaliação.

O referencial teórico utilizado para a realização do relatório, foi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que permite ganhos em saúde através da alteração de comportamentos. Sendo que o Enfermeiro, é reconhecido como um profissional qualificado, credível e disposto a apoiar (Phaneuf, 2004), identificamos estes como população a intervir de forma a uniformizar a comunicação. Uma vez que as necessidades, que deram origem ao diagnóstico de enfermagem foi a escassez de uniformização da informação a transmitir, às pessoas positivas para o COVID-19. Com o objetivo de minimizar esse deficit, elaborou-se o Guião das medidas de isolamento por COVID 19, para promover os conhecimentos dos enfermeiros capacitando-os, para uma tomada de decisão sobre a informação a transmitir à população com o objetivo de diminuir o contágio por SARS CoV2.

Todo este percurso, fez com que ocorressem mudanças ao nível pessoal e profissional, de forma bastante positiva e enriquecedora. A atualização e aquisição de conhecimentos numa área diferente, o conhecer e compreender melhor o contexto dos cuidados de saúde primários, bem como, a importância da saúde pública na proteção e promoção da saúde das populações, foram ganhos a nível profissionais que se traduziram numa prática com mais qualidade e refletida, com base nas competências adquiridas.

Esta experiência, foi encarada como um grande desafio, surgiram diversos obstáculos surgiram, que foram sendo superados de forma positiva o que possibilitou um crescimento não só profissional mas sobretudo pessoal.

## Referências Bibliográficas

- 2, P. d. (06 de Novembro de 2020). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Decreto do Presidente da República n.º 51-U/2020: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/147933283/details/maximized>
- Agrawal, S., Goel, D., & Gupta, N. (30 de Março de 2020). *Emerging prophylaxis strategies against COVID-19*. doi:10.4081/monaldi.2020.1289
- Alpuim, N. (2015). *O papel da Comunicação Estratégica nas Instituições de Saúde: o caso do Hospital de Braga*. Minho.
- Amaral, L. (2002). *A comunicação médico doente em contexto hospitalar: o contributo da psicologia da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Antunes, R., Frontini, R., Amaro, N., Salvador, R., Matos, R., Morouço, P., & Rebelo-Gonçalves, R. (18 de Junho de 2020). *Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID-19*, 17. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17124360>
- Assembleia da República. (21 de Agosto de 2009). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Lei n.º 81/2009: <https://data.dre.pt/eli/lei/81/2009/08/21/p/dre/pt/html>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bean, S. (2011). *Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content*. Vaccine 29.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. Brasil: Santos.
- Dashboard. (14 de Janeiro de 2021). *Dashboard Interativo*. Obtido de Evolução do Covid-19 em Portugal e no mundo: <https://covid19pt.info/>
- Dias, M., Duque, A., Silva, M., & Durá, E. (2004). *Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia?* doi: <https://doi.org/10.14417/ap.216>
- Direção Geral da Saúde 10. (30 de OUTUBRO de 2020). *RELATÓRIO DE SITUAÇÃO*. Obtido de SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM PORTUGAL: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/242\\_DGS\\_boletim\\_20201030.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/10/242_DGS_boletim_20201030.pdf)

- Direção Geral da Saúde 2. (29 de Janeiro de 2021). Obtido de Ponto de Situação Atual em Portugal: <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>
- Direção Geral da Saúde 3. (02 de Março de 2020). *COMUNICADO*. Obtido de C160\_75\_v1 - Casos de infeção por novo Coronavírus (COVID-19): <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-02032020-1728.pdf>
- Direção Geral da Saúde 4. (08 de Março de 2020). *COMUNICADO*. Obtido de C160\_79\_v - COVID-19 – Situação em Portugal: <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Atualiza%C3%A7%C3%A3o-de-08032020-2225.pdf>
- Direção Geral da Saúde 5. (03 de Abril de 2020). *DESPACHO n° 007/2020*. Obtido de Atualização da Task Force para a operacionalização e a implementação de medidas para prevenção e controlo da infeção por novo Coronavírus - COVID-19: <https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/despacho-n-0072020-de-03042020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde 6. (2020). *COVID-19*. Obtido de Perguntas Frequentes: <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>
- Direção Geral da Saúde 7. (09 de Novembro de 2020). *NORMA NÚMERO: 020/2020*. Obtido de COVID-19; SARS-CoV-2; Caso confirmado; Caso possível; Caso provável;: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Norma\\_020\\_2020.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Norma_020_2020.pdf)
- Direção Geral da Saúde 8. (21 de Novembro de 1986). *A PROMOÇÃO DA SAÚDE*. Obtido de A CARTA DE OTTAWA: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Direção Geral da Saúde 9. (21 de Julho de 1997). Obtido de Declaração de Jacarta: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-de-jakarta.aspx>
- Direção Geral da Saúde 1. (16 de Março de 2020). *Orientação n° 010/2020*. Obtido de Infeção por SARS CoV2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102020-de-16032020-pdf.aspx>
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (2000). *Health Promotion. Models and values (2nd ed.)*. Oxford: University Press.
- Ferreira, A., Nunes, A., Miguéns, C., Teixeira, M., & Bernardes, M. (2006). *Responsabilidades do Enfermeiro como Agente de Mudança*. Sinais Vitais.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Ghandi, R., Lynch, J., & Rio, C. (24 de Abril de 2020). *Mild or Moderate COVID-19*. doi:DOI: 10.1056/NEJMcp2009249

- Gouveia, C., & Campos, L. (Julho-Agosto de 2020). Doença de Coronavírus 2019: Revisão Clínica. doi:▪ <https://doi.org/10.20344/amp.13957>
- Hallanhan, K. H., Van Ruler, B., Verčič, D., & Sriramesh, K. (s.d.).
- Hallanhan, K., Holtzhausen, D., Van Ruler, B., Verčič, D., & Sriramesh, K. (2007). *Defining Strategic Communication*. International Journal of Strategic Communication.
- Horsle, P. (2005). *Strategical communication as a method, Comunicação e Sociedade*.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica.
- Justo-Henriques, S. (Agosto de 2020). *Contributo da psicologia da saúde na promoção de comportamentos salutogénicos em pandemia*. doi:<http://dx.doi.org/10.15309/20psd210206>
- Kaye, R., CHang, D., Kazahaya, K., Brereton, J., & Denneny, J. (22 de Março de 2020). *American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Obtido de AAO-HNS Covid-19 Resource : Anosmia, Hyposmia, and Dygeusia Symptoms of Coronavirus Disease: <https://www.entnet.org/content/aao-hns-anosmia-hyposmia-and-dysgeusia-symptoms-coronavirus-disease>
- Kolata, G. (1999). *Flu: the storyok the great influenza pandemic of 1918 and search of for the virus that caused it*. . New York: Touchtone.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da Saúde - Poder e Empoderamento*. Loures : Lusodidata.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 de Março de 2006). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Decreto-Lei n.º 74/2006 , Série I-A de 2006-03-24: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (30 de Maio de 2007). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Portaria n.º 651/2007: <https://data.dre.pt/eli/port/651/2007/05/30/p/dre/pt/html>
- Morens, M., FOLkers, K., & Fauci, S. (01 de Outubro de 2009). *What is a pandemic?* doi:<https://doi.org/10.1086/644537>
- Murdaugh, M., Parsons, M., & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice (8ª Ed.)*. Boston: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros 1. (16 de Julho de 2018). *Diário da República, 2.ª série — N.º 135*. Obtido de Regulamento n.º 428/2018: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros 2. (2015). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de CIPE@2015 disponível online: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/cipe-2015-dispon%C3%ADvel-online/>

- Ordem dos Enfermeiros 3 . (06 de Fevereiro de 2019). Obtido de Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros 4. (11 de Setembro de 2010). Obtido de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)
- Organização Mundial da Saúde 1. (1988). *World Health Organization*. Obtido de Serviços públicos de saúde: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services>
- Organização Mundial da Saúde 2. (05 de Janeiro de 2020). *World Health Organization*. Obtido de Pneumonia de causa desconhecida - China:  
<https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
- Organização Mundial da Saúde 3. (12 de Janeiro de 2020). *Emergencies preparedness, response*. Obtido de Novel Coronavirus – China:  
<https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/>
- Organização Mundial da Saúde 4. (31 de Janeiro de 2020). *Novel Coronavirus(2019-nCoV)*. Obtido de Situation Report - 11: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4)
- Organização Mundial da Saúde 5. (30 de Janeiro de 2020). *Novel Coronavirus(2019-nCoV)*. Obtido de Novel Coronavirus(2019-nCoV):  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200130-sitrep-10-ncov.pdf?sfvrsn=d0b2e480_2).
- Organização Mundial da Saúde 7. (11 de Março de 2020). *WHO Director-General/Speeches/Detail/WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. Obtido de WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organização Mundial da Saúde 8. (06 de Setembro de 1978). *Declaração de Alma-Ata*. Obtido de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Organização Mundial da Saúde 9. (1998). *Health promotion*. Obtido de [https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)
- Organização Mundial da Saúde 6. (2020 de Fevereiro de 2020). *WHO Director-General/Speeches/Detail/WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020*. Obtido de WHO Director-

- General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>
- Pacheco, S., & Cunha, S. (2006). *A Educação para a Saúde nos Cuidados de Saúde Primário: O Papel do Enfermeiro*. Nursing.
- Phaneuf, M. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Presidência da República . (18 de Março de 2020). *Diária da República Eletrónico* . Obtido de Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/130399862/details/maximized>
- Rabi, F., Zoubi, M., Kasasbeh, G., Salameh, D., & Al-Nasser, A. (20 de Março de 2020). *SASRS-CoV-2 e doença do coronavírus 2019: o que sabemos até agora*. doi: 10.3390/pathogens9030231
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da saúde*. Lisboa : Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2008). *Interculturalidade e comunicação nos cuidados de saúde*. . Universitária/UFPB.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. (1996). *Estatística Aplicada*. Lisboa: Sílabo.
- Ribeiro, F. (2015). *Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Ld.<sup>a</sup>.
- Rubin, J., Amlôt, R., Page, L., & Wessely, S. (2009). Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: Cross sectional telephone survey. doi:10.1136/bmj.b2651
- Sakraida, J. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Loures : Lusociência.
- Saúde, M. d. (30 de Maio de 2007). *Diário da República Eletrónico*. Obtido de Portaria n.º 651/2007: <https://data.dre.pt/eli/port/651/2007/05/30/p/dre/pt/html>
- Secretaria Regional da Saúde . (2008). *Governo dos Açores*. Obtido de Plano de Contigência dos Açores para a pandemia da gripe: [http://www.azores.gov.pt/PortalAzoresgov/external/portal/pandemia\\_gripe/index.html](http://www.azores.gov.pt/PortalAzoresgov/external/portal/pandemia_gripe/index.html)
- Sequeira, A. (14 de Fevereiro de 2001). *História da Medicina*. Obtido de A pneumónica - Spanish influenza: [https://spmi.pt/revista/vol08/ch7\\_v8n1jan2001.pdf](https://spmi.pt/revista/vol08/ch7_v8n1jan2001.pdf)

- Serviço Nacional de Saúde 2. (11 de Março de 2020). Obtido de Organização Mundial da Saúde declarou hoje a doença como pandemia.:  
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/>
- Serviço Nacional de Saúde 3. (23 de Abril de 2020). *Covid-19 | Notificações SINAVE*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/04/23/covid-19-notificacoes-sinav/>
- Serviço Nacional de Saúde 4. (2020). *Trace COVID-19 - Gestão de vigilância*. Obtido de <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/trace-covid-19/>
- Stanhope, M. &. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ª ed.)*. New York: Lusodidata.
- Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan, B. (05 de Março de 2020). *Understanding of COVID-19 based on current evidence*. doi: 10.1002/jmv.25722
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (1ª ed.)*. Lisboa: Cadernos de Formação.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas da Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. Londres: Chapman & Hall.
- Unidade de Saúde Pública de Paço de Arcos. (2016-2018). *Plano de Atividades de USP de Paço de Arcos*. Lisboa Ocidental e Oeiras: ARSLVT.
- Vitor, J., Lopes, M., & Ximenes, L. (2005). *Análise do Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender*. São Paulo : Acta Paulista de Enfermagem.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2001). *Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões , patologias e paradoxos da interação* . São Paulo: Cultrix.
- Wei, F., Zong, W., Feng, W., & Shaoqing, J. (02 de Junho de 2020). *Síndrome Respiratória Aguda grave Coronavírus 2 (SARS CoV2): uma revisão*. doi:10.1186/s12943-020-01218-1

## **Apêndices e Anexos**

### A seguir identifica-se em apêndice:

- O cronograma elaborado para o estágio realizado na USP de Paço de Arcos (Apêndice I);
- Guião de entrevista dos coabitantes com COVID 19 (Apêndice II);
- Análise de conteúdo das entrevistas anteriormente referidas (Apêndice III);
- Guião de entrevista às enfermeiras da USF Delta (Apêndice IV);
- Análise de conteúdo das entrevistas efetuadas às enfermeiras (Apêndice V);
- Guião das medidas de isolamento por COVID 19 (Apêndice VI);
- Folheto de medidas de isolamento por COVID 19 (Apêndice VII);
- Inquérito de avaliação do projeto de intervenção aos enfermeiros do ACeS LOO (Apêndice VIII).

### Em anexo colocou-se:

- Solicitação e autorização de nomeação de dados da Direção Executiva do ACeS LOO (Anexo I);
- Poster e certificado de apresentação do mesmo sobre “Experiências e dificuldades sentidas pelos Imigrantes no acesso aos cuidados de saúde: revisão narrativa”, apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP (Anexo II).

## **Apêndice I**

- Cronograma

# Cronograma

Atividades	Semanas														
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro		
	7 a 13	14 a 20	21 a 27	28 a 4/10	5 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 1/11	2 a 8	9 a15	16 a 22	23 a 29	30/11 a 6	7 a 13	14 a 20
Integrar a equipa da USP de Paço Arcos															
Pesquisa Bibliográfica															
Calendarização das reuniões com os peritos															
Diagnóstico de situação															
Definição de prioridades															
Seleção de estratégias															
Elaboração do guião das Medidas de Isolamento por COVID 19															
Divulgação do Guião das Medidas de Isolamento por COVID 19															
Elaboração do Folheto das Medidas de Isolamento por COVID 19															
Divulgação do Folheto das Medidas de Isolamento por COVID 19															
Avaliação	Decorre em dezembro 2021														

## **Apêndice II**

- Guião de Entrevista aos Coabitantes com COVID 19.

## **Guião de Entrevista aos Coabitantes com COVID 19**

*Avaliar as medidas no período de isolamento Identificação:*

Nome:

Idade:

Género:

Habilitações literárias:

Quando cumpriu o período de isolamento ou ainda está em isolamento?

Gostaria de deixar alguma sugestão?

Referir alguma dificuldade?

### **Apêndice III**

- Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Coabitantes com COVID 19.

Análise de Conteúdo das Entrevistas dos Coabitantes com COVID 19.			
Unidade de registo	Unidade conteúdo	Categorias	
“(…) nem a mesma informação (…)” P1	“Nem sempre obtive as mesmas respostas,nem a mesma informação(…)” P1	Informação	
“(…)tanta informação e diferente.”P2	“Dificuldade em adquirir tanta informação e diferente.”P2		
“(…)compreender a informação.”P3  “(…)informação diferente(…)”P3	“Haver mais apoio para compreender a informação.”P3  “(…)e não ter informação diferente todos os dias.”P3		
“(…)respostas diferentes(…)” P4/ P7	“(…)e havia dias que davam respostas diferentes às nossas dúvidas.”P4  “Cada pessoa dava uma resposta diferente para a mesma pergunta ou dúvida e dizem-nos para ir a sitios diferentes.”P7		
“(…)informação(…)”P5/P9	“(…)e tinha que repetir sempre as dúvidas e a informação que me tinham dado anteriormente.”P5  “Dar a mesma informação em todos os sitios.”P9		
“(…)entender a informação(…)”P6	“Dificuldade em entender a informação dada pelas diferentes pessoas ao telefone.”P6		
“Muita informação(…)”P8	“Muita informação dada e pouca disponibilidade para esclarecer dúvidas.”P8		
“(…)indicações e informações(…)”P9	“Com tantas pessoas a ligarem-me de sitios diferentes e cada uma com as suas indicações e informações(…)”P9		
“(…)diziam coisas diferentes(…)”P10	“Todos os dias diziam coisas diferentes, ou que me confundia(…)”P10		

“(…)pessoa diferente(…)”P1	“(…)cada dia era uma pessoa diferente a fazer a chamada, como também as perguntas.”P1	Múltiplos contactos por diferentes profissionais de saúde.		
“(…)acompanhamento sempre pelo mesmo profissional.”P2	“Existir um acompanhamento sempre pelo mesmo profissional.”P2			
“(…)pessoa a contactar (…)”P5	“Nunca foi a mesma pessoa a contactar e tinha que repetir sempre as dúvidas(…)”P5			
“(…)pessoa a ligar(…)”P6  “(…)diferentes pessoas(…)”P6	“Ser sempre a mesma pessoa a ligar.”P6  “Dificuldade em entender a informação dada pelas diferentes pessoas ao telefone.”P6			
“Cada pessoa(…)”P7	“Cada pessoa dava uma resposta diferente para a mesma pergunta ou dúvida(…)”P7			
“(…)mesma pessoa(…)”P8	“Ser a mesma pessoa a telefonar-nos todos os dias.”			
“(…)tantas pessoas(…)”P9	“Com tantas pessoas a ligarem-me de sítios diferentes e cada uma com as suas indicações(…)”P9			
“Haver mais apoio(…)”P3	“Haver mais apoio, para compreender a informação.”P3		Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas	
“(…)pouca disponibilidade(…)”P8	“Muita informação, dada e pouca disponibilidade, para esclarecer dúvidas”P8			
“(…)ficar confusa.”P9	“(…)cada uma com as suas indicações e informações acabando por ficar confusa.”P9			
“(…)tempo para explicar(…)”P10	“Terem tempo para explicar, melhor o que fazer.”P10			

#### **Apêndice IV**

- Guião de Entrevista às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta

## **Guião de Entrevista às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta**

1. Quando contata o utente em isolamento, por Covid19, que informação recolhe em primeiro lugar?
2. O contato do Trace Covid é realizado sempre pelo mesmo enfermeiro?
3. Acha pertinente a existência de um documento com base na orientação nº 010/20 da Direção Geral de Saúde?
4. Considera o registo da intervenção no S Clínico importante?

## **Apêndice V**

- Análise das Entrevistas às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta

<b>Análise das Entrevistas às Enfermeiras da Unidade de Saúde Familiar Delta</b>			
Unidade de registo	Unidade de conteúdo	categorias	
(...)”sintomatologia(...)”P1	“ Qual a sintomatologia que mantêm(...)”P1	Sintomatologia	
“Quais os sintomas(...)”P2	“ Quais os sintomas que apresenta hoje.”P2		
“os diferentes horários dos enfermeiros (...)”P1	“Nem sempre é possível, tendo em conta os diferentes horários dos enfermeiros”P1	Diversidade de Enfermeiros; utentes e casos.	
“A lista dos utentes é dinâmica(...)”P1	“(...)a lista dos utentes é dinâmica existem altas e encaminhamentos.”P1		
“a lista de casos é atualizada,(...)”P2	“Por vezes não, porque todos os dias a lista de casos é atualizada, (...). P2		
“(...)consulta rápida(...)”P1	“Sim, uma vez que permitirá uma consulta rápida(...)”P1		
“(...)esclarecer as dúvidas(...)”P1/P2	“(...) para esclarecer as dúvidas e toda a equipa terá a mesma referência.”P1  “(...) de forma a esclarecer as dúvidas dos utentes.”P2	Organização da informação	
“(...)ajuda na sua integração(...)”P2	“Sim, temos colegas que estão neste momento a iniciar os contactos e pode ser uma ajuda na sua integração(...)”		
“(...)seguimento do utente(...)”P1	“Crucial no seguimento do utente,(...)”P1	Registo da informação	
“(...)acompanhamento.”P1	“(...) nem sempre é o mesmo profissional a contactar o utente e o registo facilita o acompanhamento.” P1		
“(...)consultar.”P2	“ O registo permite que toda a equipa envolvida o possa consultar.”P2		

## **Apêndice VI**

- Guião de Medidas de Isolamento por COVID-19

## Guião

# Medidas de Isolamento por COVID – 19

**Mestranda:**  
Antónia Farinha nº 192019050  
**Orientação Professora Doutora**  
Ana Resende  
**Enfª Especialista e Mestre**  
**Enfermagem Saúde Comunitária e Pública:**  
Enf. Isabel Correia

Lisboa,  
Novembro de 2020

## Índice

Nota Introdutória.....	2
<i>O que fazer durante o período de quarentena ou isolamento?</i> .....	3
<i>Proteção de pessoas coabitantes e/ou cuidadores:</i> .....	4
<i>Visitas em casa:</i> .....	4
<i>Lavagem regular das mãos:</i> .....	4
<i>Roupa, atalhados e lençóis:</i> .....	4
<i>A roupa pessoal, a roupa de cama e toalhas devem ser:</i> .....	5
<i>Evitar a partilha de alimentos e itens domésticos:</i> .....	5
<i>Limpeza e desinfeção de superfícies:</i> .....	5
<i>Na cozinha:</i> .....	6
<i>Casa de Banho</i> .....	6
<i>Após utilização, da casa de banho:</i> .....	6
<i>Sugestões para os próximos dias:</i> .....	7
Nota conclusiva.....	8
Bibliografia: .....	9

### **Nota Introdutória**

A realização do presente trabalho, decorre da necessidade de padronizar a informação transmitida à população da área geodemográfica do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras, no contexto de pandemia por COVID-19.

Tendo sido identificada a mesma no decorrer de uma entrevista telefónica à população com mais de 70 anos da referida área geodemográfica, que cumpriu isolamento por COVID-19 no período compreendido entre 1 de março de 2020 e 31 de setembro de 2020, a entrevista foi realizada entre o dia 28-09-2020 e 03 de novembro de 2020.

Existindo um contacto diário dos enfermeiros com a população que cumpre isolamento por COVID-19, através do Trace-COVID, será esta equipa uma mais valia no reforço da informação sobre as medidas a cumprir neste período.

O recurso a este guião promove a uniformização da informação dada pelos enfermeiros e potencia a capacitação do utente para uma tomada de decisão consciente.

A quarentena e o isolamento, são medidas de afastamento social, adotadas para impedir a cadeia de transmissão de doenças infecciosas entre indivíduos.

O **isolamento** é a medida utilizada em indivíduos doentes, para que através do afastamento social não contagiem outros cidadãos.

A **quarentena** é utilizada em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas possam ter estado em contacto com um doente confirmado.

### *O que fazer durante o período de quarentena ou isolamento?*

É essencial permanecer em casa durante o período total de quarentena ou isolamento, devendo ter em conta os seguintes cuidados:

#### *Não deve haver deslocações para:*

- O trabalho;
- A escola;
- Espaços públicos ou outros locais.

#### *Deve pedir a amigos ou familiares que lhe entreguem os itens essenciais em casa:*

- Alimentos;
- Medicamentos;
- Ou outros bens de primeira necessidade.

#### *Poderá recorrer a serviços de entrega ao domicílio, mas nestas situações deve:*

- Realizar pedidos por telefone e avisar;
- Quem faz a entrega deixa a mesma à porta e não entra em casa;
- Não existirá contacto com a pessoa que faz a entrega.

Numa situação de partilha da habitação, as pessoas com quem coabita devem sempre que possível, ficar noutra alojamento. Esta medida é especialmente importante se se tratarem de pessoas mais velhas, com doenças crónicas ou vulneráveis.

#### *Caso não seja possível a alteração de habitação, devem ser tomadas as seguintes medidas:*

- Deve permanecer separado das outras pessoas, numa divisão bem ventilada e confortável, com janela para o exterior e com a porta fechada;
- Só deve sair do quarto em situação de extrema necessidade e colocando uma máscara descartável;
- Deve evitar utilizar espaços comuns com outras pessoas presentes, incluindo nos períodos das refeições;
- Não deve partilhar a cama com outra pessoa, se possível durma sozinho;
- Deve manter distância das outras pessoas presentes:
- Limitar o tempo em que está com pessoas na mesma divisão;
- Manter uma distância de pelo menos 2 metros ou 3 passos de adulto quando estiverem outras pessoas presentes na mesma divisão (sempre que possível).

### Proteção de pessoas coabitantes e/ou cuidadores:

- Caso necessite de cuidadores, deve limitar o seu número - idealmente a um - sendo que este não deve ser portador de doença crónica ou imunossupressão;
- Deve tapar a boca e o nariz com um lenço descartável quando tosse ou espirra;
- Os lenços de papel devem ser colocados no contentor de resíduos e em seguida deve proceder-se à lavagem das mãos com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando bem;
- Se necessário, os cuidadores ou conviventes de pessoas com COVID-19 (ou a aguardar o resultado do teste) devem utilizar lenços descartáveis para limpar o muco expelido pelo espirro ou tosse;
- Se for responsável pelo cuidado de um familiar ou coabitante vulnerável ou idoso, deve, sempre que possível, transferir essa responsabilidade provisoriamente, enquanto durar a quarentena/isolamento;
- Deve, igualmente, proteger os animais de estimação mantendo distância deles;

Sempre que possível deve lavar as mãos antes e depois de cada contacto.

### Visitas em casa:

- No período de isolamento/quarentena não deve receber visitas em casa;
- Apenas deve frequentar a habitação quem coabitar com a pessoa em quarentena ou isolamento;
- Durante o período de quarentena ou isolamento não devem frequentar a habitação outras pessoas que não residam na mesma;
- Em caso de necessidade de contacto urgente com alguém que não coabite com a pessoa em quarentena ou isolamento, o contacto deve ser efetuado por telefone.

### Lavagem regular das mãos:

- Deve proceder à lavagem das mãos de forma regular ao longo do dia e sempre que se justifique;
- A lavagem das mãos deve ser feita com água e sabão durante, pelo menos, 20 segundos, secando bem as mãos no final;
- Deve evitar-se o contacto das mãos com os olhos, nariz e boca.

### Roupa, atalhados e lençóis:

- Em situações em que a pessoa com suspeita de infeção esteja a aguardar resultado de análise para COVID-19, após utilização de roupa, lençóis e toalhas, estes devem ser colocados num saco de plástico devidamente identificado, até saber o resultado de teste.

### *A roupa pessoal, a roupa de cama e toalhas devem ser:*

- Evitar sacudir a roupa de cama enrolando-a no sentido de dentro para fora, fazendo um “embrulho”.
- Lavadas à máquina, na maior temperatura possível (acima de 60°), utilizado detergente de máquina;
- Se possível utilizar máquina de secar a roupa;
- Utilizar o ferro na maior temperatura permitida pelas roupas em questão.

**Nota:** lavar as mãos após tratamento de roupas sujas.

### *Evitar a partilha de alimentos e itens domésticos:*

- Não deve partilhar a utilização de telemóveis, auscultadores ou teclados, se tal não for possível, desinfete os equipamentos antes e depois de cada utilização;
- Não deve beber por pacotes ou garrafas, nem partilhar alimentos ou embalagens cujo interior é manipulado com as mãos (batatas fritas, frutos secos e outros snacks);
- Não devem ser partilhados pratos, copos, chávenas, utensílios de cozinha, toalhas, lençóis ou outros itens, com pessoas que coabitem no domicílio;
- Após a utilização de utensílios de pratos, copos, chávenas, utensílios de cozinha, estes devem ser lavados com água quente e sabão (detergente de lavar louça à mão) passar por lixívia a louça, após a lavagem à mão;
- Ou lavar a louça na máquina;

### *Limpeza e desinfeção de superfícies:*

- Deve ser utilizado luvas e roupa protetora (exemplo: Avental de plástico), para a realização da desinfeção das superfícies;
- Devem ser lavadas as mãos, antes e depois da colocação das luvas;
- Para a desinfeção comum de superfícies (especial atenção para zonas de contacto frequente como maçanetas das portas, interruptores de luz ou outros objetos):
  1. Lavar primeiro com água e detergente;
  1. Aplicar a lixívia diluída em água na seguinte proporção: uma medida de lixívia em 49 medidas iguais de água;
  2. Deixar atuar durante 10 minutos;
  3. Enxaguar apenas com água quente e deixar secar ao ar;

O mobiliário e alguns equipamentos (como comandos ou telemóveis) poderão ser desinfetados após a limpeza, com toalhetes humedecidos em desinfetante ou em álcool a 70°.

### Na cozinha:

- Lavar as louças na máquina ou à mão com água quente e sabão (detergente de lavar louça à mão);
- Limpar e desinfetar armários, bancadas, mesa e cadeiras, não esquecendo de desinfetar os puxadores dos armários e das portas;
- Limpar e desinfetar a torneira, o lavatório e o ralo.

### Casa de Banho

- Deve utilizar uma casa de banho diferente dos restantes membros;
- Assim como toalhas e outros utensílios de higiene.

Se tal não for possível, deve pensar numa rota de casa de banho em que a pessoa em isolamento/quarentena seja a última pessoa a utilizá-la.

### Após utilização, da casa de banho:

- Lavadas e desinfetadas com um produto de limpeza misto que contenha em simultâneo detergente e desinfetante na composição, por ser de mais fácil e rápida aplicação e ação;
- Lavar a casa de banho, começando pelas torneiras, lavatórios e ralos destes, passar depois ao mobiliário, de seguida a banheira ou chuveiro, sanita e bidé;

### Cuidados a ter com os resíduos:

Os resíduos (tais como lenços, restos de comida, outro lixo doméstico) produzidos por uma pessoa em quarentena ou em isolamento, devem merecer cuidados especiais, assim como os resíduos produzidos por os coabitantes:

- Deve ser colocado um contentor de resíduos (caixote do lixo) de abertura não manual com saco de plástico no quarto/sala em que a pessoa se encontra em quarentena ou isolamento;
- Todos os resíduos produzidos pela pessoa em quarentena ou isolamento devem ser colocados exclusivamente no contentor de resíduos de abertura não manual com saco de plástico que se encontra no quarto/sala em que a pessoa está;
- 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 2 nós bem apertados e, preferencialmente, com um atilho ou adesivo;
- O saco bem fechado com os resíduos deve ser colocado dentro de um segundo saco de plástico, que também deve ser bem fechado com 2 nós bem apertados e, preferencialmente, com um atilho ou adesivo;

- Os procedimentos de fecho dos sacos de plástico com os resíduos produzidos pela pessoa que se encontra em quarentena ou isolamento devem ser efetuados com proteção adequada (de preferência com luvas de uso único), para reduzir o risco de contaminação;
- 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 bem;
- 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. Estes sacos de plástico com os resíduos são colocados no contentor coletivo de resíduos indiferenciados (contentor de prédio/rua de lixo doméstico);
- Estes resíduos não devem ser separados para reciclagem nem colocados no ecoponto;
- Lavar sempre as mãos com água e sabão durante pelo menos 20 segundos, secando bem, após qualquer manuseamento dos sacos e dos contentores de resíduos;
- Os contentores de resíduos da habitação devem ser lavados e desinfetados regularmente.
- Os resíduos produzidos pelos coabitantes da pessoa em quarentena/isolamento devem seguir os mesmos procedimentos descritos atrás, mas colocados no contentor de resíduos (caixote do lixo) em uso geral na habitação. Estes sacos com os resíduos deverão, igualmente, ser colocados no contentor coletivo de resíduos indiferenciados (contentor de prédio/rua de lixo doméstico).

#### Sugestões para os próximos dias:

Estar isolado ou em quarentena pode ser uma tarefa difícil.

As seguintes medidas podem ajudar:

- Mantenha contacto com amigos e familiares via telefone ou outros meios telemáticos;
- Procure informação fidedigna sobre o Coronavírus. Conhecer a doença vai reduzir a sua ansiedade sobre a mesma;
- Informe as crianças da situação, utilizando linguagem adaptada à idade;
- Dentro do possível mantenha as restantes rotinas intactas, tais como horários de alimentação e de sono;
- Mantenha uma alimentação mais variada e saudável possível;
- A atividade física pode ser boa para si e para a sua família. Procure aulas online que o ajudem a fazer exercício em casa;
- **Lembre-se que o isolamento é temporário, aproveite para descansar!**

**Nota conclusiva**

A facilidade no acesso e a exposição sistematizada, precisa e concisa dos conteúdos facilitam o uso do documento.

O recurso ao guião, viabiliza quer a eficácia quer a eficiência na promoção da saúde, proporciona um registo adequado nos sistemas de informação, potencia a capacitação do utente para uma tomada de decisão consciente, promove o empoderamento comunitário da população em risco.

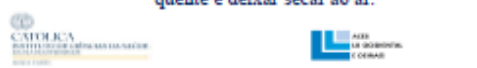

**Bibliografia:**

Direção-Geral da Saúde. Orientação n° 010/2020 de 16-03-2020. Lisboa. Acessível em

<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/i026011.pdf>

## **Apêndice VII**

- Folheto de Medidas de Isolamento por COVID-19

<p><b>1</b></p> <p><b>Medidas de Isolamento COVID 19</b></p> <p><u>Visitas em casa?</u> <b>NÃO.</b>  <u>Partilha de alimentos?</u> <b>NÃO.</b>  <u>Deslocações?</u> <b>NÃO.</b>  (nem para o trabalho, escola ou lugares públicos).</p> <p><u>Acesso a bens essenciais?</u>  Peça colaboração junto da sua rede social;  Encomende pelo telefone ou online;  Não contacte com a pessoa que realiza a entrega.</p> <p><u>Coabitación, que cuidados?</u>  Use máscara quando sair do quarto;  Faça as suas refeições no quarto;  Cumpra sempre o distanciamento.</p> <p><u>Precisa de cuidador, como agir?</u>  Procure reduzir ao mínimo o número de pessoas com quem têm contacto, se possível sempre a mesma.</p> <p><u>Lavagem das mãos?</u>  Com frequência, utilize detergente durante 20 segundos.  Ou se não for possível desinfete com álcool gel ou álcool a 70°.</p> <p><u>Partilha de loiça?</u>  Deve ter a sua loiça individualizada.  Deverá ser lavada à mão ou colocada na máquina por si.  Se não for possível deverá, ser manuseada com luvas.  Quando lavada à mão deve ser com água quente e detergente.</p> <p><u>Limpeza das superfícies?</u>  Deve utilizar luvas e avental para proteger a sua roupa.  Atenção às zonas de contacto frequente: Maçanetas das portas; interruptores de luz e outros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar primeiro com água e detergente;</li> <li>2. Aplicar lixívia diluída em água 1/49 (medida) deixar atuar durante 10min.</li> <li>3. Enxaguar apenas com água quente e deixar secar ao ar.</li> </ol> <p></p>	<p><b>2</b></p> <p><b>Medidas de Isolamento COVID 19</b></p> <p><u>Limpeza da cozinha?</u>  Limpar e desinfetar armários, bancadas, mesas e cadeiras;  Não esquecer os puxadores dos armários e das portas;  Limpar e desinfetar a torneira, o lavatório e o ralo.</p> <p><u>Limpeza da casa de banho?</u>  Após cada utilização proceder à limpeza e desinfecção.  Utilizar um produto de limpeza misto que contenha em simultâneo detergente e desinfetante.</p> <p><u>Limpeza do sanitário?</u>  Após cada utilização proceder à limpeza e desinfecção.</p> <p><u>Manuseamento da roupa?</u>  A roupa deverá ser lavada a uma temperatura &gt; 60°.  Quando não é possível o procedimento anterior, utilizar lixívia para roupa de cor.  Seca na máquina e passada a ferro.</p> <p><u>Acondicionamento dos resíduos?</u>  Caixote do lixo no quarto protegido com um saco;  Com abertura não manual;  Não reciclar resíduos;  Não calçar o lixo, nem retirar o ar do saco;  Retirar o saco do caixote fechá-lo e colocar num segundo saco.</p> <p><u>Sugestões para os próximos dias</u>  Mantenha as rotinas de higiene e alimentação;  Contacte os seus familiares e amigos telefonicamente;  Leia um livro. Veja um filme.  Procure informação sobre COVID-19 em sites fidedignos.</p> <p>Elaborado por:  Mestranda: Antónia Farinha  Orientação  Professora Doutora - Ana Resende  Enf. Esp. e Mestre Enf. Comunitária e de Saúde Pública - Isabel Correia</p> <p></p> <p><b>Bibliografia</b>  Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 010/2020 de 16-03-2020. Lisboa. Acessível em <a href="https://www.dgs.gov.pt/pt/contenuto/2020/03/02/011.pdf">https://www.dgs.gov.pt/pt/contenuto/2020/03/02/011.pdf</a></p>
--	--

## **Apêndice VIII**

- Inquérito de Avaliação do Projeto de Intervenção aos Enfermeiros do ACeS LOO

## **Inquérito de Avaliação do Projeto de Intervenção aos Enfermeiros do ACeS LOO**

Como soube da existência deste Projeto?

Utilizou o Guião ou o Folheto durante os contactos, com a população em isolamento por COVID 19?

Considerou útil a sua utilização?

O inquérito, deverá ser aplicado, um ano após a implementação do Guião das medidas de isolamento por COVID 19, aos Enfermeiros do ACeS de Lisboa Ocidental e Oeiras.

## **Anexo I**

- Solicitação para autorização da Direção Executiva do ACeS LOO para a divulgação e nomeação de dados.

*Neste a opor*

*ACES Lisboa Ocidental e Oeiras 20*

Exmo. Diretor Executivo

Diretor/Executivo

Do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras

Rafic Nordin (Dr.)

Dr Rafic Nordin

Assunto - Pedido de divulgação de dados – Mestrado Enfermagem de Saúde Pública e Comunitária da Universidade Católica Portuguesa.

No âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem Comunitária, da escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública de Lisboa Ocidental e Oeiras sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Isabel Correia, vimos por este meio solicitar **autorização para divulgar o nome da orientadora e da instituição no relatório final**, que se tornará público, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Regulamento EU 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Com os meus melhores cumprimentos

Oeiras, 16 de Novembro de 2020

*Parecer favorável,  
Ana Carolina  
17.11.2020*

*Antónia Farinha*

Antónia Farinha

*Maria Pires*

Maria Pires

ACES - Lisboa Ocidental e Oeiras

UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

ENTRADA

Registo nº 0359

Data 17.11.2020

O Funcionário

*JM*

## **Anexo II**

- Poster e certificado de apresentação do mesmo sobre “Experiências e dificuldades sentidas pelos Imigrantes no acesso aos cuidados de saúde: revisão narrativa”, apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da UCP.



## ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

### EXPERIÊNCIAS E DIFICULDADES SENTIDAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA

Autoria(s): Clérigo, P., Farinha, A., Gomes, L., Coautora: Ferrito, C.

#### Introdução:

Atualmente vivemos numa era marcada pelo acentuado aumento da mobilidade humana<sup>1</sup> e Portugal é um dos países em que se tem verificado esse aumento no fluxo migratório. A migração é reconhecida internacionalmente como um dos desafios para a saúde pública, pelo que esta realidade originou mudanças e adaptações estruturais nos países do mundo, em termos legais, políticos, económicos, culturais e ambientais<sup>2</sup>, contudo o acesso aos cuidados de saúde por esta população nem sempre é simples ou linear. Enquanto profissionais de saúde, vemo-nos perante contextos nos quais temos de prestar cuidados a grupos populacionais culturalmente diversificados e complexos sem sermos capazes de estabelecer uma comunicação eficaz<sup>3</sup>. Assim, é pertinente abordar esta temática visto que a tendência de globalização é uma excelente oportunidade para os profissionais de saúde aprenderem sobre as diferenças e semelhanças culturais e assim descobrir formas de ajudar estas pessoas no que diz respeito às suas necessidades<sup>4</sup>.

#### Objetivos:

O objetivo geral desta revisão narrativa é identificar as experiências e dificuldades sentidas pelos imigrantes nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde.

#### Materiais e Métodos:

Utilizou-se o método PCC para definição dos critérios de inclusão, sendo que P são os migrantes; C as Experiências e Dificuldades; e C os Cuidados de saúde. A pesquisa bibliográfica foi realizada na Google Scholar, PubMed, EBSCO host e sem limitação temporal. Após seguiu-se um processo de exclusão e optou-se por incidir o trabalho em 4 artigos, que foram estudados com base na análise de conteúdos segundo Bardin<sup>5</sup>. **Palavras de pesquisa:** Feelings, Emotions, Attitudes, Experiences, Migrants, Immigrants, Healthcare and Community.

#### Resultados:

Neste contexto, obtivemos dois temas/categorias, que dão resposta ao objetivo geral, sendo esses: a) competência profissional e cultural que inclui as dimensões, discriminação cultural e religiosa; competência e sensibilidade dos profissionais de saúde; barreiras linguísticas/comunicacionais e utilização de interpretes; b) aceder e utilizar os sistemas de saúde que diz respeito à complexidade dos Sistemas de Saúde; custos dos cuidados de saúde e à falta de confiança e insegurança perante os cuidados prestados.

#### Conclusão:

Podemos concluir que são diversos os fatores que promovem as disparidades nos cuidados de saúde prestados à população imigrante, dos quais podemos mencionar as barreiras comunicacionais e linguísticas, falta de assistência à saúde sensível à multiculturalidade e instabilidade socioeconómica<sup>6</sup>. Portanto torna-se essencial que os profissionais de saúde sejam sensibilizados para a necessidade de prestar cuidados culturalmente sensíveis<sup>4</sup>. Apesar das barreiras identificadas, não podemos fazer uma generalização mundial sobre esta temática, dado que as políticas bem como os apoios existentes na comunidade são diferentes e variados, e consequentemente vão levar a experiências, dificuldades e necessidades dispares.

#### Referências Bibliográficas:

1. International Organization for Migration. (2013). *WORLD MIGRATION 2013*. Obtido de Migrant Well-being and Development: [https://publications.iom.int/system/attachment/data/2013\\_en.pdf](https://publications.iom.int/system/attachment/data/2013_en.pdf).
  2. Glós, P., & Marques, J. (15 de junho de 2018). Portugal: um retrato ainda singular? 40 anos volvidos. *Revista de um Portugal migrante: a evolução da emigração, da imigração e do seu estudo nos últimos 40 anos*. p. <http://jurnal.ips.unid.ac.id/>.
  3. Observatório das Migrações. (2017). *Indicadores de Integração de Imigrantes 2017 - Relatório Estatístico Anual*. Lisboa: Lisboa: ACM, IP.
  4. Leininger, M., & McFarland, M. (2002). *Crosscultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice, Third Edition*. USA: Mc Graw-Hill Company.
  5. Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
  6. Orserda, O.I., Watson, D.P. & Hendrie, H.C. (2020). Understanding the healthcare experiences and needs of African immigrants in the United States: a scoping review. *BMC Public Health* 20 (27).
- Artigos:  
 Harrison, R., Walter, M., Chikara, U., Mania, K., Chakran, A., Lutanik, M. & Leona, D. (2019). Beyond translation: Engaging with culturally and linguistically diverse consumers. *Health Expectations*, 22(159-168).  
 Orserda, O.I., Watson, D.P. & Hendrie, H.C. (2020). Understanding the healthcare experiences and needs of African immigrants in the United States: a scoping review. *BMC Public Health* 20 (27).  
 Phung, V., Akhtar, Z., Matti, M., & Sifimardana, A. (Março de 2020). Understanding how European migrants use and experience UK health services: a systematic scoping review. Obtido de <http://biomedcentral.com/biomedcentral.com/journal/10.1186/s12913-020-04987-2>.  
 Wikberg, E., Saleh-Stratin, N., Johansson, S.K. & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experience and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Nordic College of Caring Science*, 23: 290-297.

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Laurina Gomes, Enfermeira Maria Antónia Farinha, Enfermeira Patrícia Stoca Clérigo e Prof. Doutora Cândida Ferrito**, participaram no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online), no dia 27 de novembro de 2020, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 09 com o tema "**EXPERIÊNCIAS E DIFICULDADES SENTIDAS PELOS IMIGRANTES NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE: REVISÃO NARRATIVA**"

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar



