



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária: na área de Enfermagem de Saúde Pública e
Saúde Comunitária

VIVER COM SAÚDE E SEGURANÇA

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS**

LIVING HEALTHY AND SAFE

**COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH
INSTITUTIONALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS**

Por: Maria da Conceição Miranda Barbosa

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem Comunitária: na área de Enfermagem de Saúde Pública e
Saúde Comunitária

VIVER COM SAÚDE E SEGURANÇA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE COMUNITÁRIA COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS

LIVING HEALTHY AND SAFE
COMMUNITY NURSING INTERVENTION WITH
INSTITUTIONALIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS

Por: Maria da Conceição Miranda Barbosa

Sob a orientação de: Professora Doutora Elisa Garcia

Lisboa, 2021

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é fruto de uma longa reflexão, desejo e necessidade de crescimento a nível pessoal e profissional e, sobretudo, o resultado de muito empenho e dedicação que não teriam sido possíveis sem a colaboração de muitas pessoas que me apoiaram e me acompanharam ao longo do percurso. É por esta razão que sinto o dever de agradecer a todos com um sincero e profundo OBRIGADA:

À professora doutora Elisa Garcia - orientadora deste trabalho científico - que me acompanhou e orientou durante o estágio, a expressão da minha profunda gratidão pela sua disponibilidade, paciência e rigor, qualidades que me incentivaram a perseverar;

À enfermeira Josefina Chemela - enfermeira orientadora do estágio - que possibilitou a realização do mesmo. Agradeço a sua disponibilidade e dedicação, o seu acolhimento e empenho que proporcionaram a realização do estágio e do projeto de intervenção, mesmo quando as condições externas eram adversas devido à enorme quantidade de trabalho e ao peso do cansaço;

Aos meus colegas de trabalho no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, que facilitaram as trocas para que eu pudesse realizar o estágio da melhor maneira e que sempre manifestaram interesse pelo meu projeto;

À minha comunidade religiosa, nas pessoas da Irmã Isabel Gomes e Irmã Alcinda Reis, pelo apoio que foram no desenvolvimento deste projeto, suportando a minha pouca disponibilidade e o meu cansaço evidente;

Aos meus amigos e amigas que me animaram e apoiaram, nunca me deixando desistir, mesmo nos momentos difíceis, e assumindo a minha ausência noutros projetos, para que eu pudesse consagrar a este. Obrigada pelo vosso carinho e interesse.

À minha família que sempre me apoiou e entusiasmou a empreender esta caminhada.

A todos aqueles que nomeei e aos que, porventura, não foram citados por mera inépcia pessoal, embora tivessem sido fundamentais para a concretização deste projeto pessoal e profissional, **o meu sincero e profundo OBRIGADA!**

RESUMO

A gripe é uma doença respiratória contagiosa que se transmite com grande facilidade e habitualmente cura de forma espontânea. Mesmo existindo vacinação, por vezes, causa doenças leves a graves. Em todo o mundo, até agora, era considerada uma das maiores causas de morbidade e mortalidade, constituindo um problema de saúde pública, pois frequentemente o vírus que a causa sofre mutações, exigindo uma nova vacinação a cada ano e mesmo assim não é totalmente eficaz. Por sua vez, a época gripal 2020/2021 decorreu numa fase em que todo o mundo se encontra envolto na pandemia por *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2), o que levou ao início mais precoce da vacinação, de forma faseada e da inclusão, na gratuidade, dos profissionais de locais onde existe maior risco de surtos, decretados pela Direção Geral da Saúde (DGS). Tendo em consideração que a coabitação favorece a disseminação do vírus, a Unidade de Saúde Pública Loures Odívetas, decidiu, além dos idosos, priorizar igualmente as crianças e adolescentes residentes em instituições de acolhimento, assim como dos seus profissionais. Foi neste âmbito que desenvolvemos este projeto.

O projeto teve como principal objetivo prevenir a doença da gripe e da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) nas crianças e adolescentes institucionalizados, assim como dos seus profissionais e promover a saúde através da literacia em saúde numa amostra desta múltipla população, constituída por quatro instituições de acolhimento. Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, em todas as suas fases. O modelo teórico utilizado foi o modelo de promoção da saúde de Nola Pender e que nos ajudou a melhor responder às necessidades de saúde encontradas na fase do diagnóstico de situação e na promoção da literacia em saúde. Como resultados, obtivemos uma população imunizada contra a gripe sazonal e desta forma diminuindo as possíveis consequências da COVID-19 e um grupo de adolescentes mais capacitado para se proteger e proteger a comunidade contra a mesma doença. Embora não tivesse sido possível medir o impacto das intervenções de enfermagem, podemos dizer que atingimos os objetivos pretendidos neste estágio e neste projeto, de forma muito particular a aquisição de competências do enfermeiro especialista e específicas da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Palavra chave: enfermagem de saúde pública; prevenção da gripe; COVID-19; literacia em saúde.

ABSTRACT

Influenza is a contagious respiratory disease that is easily transmitted and usually heals spontaneously. Even with vaccination, it sometimes causes mild to severe illness. Throughout the world, until now, it has been considered a major cause of morbidity and mortality, constituting a public health problem, because the virus that causes it, frequently mutates requiring a new vaccination every year, and even then, it is not fully effective. In turn, the 2020/2021 flu season took place in a time in which the whole world is involved in the *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) pandemic, which led to an earlier start of vaccination, in a phased manner, and the inclusion, in the free of charge, of professionals from places where there is a higher risk of outbreaks, decreed by the Directorate General of Health. Taking into consideration that cohabitation favors the dissemination of the virus, the Public Health Unit Loures Odivelas, decided, besides the elderly, to also prioritize children and adolescents residing in host institutions, as well as their professionals. It was in this scope that we developed this project.

The project's main objective was to prevent influenza and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in institutionalized children and adolescents, as well as their professionals, and to promote health through health literacy in a sample of this multiple population, consisting of four foster care institutions. The health planning methodology was used in all its phases. The theoretical model used was Nola Pender's health promotion model, which helped us to better respond to the health needs found in the situation diagnosis phase and in the promotion of health literacy. As a result, we obtained a population immunized against seasonal flu and thus decreasing the possible consequences of COVID-19 and a group of adolescents more empowered to protect themselves and their community against the same disease. Although it was not possible to measure the impact of nursing interventions, we can say that we achieved the objectives of this internship and this project, particularly the acquisition of the specialist nurse's skills specific to Community Health Nursing and Public Health.

Key words: public health nursing; influenza prevention; COVID-19; health literacy.

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*

COVID-19 - *Coronavirus Disease 2019*

DGS - Direção Geral da Saúde

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

HA - Hemaglutinina

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

INE - Instituto Nacional de Estatística

MPS - Modelo de Promoção da Saúde

NA - Neuraminidase

OE - Ordem dos Enfermeiros

SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome*

SARS-CoV – *Severe acute respiratory syndrome coronavirus*

SARS-CoV-2 - *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

Td – Vacina contra o tétano e difteria

UCP - Universidade Católica Portuguesa

USP – Unidade de Saúde Pública

USP LO - Unidade de Saúde Pública Loures Odivelas

VG - Vacina da Gripe

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	13
1.1. Gripe sazonal como problema de saúde pública	13
1.2. Epidemiologia da gripe influenza	16
1.3. Prevenção específica da gripe - vacinação	18
1.4. Gripe em contexto de pandemia por SARS-CoV-2	21
1.5. Promoção da saúde e o modelo de Nola Pender	23
1.6. Instituições de acolhimento	28
1.7. Contextualização do local de estágio	29
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE	31
2.1. Diagnóstico de situação	32
2.1.1. Definição de população-alvo	35
2.1.2. Definição e caracterização da amostra	38
2.1.3. Método e instrumento de colheita de dados	39
2.2. Definição de prioridades	42
2.3. Fixação de objetivos	43
2.4. Seleção da estratégia	45
2.5. Preparação da execução e intervenção	46
2.6. Avaliação dos resultados	48
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	51
4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma de estágio

APÊNDICE 2: Tabela de colheita de informação para a vacinação contra a gripe sazonal – residentes e profissionais

APÊNDICE 3 - Questionário de sondagem aplicado aos adolescentes

APÊNDICE 4 – Apresentação power point da sessão de educação para a saúde

APÊNDICE 5 – Folheto sobre vacinação

APÊNDICE 6 – Questionário final para avaliação dos conhecimentos adquiridos

APÊNDICE 7 – Apresentação gráfica dos resultados do questionário aplicado no final da sessão de educação para a saúde

- APÊNDICE 8** - Resposta do Diretor Executivo do ACES Loures Odivelas
- APÊNDICE 9** – Pedido de autorização às instituições para integrar o projeto
- APÊNDICE 10** – Póster apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ANEXOS

- ANEXO 1** - Health promotion model (revised). Nola Pender
- ANEXO 2** - Valoração dos critérios de priorização dos problemas de saúde
- ANEXO 3** – Direção Geral da Saúde. Norma 015/2020 de 24/07/2020
- ANEXO 4** – Direção Geral da Saúde. Orientação 010/2020 de 16/03/2020

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** - Vírus influenza sazonal humanos15
- Figura 2** - Taxa de incidência semanal do síndrome gripal na época 2018/1917

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** - Informação relativa aos utentes e profissionais das instituições onde ocorreu a vacinação contra a gripe33
- Quadro 2** - Problemas de saúde identificados nos residentes36
- Quadro 3** - Problemas de saúde identificados nos profissionais37
- Quadro 4** - Resultado do questionário de sondagem aplicado aos adolescentes41
- Quadro 5** - Priorização dos problemas de saúde identificados43
- Quadro 6** - Objetivos específicos e metas a atingir45
- Quadro 7** - Relação entre objetivo operacional ou meta e indicadores de resultado50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** - Total de vacinados contra a gripe sazonal34
- Gráfico 2** - Total de vacinados pela primeira vez35
- Gráfico 3** - Distribuição percentual da amostra quanto ao gênero38
- Gráfico 4** - Distribuição da amostra quanto à idade39
- Gráfico 6** - Distribuição da amostra quanto à escolaridade39

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária: área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, na unidade curricular do Estágio Final e Relatório, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Lisboa.

Desta forma, pretendemos que este seja o reflexo do desenvolvimento de competências ao longo deste itinerário de realização de mestrado e mais especificamente, do percurso efetuado ao longo do período de estágio na Unidade de Saúde Pública Loures Odivelas (USP LO), no período compreendido entre 18 de setembro e 29 de dezembro de 2020.

Considerando a saúde pública como “is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society” (WHO [World Health Organization] Regional office for Europe, 2012, p. 2), a esta, é confiada a missão de prevenir a doença e promover a saúde das populações. E nesta missão, a enfermagem, em parceria com os governos e outras especialidades, tem um papel primordial.

No entanto, Stanhope & Lancaster (2011) referem que a enfermagem de saúde pública tem um foco e âmbito de prática diferentes, pelo que exigem conhecimentos especiais. A enfermagem de saúde pública tem o seu foco na população e está orientada para a comunidade, com a principal função de buscar estratégias de promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças. As suas intervenções são realizadas ao nível da comunidade ou da população, preocupando-se com a saúde de todos os membros da população/ comunidade, com especial atenção às populações/ grupos vulneráveis (Stanhope & Lancaster, 2011).

Numa fase em que todo o mundo se encontra ameaçado pela pandemia por SARS-CoV-2, é urgente e fundamental adotar medidas de saúde pública que reduzam o seu impacto na saúde e vida das pessoas, comunidades e populações. A vida diária foi profunda e completamente modificada, as economias entraram em recessão e muitos dos tradicionais sistemas sociais, redes económicas e sistemas de saúde foram submetidos a uma enorme tensão que jamais foi pensada ou preparada e que levará anos a ser recuperada (WHO, 2020, abril). Neste contexto de pandemia e ao aproximar-se o inverno 2020/2021, é fundamental proteger a saúde dos grupos e populações, prevenindo quer a gripe sazonal quer a infeção por SARS-CoV-2, reduzindo os efeitos que estas infeções podem trazer para as pessoas, comunidades e serviços de saúde.

Embora os conhecimentos sobre COVID-19 ainda sejam reduzidos, uma vez que é uma doença nova, alguns estudos afirmam existir uma proteção cruzada entre vacinação contra influenza e COVID-19, tendo demonstrado que a vacina quadrivalente inativada contra influenza na temporada 2019/2020, pode ter provocado uma resposta de citocinas após a estimulação de células imunes humanas com SARS-CoV-2 (Priya et al, 2020), aumentando a proteção e reduzindo as complicações que a COVID-19 pode provocar no organismo humano.

Enquanto Unidade de Saúde Pública, a grande preocupação da USP LO, além da vigilância epidemiológica inerente à pandemia, era imunizar contra a gripe sazonal, o maior número de pessoas e essencialmente os grupos mais vulneráveis. Pudemos constatar uma evidente preocupação pela saúde da população e muito particularmente pelos grupos vulneráveis, nomeadamente os que vivem em residências de acolhimento, quer crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos.

É neste contexto de proteção da saúde e prevenção da doença da comunidade da área de Loures Odivelas, que este estágio acontece e na impossibilidade de chegar a toda a população, o foco foram as instituições de acolhimento de crianças, adolescentes e jovens em risco.

A base de todo este trabalho de estágio foi o planeamento em saúde em todas as suas etapas bem definidas, de forma a concretizar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, área de enfermagem comunitária e de saúde pública descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. Assim sendo, o principal objetivo deste estágio consistiu essencialmente em desenvolver as referidas competências através do processo de planeamento em saúde para a avaliação do estado de saúde da comunidade e contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades (Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho).

Este relatório pretende demonstrar o projeto de intervenção de enfermagem na comunidade através da vacinação contra a gripe influenza e da sessão de educação para a saúde numa das instituições.

De forma a facilitar a apresentação e leitura dos conteúdos, neste relatório começamos por justificar o foco da intervenção, apresentando a gripe sazonal como problema de saúde pública, agravado pela situação pandémica que vivemos e a necessidade de proteger a saúde das populações vulneráveis através da vacinação e da literacia em saúde, tendo como fundamento teórico o modelo de promoção da saúde de Nola Pender. Justificado o foco da intervenção, passamos à descrição pormenorizada das fases do planeamento em saúde, que compõem o projeto de intervenção. Finalmente, realizamos uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento

de competências que este estágio permitiu desenvolver e algumas das implicações para a prática de enfermagem.

Para a redação deste relatório utilizamos as regras propostas pela American Psychological Association (APA) sétima edição (2020) e que foram muito úteis para a redação e elaboração deste relatório de forma ainda mais científica.

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Como habitualmente, a época outono/inverno constitui um desafio para a saúde das populações em geral e ao mesmo tempo para os serviços de saúde, devido ao impacto das baixas temperaturas na saúde das pessoas. Este ano, o problema é ainda maior por causa da pandemia da COVID-19. Neste mesmo sentido, e procurando concretizar os dois primeiros objetivos do Plano da Saúde para o Outono-Inverno de 2020-2021 (DGS [Direção Geral da Saúde], 2020) que visam proteger vidas humanas e proteger os mais vulneráveis, a USP LO tomou como exigência proteger e promover a saúde das populações mais vulneráveis através da vacinação contra a gripe sazonal (ou gripe influenza) e da literacia em saúde relativamente à COVID-19, nas instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco, permitindo desta forma uma resposta efetiva à pandemia durante o período sazonal de circulação de outros vírus respiratórios.

É neste contexto que acontece este estágio de mestrado, visando proteger e promover a saúde das crianças, dos adolescentes e adultos institucionalizados e dos profissionais das mesmas instituições, sendo esta apenas uma das áreas de atuação da USP LO.

1.1. Gripe sazonal como problema de saúde pública

A gripe é uma doença contagiosa, que habitualmente cura de forma espontânea, podendo causar doenças leves a graves. As suas complicações, quando surgem, ocorrem sobretudo em pessoas com doenças crónicas ou com mais de 65 anos (Pechirra et al, 2019).

É uma doença que afeta o sistema respiratório, causada por vírus que assaltam a humanidade desde os seus primórdios. O nome ‘gripe’ tem a sua origem no verbo francês *gripper*, que significa agarrar, querendo demonstrar a forma como o vírus atua nas pessoas afetadas. Por sua vez, o termo ‘influenza’ foi dado pelos italianos no século XVIII, pois acreditavam que a doença era influenciada pelos astros, devido à associação de surtos e epidemias em determinadas épocas do ano (Silva, 2016).

No entanto, o vírus da gripe infeta também outras espécies animais, podendo alguns dos vírus com origem zoonótica originar vírus com potencial pandémico para a população humana, como

foi o caso da pandemia da gripe A (H1) ddm09 em 2009 (Pechirra et al, 2019) e como é o caso da atual pandemia por SARS-CoV-2 com início em novembro de 2019 em Wuhan, na China.

O mesmo vírus da gripe, ou vírus influenza, pertence à família *Orthomyxoviridae* e o agente etiológico é o *Myxovirus influenzae*. Este subdivide-se nos tipos A, B, C e D, sendo que apenas os vírus A e B têm relevância clínica nos humanos. Estes (vírus A e B) estão associados com a influenza sazonal e com muitos surtos e epidemias respiratórias. O vírus influenza tipo B não tem causado pandemias. Por sua vez, o influenza C é relativamente raro e normalmente não causa surtos nem epidemias. O influenza D foi detetado apenas no gado e em suínos (Ribeiro & Bellei, 2018).

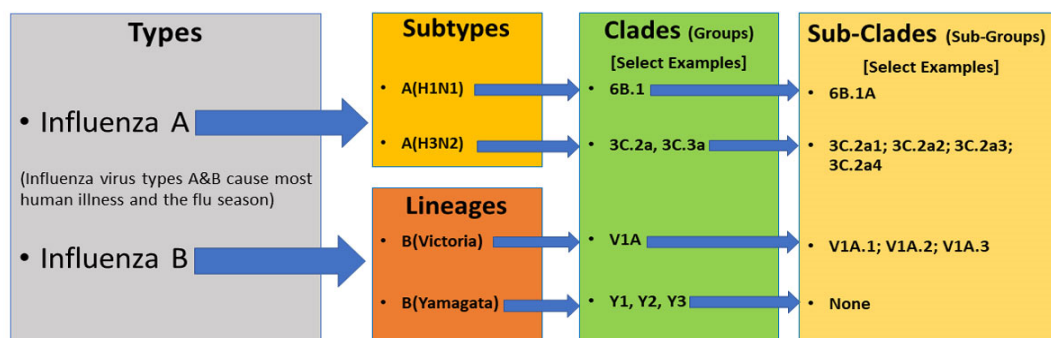
O vírus influenza tipo A apresenta grande variabilidade e divide-se em subtipos, de acordo com as diferenças das suas glicoproteínas de superfície, designadamente hemaglutinina (HA) e neuraminidase (NA). Existem 18 diferentes subtipos de hemaglutinina e 11 diferentes subtipos de neuraminidase (H1 a H18 e N1 a N11, respetivamente) (Ribeiro & Bellei, 2018; Pechirra et al, 2019).

Relativamente às mutações antigénicas maiores, há normalmente trocas de moléculas na HA e na NA, provocadas por rearranjos de segmentos génicos. Esta alteração faz com que ocorra o surgimento de um novo subtipo de influenza A, podendo provocar, desta forma, uma pandemia pelo facto de a população não estar imune a este novo subtipo (Ribeiro & Bellei, 2018).

Ao longo da história, três subtipos de HA (H1, H2 e H3) adquiriram a capacidade de serem transmitidos eficazmente entre os humanos. É a combinação entre a HA e a NA que dá o nome ao subtipo H1N1, H1N2, e assim sucessivamente, como podemos observar na figura 1. As mutações antigénicas menores são causadas por mutações génicas pontuais, no mesmo subtipo da influenza A e podem igualmente resultar em epidemia. Normalmente estas mutações ocorrem em ciclos anuais e os anticorpos formados contra as cepas anteriores podem não responder devidamente às novas cepas entretanto formadas. É por este facto que é fundamental e necessária uma nova composição vacinal a cada ano (Ribeiro & Bellei, 2018).

O vírus influenza do tipo B foi detetado, pela primeira vez, em 1940. As suas mutações ocorrem lentamente e não têm um reservatório animal, ao contrário do vírus influenza tipo A. Os vírus influenza tipo B não são divididos em subtipos, no entanto, existem duas linhagens geneticamente distintas, que coexistem com variações significativas dos genes (Ribeiro & Bellei, 2018), como podemos reparar na figura 1.

Figura 1. Vírus influenza sazonal humanos



Fonte: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>

De referir que, a epidemiologia dos vírus da gripe, na população humana, está associada a padrões de circulação cíclicos nas regiões temperadas. No hemisfério norte as epidemias por gripe acontecem entre janeiro e abril, enquanto que no hemisfério sul verifica-se uma maior atividade do vírus da gripe entre maio e setembro. Ou seja, à escala mundial, a atividade do vírus da gripe é detetável ao longo de todo o ano (Pechirra et al, 2019).

De salientar que o período de incubação da gripe é curto, variando de um a quatro dias, sendo que a doença tem habitualmente a duração de uma a duas semanas. Embora a maioria das pessoas saudáveis recupere na totalidade, a gripe pode ser mais grave nas crianças, gestantes, puérperas, idosos e pessoas com doenças crónicas, podendo mesmo levar à síndrome respiratória aguda grave e à morte, normalmente associadas ao aumento de hospitalizações e óbitos (Silva, 2016).

Entende-se por síndrome respiratória aguda grave (SARS - *Severe Acute Respiratory Syndrome*) uma infeção por coronavírus, detetada inicialmente na China no final de 2002, resultando num surto mundial. Causa sintomas semelhantes aos da gripe, mas mais graves: febre, cefaleias, calafrios e mialgias, seguindo-se a tosse seca e muitas vezes dificuldade em respirar (Tesini, 2020).

Estima-se que a gripe infete até 100 milhões de pessoas, a cada ano, no hemisfério norte. É por esta razão que a própria WHO recomenda fortemente a vacinação contra a gripe, como sendo a medida mais importante de prevenção da doença, principalmente entre as pessoas de alto risco de desenvolver complicações (WHO, 2001, setembro).

Também o Programa Nacional de Vigilância da Gripe, no Relatório da época 2018/2019, faz referência à importância da vacinação contra a gripe influenza. Refere que, sendo a vacina a principal forma de prevenção da gripe, ela é fortemente recomendada para as pessoas com idade

igual ou superior a 60 anos, doentes crónicos e imunodeprimidos, grávidas e profissionais de saúde (Pechirra et al, 2019). Mais ainda, a vacinação foi reportada em 15,9% dos casos de gripe notificados. A deteção do vírus ocorreu em 50,0% dos casos vacinados e sujeitos a diagnóstico laboratorial. Considera-se que a ocorrência de gripe em indivíduos vacinados poderá estar relacionada com uma baixa/moderada efetividade da vacina antigripal (Pechirra et al, 2019).

No entanto, o vírus da gripe não é único, e durante a época gripal 2018/2019 foram detetados em circulação outros vírus respiratórios. O rinovírus e o coronavírus humano foram os mais frequentemente detetados, em território nacional (Pechirra et al, 2019).

1.2. Epidemiologia da gripe influenza

Tendo em conta que o vírus influenza já circula na população há centenas de anos, consideramos agora a epidemiologia e indicadores de morbilidade e mortalidade da gripe influenza, demonstrando que este é um problema de saúde pública que necessita de particular atenção.

Além dos efeitos no sistema de saúde, a gripe sazonal tem um elevado custo para a economia dos países onde ocorrem estas epidemias, uma vez que provoca um elevado absentismo no trabalho e nas escolas (Ribeiro & Bellei, 2018).

O vírus da gripe é considerado uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, afetando um elevado número de indivíduos em cada ano (Pechirra et al, 2019). As epidemias da gripe sazonal causam, em todo o mundo, de 3 a 5 milhões de casos graves e de 300.000 a 500.000 mortes por ano. Só os Estado Unidos respondem por 140.000 a 710.000 hospitalizações relacionadas com gripe e 12.000 a 56.000 mortes por ano, com maior incidência entre os jovens, idosos e pessoas com comorbilidades (Ribeiro & Bellei, 2018).

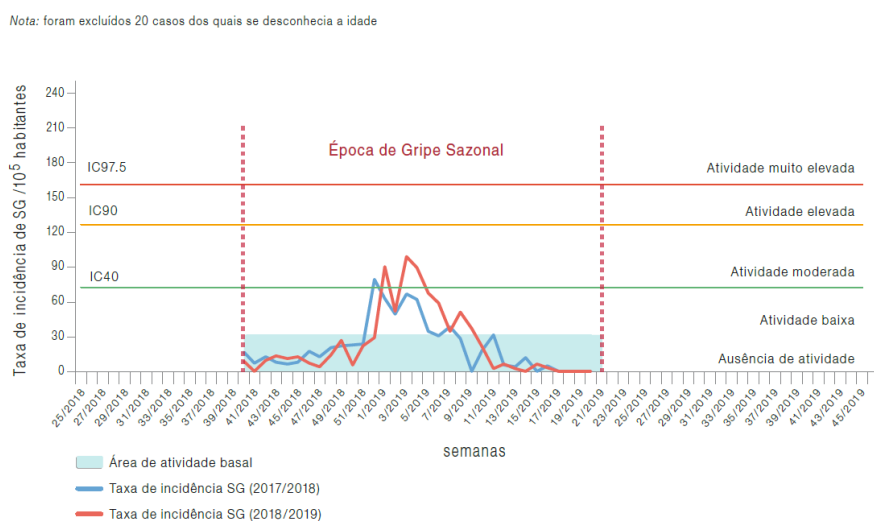
No que se refere à Europa, neste último ano (2019/2020) existe uma evidente melhoria, provavelmente devido à pandemia COVID-19 e às medidas introduzidas no seu combate. O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), no seu relatório de vigilância janeiro 2021, sobre os vírus da gripe circulantes pela Europa, reportam que até à semana 53/2020, apenas 415 casos de influenza foram relatados em toda a Região Europeia da WHO. Sendo que, 50% dos vírus tipo A, com A (H3N2) a prevalecer sobre A (H1N1), e 50% dos vírus tipo B, estando apenas quatro atribuídos à linhagem B: três B/Victoria e um B/Yamagata. Estes

dados representam uma queda de 98% nas deteções em relação ao mesmo períodos de 2019 (ECDC [European Centre for Disease Prevention and Control], 2021, janeiro).

No que se refere a Portugal, baseámo-nos no relatório da época 2018/2019, uma vez que ainda não está disponível o relatório de 2019/2020, à data da realização da pesquisa. Este refere uma atividade gripal de intensidade moderada (Figura 2) em Portugal. A Rede Portuguesa de Laboratórios para o Diagnóstico da Gripe efetuou o diagnóstico da gripe em 18.521 casos de infeção respiratória, tendo sido o vírus influenza detetado em 5.140 destes casos. O vírus da gripe A (H3) foi o predominante durante todo o período epidémico. No entanto, foi também detetado em co-circulação o vírus A (H1) pdm09. De referir que, a análise virológica demonstrou que os vírus A (H3) circulantes eram diferentes antigenicamente da estirpe vacinal de 2018/2019. Por sua vez, a análise genética exibiu uma grande diversidade destes vírus em circulação. Os vírus A (H1) pdm09 detetados eram semelhantes à estirpe vacinal de 2018/2019 (Pechirra et al, 2019).

Figura 2. Taxa de incidência semanal da síndrome gripal na época 2018/19 (dados definitivos).

Nota: a distribuição de casos é feita de acordo com a data de início de sintomas. Os limiares representados no gráfico correspondem aos valores estimados para a época 2018/2019.



Fonte: Pechirra, P. et al (2019). *Programa Nacional de Vigilância da Gripe. relatório da época 2018/2019*. Lisboa: INSA, IP.

A grande maioria dos casos de infeção por dois ou mais agentes virais foi identificada nas crianças com idade inferior a 5 anos. Verificou-se, no período coincidente com a epidemia da gripe e vaga de frio, um excesso de mortalidade por todas as causas entre as semanas 02/2019 e 07/2019 de cerca de 2.844 óbitos (19% superior em relação ao esperado). Este excesso foi observado em todas as regiões do continente, em ambos os sexos, e a partir dos 45 anos de

idade, em especial nas pessoas acima dos 85 anos. Durante toda a época, estimam-se cerca de 3.331 óbitos imputáveis à epidemia da gripe (Pechirra et al, 2019).

Relativamente aos casos de gripe influenza na região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), o relatório da época 2018/2019 refere que foi na região de LVT que se verificou um maior aumento do número de casos de gripe durante o mês de dezembro. Em janeiro, o aumento do número de casos foi verificado na região LVT e nas regiões norte e centro. Somente na região LVT foram analisados 343 exsudados, sendo que 165 (48,1%) foram positivos para o vírus da gripe. Destes, 164 pertencem ao influenza A: 74 casos de vírus A (H1) pdm09 e 90 casos de vírus A (H3). Apenas surgiu um vírus influenza B (B/Yamagata) (Pechirra et al, 2019).

Na região de Loures Odívetas não existia informação disponível quanto ao número de casos de gripe influenza. No entanto, sendo este um problema de saúde pública e encontrando-nos em pandemia por COVID-19 e época gripal, é de suma importância prevenir a gripe através da vacinação e da educação para a saúde.

1.3. Prevenção específica da gripe - vacinação

Como podemos verificar por tudo aquilo que já foi referido, a gripe tem um grande impacto na vida das pessoas e sociedades, pelo que é fundamental prevenir esta doença. Por sua vez, além das medidas individuais de proteção, a vacinação contra a gripe continua a ser um meio importante para reduzir a morbilidade e mortalidade (Silva, 2016) por esta doença. Trata-se de prevenir a doença e suas consequências na vida individual, comunitária e das populações.

No entanto, nem toda a prevenção é feita de igual forma. Bonita (2010) propõem quatro níveis de prevenção, sendo que estes correspondem a diferentes fases do desenvolvimento de uma doença: primordial, primário, secundário e terciário. Ou seja, cada um destes níveis tem um papel diferente na causalidade das doenças (Bonita, Beaglehole & Kjellstöm, 2010).

Sem desvalorizar nenhuma das formas de prevenção, pois todas são importantes, as formas de prevenção primordial e primária têm um maior impacto sobre a saúde das populações, enquanto os níveis de prevenção secundária e terciária são normalmente focados nas pessoas, uma vez que já existem sinais de doença (Bonita, Beaglehole, & Kjellstöm, 2010). A prevenção da gripe através da vacinação enquadra-se na prevenção primária, pelo que nos iremos focar apenas neste nível.

No nível de prevenção primária, pretendemos evitar fatores causais específicos, com o objetivo de reduzir a incidência da doença (estratégia de massas). A ação específica é a proteção da saúde através de esforços pessoais e comunitários, entre outros, através da imunização. A população alvo é a população total ou grupos selecionados e indivíduos saudáveis alcançados através de políticas de saúde (Bonita, Beaglehole & Kjellstöm, 2010).

A imunização ocorre quando a pessoa teve a doença natural ou então através da vacinação. As vacinas constituem um enorme avanço da medicina moderna. Até ao final do século XVIII os medicamentos que existiam eram apenas curativos. Todas as terapêuticas eram direcionadas para a cura. Foi em 1798 que Edward Jenner descobriu um medicamento que não tinha como objetivo curar, mas sim prevenir – foi a vacina contra a varíola. Abriu-se assim uma nova etapa na história dos medicamentos e na salvação de muitas pessoas que, de outra forma, estariam condenadas à morte. É com esta descoberta de Jenner que a terapêutica medicamentosa passou a ser também preventiva (Cabral & Pita, 2015).

As vacinas são produtos imunobiológicos constituídos por microrganismos, partes destes ou produtos derivados que, depois de inoculados numa pessoa saudável, produzem uma resposta semelhante à da infeção natural, produzindo imunidade sem risco para o vacinado (DGS. s.d. a).

Os antigénios das vacinas podem ser vírus ou bactérias, inteiros, mortos ou atenuados, ou mesmo fragmentos desses microrganismos. O antigénio escolhido para uma vacina deve ser sempre imunogénico, ou seja, deve desencadear uma reação imunitária de defesa do organismo e não provocar a doença. Desta forma, as vacinas têm uma ação preventiva e não terapêutica, o seu benefício é individual, mas também coletivo, pois se uma pessoa não está doente não transmite doença. Por esta razão é que as vacinas são aplicadas a pessoas saudáveis (DGS. s.d. a).

Além da proteção individual, a maioria das vacinas tem ainda a capacidade de, a partir de determinadas taxas de cobertura vacinal, interromper a circulação dos microrganismos entre as pessoas. Para isso é necessário que 75% a 94% da população seja imune para a doença em causa, através da infeção natural ou pela vacinação. Fenómeno este designado por imunidade de grupo (Vilarinho & Pereira, 2020).

Foi em 1936 que Joseph Stokes Jr demonstrou, pela primeira vez, a eficácia da vacinação para a proteção dos cidadãos relativamente à gripe sazonal. Seguiram-se outros trabalhos e as primeiras vacinas inativadas contra a gripe foram introduzidas ainda nos anos 40. A imunização pela vacina sazonal, além de assegurar a proteção individual em relação à infeção, protege

também relativamente às manifestações da doença e suas complicações, fazendo com que sejam mais ligeiras. Por sua vez, previne também a eliminação de partículas virais, evitando a propagação da infeção (George, 2014, janeiro). Os anticorpos protetores induzidos pela vacina começam a aparecer entre a segunda e a terceira semanas após a vacinação e a respetiva proteção dura entre 6 e 12 meses (Silva, 2016).

Devido à constante mutação génica do vírus da gripe, as vacinas sazonais são diferentes todos os anos. A vacina mais utilizada na Europa é a trivalente, contendo duas estirpes do tipo A (uma do subtipo H1N1 e outra H3N2) e uma do tipo B, preparada a partir de vírus produzidos em ovos de galinha (George, 2014, janeiro).

Em Portugal as vacinas disponíveis na época 2020/2021 são a Influvac Tetra® e Vaxigrip Tetra®. Além dos vírus contidos na vacina trivalente, contém mais um vírus do tipo B, tendo a seguinte composição:

- A/Guandong-Maonan/SWL 1536/2019; A (H1N1)pdm09;
- A/Hong Kong/2671/2019; A(H3N2);
- B/Washington/02/2019; B/Victoria;
- B/Phuket/3073/2013; B/Yamagata (DGS. *Norma 016/2020 de 25 de setembro*, p. 3/6).

Portugal recebe uma quota, a cada ano, que oscila entre 1,4 a 1,8 milhões de doses de vacinas contra a gripe. Ela deve ser administrada todos os anos a partir do mês de outubro aos grupos prioritários indicados pela DGS, que todos os anos emite uma Orientação, no final do verão, com as orientações para a administração da vacina da gripe. Em 2012, com o objetivo de aumentar a cobertura vacinal e reduzir injustiças, foi, pela primeira vez gratuita e com acesso fácil para a população com 65 e mais anos de idade (George, 2014, janeiro).

Em 2020, pelo facto de nos encontrarmos em contexto de pandemia COVID-19, a DGS adotou medidas excecionais e específicas no âmbito da vacinação contra a gripe sazonal, nomeadamente “o início mais precoce em relação aos anos anteriores, a vacinação faseada e a inclusão na gratuidade dos profissionais que trabalham em maior risco de ocorrência de surtos e/ou de maior suscetibilidade e vulnerabilidade” (DGS. *Norma 016/2020 de 25 de setembro*, p. 1/6).

A importância de ser vacinado contra a gripe, em tempos de pandemia COVID-19 é também expressa pelo ECDC, referindo que, ao sermos vacinados não nos protegemos só a nós, mas ajudamos a proteger os mais vulneráveis, nomeadamente idosos e pessoas com doenças crónicas, e que, a dupla infeção com gripe influenza e COVID-19 muito provavelmente causa

resultados mais graves e que ambas as infeções podem perturbar fortemente os Serviços de Saúde (ECDC. s.d. a).

Os grupos de pessoas com mais de 6 meses de idade, residentes em instituições, já estavam incluídos na vacinação gratuita contra a gripe sazonal em anos anteriores (DGS. Norma 006/2019 de 07 de outubro), no entanto, priorizavam-se os mais idosos, nomeadamente as pessoas com mais de 65 anos e os residentes em Estruturas Residenciais Para Idosos.

Este ano, tendo em consideração que a coabitação favorece a disseminação da infeção (DGS. Orientação 009/2020 de 11 de março), as instituições de acolhimento de crianças e jovens foram priorizadas, para imunização contra a gripe, pela Unidade de Saúde Pública Loures Odivelas, de forma a evitar que haja dupla infeção quer nas crianças e adolescentes, quer nos seus cuidadores e ao mesmo tempo, possibilitando um diagnóstico diferencial o mais cedo possível. Pois, tal como refere a DGS, a infeção por COVID-19 “na criança e no jovem é muitas vezes assintomática e de evolução benigna; no entanto, há que prevenir a transmissão aos cuidadores, evitando que fiquem doentes e mantendo o normal funcionamento da instituição” (DGS. Orientação 009/2020 de 11 de março, p. 1/16).

Efetivamente, a imunização contra a gripe não consta no Plano Local de Saúde Loures-Odivelas 2013-2016, Extensão a 2020. Foi tomada como prioridade, para as instituições de acolhimento de crianças e jovens pelas razões já apresentadas.

1.4. Gripe em contexto de pandemia por SARS-CoV-2

A *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2) é o nome dado ao novo coronavírus que surgiu no final de 2019 em Wuhan, na China. COVID-19 é a doença associada a este vírus, totalmente diferente de outras doenças causadas por coronavírus. Em pouco tempo este surto evoluiu para uma pandemia global caracterizada por três fatores: 1. velocidade – a doença espalhou-se rapidamente para todo o mundo e a sua capacidade de propagação oprimiu até mesmo a saúde dos mais fortes e resilientes; 2. gravidade – em geral 20% dos casos são graves ou críticos, com uma taxa bruta de letalidade de casos clínicos acima dos 3%, aumentando nos grupos de idade mais avançada ou com condições de saúde mais frágeis; 3. disrupção social e económica – as medidas tomadas para controlar a transmissão tiveram amplas e profundas consequências económicas (WHO, 2020, abril).

Uma vez observada esta evolução, o Diretor-Geral da WHO declarou a COVID-19 como pandemia, a 11 de março de 2020 (Johnson, 2020, março).

Esta rápida propagação do vírus SARS-CoV-2 acontece muito pela facilidade com que se transmite de pessoa para pessoa e de pessoa para pessoas, mesmo em casos assintomáticos. As evidências atualmente disponíveis indicam que o vírus SARS-CoV-2 pode ser transmitido através das várias formas:

- ✓ Via de contacto direta: disseminação de gotículas respiratórias, produzidas quando uma pessoa infetada tosse, espirra ou fala, que podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas;
- ✓ Via de contacto indireta: através de gotículas expelidas para superfícies, contacto das mãos com uma superfície ou objeto contaminado e, em seguida, com a sua própria boca, nariz ou olhos (DGS, Orientação 009/2020 de 11 de março).

Em 28 de abril de 2020, o número total de mortes causadas por SARS-CoV-2 já é 125 vezes superior à mortalidade causada por ambas as infeções de SARS-CoV1 e MERS-CoV (Vilarinho & Pereira, 2020).

A 19 de março, em Portugal, foi declarado estado de emergência, como consequência da evolução da pandemia. Na atual época sazonal outono/inverno (2020/2021), toda a Europa está a enfrentar a segunda vaga da doença. Novamente, em Portugal, a 08 de novembro foi decretado novo estado de emergência (Decreto nº8/2020), com o objetivo de adotar medidas restritivas de forma a conseguir achatar a curva epidemiológica, diminuindo assim a pressão sobre o sistema de saúde e salvando vidas. Mais do que nunca o esforço tem necessariamente de ser coletivo.

No que se refere aos sinais e sintomas da COVID-19, estes variam em gravidade, desde ausência de sintomas (assintomáticos) até sintomas como febre, tosse, dor de garganta, cansaço, mialgias, anosmia e digeusia. Nos casos mais graves pode mesmo resultar em pneumonia grave, síndrome respiratória aguda grave, septicémia, choque séptico e eventual morte (DGS. s.d. b). Neste sentido, acompanhando a evolução da pandemia, Araújo, Cortes & Félix (2020) referem que 90% dos casos de COVID-19 apresentam doença ligeira, ou seja, sintomas ligeiros como febre, rinorreia, cefaleias ou mialgias; 7% dos casos apresentam doença grave com necessidade de internamento, apresentando pneumonia grave, síndrome respiratória aguda, sépsis, choque séptico e eventual morte e 3% dos casos precisam de cuidados intensivos com necessidade de ventilação.

De acordo com os dados disponíveis no ECDC a 28/11/2020 (data da realização da pesquisa para este relatório), desde o início da pandemia, mais propriamente desde 31 de dezembro de

2019 até 28 de novembro de 2020, foram notificados 61 715 119 casos de COVID-19 (de acordo com as definições de caso aplicadas e estratégias de teste nos países afetados) e 1 444 235 mortes, em todo o mundo (ECDC. s.d. b).

No que se refere à Europa, foram registadas 400 949 mortes, sendo os cinco países que notificaram a maioria das mortes: o Reino Unido (57 551), a Itália (53 677), a França (51 914), a Espanha (44 668) e a Rússia (39 068) (ECDC. s.d. b).

Em relação a Portugal, o ECDC confirma a ocorrência de 285 838 casos de COVID-19 e um total de 4 276 mortes desde o início da pandemia até 28 de novembro de 2020. Entre 2 de março, data em que foram diagnosticados os primeiros casos com a doença COVID-19 em Portugal e 1 de novembro, registaram-se 77 249 óbitos em território nacional, mais 8 686 óbitos do que a média, em período homólogo, dos últimos cinco anos. Destes (8 686 óbitos), 29,3% (2 544) foram óbitos por COVID-19. De salientar ainda que mais de 70% dos óbitos ocorreram em pessoas com idade igual ou superior a 75 anos (ECDC. s.d. b).

Nos primeiros dois meses de 2020 (antes de o vírus SARS-CoV-2 ter chegado a Portugal), o número de óbitos foi, em geral, inferior aos valores médios observados nos últimos cinco anos. Contudo, na semana de 9 a 15 de março de 2020, o número de óbitos ultrapassou os valores registados em média nos últimos anos. O acréscimo da mortalidade, verificado a partir de março, relativamente à média dos últimos cinco anos é explicado apenas em parte pelos óbitos por COVID-19 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020, novembro). Ou seja, apesar de o período de ocorrência da COVID-19 ainda ser curto, podemos observar que esta doença também tem um grande impacto na vida das pessoas ao nível da mortalidade.

1.5. Promoção da saúde e o modelo de Nola Pender

No seguimento do trabalho desenvolvido, nomeadamente na prevenção primária através da imunização contra a gripe sazonal, percebemos que era igualmente importante promover a saúde das crianças e adolescentes, através da literacia em saúde, como ferramenta essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente no referente à COVID-19.

Consideremos para já a distinção entre promoção da saúde e prevenção da doença. Nola Pender refere que a diferença mais importante entre estas duas ações *“is in the underlying motivation for the behavior on the part of individuals and aggregates”* (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014, p. 5). Assim, promoção da saúde é o comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-

estar e realizar o seu potencial de saúde. Por outro lado, a prevenção da doença consiste num comportamento motivado pelo desejo de evitar ativamente a doença, detetá-la precocemente ou manter o funcionamento dentro das restrições (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

Nola Pender apresenta ainda três importantes diferenças teóricas entre promoção da saúde e prevenção da doença:

1. Promoção da saúde não se refere a uma doença específica, enquanto prevenção da doença refere-se a uma doença específica;
2. Promoção da saúde é uma “abordagem” motivada, enquanto que a prevenção é motivada para “evitar”;
3. A promoção da saúde tem como objetivo ampliar o potencial positivo para a saúde, enquanto a prevenção procura impedir “insultos” à saúde e ao bem-estar (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014, p. 5)

Na realidade, promoção da saúde e prevenção da doença são processos complementares (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014) que se devem concentrar nos cuidados de saúde.

Também a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata faz referência à promoção e proteção da saúde dos povos, referindo que estes dois aspetos são fundamentais para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Efetivamente, promoção da saúde é algo de extrema importância para o estado de vida de uma população. Após a segunda guerra mundial foi fundada a WHO, em 1948, que criou uma definição de saúde (Silva, Schraiber & Mota, 2019), considerando esta como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Ao mesmo tempo que, este é um direito de todos, sem distinção de raça, religião, crença política ou condição económica e social (WHO, 2020, 49ª ed.). Desta forma, torna-se necessário e fundamental promover a saúde das comunidades, ou seja, promover este completo bem-estar físico, mental e social.

Em 1986, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, definiu a promoção da saúde como sendo um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (WHO, 1986, p. 1), também através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço de competências que habilitem para uma vida saudável. Ou seja, um dos objetivos da promoção da saúde é capacitar as populações e comunidades para que realizem o seu potencial de saúde, através da implementação de um meio favorável, do acesso à informação e estilos de vida e oportunidades que permitam opções

saudáveis. Para que uma comunidade tenha saúde ela tem de adotar comportamentos que promovam a sua saúde e previnam a doença (WHO, 1986).

A carta de Ottawa promove ainda uma alteração na orientação dos serviços de saúde, recomendando que estes se devem orientar cada vez mais para a promoção da saúde, além das responsabilidades inerentes na prestação de cuidados clínicos e curativos (WHO, 1986).

Promover a saúde através da melhoria de informação consiste em promover a literacia em saúde, junto das pessoas, das comunidades e das organizações; isto constitui uma relevante ocasião e ao mesmo tempo um desafio para a saúde pública, tal como refere o Plano de ação para a Literacia em Saúde 2019 - 2021 (DGS, 2018). No entanto, é necessária a consciência, na promoção da literacia em saúde, de que esta “implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (DGS, 2018, p. 6).

Uma vez que a população selecionada, neste estágio, para prevenção da doença específica da gripe, promoção da saúde e promoção da literacia em saúde foram as crianças e adolescentes em instituições de acolhimento, assim como os seus profissionais, consideremos agora o papel primordial do enfermeiro nestas instituições de acolhimento de crianças, adolescentes e jovens em risco.

Considerando que, o acolhimento institucional possui o papel de favorecer o desenvolvimento da criança / adolescente, oferecendo-lhe cuidados e proteção, além do contexto educativo, as ações de promoção da saúde têm um lugar privilegiado e são fundamentais para empoderar, promover a equidade, comunicação e educação para a saúde nas crianças e adolescentes que se encontram em situação de acolhimento institucional. Podemos dizer que o papel da enfermagem é fundamental para facilitar este cuidado integral da saúde das crianças e adolescentes institucionalizadas (Dias, Rodrigues, Moreschi & Greco, 2019).

Compete ao enfermeiro promover o desenvolvimento de atividades como: grupos de saúde, consulta de enfermagem, encaminhamentos para serviços da comunidade, escuta qualificada, vínculo e convivência com o profissional da saúde e família. Sendo que, todas estas ações, de promoção da saúde, devem ser estabelecidas em conjunto com os adolescentes e devem atingir o seu comportamento, facilitando a conquista de inserção social e cidadania e reduzindo a sua vulnerabilidade (Dias, Rodrigues, Moreschi & Greco, 2019).

No atual contexto de pandemia, a promoção da literacia em saúde ganha uma importância redobrada junto de todas as pessoas, das comunidades e organizações, constituindo-se como uma ferramenta fundamental para a resposta em saúde pública. Assim sendo, promover a literacia em saúde é determinante para a implementação de medidas preventivas e para a evolução da pandemia (DGS, 2020a).

Os comportamentos adotados, quer a nível individual quer a nível populacional, e o cumprimento das medidas e recomendações transmitidas pelas autoridades de saúde são uma das chaves para a prevenção e controlo da COVID-19. Ou seja, é decisivo para a implementação de medidas preventivas e para a própria evolução da pandemia, a promoção da literacia em saúde neste âmbito (DGS, 2020a).

É neste contexto que fomos procurar fundamento e inspiração no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (Anexo 1). Além de ser uma verdadeira erudita, Nola Pender possui imensos conhecimentos sobre o desenvolvimento humano e de ensino, que lhe permitiram desenvolver uma perspetiva holística de enfermagem e criar o seu próprio Modelo de Promoção da Saúde (Rosa, 2012).

O MPS de Pender é uma estrutura que permite integrar as perspetivas de enfermagem e das ciências comportamentais com fatores que influenciam os comportamentos de saúde, ao mesmo tempo que “*offers a guide to explore the complex biopsychosocial processes that motivate individuals to engage in behaviors directed toward enhancing health.*” (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014, p. 44). Este modelo oferece ao enfermeiro uma estrutura simples e clara, em que este pode realizar cuidados de forma individual ou em grupo, permitindo o planeamento, intervenção e avaliação das suas ações. É um modelo muito utilizado para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Fundamental no MPS de Nola Pender é a Teoria de Aprendizagem Social ou Teoria Cognitivo Social, de Albert Bandura, que se apoia numa abordagem cognitiva, mas também defende que o comportamento se modifica em função das suas consequências imediatas, segundo os princípios da Teoria do Behaviorismo (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008). Ou seja, Bandura na sua teoria da aprendizagem social defende que as pessoas criam os seus próprios objetivos e preveem os resultados prováveis, de forma que estes guiam e motivam os seus esforços antecipadamente (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008).

É apoiada nesta teoria da aprendizagem social de Bandura que Nola Pender cria o seu MPS relacionando três pontos principais (Anexo 1):

1. As características e experiências individuais que incluem comportamentos anteriores e fatores pessoais: biológicos, psicológicos e socioculturais. Ou seja, cada pessoa tem as suas características e experiências que afetam as suas ações posteriores;
2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento: percepção dos benefícios e das barreiras para a ação, autoeficácia percebida, sentimentos relacionados ao comportamento e influências interpessoais situacionais;
3. Resultado do comportamento ou comportamento de promoção da saúde desejável em que se combinam as exigências imediatas (baixo controle) e preferências (auto controle) e ocorre um compromisso com um plano de ação, de modo que seja adotado um comportamento de promoção de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014); tal como refere a autora: *“health-promoting behaviors, particularly when integrated into a health lifestyle, results in improved health, enhanced functional ability, and better quality of life at all stages of development”* (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014, p. 50).

Neste modelo, Pender considera o conceito de saúde como algo em evolução, que vem sofrendo mudanças ao longo do tempo. Para a autora, saúde não é apenas a ausência de doença de um indivíduo. O termo saúde é visto sob o aspeto individual, familiar e comunitário, com realce na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças. Pender refere mesmo que, todas as pessoas que não têm qualquer doença, não têm igual saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014). O conceito “pessoa” é fundamental neste modelo. Pessoa é aquela que é capaz de tomar decisões e resolver problemas, no entanto, a ênfase está no seu potencial de mudar comportamentos de saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). Relativamente ao ambiente, este deve ser entendido como o resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos de saúde, sociais e económicos, sendo que esta boa relação proporciona um ambiente saudável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). Por último, o conceito de enfermagem surge intimamente relacionado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para promover a saúde (Victor, Lopes & Ximenes, 2005).

Como erudita que é, Nola Pender aborda também a promoção da saúde em populações vulneráveis, que é fundamental para nós neste projeto. Refere que, os valores, atitudes, cultura e circunstâncias de vida de indivíduos que são pobres, socialmente marginalizados ou culturalmente diferentes, devem ser considerados ao planear atividades de promoção da saúde para essa população. Ou seja, é necessário ter em consideração os fatores que refletem a diversidade dessas populações. Por sua vez, é essencial considerar também que as populações vulneráveis são mais suscetíveis de desenvolver problemas de saúde e geralmente

experimentam piores resultados de saúde e têm menos recursos para melhorar as suas condições (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014). Por estas razões, é necessário promover a equidade na saúde, pois todos têm em si a oportunidade de atingir o seu potencial de saúde, apesar das diferenças subjacentes a nível social, demográfico ou geográfico, populações mais vulneráveis ou não (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

1.6. Instituições de acolhimento

Como refere Nola Pender, ao promover uma ação de promoção da saúde com crianças e adolescentes institucionalizadas, precisamos de ter em consideração quem são estas crianças e adolescentes e que tipo de instituições são estas.

Em Portugal, continua a ser elevado o número de crianças e jovens cujo último garante da proteção e promoção dos seus direitos reside em estar numa instituição de acolhimento. Tal como previsto nos tratados e convenções internacionais, as crianças e jovens - quando temporária ou definitivamente afastados do ambiente familiar de origem - têm direito à proteção do Estado. É neste sentido que o acolhimento destas pessoas em instituições no território nacional orienta-se por uma jurisdição especial de proteção da infância e juventude, estipulada nos princípios e normas consagrados em diversos diplomas internacionais ratificados pelo Estado Português, nomeadamente a Convenção sobre os Direitos da Criança, a própria Constituição da República Portuguesa, o Código Civil Português e a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Esta é uma área muito complexa, de elevada importância, sujeita a normas muito específicas de funcionamento e gestão (Carvalho, 2013).

De acordo com a Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99, de 01 de setembro), a intervenção tutelar de proteção e promoção de crianças e jovens aplica-se nos casos em que se verifique ameaça aos direitos essenciais da criança ou do jovem até aos 18 anos de idade. Muitas vezes esta intervenção resulta no acolhimento destas pessoas em instituições de acolhimento pública, cooperativa, social ou privada com acordos de cooperação com o Estado.

A mesma lei define a medida de acolhimento residencial como a “colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações, equipamento de acolhimento e recursos humanos prementes” (Lei nº 147/99, de 01 de setembro. Artigo 49º. n. 1). E sua finalidade consiste em contribuir “para a criação de condições que garantam a adequada satisfação de necessidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais das crianças e jovens e o

efetivo exercício dos seus direitos, favorecendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promovendo a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral” (Lei nº 147/99, de 01 de setembro. Artigo 49º. n. 2).

Partindo da definição de populações vulneráveis de Nola Pender, consideramos as crianças e adolescentes institucionalizados uma população vulnerável, pois tiveram necessidade de recorrer a uma instituição de acolhimento que lhes pudesse garantir os seus direitos fundamentais. Pelo que, é fundamental promover a equidade na saúde de maneira que possam atingir o seu potencial de saúde e prevenir a doença.

Neste sentido e dando cumprimento às orientações da DGS na Norma 016/2020 de 25 de setembro, que determina a vacinação gratuita para este grupo de pessoas, a USP LO, enquanto promotora da saúde da comunidade decidiu dirigir-se às instituições de respostas sociais, nomeadamente às dirigidas a crianças e adolescentes, para efetuar a vacinação contra a gripe sazonal. De seguida passamos a caracterizar melhor esta Unidade de Saúde Pública.

1.7. Contextualização do local de estágio

A USP LO está integrada no Agrupamento de Centros de Saúdes (ACeS) Loures-Odivelas, sendo que, este abrange dois concelhos da área metropolitana de Lisboa: Loures e Odivelas.

A Unidade de Saúde Pública (USP) é uma unidade funcional integrada no ACeS com autonomia organizativa e técnica e atua em articulação com as demais unidades funcionais, Conselho da Comunidade e Conselho Clínico e de Saúde. Intervém na área geodemográfica do ACeS Loures Odivelas, o que corresponde a uma área geográfica de 193,8 km² e uma população de 370.961 habitantes residentes (estimativas anuais da população residente, ano 2018) (Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas. *Regulamento Interno*, 6 de março de 2020).

A USP LO tem por missão prevenir a doença, proteger e promover a saúde, com vista a alcançar ganhos em saúde para toda a população. Compete à USP LO: a) Elaborar informação e planos em domínios da saúde pública; b) Proceder à vigilância epidemiológica; c) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes; d) Desenvolver as diversas atividades de planeamento em saúde; e) Gerir programas e projetos de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou dos grupos específicos; f) Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde; g)

Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação; h) Assegurar a cooperação e articulação com outras instituições relevantes para a saúde, públicas ou privadas, com partilha e divulgação de informação e conhecimento facilitador das intervenções; i) Promover a articulação com as outras unidades funcionais do ACES Loures-Odivelas.

A USP assenta em equipas técnicas multidisciplinares, composta por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas em saúde pública/ comunitária e outros enfermeiros especialistas, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais, assistentes técnicos e operacionais que gerem e desenvolvem programas e projetos de saúde pública na comunidade (Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas. *Regulamento Interno*, 6 de março de 2020).

Durante o período de realização do estágio, o grande foco da USP LO era o controlo da pandemia por SARS-CoV-2, pelo que os profissionais de enfermagem não eram suficientes, tendo sido requisitados a outras unidades de saúde do ACeS mais 7 enfermeiros, médicos de saúde pública, psicólogos e técnicos de saúde ambiental, para colaborar no processo de vigilância epidemiológica. Além da pandemia, outro foco da USP, no período de realização do estágio, era a campanha de vacinação contra a gripe sazonal e a saúde escolar, também focada no âmbito da prevenção da contaminação por COVID-19.

Ao nível da vacinação contra a gripe sazonal, a USP LO faz a gestão e distribuição das vacinas contra gripe para as Estruturas Residenciais Para Idosos e este ano, pelas razões já apresentadas, a vacinação contra a gripe, *in loco*, nas crianças, adolescentes e jovens institucionalizados.

É certo que no Programa Local de Saúde Loures Odivelas constam como prioritários cinco problemas de saúde, sendo estes: 1) Diabetes; 2) Doenças cardiovasculares; 3) Tumor da mama feminino; 4) Obesidade; 5) Tumores do aparelho digestivo (ACES Loures Odivelas, 2017). No entanto, face ao contexto pandémico em que nos encontramos e sendo este o atual foco da USP LO, em reunião com a enfermeira coordenadora ficou decidido que a minha intervenção seria na área da proteção específica contra a gripe, através da vacinação.

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

É essencialmente a partir dos finais do século XIX que os Estados das nações começam a sentir a necessidade de criar organizações que sejam responsáveis pela saúde das pessoas. Como empresas que são, estas organizações que previnem e tratam as doenças, têm como primeira função o planeamento (Tavares, 1990). Em Portugal, o processo de planeamento em saúde é algo recente, com uma apresentação estruturada em etapas formalmente estabelecidas na década de 80, no século XX, por Emílio Imperatori e Maria do Rosário Giraldes (Melo, 2020).

No entanto, antes de considerar o planeamento *em* saúde, referimos a importância do planeamento *na* saúde, nomeadamente na Enfermagem, enquanto etapa da tomada de decisão. Ou seja, o planeamento é algo profundamente incorporado no processo de decisão clínica em enfermagem, desde as suas primeiras descrições (Melo, 2020). No processo de enfermagem o planeamento é algo de fundamental.

Considerando o processo de planeamento *em* saúde, Imperatori & Giraldes definem planeamento em saúde “como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 6). Este caracteriza-se por ter um objetivo a atingir e para isso determina o percurso a seguir e os meios a utilizar. Caracteriza-se igualmente por ser um processo permanente, contínuo e dinâmico, que está atento aos imprevistos e se re-organiza, sempre voltado para o futuro e para a ação (Brissos, 2004). Também é reconhecido que este processo de planeamento em saúde é uma aprendizagem que se vai fazendo, devendo ser integrado num processo de gestão estratégica, articulado com a regulação do setor e com a sua avaliação (Simões & Ferrinho, 2017). De realçar que o planeamento em saúde não é apenas o planeamento dos serviços de saúde, mas necessita do envolvimento de todos os setores económicos e sociais que condicionam a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1982).

Sendo o processo de planeamento um procedimento permanente, contínuo e dinâmico, este segue um conjunto de etapas de forma a conseguir atingir os objetivos que são propostos, e a sua omissão pode mesmo conduzir a uma má prestação de cuidados de saúde (Tavares, 1990).

Tanto Tavares (1990) como Imperatori & Giraldes (1982) definem as seguintes etapas: 1) Diagnóstico de situação; 2) Determinação de prioridades; 3) Fixação de objetivos; 4) Seleção de estratégias; 4) Preparação da operacionalização – Intervenção; 5) Avaliação.

No decorrer do estágio e da redação do Relatório de estágio iremos seguir a orientação de Imperatori & Giraldes (1982).

De forma a otimizar o tempo e ser possível a realização de todas as referidas etapas durante o período do estágio, realizámos um cronograma, planeando todas as etapas do planeamento em saúde, que naturalmente foi adaptado às circunstâncias ao longo de todo o período estágio (Apêndice 1: Cronograma de estágio).

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação, tal como o apresentam Imperatori & Giraldes (1982), depende muito da quantidade e qualidade da informação disponível, procurando desta maneira caracterizar o nível de saúde da população e medir o seu estado, de forma a poder escolher prioridades, organizar atividades, acompanhar e avaliar os resultados.

A primeira etapa do diagnóstico, de acordo com os autores acima referidos, consiste em definir o seu sujeito, ou seja, a área de programação. As intervenções dependerão do diagnóstico efetuado, correspondente ou não à realidade, sendo para isso necessário: 1) Descrição quantitativa da situação; 2) Conhecimento dos fatores que a determinam; 3) Análise da sua evolução e perspetivas; 4) Avaliação do grau de satisfação (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 21).

Assim, neste trabalho, procurámos realizar um diagnóstico de situação o mais real possível relativamente à proteção específica contra a gripe e na promoção da saúde e literacia em saúde relativamente à proteção e prevenção da COVID-19, nas instituições de acolhimento de crianças e adolescentes em risco.

De referir que o nosso diagnóstico de situação foi realizado em duas fases:

- ✓ **Fase 1:** Atividades desenvolvidas durante o processo de vacinação contra a gripe sazonal, onde obtivemos a informação de caracterização da população;
- ✓ **Fase 2:** Definição e caracterização da amostra e identificação das necessidades da mesma, para desenvolvimento do projeto de intervenção de enfermagem, onde foram trabalhadas todas as etapas do planeamento em saúde.

Fase 1

Nesta fase começamos por selecionar as instituições para intervenção ao nível da prevenção da gripe sazonal, através da vacinação, tendo sido identificadas seis instituições da área do ACeS Loures Odivelas. Com o decorrer do processo, duas das instituições foram eliminadas, uma vez que não responderam ao contacto da USP. Deste modo, obtivemos informação em quatro instituições. A partir desse momento foi atribuído aleatoriamente uma letra a cada instituição: A; X; Y; Z1; Z2; Z3, mantendo desta forma a anonimização dos dados.

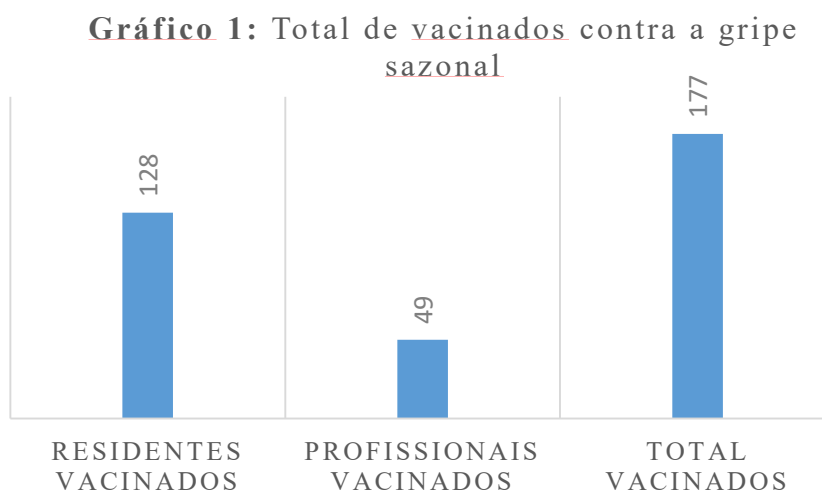
Foi construído um instrumento de colheita de informação com o objetivo de fazer um levantamento do estado vacinal da população, de outros problemas de saúde da comunidade e também para o registo da vacinação contra a gripe (Apêndice 2 – Tabela de colheita de informação para a vacinação contra a gripe sazonal, residentes e profissionais). A informação obtida através deste instrumento foi trabalhada no programa Excel e está apresentada no quadro 1.

Quadro 1: Informação relativa aos utentes e profissionais das instituições onde ocorreu a vacinação contra a gripe.

INSTITUIÇÃO	RESIDENTES	VG	PROFISSIONAIS	VG
A	Total: 45 (Média idade: 21) Nº de vacinados contra a gripe: 37	Dos 37 vacinados, apenas 21,6% (8) já tinham sido vacinados contra a gripe pelo menos 1x: 78,4% vacinados pela 1x	Total: 36 (Média idade: 45,6) Nº de vacinados contra a gripe: 33	Dos 33 vacinados contra a gripe, apenas 15,6% (5) já tinham sido vacinados pelo menos 1x: 84,4% vacinados pela 1x
X	Total: 19 (Média idade: 16,26) Nº de vacinados contra a gripe: 18	Dos 18 vacinados apenas 27,8% (5) já tinham sido vacinados contra a gripe pelo menos 1x: 72,2% vacinados pela 1x	Total: 12 (Média idade: 47,5) Nº de vacinados contra a gripe: 10	Dos 10 vacinados contra a gripe, todos foram vacinados pela primeira vez: 100% vacinados pela 1x
Y	Total: 11 (Média Idade: 9,727) Nº de vacinados contra a gripe: 11	Dos 11 vacinados contra a gripe apenas 9,1% (1) já tinha sido vacinado pelo menos 1x: 90,1% vacinados pela 1x	Total: 12 Nº de vacinados contra a gripe: 6 (Média Idade: 50,3)	Dos 6 vacinados contra a gripe, apenas 16,7% (1) já tinha sido vacinado contra gripe pelo menos 1x: 83,3% vacinados pela 1x
Z1	Total: 22 (Média Idade: 53,1)	Dos 22 vacinados contra a gripe apenas 36,4% (8) já		

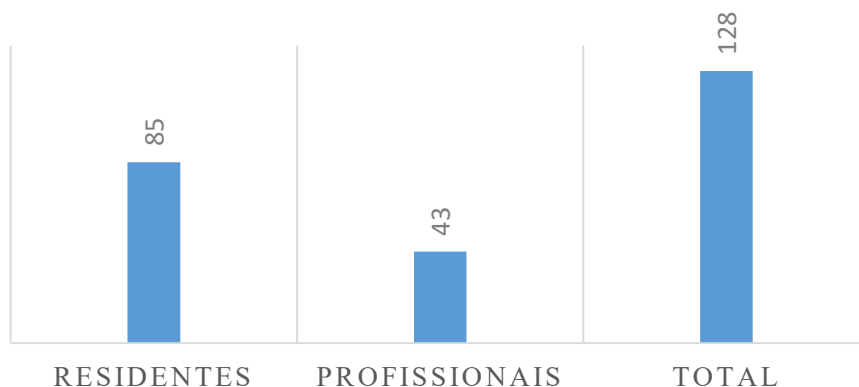
	Nº de vacinados contra a gripe: 22	tinham sido vacinados pelo menos 1x: 63,6% vacinados pela 1x		
Z2	Total: 10 (Média Idade: 43,9) Nº de vacinados contra a gripe: 10	Dos 10 vacinados contra a gripe, 50% (5) já tinham sido vacinados pelo menos 1x: 50% vacinados pela 1x		
Z3	Total: 30 (Média Idade: 49,9) Nº de vacinados contra a gripe: 30	Dos 30 vacinados contra a gripe, 53,3% (16) já tinham sido vacinados pelo menos 1x: 46,7% vacinados pela 1x		

No total, foram vacinados contra a gripe sazonal, nas instituições de acolhimento, pelos profissionais de saúde da USP LO, um universo de 177 pessoas, divididas entre residentes e profissionais (Gráfico 1), constituindo nove grupos populacionais: seis grupos de residentes e três grupos de profissionais.



Dentro deste universo, foram vacinados pela primeira vez 128 pessoas, distribuídos igualmente entre residentes e profissionais (Gráfico 2).

Gráfico 2: Total de vacinados pela primeira vez



De considerar ainda que não foi possível calcular a taxa de cobertura vacinal relativamente aos residentes e profissionais das instituições de acolhimento de crianças e adolescentes em risco, uma vez que não conhecemos o número total de crianças, adolescentes e jovens institucionalizados nos concelhos de Loures e de Odivelas, assim como os profissionais das respetivas instituições.

2.1.1. Definição de população-alvo

Partindo da definição de população-alvo de Fortin (2009) que refere ser “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente” (Fortin, 2009, p. 311), a nossa população-alvo são estes 9 grupos populacionais, com 177 pessoas.

Nesta população, independentemente da instituição, foram identificados os seguintes problemas de saúde/ necessidades relevantes para possível posterior intervenção (Quadro 2 e Quadro 3):

Quadro 2: Problemas de saúde identificados nos residentes

Problemas de saúde identificados nos Residentes	Número de casos
Falta de registos vacinais	24
Hipertensão arterial	15
Vacina contra o Tétano e difteria (Td) em atraso	13
Abuso de tabaco	8
Diabetes mellitus tipo II	8
Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	8
Depressão	7
Dislipidémia	7
Vacinas da infância em atraso	7
Atraso mental	4
Esquizofrenia	4
Obesidade	3
Sopro cardíaco	3
Asma	2
Déficit auditivo	2
Epilepsia	2
Hepatite viral B (HBV)	2
Uso de substâncias	2
Casos recentes de infeção por SARS-CoV-2	1
Diabetes mellitus tipo I	1
Insuficiência Renal Crónica	1
Perturbação da personalidade	1
Síndrome de Down	1
Sífilis	1
Tentativa de suicídio	1

Estes problemas de saúde/ necessidades de intervenção foram identificados através do diálogo com os residentes, durante a vacinação contra a gripe, e através da consulta do processo clínico, sobretudo aquando dos registos vacinais. Ou seja, os problemas identificados foram aqueles que já estão diagnosticados, eventualmente podem existir outros que ainda não estão diagnosticados nem foi possível apurar durante o contacto com a pessoa, por este ter sido muito breve.

Diante de todos estes problemas de saúde podemos confirmar aquilo que diz Nola Pender relativamente às populações vulneráveis, que são mais suscetíveis de desenvolver problemas de saúde e geralmente experimentam piores resultados de saúde e têm menos recursos para melhorar as suas condições (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014) e demonstra uma evidente necessidade de intervenção de enfermagem. Ou seja, os problemas de saúde identificados entre os residentes beneficiariam muito da intervenção da enfermagem ao nível da promoção da saúde e mesmo na proteção de outras doenças. Problemas preocupantes, além da imunização contra o Td, podemos considerar: a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo II, o abuso de tabaco e a presença do vírus HIV.

Nos profissionais foram encontrados menos problemas, ou seja, uma população mais saudável, como podemos observar no quadro 3.

Quadro 3: Problemas de saúde identificados nos profissionais

Problemas de saúde, relacionados, identificados nos profissionais	Número de casos
População estrangeira com falta de registos vacinais	11
Vacina contra o Tétano e difteria (Td) em atraso	9
Casos recentes de infeção por SARS-CoV-2	2

Os casos de atraso na vacina Td foram identificados antes da ida às instituições, apenas em três das instituições, através da consulta do processo clínico dos utentes, pelo que, a vacina Td foi administrada ao mesmo tempo que a vacina da gripe. Nas outras três instituições, não foi possível verificar os registos vacinais antes da visita, por falta de tempo, pelo que a vacina Td não foi administrada, mas foram encaminhados os casos para que posteriormente possam passar na USP LO para atualização do estado vacinal.

Um dos casos de HBV era numa criança, esse caso também foi identificado com antecedência, pelo que todos os profissionais dessa instituição foram vacinados com a vacina contra o HBV. O outro caso de HBV era de um adulto. Relativamente à falta de registos vacinais, entre os profissionais e residentes, alguns estrangeiros, nomeadamente profissionais, foram encaminhados para atualizar os seus registos vacinais o mais brevemente possível.

Identificamos em duas das instituições, 3 casos recentes de infeção por SARS-CoV-2, sendo 2 entre os profissionais e 1 entre os residentes. Tendo esta população imunizada contra a gripe sazonal, torna-se prioritário prevenir a infeção por SARS-CoV-2.

Numa população-alvo tão abrangente e variada com idades muito dispersas, torna-se impossível chegar a todos num período de tempo tão curto, pelo que, foi necessário focalizar a nossa intervenção de forma a escolher uma população mais acessível (Fortin, 2009) onde pudesse ocorrer o desenvolvimento de todas as fases do planeamento em saúde e uma intervenção de enfermagem dirigida a um dos grupos.

Neste sentido passamos à fase 2 do diagnóstico de situação.

Fase 2

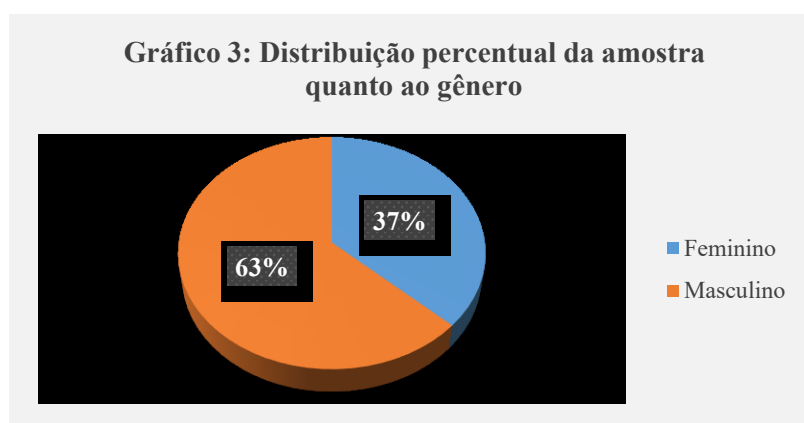
2.1.2. Definição e caracterização da amostra

Seguindo o critério da facilidade de acesso à instituição e a capacidade para trabalhar comportamentos ao nível da promoção da saúde, foi selecionada a amostra, em reunião com a enfermeira coordenadora e orientadora do estágio, a instituição *X - grupo dos residentes*, n=19.

Sendo a amostra uma fração da população sobre a qual se faz o estudo (Fortin, 2009), deve ser representativa dessa mesma população. Pelo que, consideramos a instituição *X – grupo dos residentes* como representativa da população.

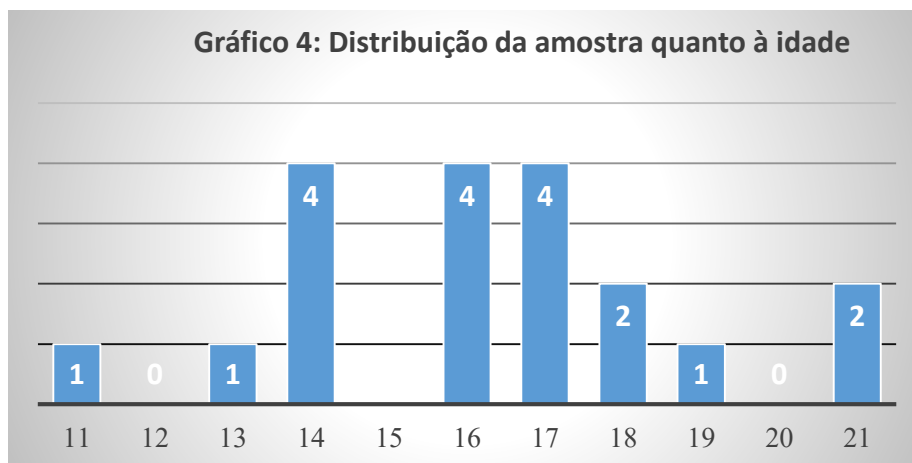
Considerando as características e fatores pessoais, físicos, biológicos e socioculturais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014) da amostra, classificamos a mesma de acordo com a informação que conseguimos apurar, quer no primeiro contacto aquando da vacinação contra a gripe sazonal, quer no segundo contacto, no levantamento das necessidades reais da amostra.

Classificamos a amostra quanto ao gênero (Gráfico 3):

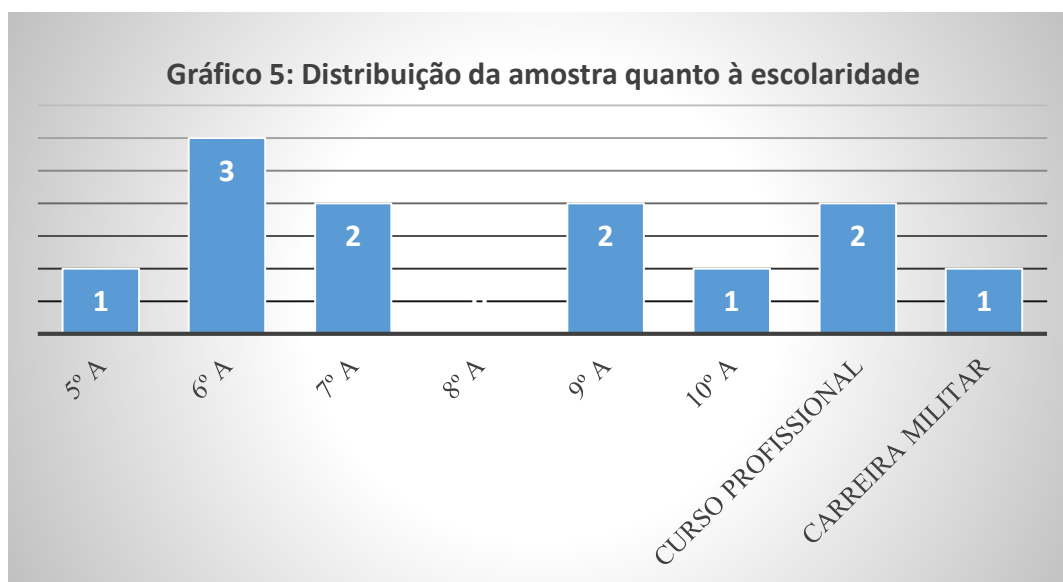


Tal como podemos observar no gráfico 3, 37% da amostra corresponde ao gênero feminino e 63% corresponde ao gênero masculino.

Relativamente às idades, oscilam entre os 11 e os 21 anos, como podemos verificar no gráfico 4, resultando numa média de idades de 16,263 anos.



Quanto à escolaridade, não foi possível apurar o grau de escolaridade de toda a amostra, pois apenas 12 referiram o seu grau de escolaridade. No entanto, apresentamos a distribuição quanto ao nível de escolaridade (Gráfico 5).



2.1.3. Método e instrumento de colheita de dados

Partindo da informação obtida, pretendemos agora identificar mais concretamente as necessidades de saúde sentidas por este grupo de adolescentes e jovens, neste momento de pandemia por COVID-19, atendendo ao facto de que “as necessidades de saúde constituem a

parte fundamental do diagnóstico, mas não a sua totalidade” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 16).

Em data agendada, efetuámos uma reunião com a diretora técnica e a assistente social da instituição *X* onde foi realizada uma sondagem sobre temáticas a abordar com os adolescentes. Foram-nos propostos dois temas, um para ser abordado de imediato e outro como proposta de futuro:

1 – Pandemia por SARS-CoV-2;

2 – Autocuidado, nomeadamente cuidados de higiene e conforto.

Ainda na reunião, decidimos abordar o tema da pandemia por SARS-CoV-2, pelo facto de este ser um vírus novo, com o qual todo o mundo está confrontado, e todas as pessoas correm o risco de ser infetadas (Araújo, Cortes & Félix, 2020) e, à data da realização do estágio, ainda não existia vacina, sendo a prevenção a atitude mais importante. Também pelo facto de nesta instituição já ter havido um caso de infeção recente por SARS-CoV-2, torna-se fundamental capacitar os adolescentes e jovens para a sua prevenção.

Foi-nos pedido, pela diretora técnica, que reforçássemos a necessidade da utilização permanente de máscara: no domicílio que é a própria instituição, uma vez que são um grande número de residentes, excluindo os funcionários, e no exterior, com o grupo de amigos, pois muitas vezes, segundo ela, veem-se fotografias dos adolescentes da instituição com os amigos sem máscara e sem distanciamento físico. Pediram-nos, igualmente, que os capacitássemos para todas as medidas que são exigidas pelas autoridades de saúde ao implementar o estado de emergência no país.

Relativamente ao tema do autocuidado: cuidados de higiene e conforto, foi remetido para uma intervenção futura na instituição. Este pedido foi justificado, pela diretora técnica, como sendo importante para os residentes, pois - embora sejam já adolescentes - chegam à instituição provenientes de meios muito vulneráveis e sem hábitos de higiene e conforto.

Tivemos em consideração aquilo que referem Dias, Rodrigues, Moreschi & Greco (2019), quando dizem que todas as ações de promoção da saúde devem ser estabelecidas em conjunto com os adolescentes e devem atingir o seu comportamento, de forma a reduzir a sua vulnerabilidade. Nesse sentido, e além da reunião acima referida, deixámos na instituição um questionário para os adolescentes preencherem e colocarem numa caixa fechada. Esta ficou na instituição durante quatro dias e depois foi recolhida.

O questionário lançado aos adolescentes foi direcionado e teve por base a informação obtida aquando da vacinação contra a gripe e os dados da atual pandemia, também com o objetivo de os empoderar para o cuidado da saúde na vida adulta, sobretudo no referente às vacinas a serem tomadas nesta etapa da vida (Apêndice 3).

Do total da amostra (n= 19), apenas 17 responderam ao questionário, passando a amostra a constituir-se: n= 17. As respostas foram diversas. No quadro 4 apresentamos os resultados:

Quadro 4: Resultado do questionário de sondagem aplicado aos adolescentes

Variável	Frequência absoluta (Sim)	Frequência Relativa (%)	Frequência absoluta (Não)	Frequência Relativa %
1. Sabes por que foste vacinado? (contra a gripe)	15	88,23%	2	11,8%
2. Sabes para que servem as vacinas?	14	82,35%	3	17,6%
3. Sabes que vacinas deves tomar quando fores adulto?	3	17,6%	14	82,35%
4. Gostavas de saber mais alguma coisa sobre o SARS-CoV-2?	7	41,17%	10	58,82%
4.1. Se sim, o quê? (dos que disseram sim, apenas 1 não especificou o que gostava de saber)				
- Como se apanha o vírus? (fonte de contágio)	1			
- O que é que o COVID-19 faz? (sinais, sintomas da doença e complicações)	1			
- Quais os problemas que a COVID-19 causa? (complicações)	1			
- Que cuidados devo ter quando ando na rua?	1			
- Como é produzida a vacina contra a COVID-19?	1			
- Quando vamos ter a vacina?	1			

Analisando a informação obtida podemos concluir que: grande parte da amostra sabe por que foi vacinado contra a gripe (88,23%), ou seja, não foi algo que fizeram por que alguém disse que era para fazer, mas eles próprios sabiam a razão de ser vacinados contra a gripe. Outro aspeto muito positivo é que existem conhecimentos sobre vacinas e para que servem as vacinas

(82,35%), o que é bastante positivo. Por esta razão, estes dois aspetos não serão considerados para a priorização dos problemas de saúde.

No entanto, identificámos um desconhecimento sobre o plano de vacinação na vida adulta (82,35%), o que é compreensível na faixa etária de um adolescente, no entanto, com esta questão e posterior intervenção pretendemos capacitar os adolescentes para no futuro serem eles a gerir os seus próprios cuidados de saúde, sobretudo ao nível da vacinação. Por fim, quando questionados se pretendiam saber mais sobre o vírus SARS-CoV-2, apenas 41,17% respondeu que sim e 58,82% respondeu não. O que nos levanta algumas dúvidas: porquê não querem saber mais sobre o SARS-CoV-2? Por que já conhecem? Ou simplesmente por que não têm interesse em conhecer? Perante esta informação e aquilo que pediram que gostariam de conhecer sobre SARS-CoV-2, de seguida definimos as prioridades a seguir.

2.2. Definição de prioridades

A definição de prioridade é a segunda fase do processo de planeamento em saúde, pelo que é condicionada pela fase anterior (diagnóstico de situação) e determinará a fase seguinte: a fixação de objetivos. Definir prioridades é determinar o que deve ser resolvido primeiro e como deve ser resolvido, para isso recorre-se à utilização dos seguintes critérios: “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade” (Imperatori & Giraldes, 1982). A magnitude corresponde às dimensões do problema de saúde, sendo caracterizada maioritariamente, por indicadores de mortalidade. A transcendência consiste na ponderação por grupos etários, de maneira a poder valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade. A vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área (DGS, 2016).

Com base nos critérios de priorização nomeados por Imperatori e Giraldes (1982) e na valoração dos critérios de priorização propostos no Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde (DGS, 2016) (Anexo 2), realizamos a priorização dos problemas de saúde, conforme quadro 5.

Como já referimos na fase anterior, não consideramos como problema de saúde, e por esta razão não é considerado na priorização, a razão de pela qual foram vacinados contra a gripe e o para que servem as vacinas, uma vez que a maioria da amostra já apresenta esse conhecimento.

Quadro 5: Priorização dos problemas de saúde identificados

Problemas de saúde identificados	Magnitude	Transcendência		Vulnerabilidade	Total	Prioridade
		Social	Económica			
Conhecimento sobre SARS-CoV-2	3	3	3	2	11	1º
Plano de vacinação na vida adulta	1	1	1	3	6	2º

Seguindo os critérios de priorização identificamos que o problema prioritário se refere ao conhecimento sobre a atual pandemia. É prioritário aumentar o conhecimento dos adolescentes relativamente ao SARS-CoV-2.

2.3. Fixação de objetivos

Realizado o diagnóstico de situação e determinados os problemas prioritários, há que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas. É igualmente nesta fase que são estabelecidos os indicadores de resultado ou impacto e os indicadores de atividade ou execução. Por objetivo entendemos o resultado desejável e tecnicamente exequível, que altera, em princípio, a tendência natural do problema (Imperatorii & Giraldes, 1982).

Tendo como base o referencial teórico de Nola Pender, considerando as características, experiências individuais e o comportamento específico da nossa amostra, realizamos de imediato os diagnósticos de enfermagem a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2019 (ICN, 2020). De considerar ainda que, apesar de ser prioritário aumentar os conhecimentos sobre SARS-CoV-2, gostaríamos também de aproveitar a oportunidade, ainda que de forma breve, para capacitar os adolescentes para uma maior atenção à sua saúde na vida adulta, através da proteção específica, vacinação.

Diagnósticos de enfermagem:

- Risco de infeção por SARS-CoV-2;
- Baixo conhecimento relativo a:
 - 1) Sinais e sintomas do SARS-CoV-2;

- 2) transmissão e medidas de prevenção do SARS-CoV-2;
 - 3) consequências da COVID-19;
 - 4) vacinação contra a COVID-19;
- Baixo conhecimento sobre plano de vacinação na vida adulta.

Estabelecemos como **objetivo geral do projeto**:

- Contribuir para a literacia em saúde dos adolescentes, relativamente à COVID-19 e à proteção específica, vacinação, de forma a promover a saúde pessoal e coletiva, prevenindo a doença.

Decidimos atribuir ao projeto de intervenção o seguinte tema: “*Viver com saúde e segurança*”.

Com este objetivo pretendemos alcançar aquilo que Nola Pender define como promoção da saúde e prevenção da doença. Ou seja, aumentar o bem-estar dos adolescentes e que eles possam realizar o seu potencial de saúde e por outro lado, prevenir a doença, com o desejo de a evitar ativamente, detetá-la precocemente ou manter o funcionamento habitual dentro de restrições (Pender, Murdaugh & Parsons, 2014).

Para esta intervenção de enfermagem necessitamos também de ter em conta que a proteção e a promoção da qualidade de vida dos adolescentes nos trazem desafios, pelo facto de os adolescentes serem ainda pessoas imaturas para enfrentar sozinhos as exigências impostas pela sociedade ou pelos Governos. Qualquer ação da saúde pública, além de ter em consideração as necessidades de saúde dos adolescentes, precisa de ser eficiente, abrangente e criativa (Carvalho & Araújo, 2012).

Relativamente à COVID-19, pelo facto de esta ser uma doença nova e um problema de saúde pública recente, ainda não há um grande conhecimento da doença e dos cuidados de saúde associados, quer pela população em geral, quer pelos próprios profissionais de saúde que a cada dia vão tendo mais conhecimentos nesta área, seguindo as orientações dos especialistas, pelo que, contribuir para a literacia em saúde dos adolescentes, neste âmbito, é fundamental.

Se a literacia em saúde é fundamental na prevenção de doenças não transmissíveis, com a COVID-19 percebemos que ela é igualmente fundamental para as doenças transmissíveis. Por outro lado, a atual pandemia fez-nos perceber que conjuntamente com a preparação e ação dos Governos é necessária a ação e preparação individual, sendo fundamental para resolver problemas da vida diária provocados pela COVID-19. E apesar de ser necessária uma resposta imediata, é fundamental contribuir para a literacia em saúde neste âmbito (Paakkari & Okan, 2020).

Por outro lado, contribuir para a literacia em saúde no âmbito da COVID-19 pode ajudar a que as pessoas, e neste caso os adolescentes, compreendam a razão das recomendações impostas pelo Governo e reflitam sobre os resultados das várias ações possíveis. É fundamental para ajudar a assumir a responsabilidade social e pensar além dos interesses pessoais. Mais do que nunca, a literacia em saúde é fundamental para preparar as pessoas para situações que requerem uma reação rápida (Paakkari & Okan, 2020).

De modo a conseguir alcançar o objetivo geral e responder aos diagnósticos de enfermagem realizados, traçamos agora os objetivos específicos e metas a atingir (Quadro 6). A meta ou objetivo operacional é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível, traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982).

Quadro 6: Objetivos específicos e metas a atingir

Objetivo específico	Objetivo operacional ou Meta
- Aumentar os conhecimentos sobre o vírus SARS-CoV-2; - Aumentar os conhecimentos sobre a forma de transmissão do vírus SARS-CoV-2 e medidas de prevenção da contaminação. - Perceber a importância de adotar medidas de prevenção de transmissão do vírus.	- Que 60% da amostra fique a conhecer as formas de transmissão do vírus SARS-CoV-2; - Que 50% da amostra fique a conhecer as medidas de prevenção da contaminação do vírus SARS-CoV-2; - Que 50% da amostra perceba a importância de adotar as medidas de prevenção da COVID-19 propostas pelo Governo.
- Conhecer os sinais, sintomas e complicações da COVID-19.	- Que 50% da amostra fique a conhecer pelo menos 3 sinais, sintomas e consequências da COVID-19 na vida das pessoas.
- Aumentar os conhecimentos sobre o que é uma vacina; - Aumentar os conhecimentos sobre vacinação contra a COVID-19	- Que 50% da amostra perceba o que é uma vacina; - Que 50% da amostra conheça mais sobre a vacina contra o SARS-CoV-2.
- Conhecer o programa de vacinação para a vida adulta;	- Que 60% da amostra tenha conhecimento sobre programa de vacinação na vida adulta; - Que 50% da amostra fique a conhecer a periodicidade da administração das vacinas na vida adulta;
- Facilitar a participação de todos os adolescentes na sessão.	- Que 100% da amostra participe na sessão.

2.4. Seleção da estratégia

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), com a estratégia pretendemos conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Ao definir uma

estratégia desejamos que ela nos ajude a alcançar os objetivos fixados, começando logo pelo objetivo geral de contribuir para a literacia em saúde dos adolescentes de forma a prevenir a doença e promover a saúde.

A estratégia deve eliminar ou evitar os obstáculos potenciais à realização dos objetivos. Deve ser uma proposta precisa, no entanto, sem grandes detalhes. Nesta proposta de estratégia deve constar a descrição da tecnologia a utilizar, a indicação da população a atingir através dessa estratégia, a identificação das necessidades em pessoal e em equipamento, assim como os serviços de apoio necessários (Imperator & Giraldes, 1982).

Desta forma, para alcançar os objetivos propostos, adotámos como estratégia formativa a sessão de educação para a saúde a desenvolver na instituição X, dirigida a todos os residentes da instituição, em dois momentos, conforme proposto pela diretora técnica para não juntar todos os adolescentes e jovens na mesma sala devido à pandemia e ao mesmo tempo possibilitar a formação àqueles que chegavam mais tarde.

Nesta sessão de educação para a saúde vamos utilizar o power point. Como técnica formativa e o método inter-ativo entre o formador e os adolescentes, com recurso a diversos vídeos educativos publicados pela DGS. Iremos utilizar a técnica de demonstração no referente à higienização e desinfeção das mãos. No final da apresentação power point irá ser entregue um folheto informativo sobre o programa nacional de vacinação e uma brevíssima abordagem sobre vacinação na vida adulta. Para terminar e de forma a avaliar os conhecimentos adquiridos, iremos utilizar como estratégia a aplicação de um questionário de avaliação para preenchimento pessoal e anónimo.

Relativamente ao equipamento será necessário: mesa e cadeiras, computador portátil e projetor. Quanto ao material a utilizar: o folheto realizado sobre vacinação, o questionário para avaliação dos conhecimentos adquiridos e um frasco de solução alcoólica. Relativamente aos recursos humanos, a sessão será realizada pela estagiária no curso de mestrado em Enfermagem Comunitária: na área de saúde pública e saúde comunitária e pela enfermeira orientadora.

2.5. Preparação da execução e intervenção

A etapa da execução da metodologia de projeto concretiza a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado (Freitas et al., 2010). O que até agora estava apenas no desejo, torna-se nesta fase realidade. É também nesta fase que ocorre uma maior colheita de dados, a partir da realidade envolvente e do contacto direto com a população.

Freitas et al (2010) referem que a fase da execução, embora seja a fase mais trabalhosa, é também a mais proveitosa, aludindo ainda à necessidade de envolver todos os participantes, proporcionando um papel ativo de cada um deles na sessão.

Como já foi referido, sendo planeamento um processo contínuo, onde cada etapa está ligada à anterior e à seguinte de uma maneira retroativa (Imperatori & Giraldes, 1982), nesta etapa vamos especificar o *quando, onde e como* a atividade será concretizada.

A intervenção, sessão de educação para a saúde, será realizada na instituição de acolhimento X, no dia 09/12/2020, entre as 18h e as 20h, em dois momentos, com dois objetivos: manter o distanciamento social entre os adolescentes e, por outro lado, permitir que aqueles que regressam mais tarde da escola também possam participar.

De seguida passamos à descrição pormenorizada da realização da intervenção do projeto.

Do total da amostra (n=17 adolescentes), participaram na sessão apenas 11 (64,7%), devido a diferentes razões: 2 chegaram das aulas muito tarde e outros estavam fora da instituição, de visita aos familiares. No entanto, estes 11 foram divididos em dois grupos, como planeado. O primeiro grupo com 6 adolescentes e o segundo com 5. De salientar que se mostraram motivados a participar na sessão, colocaram dúvidas e foram respondendo às questões que lhes eram feitas.

Demonstraram já ter alguns conhecimentos sobre a COVID-19 e sobre as medidas de prevenção. Quando questionados sobre onde tinham obtido a informação, responderam que tinha sido na instituição, por meio dos educadores, e na escola, com alguns professores. Apesar disso, todos responderam que a intervenção tinha sido útil e mostraram-se motivados a participar. Constatámos que os adolescentes até cumprem determinadas medidas de prevenção da transmissão da COVID-19, como o uso da máscara, e sabem que devem higienizar as mãos com frequência, mas não conhecem a razão que justifica tais medidas. Levantaram até algumas dúvidas sobre a transmissão do vírus SARS-CoV-2, demonstrando falta de conhecimento sobre a razão por que devem cumprir todas as medidas de prevenção da transmissão deste vírus.

A apresentação foi feita através de um power point (Apêndice 4 – Power point da sessão de educação para a saúde), utilizando vídeos de demonstração realizados pela DGS, que captaram a atenção dos adolescentes por serem bem apelativos. Realizámos ainda a demonstração dos passos de higiene e desinfeção das mãos com solução alcoólica, motivando os adolescentes a cumprir o tempo e passos determinados para uma eficaz lavagem e desinfeção manual.

Por último, e respondendo à necessidade de falta de conhecimento do programa de vacinação na vida adulta, construímos um folheto (Apêndice 5: Folheto sobre a vacinação), apelando à vacinação e com o esquema vacinal atualizado. Na sua breve apresentação (uma vez que é um problema secundário), reforçámos as vacinas que devem realizar na vida adulta e a sua importância. Este folheto foi entregue a cada adolescente e os restantes foram entregues ao educador que acompanhava os adolescentes, a seu pedido.

Para finalizar, e de forma a avaliar o resultado da sessão, aplicámos o questionário final (Apêndice 6: Questionário final sobre avaliação dos conhecimentos adquiridos).

De salientar ainda que para a sessão levámos uma caixa de bolos e chá que oferecemos aos adolescentes, criando desta forma um ambiente agradável e simples, que permitiu estabelecer, desde o início, uma relação de proximidade e confiança entre as formadoras e os adolescentes.

2.6. Avaliação dos resultados

A fase da avaliação dos resultados, segundo Imperatori & Giraldes (1982), é a fase em que se realiza o exercício de avaliar, comparar algo com um padrão ou modelo, com uma finalidade operativa, que é a de corrigir. De acordo com os mesmos autores, os progressos alcançados com as atividades serão comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas.

Neste processo circular que caracteriza o planeamento em saúde, a avaliação ou controlo (assim designada por Imperatori & Giraldes) constitui a etapa final, ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo, a determinação do diagnóstico de situação. Desta forma, a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas pela experiência (Imperatori & Giraldes, 1982).

Neste processo de avaliação, é necessário ter em conta: (1) a pertinência ou justificação das atividades, (2) o grau de execução do programa em relação ao objetivo previsto, (3) o rendimento ou relação entre os resultados e os recursos humanos ou materiais, e (4) a eficácia ou efeito desejado sobre a redução dum problema de saúde, que pode identificar-se com o impacto (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, iremos considerar na avaliação da intervenção do projeto, a sessão de educação para a saúde, a sua pertinência, a relação com os objetivos delineados e o seu resultado imediato (indicadores de resultado), expresso nos resultados do questionário aplicado no final. Os

indicadores de impacto não serão formulados, uma vez que não teremos tempo útil durante o estágio para medir o sucesso desta intervenção.

Relativamente ao indicador de resultado, aplicado no final da sessão para avaliação dos conhecimentos adquiridos, dos 11 participantes apenas 9 responderam. No entanto, não foi possível apurar a causa da falta de resposta dos outros 2 participantes. Todos os resultados estão apresentados em representação gráfica no apêndice 7.

O programa foi cumprido conforme previsto e pelos resultados obtidos no questionário de avaliação, podemos concluir que o objetivo geral da intervenção de contribuir para a literacia em saúde dos adolescentes relativamente à COVID-19, foi alcançado na sua globalidade. No final, os adolescentes demonstraram conhecimentos sobre formas de contágio da COVID-19, como prevenir a infeção, quais os sinais, sintomas e complicações que a COVID-19 pode provocar e demonstraram ter percebido as razões pelas quais devem usar máscara, cumprir os passos corretos de higiene e desinfeção das mãos, distanciamento social e mesmo o confinamento. Relativamente ao programa de vacinação da vida adulta, que era um problema secundário aquando da priorização, foi apenas entregue o folheto (Apêndice 5) que esperamos seja útil aos adolescentes e aos seus formadores.

A partir das respostas obtidas no questionário final, pudemos verificar também a pertinência e a utilidade deste tema, assim como o interesse dos participantes: 88,9% referiram que esta sessão contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos sobre o tema apresentado; 66,7% referiram que a sessão foi útil e pertinente. Ninguém apontou a sessão como inoportuna ou desnecessária. De salientar que 22,2% referiram sentir-se motivados a participar e 11,1% assinalaram as duas respostas: foi útil e sentiram-se motivados a participar. Quando questionados sobre se a sessão foi clara e possibilitou o esclarecimento de dúvidas, 100% responderam afirmativamente.

No entanto, a última pergunta do questionário levantou-nos algumas interrogações. Quando lhes foi pedido sugestões de temas para sessões futuras, nenhum dos participantes respondeu afirmativamente a esta questão, o que nos levanta algumas dúvidas: *Não sentem interesse por nenhum tema?! Não têm dúvidas relacionadas com cuidados de saúde na fase de vida em que se encontram?!* Ou possivelmente naquele momento não se sentiram suficientemente livres para sugerir qualquer tema.

Relativamente ao grau de execução do programa em relação ao objetivo previsto, consideramos ter realizado o possível dentro dos limites impostos pela própria pandemia e pelo limite de

tempo. Mesmo assim, os resultados demonstraram que a sessão atingiu o objetivo de contribuir para a literacia em saúde dos adolescentes.

No quadro seguinte (Quadro 7), apresentamos a relação entre indicadores de processo e indicadores de resultado.

Quadro 7: Relação entre objetivo operacional ou meta e indicadores de resultado

Objetivo operacional ou meta (Indicadores de processo)	Indicadores de resultado
Que 60% da amostra fique a conhecer as formas de transmissão do vírus SARS-CoV-2.	66,7% responderam corretamente sobre as duas vias de transmissão da COVID-19. Objetivo atingido
Que 50% da amostra fique a conhecer as medidas de prevenção da contaminação do vírus SARS-CoV-2.	100% responderam corretamente sobre as formas de prevenir a infeção por SARS-CoV-2, sendo que apenas 11,1% acrescentou às repostas corretas “ficar fechado no meu quarto”. Objetivo atingido
Que 50% da amostra perceba a importância de adotar as medidas de prevenção da COVID-19 propostas pelo Governo.	100% referiram compreender a necessidade de cumprir confinamento e obedecer às ordens do Governo como forma de prevenir a propagação da infeção. Objetivo atingido
Que 50% da amostra fique a conhecer pelo menos 3 sinais, sintomas e consequências da COVID-19 na vida das pessoas.	100% responderam corretamente quais os sinais e sintomas da COVID-19. Apenas 11,1% acrescentou às respostas corretas “dor de estômago” e somente 11,1% referiu a morte como complicação da COVID-19. Objetivo atingido
Que 50% da amostra perceba o que é uma vacina.	66,7% referiram que as vacinas são importantes para prevenir doenças. No entanto, 33,3% referiram que as vacinas servem para tratar doenças. Objetivo atingido.
Que 50% da amostra conheça mais sobre a vacina contra o SARS-CoV-2.	88,9% referiram ter ficado mais esclarecidos sobre a vacina contra a COVID-19. No entanto, 11,1% ainda referiu não ter ficado esclarecido. Objetivo atingido.
Que 60% da amostra tenha conhecimento do programa de vacinação na vida adulta.	Objetivo não avaliado uma vez que foi feita apenas uma breve abordagem no momento da entrega do folheto, que continha esta informação.
Que 50% da amostra fique a conhecer a periodicidade da administração das vacinas na vida adulta.	Objetivo não avaliado uma vez que foi feita apenas uma breve abordagem no momento da entrega do folheto, que continha esta informação.
Que 100% da amostra participe na sessão.	Dos 17 adolescentes apenas 64,7% participaram na sessão. Objetivo não atingido conforme planeado.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao terminar este percurso, podemos dizer que, apesar dos condicionamentos, foram muitas as competências que tivemos a oportunidade de desenvolver e que foram de encontro quer às competências gerais da obtenção do grau de mestre propostas pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, no seu Artigo 1º do Regulamento Geral-2012, alterado em 2017, quer às competências comuns do enfermeiro especialista expressas no Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, e mais especificamente em relação às competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, apresentadas no Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho. No entanto, consideramos que todas estas competências só serão alcançadas plenamente ao longo de todo o percurso profissional. Sem embargo, a realização de mestrado e especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) é uma abertura de horizontes para um futuro que perspetivamos com um impulso diferente.

Consideramos que este percurso de mestrado em ESCSP aumentou sobejamente os nossos conhecimentos resultando numa melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem e muito especificamente na área de saúde comunitária e de saúde pública. Julgamos que os conhecimentos adquiridos e a compreensão mais aprofundada da enfermagem comunitária e de saúde pública nos capacitou para uma maior habilidade de resolução de problemas em situações novas, bem experimentado durante o estágio, resultado da situação pandémica que vivemos e que a cada momento surgiam novos problemas e dificuldades que necessitavam de uma resposta imediata. Por isso, apesar de difícil foi muito enriquecedor, o ter de lidar com situações complexas, encontrar soluções e emitir juízos, mesmo quando não era tudo evidente, pois era algo de novo e os conhecimentos sobre o vírus ainda eram limitados e nada tinha sido preparado previamente. Realizar estas reflexões em equipa e encontrar novas soluções, permitiu efetivamente adquirir novas competências neste sentido.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em ESCSP (Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), passamos a refletir sobre algumas das competências que este estágio nos permitiu desenvolver.

Foi muito enriquecedor, ao longo do estágio, desenvolver um projeto seguindo a metodologia do planeamento em saúde, algo feito com método, que nos ajudou a desenvolver as capacidades de identificação das necessidades de uma comunidade, não apenas de uma pessoa ou família, como habitualmente realizamos em ambiente hospitalar, mas o diagnóstico de saúde de uma comunidade, procurando os melhores meios e formas para uma intervenção efetiva e eficaz de enfermagem, promovendo a saúde de toda a comunidade, considerando os diversos recursos e meios existentes na mesma. Consideramos que a aprendizagem da metodologia de planeamento em saúde também nos capacitou para uma melhor aprendizagem ao longo da vida de forma mais autónoma. Neste sentido, consideramos que foi muito enriquecedor.

A primeira coisa que fizemos ainda antes de iniciar o estágio, foi a leitura e o estudo do Plano Local de Saúde de Loures-Odivelas 2013-2016, Extensão 2020. Foi fundamental para conhecer a região, os seus recursos, o tipo de população e os problemas de saúde prioritários. Apesar de, ao longo do estágio, o grande problema ser o controlo da pandemia, este conhecimento foi essencial quer para o desenvolvimento do projeto, quer para a realização dos inquéritos epidemiológicos.

Definida a área de intervenção e a definição do projeto, seguiram-se todas as outras etapas da metodologia do planeamento em saúde. Podemos afirmar que, enquanto enfermeira com vista à aquisição do grau de especialista e mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, este processo foi muito rico e desafiador, despoletando um elevado grau de satisfação na sua realização, apesar das condicionantes e dificuldades inerentes. Tivemos a oportunidade de contactar com diversas instituições e seus respetivos diretores, o que permitiu desenvolver capacidades de comunicação com pessoas em diferentes posições sociais, tendo sido uma mais-valia.

Consideramos que houve uma boa integração na equipa da USP LO, o que permitiu estabelecer uma relação profissional com toda a equipa, tendo sido muito enriquecedor, nomeadamente na partilha da experiência dos diferentes profissionais, na sua forma de trabalhar e no modo como estão articulados, de maneira a responder da melhor forma às necessidades da comunidade. Foi possível participar no processo de capacitação de grupos, sobretudo durante o processo de vacinação contra a gripe sazonal, na sua preparação, através da articulação com as instituições, na realização das listas e nas práticas de ensino-aprendizagem realizadas durante a vacinação e dos cuidados a ter na prevenção de infeções respiratórias, quer aos residentes, quer aos profissionais das instituições de acolhimento. Mas efetivamente, consideramos muito enriquecedor o projeto desenvolvido na instituição X, permitindo uma capacitação dos adolescentes, através da literacia em saúde no âmbito da COVID-19.

Relativamente à vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, esta foi uma competência bastante treinada e adquirida neste estágio, pois foram muitas as vezes que colaboramos na vigilância epidemiológica da COVID-19 através da realização de inquéritos epidemiológicos às pessoas infetadas, via telefónica: rastreamento de contactos; identificação de contactos de alto e baixo risco; determinação do nível de vigilância e implementação de medidas, realizando ensinamentos sobre os cuidados a ter durante o período de isolamento, seguindo as normas e orientações da DGS: Norma 015/2020 de 24/07/2020 (Anexo 3) e Orientação 010/2020 de 16/03/2020 (Anexo 4).

Também aqui as competências de comunicação foram treinadas, várias vezes era difícil fazer compreender às pessoas infetadas com COVID-19, ou aos contactos de alto risco, que tinham de ficar isoladas, que não podiam estar com a restante família, que não podiam sair de casa, não podiam ir trabalhar, nem receber ninguém em casa. Foi preciso delinear estratégias, juntamente com as pessoas, para que estas pudessem entender e encontrar forma de - no espaço da casa - criarem condições de isolamento para os casos de COVID-19. Houve situações em que esta tarefa foi mesmo difícil. No entanto, estas dificuldades foram ultrapassadas com o recurso a técnicas eficazes de comunicação e assertividade, contando sempre com a ajuda da restante equipa. De seguida, toda esta informação era introduzida no *Trace-Covid* para que a vigilância e cuidados à pessoa infetada e sua família pudessem continuar.

Outra competência desenvolvida durante este estágio foi a capacidade de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Foram tidas em consideração todas as questões éticas, que incluíram inicialmente o pedido de autorização ao diretor executivo do ACES LO para a realização do projeto de intervenção na comunidade e a autorização para nomear o ACES e a USP LO no relatório final, conforme apêndice 8. Este pedido de autorização foi enviado por correio eletrónico, através do e-mail da enfermeira orientadora e a autorização recebida e encaminhada através do mesmo meio.

Foi igualmente realizado o pedido de autorização a todas as instituições onde ocorreu a vacinação contra a gripe sazonal, para poderem integrar o projeto de intervenção, salientado que todos os dados seriam anonimizados. A este pedido foi concedida a devida autorização pela diretora de cada instituição, conforme apêndice 9.

Ao enfermeiro especialista é ainda pedido que baseie a sua prática clínica especializada na evidência científica (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro), pelo que, esta competência foi igualmente desenvolvida não apenas no decorrer do presente estágio, mas também através

da participação no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, promovido pela UCP – Instituto de Ciências da Saúde (que ocorreu a 27 de novembro 2020) através da construção, em grupo, de um póster subordinado ao tema: “Intervenções utilizadas para a prevenção dos hábitos alcoólicos nos adolescentes”. Este póster foi o resultado de uma revisão narrativa realizada no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária II, sob orientação da professora doutora Cândida Ferrito (Apêndice 10).

Desta forma, podemos dizer que as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em ESCSP foram alcançadas na sua globalidade e que este foi um processo muito intenso, mas muito enriquecedor ao nível pessoal e profissional, no âmbito da área da especialização e mestrado. Enquanto enfermeira, de âmbito hospitalar, realizar um projeto de intervenção na comunidade foi algo muito desafiante, revelando aspetos muito positivos e potencializadores, que abrem uma perspetiva de continuidade no futuro, permitindo um contínuo aperfeiçoamento e enriquecimento.

Perante tudo isto, não podemos deixar de mencionar e salientar a grande satisfação pessoal pelo caminho percorrido no desenvolvimento de todas estas competências, que permitirá trabalhar, no futuro, com maior facilidade nesta área de especialização em enfermagem.

4. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Como procuramos demonstrar ao longo deste relatório, a proteção e promoção da saúde é algo de fundamental, sempre e em todas as fases da vida. Este facto é acrescido nas crianças e adolescentes que necessitam de um suporte extrafamiliar que lhes garanta os seus direitos fundamentais e só isto os torna mais vulneráveis. Consideramos que este projeto foi uma mais valia para fortalecer a parceria entre a enfermagem de saúde pública e as instituições de acolhimento de crianças, adolescentes e mesmo adultos institucionalizados. Como já foi referido, diversos autores, entre eles, Dias, Rodrigues, Moreschi & Greco (2019), referem que, nas instituições de acolhimento de crianças e jovens, as ações de promoção da saúde, desenvolvidas por enfermeiros, devem ter um espaço privilegiado de forma a empoderar, buscar equidade entre os pares e oferecendo desta forma um ambiente seguro às crianças e adolescentes institucionalizadas.

Ao longo do estágio e nas reflexões que fomos fazendo, percebemos que – no tocante à pandemia COVID-19 – existia muita informação veiculada pela Comunicação Social, mas não era clara nem contribuía muito para a educação da saúde, sobretudo das gerações mais jovens. Portanto, mais do que nunca, o papel da Enfermagem de Saúde Pública é fundamental na educação para a saúde, nesta situação de pandemia ou noutra situação semelhante. E esta é uma tarefa que compete aos enfermeiros. Desta forma, consideramos necessário que a enfermagem encontre novas formas de chegar, de educar para a saúde, de empoderar os adolescentes e jovens na promoção da sua saúde, talvez através dos meios digitais que são próprios dos adolescentes e jovens, mas também através da presença, de sessões presenciais de educação e promoção da saúde.

Observamos também que este projeto foi uma mais valia para a saúde pública, uma vez que começamos por imunizar contra a gripe sazonal os residentes e profissionais das instituições de acolhimento, permitindo um diagnóstico mais rápido e diferencial no caso de existência de casos de COVID-19, dado que esta infeção por SARS-CoV-2 muitas vezes é confundida com gripe, devido à semelhança nos sintomas. Ao mesmo tempo que, prevenindo a gripe sazonal estamos a rentabilizar os recursos de saúde, que posteriormente foram muito necessários para cuidar dos doentes com COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É do conhecimento comum que, cada vez são maiores os desafios que as populações têm de enfrentar, nomeadamente no que se refere à sua saúde. Assim como, o próprio sistema de saúde enfrenta a necessidade contínua de responder aos novos problemas de saúde que vão surgindo, a cada ano bem diferentes. Por sua vez, também a enfermagem e especificamente a enfermagem de saúde pública, na sua missão de assegurar condições para que as pessoas possam ser saudáveis, exige uma contínua atualização e atenção à comunidade e aos seus problemas de saúde mais relevantes, para que lhes possa dar uma resposta adequada e oportuna.

Podemos dizer que a realização deste estágio, na USP LO, foi a participação no cumprimento desta atenção à comunidade e a realização de intervenções de enfermagem que visaram a proteção da doença e promoção da saúde. Consideramos também que esta situação de pandemia veio despertar, ainda mais, a necessidade de enfermeiros de saúde pública, que estejam junto das populações, nomeadamente as mais vulneráveis, para participar na sua proteção contra a doença e promover a saúde, pois muitas vezes estas populações mais vulneráveis não procuram muito os serviços de saúde.

Consideramos ter sido muito pertinente e importante a escolha da intervenção de enfermagem no âmbito da proteção contra a gripe sazonal, através da proteção específica - vacinação, nas crianças e adolescentes institucionalizados e outros grupos vulneráveis. Inicialmente foram selecionadas seis instituições da área de Loures e Odivelas, tendo a intervenção acontecido em apenas quatro delas. Observamos que esta foi uma intervenção muito apreciada pelas próprias instituições de acolhimento, tendo ficado muito gratas à equipa de enfermagem da USP LO por se ter deslocado à instituição para a vacinação, pois de outra forma, seria muito difícil a vacinação de todos os residentes e profissionais.

Esta intervenção da enfermagem (vacinação contra a gripe sazonal), nas próprias instituições, permitiu-nos realizar o diagnóstico de situação, para outra posterior intervenção. Conhecer os problemas de saúde existentes nestes grupos foi sem dúvida muito desafiador e interpelante e que nos responsabiliza para a necessidade de intervenções futuras de enfermagem. Uma vez que era uma população muito abrangente, tivemos a necessidade de constituir uma amostra mais reduzida, e a intervenção seguinte ocorreu apenas numa das instituições. Queremos com isto dizer que, as fases seguintes do planeamento em saúde referem-se apenas à intervenção na

instituição X, que consistiu na sessão de educação para a saúde com o tema: *Viver com saúde e segurança*, de forma a aumentar a literacia em saúde sobre COVID-19.

Esta intervenção mostrou ser igualmente uma necessidade e uma mais valia para os adolescentes institucionalizados, nesta fase de pandemia por SARS-CoV-2, pois percebemos que eles até cumpriam algumas das medidas de prevenção e proteção contra a COVID-19, mas sem perceber muito bem as razões por que as faziam. Capacitar os adolescentes para o cuidado da sua saúde, a partir do modelo de promoção da saúde Nola Pender, foi sem dúvida muito enriquecedor, quer para os adolescentes, quer para nós enquanto profissionais de saúde.

De salientar que, a utilização da metodologia de planeamento em saúde, conjuntamente com o modelo de promoção de saúde de Nola Pender contribuíram para a aquisição de resultados muito positivos e para uma melhor organização e estruturação do pensamento e do projeto.

Percebemos também, ao longo do estágio, que a USP LO compreende muitos outros projetos, que neste momento, devido à pandemia, se encontram suspensos, por forma a conjugar esforços na vigilância epidemiológica e controlo da mesma. Apesar disto, sentimos que este estágio foi uma mais valia e muito enriquecedor.

Também, e de acordo com o que está descrito ao longo deste relatório, os objetivos propostos foram atingidos através da aquisição de competências na realização das intervenções de enfermagem na comunidade, de imunização contra a gripe sazonal e da capacitação dos adolescentes para a prevenção da doença e promoção da saúde, atingindo desta forma as competências que são pedidas ao enfermeiro especialista e mestre em ESCSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES Loures Odivelas (2017). *Plano Local de Saúde Loures-Odivelas Extensão a 2020*. Janeiro 2017. <https://www.cm-loures.pt/media/pdf/PDF20170217145947637.pdf>.
- APA sétima edição. *Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. Universidade de Aveiro. 2020.
- Araújo, C., Cortes, C., & Félix, M. (2020). *Viver em tempo de Covid-19, SARS-CoV-2*. Ordem dos Médicos. Nov. 2020. <https://ordemosmedicos.pt/om-manual-viver-em-tempo-de-covid-19/>.
- Bandura, A., Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstöm, (2010). *Epidemiologia Básica*. (tradução e revisão científica Juraci A. Cesar). (2ª ed.). São Paulo, Santos. 2010.
- Brissos, M.A. (2004). O Planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao setor da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.22, nº1, 43-55. <http://hdl.handle.net/10362/100125>.
- Cabral, C. & Pita, J. (2015). *Ciclo de exposições: temas de saúde, Farmácia e Sociedade. 3. Cinquenta anos do Programa de Vacinação em Portugal (1965-2015)*. Coimbra: Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX. https://www.uc.pt/ffuc/patrimonio_historico_farmaceutico/publicacoes/catalogo_sdeexposicoes/catalogo_3exp.pdf.
- Carvalho, A. & Araújo, T. (2012). Conhecimento do adolescente sobre vacina no ambiente da estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEN*. Março-abril, 65(2), 229-235. <https://www.scielo.br/j/reben/a/CLwqMzc9ZTnLSxdnJV37tqP/?lang=pt>.
- Carvalho, M. J. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano: Fundação Calouste Gulbenkian. https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/05/29202305/31_03-SNACJ.pdf.

- Declaração de Alma-Ata* (1978). Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS. 6-12 de setembro de 1978. <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
- Dias, A., Rodrigues, S., Moreschi, C. & Greco, P. (2019). Promoção da saúde de adolescentes em instituição de acolhimento: desafio para o enfermeiro. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (28), e532. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/532/636>.
- Direção Geral da Saúde. (Norma 010/2013 de 31 de maio). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013 de 31/05/2013. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saude-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2018). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (Norma 006/2019 de 07 de outubro). *Vacinação contra a gripe. Época 2019/2020*. Norma 006/2020 de 07/10/2019. Atualizada em 14/10/2019). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062019-de-07102019-atualizada-a-14102019.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2020). *Plano da Saúde para o Outono-Inverno de 2020-21*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-saude-para-o-outono-inverno-2020-2021-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde (2020a). *Literacia em Saúde e a COVID-19: Plano, Prática e Desafios Health Literacy and COVID-19 in Portugal: Plan, Practice and Challenges*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/literacia-em-saude-e-a-covid-19-plano-pratica-e-desafios-pdf.aspx>.
- Direção Geral da Saúde. (Orientação 009/2020 de 11 de março). *COVID-19: Fase de Mitigação. Procedimentos para Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI) e outras respostas dedicadas a pessoas idosas;*

instituições de acolhimento de crianças e jovens em risco. Orientação 009/2020 de 11/03/2020 atualizada a 23/07/2020. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (Norma 016/2020 de 25 de setembro). *Vacinação contra a gripe. Época 2020/2021*. Norma 016/2020 de 25/09/2020. <norma-n-0162020-de-25092020-pdf.aspx> (dgs.pt).

Direção Geral da Saúde. (s.d). *Perguntas frequentes sobre gripe sazonal*. [Direção-Geral da Saúde \(dgs.pt\)](#).

Direção Geral da Saúde. (s.d. a). *Programa Nacional de Vacinação. Perguntas e respostas*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/vacinas.aspx>.

Direção Geral da Saúde (s.d. b). *COVID-19. Perguntas Frequentes*. <https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>.

Decreto nº8/2020, 08 de novembro. *Diário da República nº 217-A/2020, 1ª série*. Presidência do Conselho de Ministros. <https://dre.pt/home/-/dre/147968348/details/maximized>.

European Centre for Disease Prevention and Control (s.d.). *Perguntas e Respostas sobre COVID-19: Factos básicos*. [Questions and answers on COVID-19: Basic facts \(europa.eu\)](#).

European Centre for Disease Prevention and Control (s.d. a). *Influenza during the COVID-19 pandemic*. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Poster_flu_COVID%202.pdf.

European Centre for Disease Prevention and Control (s.d. b). *COVID-19 situation update worldwide, as of 28 november 2020*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.

European Centre for Disease Prevention and Control (2021, janeiro). *Caraterização do vírus da influenza, dezembro 2020*. Relatório de Vigilância. [Influenza virus characterisation, December 2020 \(europa.eu\)](#).

- Fortin, M. (2006/2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Trabalho original em francês publicado em 2006).
- Freitas, A. et al. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
- George F. (2014, janeiro). *História da Gripe*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-historia-da-gripe-pdf.aspx>.
- ICN (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* – versão 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- 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. Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2020, novembro). *A mortalidade em Portugal no contexto da pandemia covid-19*. 13 de novembro de 2020. file:///C:/Users/user/Downloads/13obitos_PT_Novembro2020.pdf.
- Johnson, D. (2020, março). Organização Mundial da Saúde declara novo coronavírus uma pandemia. *ONU News*. 11 de março 2020. <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1706881>.
- Lei nº 147/99, de 01 de setembro. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. *Diário da República* nº 204/1999, Série I-A. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/581619/details/normal?l=1>.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Paakkari, L. & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is na underestimated problema. *Public-Health*, vol. 5, may 2020, e249-e250. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32302535/>.
- Pechirra, P. et al (2019). *Programa Nacional de Vigilância da Gripe. relatório da época 2018/2019*. Lisboa: INSA, IP. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/RelatorioPNVG_2018-2019.pdf.

- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014). *Health promotion in nursing practice*. (6ª ed.). England: Pearson.
- Priya, D. et al (2020). The effect of influenza vaccination on trained immunity: impact on COVID-19. *MedRxiv* de 16 de outubro de 2020. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.14.20212498v1.full>.
- Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República*, nº 135, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República*, nº 26, 2ª série. Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, J. & Bellei, N. (2018). *Influenza (Gripe)*. Artigo de revisão. http://hsc.saude.ws/wp-content/uploads/2016/06/Artigo_Influenza.pdf>.
- Rosa, E. (2012). *Mais saúde: Menos sarampo*. Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Silva, M. (2016). A “corrida” pela vacina da gripe em 2016. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 18(2), 68-69. <file:///C:/Users/user/Downloads/27672-76213-1-PB.pdf>.
- Silva, M., Schraiber, L. & Mota, A. (2019). O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 29(1), 1-19. <https://www.scielo.org/pdf/physis/2019.v29n1/e290102/pt>.
- Simões, J. & Ferrinho, P. (2017). Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, 16 (sup. 1): S17-S23.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na População* (7.ª ed.). Loures: Lusodidacta. (Trabalho original em inglês publicado em 2008)
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Tesini, B. L. (2020). Coronavírus e Síndromes respiratórias agudas (COVID-19, MERS e SARS). *Manual MSD Versão Saúde para a Família*.

[https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/coronavirus_e_sindromes_respiratorias_agudas_covid-19_mers_e_sars - infeccoes - manual_msd-versao_saude_para_a_familia.pdf](https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/coronavirus_e_sindromes_respiratorias_agudas_covid-19_mers_e_sars_-_infeccoes_-_manual_msd-versao_saude_para_a_familia.pdf).

Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas. *Regulamento Interno*. 06 de março de 2020.

Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Escola de Enfermagem (2017). *Mestrado em enfermagem, Regulamento Geral-2012, Alterado em 2017*.

Vilarinho, S. & Pereira, J. (2020). COVID-19: Imunidade e Estratégias Terapêuticas. *Revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Maio de 2020. https://www.spmi.pt/revista/covid19/covid19_202005_44.pdf.

Victor, J., Lopes, M. & Ximenes, L. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. <https://www.scielo.br/pdf/apv/v18n3/a02v18n3.pdf>.

World Health Organization (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>.

World Health Organization (2001, setembro). *Conteúdo da vacina contra a gripe influenza do “hemisfério sul” de 2002 decidido*. Comunicado à imprensa. <https://www.who.int/news/item/18-09-2001-content-of-2002-southern-hemisphere-influenza-vaccine-decided>.

World Health Organization Regional office for Europe (2012). *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Malta: Regional Committee for Europe sixty-second session. 10-13 september. [EUR/RC62/wd12rev1](http://eur.rc62/wd12rev1) (Eng) (who.int).

World Health Organization (2020, 49^a ed.). *Basic Documents (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. Geneva: WHO, 2020. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf.

World Health Organization (2020, Abril). *COVID-19 Strategy Update*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Cronograma de estágio

APÊNDICE 2: Tabela de colheita de informação para a vacinação
contra a gripe sazonal – residentes e profissionais

ARS: ARS LVT
Vacinação contra a gripe 2020/2021
[Instituições de Acolhimento a Crianças e Jovens](#)
(Instituições abrangidas pela vacina gratuita)

ACE\$ULS:

Designação da Instituição:

Nº total de residentes:

Identificação dos Residentes				Vacinação		Alergias		Vacinas em atraso		Tem alguma doença?	VG
Nome	Data de nascimento	Idade	Nº de Utente do SNS	Data (Dia/Mês)	Lote da vacina	Sim. Qual?	Não	Sim. Qual?	Não	Sim. Qual?	Não
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

Responsável pelos dados:

Data:

ARS: ARS LVT

Vacinação contra a gripe 2020/2021

Instituições de Acolhimento a Crianças e Jovens

(Instituições abrangidas pela vacina gratuita)

ACeS/ULS:

Designação da Instituição:

Nº total de profissionais:

Loures-Odivelas

Identificação dos Profissionais				Vacinação		Alergias		Vacinas em atraso		VG
Nome		Data de nascimento	Idade	Nº de Utente do SNS	Data (Dia/Mês)	Lote VG	Sim. Qual?	Não	Sim. Qual?	Não
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Responsável pelos dados:

Data:

APÊNDICE 3 - Questionário de sondagem aplicado aos adolescentes

Olá!

Chamo-me Conceição Barbosa, sou enfermeira e estou a estudar um pouco mais sobre enfermagem comunitária e saúde pública, no Mestrado em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica. Neste contexto, estou a realizar um estágio na Unidade de Saúde Pública de Loures-Odivelas e gostava de contribuir um pouco mais para a vossa saúde. Assim, quero pedir a tua colaboração para responderes às questões que seguidamente apresento.

Por favor, assinala com um X a tua resposta. No final podes dobrar e colocar na caixa.

Ainda te lembras que foste vacinado contra a gripe!

 Sabes porquê foste vacinado?

Sim ____ Não ____

 Sabes para que servem as vacinas?

Sim ____ Não ____

 Sabes as vacinas que deves tomar quando fores adulto?

Sim ____ Não ____

 Gostavas de saber mais alguma coisa sobre o SARS-CoV-2, chamado COVID-19?

Sim ____ Não ____

Se sim, o quê?

Se não sabes ou estás com dúvidas, não te preocupes, participa na sessão de educação para a saúde que vai ocorrer na tua casa das Florinhas da Rua 😊

Obrigada por participares!

APÊNDICE 4 – Apresentação power point da sessão de
educação para a saúde

Sessão de EDUCAÇÃO para a SAÚDE

09.12.2020

USP Loures
Odivelas

Enf. Conceição
Barbosa
Enf. Josefina
Chemela
Prof. Elisa Garcia



Viver com saúde e segurança

USP Loures
Odivelas
UCP – ICS
Lisboa

09.12.2020

Enf. Conceição
Barbosa
Enf. Josefina
Chemela
Prof. Elisa Garcia

Objetivo:

**Contribuir para a literacia em saúde dos
adolescentes
de forma a prevenir a doença e a promover a
saúde**

Conhece e vive com segurança



Foto: <https://fr.freepix.com/foto-gratis>

Apresentação

**Amigo
apresenta
amigo**

Nome; escola, ano/ curso
que frequenta e uma
Qualidade



Foto: <https://fr.freepix.com/foto-gratis>



COVID-19: O que é?

O novo coronavírus, SARS-CoV-2, que origina a doença designada COVID-19, foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na China, no mercado de Wuhan.

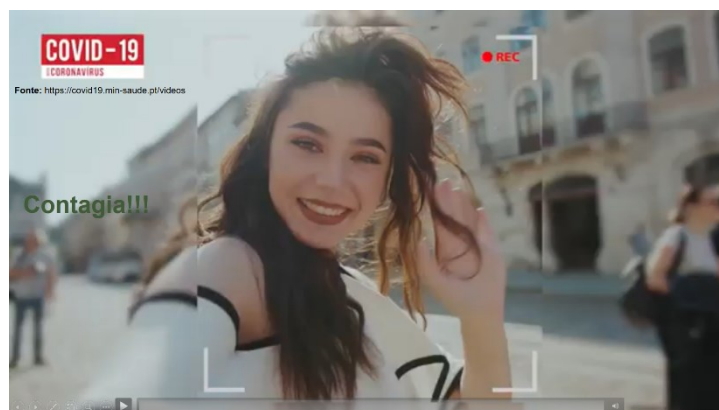
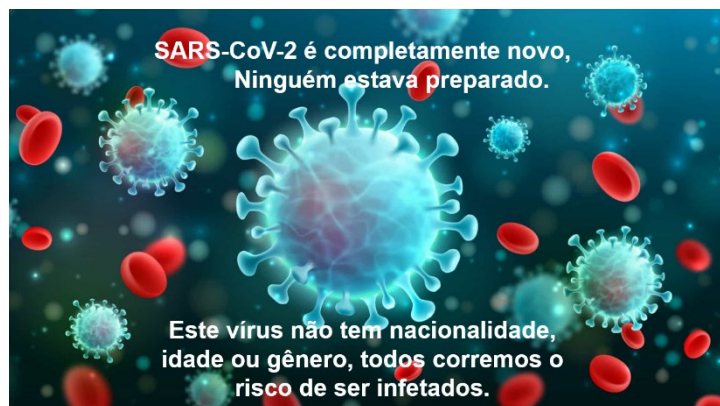


Mercado em Langfang, ao Sul de Pequim

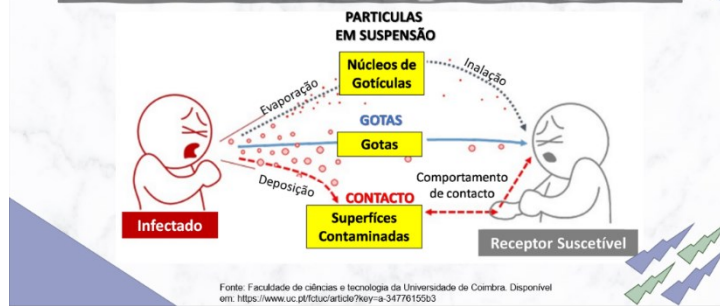
Fonte: <https://globo.globo.com/sociedade/coronavirus-faz-governo-chines-rever-legislacao-sobre-mercados-com-animais-vivos-24219721>

Já existiram outros Coronavírus:

- entre 2002 e 2003 a síndrome respiratória aguda grave (infecção provocada pelo coronavírus SARS-CoV);
- em 2012 a síndrome respiratória do Médio Oriente (infecção provocada pelo coronavírus MERS-CoV).



COVID-19: Como se transmite



Toma atenção!!!

- A transmissão de vírus através de aerossóis é um fator chave para a propagação de doenças respiratórias infecciosas.
- As evidências sugerem que o SARS-CoV-2 espalha-se silenciosamente através de aerossóis exalados por pessoas infetadas, mesmo sem sintomas.
- Devido ao seu menor tamanho, os aerossóis podem levar a uma gravidade mais elevada de COVID-19 porque os aerossóis que contêm o vírus penetram mais profundamente nos pulmões.

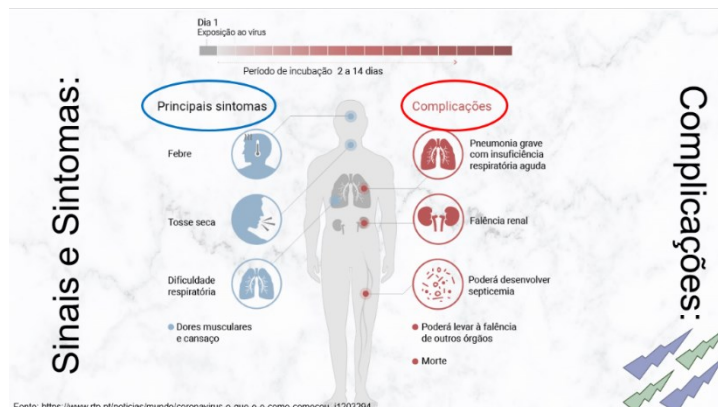
Sinais e Sintomas da COVID-19

Os sintomas da COVID-19 podem ser semelhantes aos sintomas de outras doenças mais comuns: resfriados, gripe, infeções na garganta ou mesmo alergias.

Sintomas mais comuns nas crianças e adultos

Febre ou calafrios	Falta de ar ou dificuldade para respirar
Tosse	Dor de cabeça
Congestão nasal ou corrimento nasal	Dores musculares ou corporais
Perda de sabor ou cheiro	Dor de garganta
Perda do apetite	Cansaço
Náuseas ou vômitos	Diarreia

Sinais e Sintomas:



Complicações:

COVID-19: PREVENIR



Fonte: <http://www.euvoescrevi.com.br/alegal-voe-sempre-no-senhor/>



Fonte: <https://br.depositphotos.com/273985130/stock-photo-three-young-women-in-a.html>



PREVENIR



Fonte: <http://www.euvoescrevi.com.br/alegal-voe-sempre-no-senhor/>



Fonte: <https://br.depositphotos.com/273985130/stock-photo-three-young-women-in-a.html>

Previne o COVID-19, a gripe e outras doenças
infecciosas respiratórias



Fonte: <https://covid19.min-saude.pt/videos>

Reinventá-te



Como é que eu me posso
proteger e proteger os outros?





Quando devo usar Máscara?

Fonte: https://br.freepik.com/fotos-gratis/grupo-de-juvens-saando-com-mascaras-cirurgicas_7605649.htm

Quando devo usar máscara?

SEMPRE

Fonte: <https://pt.vecteezy.com/artista-vetor/ja11926312-juvens-usando-mascara-facial>

Que estejas com pessoas

SEMPRE

Espaços Públicos fechados:
Transportes públicos;
Todo o tipo de estabelecimentos;
Na Instituição.

Espaços Públicos abertos:
Sempre que estejas com pessoas;
Nos passeios com os amigos, quando vais até ao café...

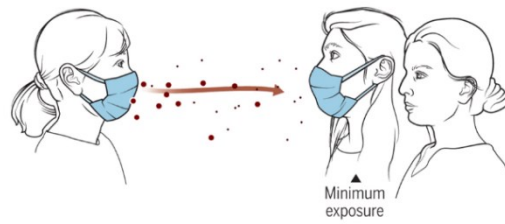
Por que usar máscara?!

Infected, asymptomatic Healthy

Maximum exposure

Fonte: Health Policy Watch. Disponível em <<https://healthpolicy.watch/news/masks-are-necessary-to-reduce-asymptomatic-transmission-in-aerosols-and-droplets-say-health-experts/>>

Por que usar máscara?!



Fonte: Health Policy Watch. Disponível em: <<https://healthpolicy-watch.news/masks-are-necessary-to-reduce-asymptomatic-transmission-in-aerosols-and-droplets-say-health-experts/>>

Probabilidade de contágio

PROBABILIDADE DE CONTÁGIO
MUITO ALTA



PROBABILIDADE DE CONTÁGIO
ALTA



PROBABILIDADE DE CONTÁGIO
MÉDIA



PROBABILIDADE DE CONTÁGIO
BAIXA



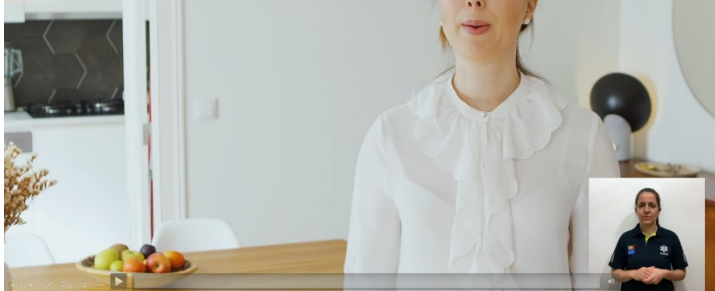
Fonte: <http://uniscience.com.br/mascaras-facile-na-pandemia-de-covid-19/>

COVID-19

ICORONAVIRUS

Fonte: <https://covid19.min-saude.pt/videos>

Correta utilização da máscara



Lavagem das mãos

Conheces os passos necessários para a correta higiene das mãos ?
Quando lavar as mãos?
Durante quanto tempo?



Fonte: <https://www.saude.gov.br/portal/2014/10/14/dia-mundial-de-lavagem-das-maos>



Fonte: <https://blog.farmacianovadamaia.pt/cuidados-farmacuticos/lavagem-maos-covid-19/>

Lavagem das mãos

"Manter as mãos limpas é um dos mais importantes passos que podemos dar para evitar ficar doentes e disseminar microorganismos para outras pessoas. Muitas doenças são propagadas por não se lavar as mãos com sabão e água corrente." (OMS, 2009)



Fonte: <https://br.palexnet.com/pan/225/4401770165?naulid=api-true>

Fonte: <https://covid19.min-saude.pt/videos>

Lavagem correta das mãos



PUB
INSTITUCIONAL



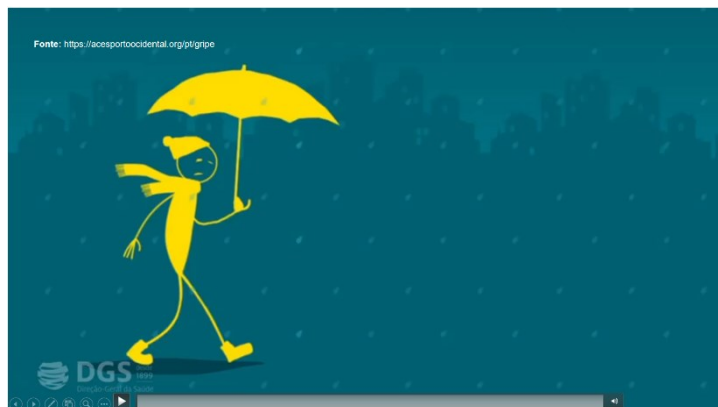
Quando lavar as mãos?

- Lava as mãos **frequentemente**.
- Lava as mãos com frequência com água e sabão por **pelo menos durante 20 segundos**, especialmente depois de estar num local público ou depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar.
- É especialmente **importante** lavar:
 - Antes de comer ou preparar comida
 - Antes de tocar no rosto
 - Depois de usar o wc
 - Depois de sair de um lugar público
 - Depois de assoar o nariz, tossir ou espirrar
 - Depois de manusear a máscara
 - Depois de tocar em animais ou animais de estimação
- Se não houver água e sabão disponíveis, **usa um desinfetante para as mãos que contenha pelo menos 70% de álcool** e que cubra todas as superfícies das mãos e esfrega-as até ficarem secas.
- **Evita tocar nos olhos, nariz e boca** com as mãos sujas.

Etiqueta respiratória

A **etiqueta respiratória** são medidas para evitar transmitir gotículas respiratórias. Quando tossires ou espirrares:

1. **Protege o nariz e a boca** com um **lenço descartável** ou com o antebraço, se não tiveres lenço, nunca com as mãos;
2. Após a utilização do lenço descartável, **deita-o imediatamente no lixo**;
3. **Lava de imediato as mãos**;
4. Caso tenhas utilizado o braço, lava-o, ou a camisola, **assim que possível**.



Por que manter distanciamento?

- Uma vez que as pessoas podem espalhar o vírus antes de saber que estão doentes, é importante ficar a **pelo menos 2 metros de distância** das outras pessoas quando possível, mesmo que nenhuma das pessoas apresente quaisquer sintomas.
- A COVID-19 espalha-se principalmente entre as pessoas que estão em contato próximo por um período prolongado (menos de 2 metros).

Distanciamento social ou físico

Evidente que:

O **distanciamento social** deve ser praticado em conjunto com as outras medidas de prevenção de infecção da COVID-19, incluindo o uso de máscara e lavagem das mãos.

Vacina contra a COVID-19

O que é uma vacina?



Vacina:



- É uma preparação de **antígenos** (partículas estranhas ao organismo), que administrada a um indivíduo provoca uma **resposta imunitária protetora específica** de um ou mais agentes infecciosos.
- Os antígenos das vacinas podem ser vírus ou bactérias inteiros, mortos ou atenuados, ou mesmo fragmentos desses microrganismos.
- O antígeno escolhido para uma vacina deve ser "imunogénico", ou seja, deve desencadear uma reação imunitária de defesa do organismo e não provocar a doença. (DGS)

Mas, Atenção!!!

Ação preventiva e não curativa

	Vacina	Medicamento
Ação	Preventiva	Terapêutica
Benefício	Individual e Comunitário	Individual
Indivíduos	Saudáveis	Doentes

As vacinas protegem das doenças,
És mais saudável.

As vacinas salvam milhões de vidas todos os anos.

Fonte: Internet

Fonte: Internet

Fonte: Internet

Vacina contra a COVID-19

- Mais de 169 vacinas candidatas contra COVID-19 estão a ser desenvolvidas, 26 das quais estão a ser testadas em humanos.
- Quando uma vacina segura e eficaz for encontrada, a **COVAX** (grupo de trabalho para a distribuição equitativa da vacina liderada pela OMS e outros organismos) garantirá que o acesso e a distribuição dessa vacina sejam equitativos, protegendo assim a população de todos os países. Pessoas em maior risco terão prioridade. (OMS)

Comparação de 4 vacinas contra covid-19

Fabricante	Tipo	Doses	Eficácia*	Armazenamento
 Oxford-AstraZeneca	Vetor viral (vírus geneticamente modificado)	 x2	62-90%	 Temperatura normal de refrigerador
 Moderna	RNA (parte do código genético do vírus)	 x2	95%	 -20°C até 6 meses
 Pfizer-BioNTech	RNA	 x2	95%	 -70°C
 Gamaleya (Sputnik V)	Vetor viral	 x2	92%	 Temperatura normal de refrigerador

*resultados preliminares da fase 3 ainda não revisados

Fonte: Fabricantes, OMS

BBC

Em Portugal:

- Estima-se que em janeiro 2021 começará o processo de vacinação contra a COVID-19.
 - Dividido em 3 fases e determinados grupos prioritários.
 - *Não existem dados suficientes para recomendar a vacina às crianças/adolescentes* (os estudos apenas incluíram pessoas entre os 18 e 55 anos).
- Plano de vacinação: **universal, facultativo, gratuito** e distribuído a toda a população. (António Costa, 03 de dezembro)
- Decorrerá integralmente nas infraestruturas do SNS (Centros de Saúde e possivelmente em hospitais de campanha).
 - No entanto este vai ser um grande desafio! Diria mesmo que a resposta a esta pandemia será o maior desafio do século 21!

Atenção!!!

Sim

Será que a chegada da Vacina contra a COVID-19 significa fim da pandemia?!

Não



Fonte: Internet

Fonte: Internet

A pandemia COVID-19 tem ainda um longo caminho pela frente e seremos nós a determinar o seu curso! Torna-se fundamental manter as medidas de prevenção da contaminação, mesmo havendo vacina.

QUESTIONÁRIO



CDC. Como se proteger e proteger os outros. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/covid19/now/protect-getting-sick/prevention.html>>.
 Costa A. 03 de dezembro de 14 de Notícias. Disponível em: <https://www.diariodocampesinao.com.br/2020/03/03/desenvolvimento-sobre-a-pandemia-de-covid-19-11010034.html?utm_source=publishers-medium&utm_medium=text&utm_campaign=social-share-11010034>.
 DGS. Perguntas frequentes. Disponível em: <<https://www.dgs.gov.pt/Perguntas-frequentes.aspx>>.
 DGS. Programa Nacional de Vacinação. Perguntas e respostas. Disponível em: <<https://www.dgs.gov.pt/Programa-nacional-de-vacuacao/programa-n-e-respostas.aspx>>.
 DGS. Vírus. Disponível em: <<https://www.dgs.gov.pt/Virus.aspx>>.
 Faculdade de ciências e tecnologia da Universidade de Coimbra. Cientista da FCTUC analisa os modos de transmissão da COVID-19 à luz dos conceitos de Qualidade do Ar Interior. Disponível em: <<https://www.ucp.pt/ciencia/ctc/?vnc=3477816586>>.
 Instituto Nacional da Propriedade Industrial. Ministério 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/propriedade-intelectual/palestras/tecnologias-para-covid-19/mascara>>.
 RTP. Coronavirus: O que é e como começa? Disponível em: <<https://www.rtp.pt/play/pt/coronavirus-o-que-e-e-como-comeca-17032924>>.
 Unicef. Máscaras faciais no contexto comunitário na pandemia do COVID-19. Disponível em: <<https://data.unicef.org/brazilcasas-facials-na-pandemia-de-covid-19>>.
 WHO. A corrida por uma vacina COVID-19. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/situations/covid-19/covid-19-vaccines>>.
 WHO. Guideline for hand hygiene in health-care settings. 2009. Disponível em: <<https://www.who.int/publications-detail/guideline-for-hand-hygiene-in-health-care>>.
 Health Policy Watch. Masks are necessary to reduce asymptomatic transmission of COVID-19. Through aerosols and droplets, say health experts. Disponível em: <<https://thehealthpolicywatch.com/news/masks-are-necessary-to-reduce-asymptomatic-transmission-in-aerosols-and-droplets-say-health-experts/>>.

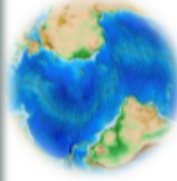
APÊNDICE 5 – Folheto sobre vacinação

É graças às **vacinas** que doenças graves como o **tétano**, a **poliomielite**, o **sarampo** e a **tosse convulsa** estão **controladas** ou **eliminadas**.

Sabias que o **TÉTANO** é uma **doença aguda** e **grave**, causada pela toxina do bacilo tetânico *Clostridium tetani* e que entra no organismo pelas feridas e lesões da pele?

Toma cuidado com as feridas e lesões da pele e não te esqueças de manter atualizada a vacina contra o Tétano.

Somos cidadãos deste mundo. Protege-te! Protege quem está à tua volta. E vive com segurança.



A saúde promove-se!

Realizado por:

Enf. Conceição Barbosa

Enf. Josefina Chemela

Prof. Elisa Garcia



#Viver com saúde e segurança#
#por nós e pelos outros#

 Unidade de Saúde Pública Loures Odiveelas



"As vacinas salvam milhões de vidas todos os anos." (OMS)

#Não arrisques#Vacina-te!#

Programa Nacional de Vacinação 2020



Esquema geral recomendado

ATUALIZADO - OUTUBRO 2020
NORMA 18/2020

Vacina Doença		Idade											
	Nascli-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos	
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3									
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4							
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa		DTPa 4	DTPa 5						
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5						
Streptococcus pneumoniae		Pr13 1	Pr13 2		Pr13 3								
Neisseria meningitidis B		MenB 1	MenB 2		MenB 3								
Neisseria meningitidis C					MenC								
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2						
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas				
Tétano e difteria								Td	Td	Td	Td	Td	



REPÚBLICA
PORTUGUESA



SNS
24



DGS

MenB: aplicável aos nascidos >2019

HPV: aplicável também ao sexo masculino, aos nascidos >2009. Esquema 0, 6 meses

Tdpa: aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez

Td: de acordo com a idade, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos de idade, recomenda-se a vacinação se a última dose de Td tiver ocorrido há >10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.

MenB: aplicável aos nascidos <2019

HPV: aplicável também ao sexo masculino, aos nascidos <2009. Esquema 0, 6 meses

Tdpa: aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez

Td: de acordo com a idade, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos de idade, recomenda-se a vacinação se a última dose de Td tiver ocorrido há >10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.

APÊNDICE 6 – Questionário final para avaliação dos
conhecimentos adquiridos

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Viver com saúde e segurança, por nós e pelos outros

Local: Associação Protetora Florinhas da Rua

Assinala as respostas que consideras corretas com um X

1. Ainda te lembras das 2 formas de contágio do vírus SARS-CoV-2?

___ Gotículas respiratórias

___ Contacto com superfícies infetadas

___ Através da água

___ Alimentos embalados

2. Qual a melhor forma de prevenir a infeção por COVID-19?

___ Deixar de comer e beber

___ Ficar fechado no meu quarto

___ Lavar as mãos

___ Usar máscara

___ Gozar a vida descontraidamente

___ Distanciar-me 2 metros das pessoas

3. Assinala 3 sinais, sintomas ou complicações da COVID-19.

___ Morte

___ Febre

___ Dor de estômago

___ Tosse

___ Dor de cabeça

___ Dor nos pés

4. Por que temos de ficar em casa aos fins de semana e cumprir as regras impostas pelo Governo?

___ Para evitar que a infeção do COVID-19 se propague ainda mais.

___ Para as pessoas descansarem.

___ Para ter um fim-de-semana prolongado.

5. Para que servem as vacinas?

___ Tratamento de doenças

___ Prevenção de doenças

___ Ficar doente com os vírus das vacinas.

6. Ficaste mais esclarecido sobre a vacina contra a COVID-19?

___ Sim

___ Não

Avalia agora a Sessão:

Assinala com um X as respostas que mais se adequam ao que tu pensas:

1. Consideras que esta sessão te veio trazer mais conhecimentos do que aqueles que já tinhas?

Sim ____ Não ____

2. Como avalias esta sessão de educação para a saúde?

Útil neste momento ____ Desnecessária ____ Sentiste-te motivado a participar ____

3. Consideras que a apresentação foi clara e esclareceu dúvidas?

Sim ____ Não ____

4. Queres deixar sugestão de algum tema que gostarias de ver esclarecido numa sessão futura?

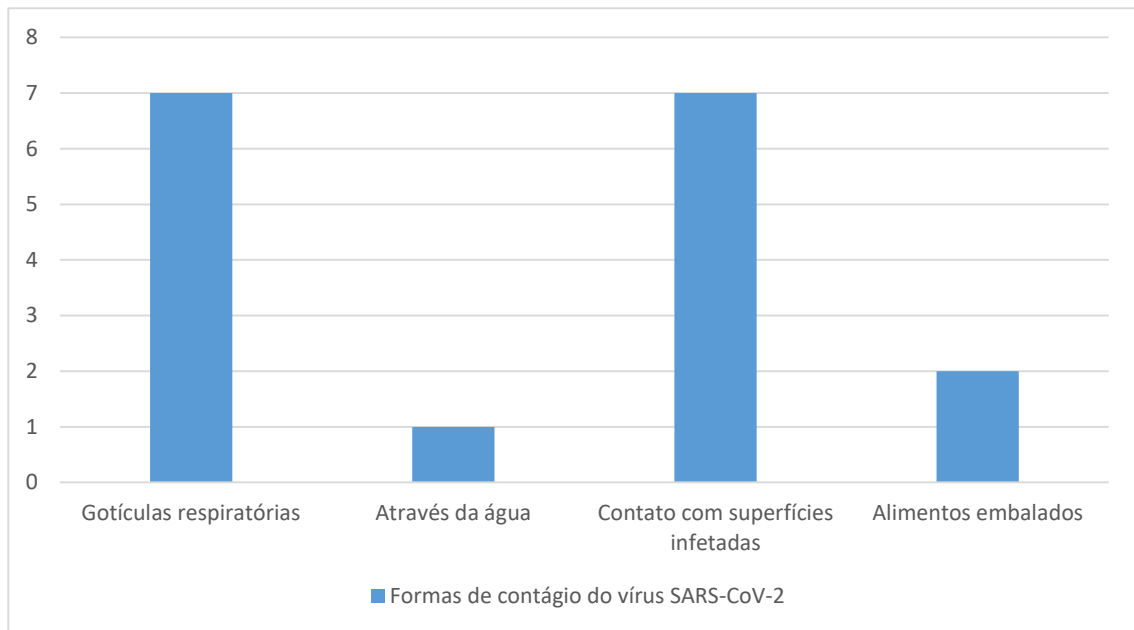
Sim ____ Não ____

Se sim, qual? _____

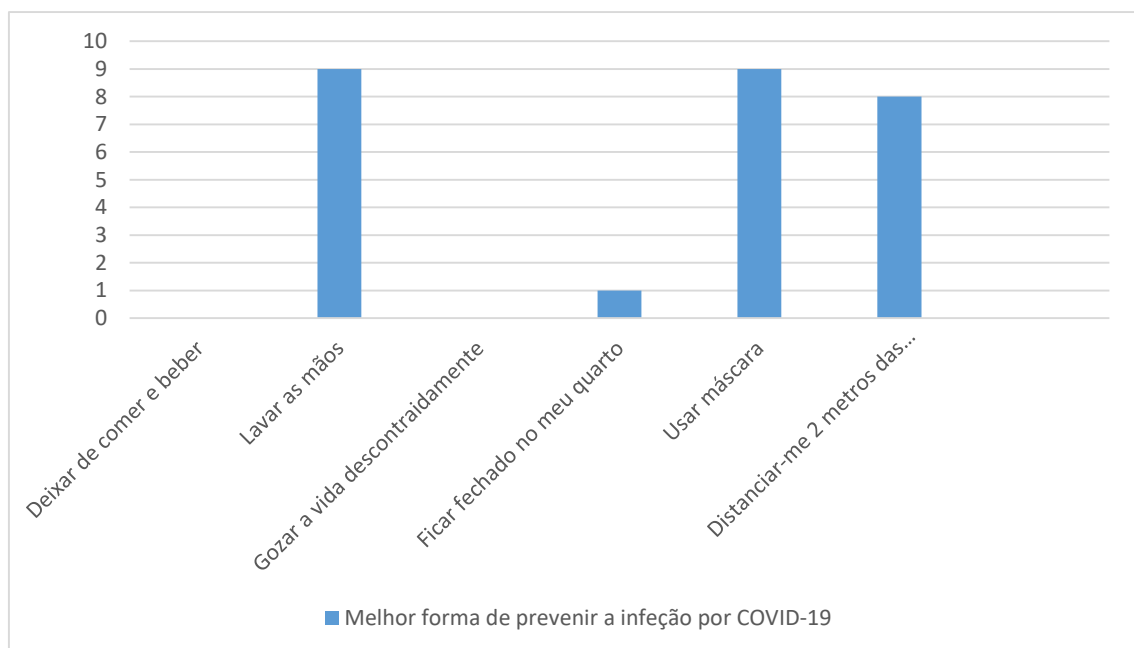
Elaborado por: Enf Conceição Barbosa, Enf Josefina Chemela, Prof Elisa Garcia

APÊNDICE 7 – Apresentação gráfica dos resultados do
questionário aplicado no final da sessão de educação para a saúde

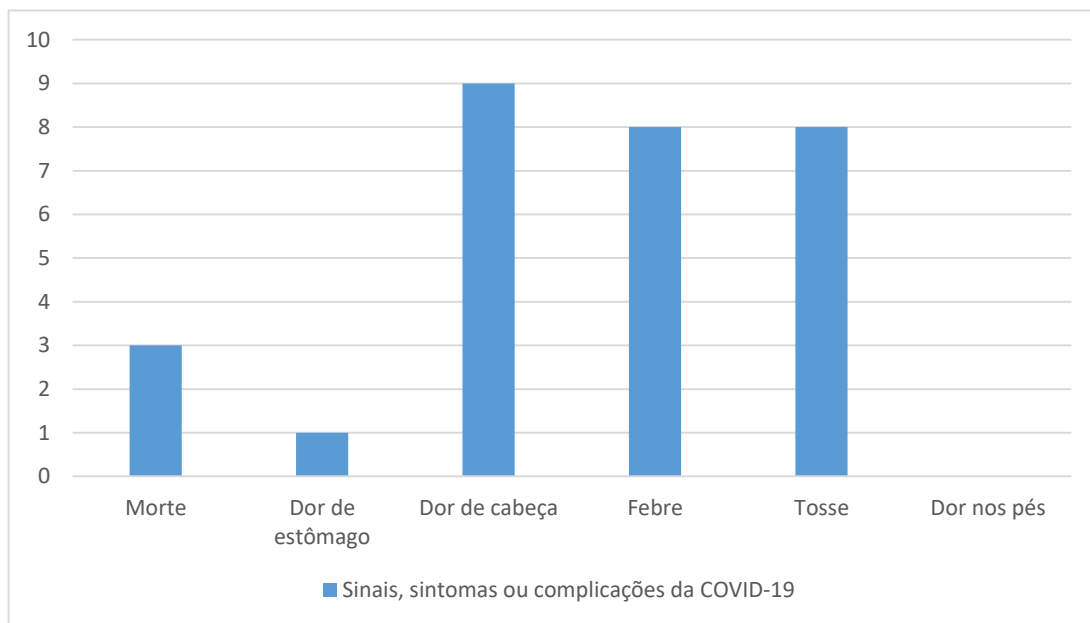
P1: Ainda te lembrás das 2 formas de contágio do vírus SARS-CoV-2?



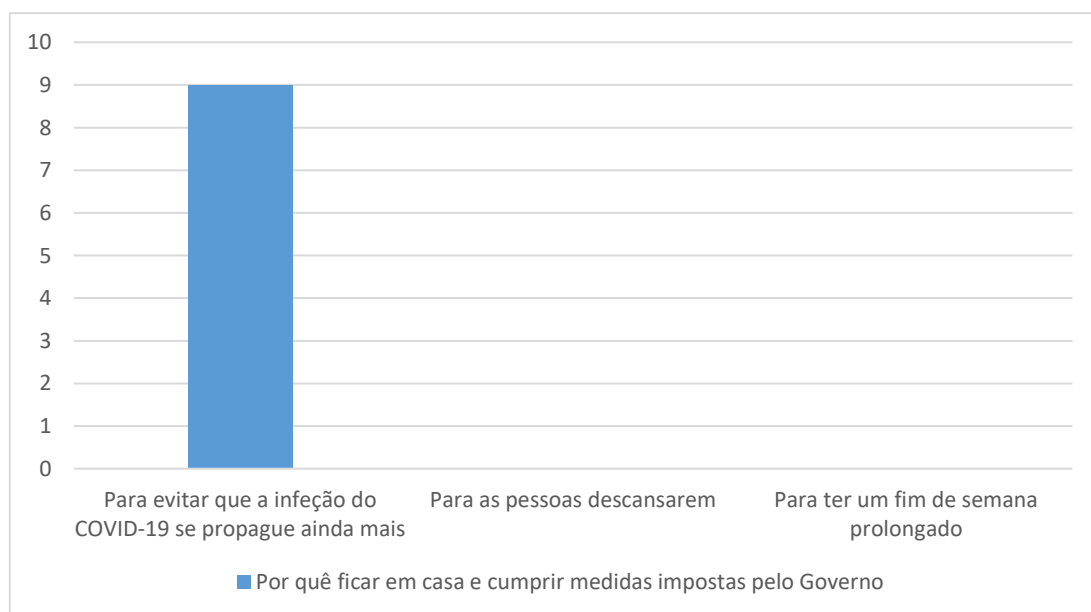
P2: Qual a melhor forma de prevenir a infecção por COVID-19?



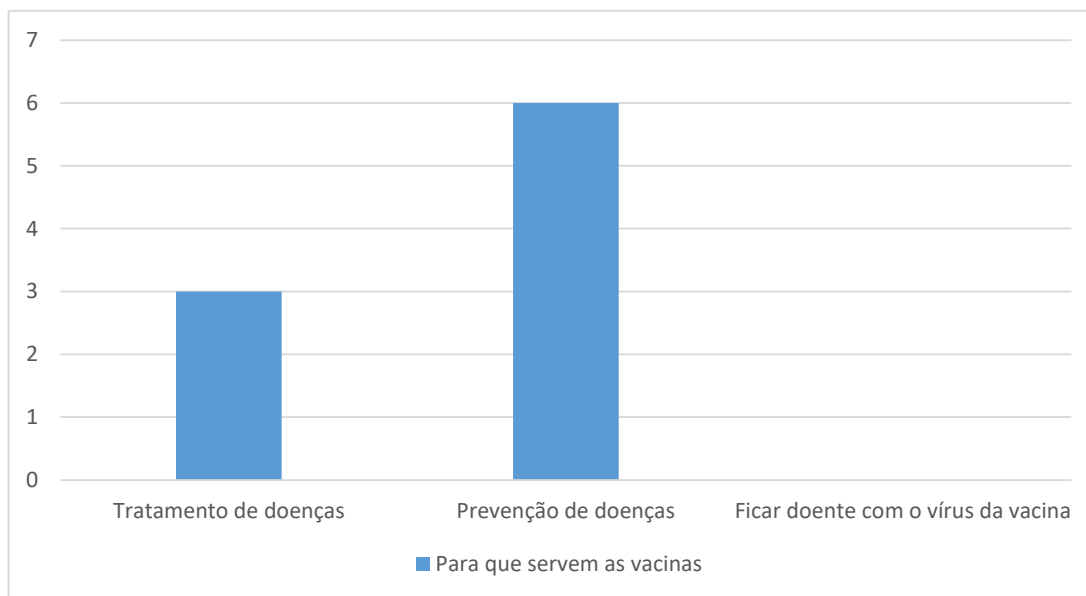
P.3: Assinala 3 sinais, sintomas ou complicações da COVID-19.



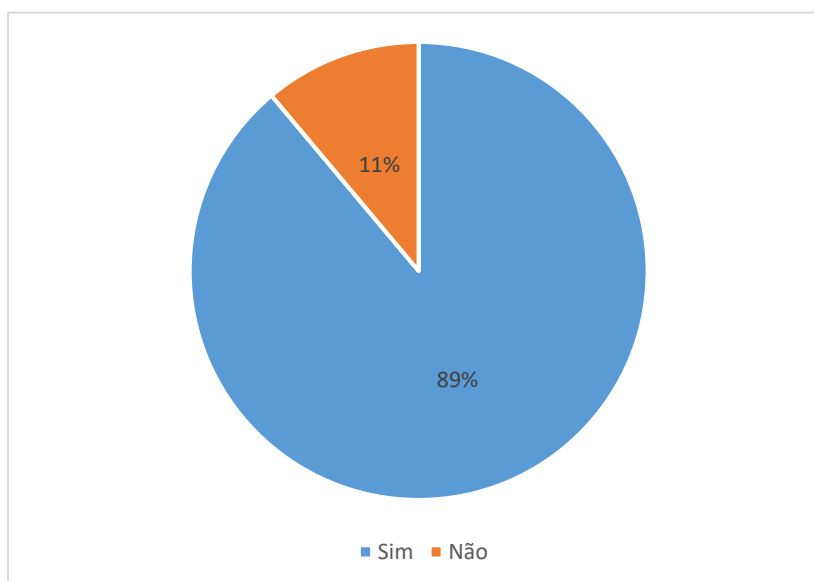
P.4: Por que temos de ficar em casa aos fins de semana e cumprir as regras impostas pelo Governo?



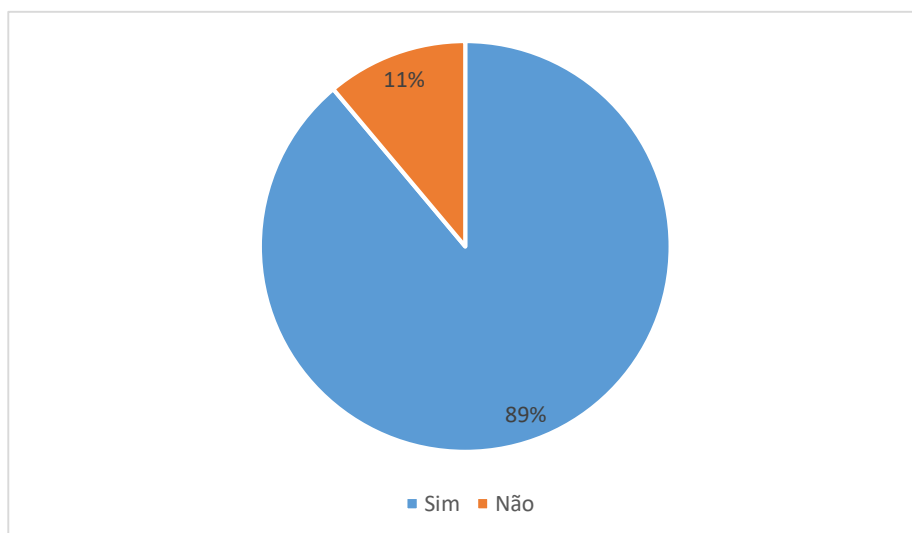
P.5: Para que servem as vacinas?



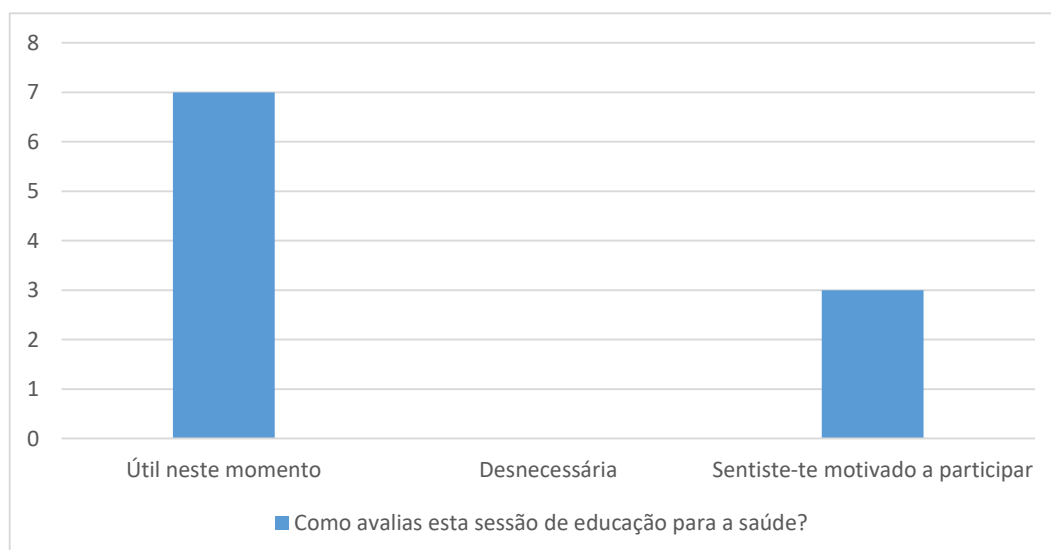
P.6: Ficaste mais esclarecido sobre a vacina contra a COVID-19?



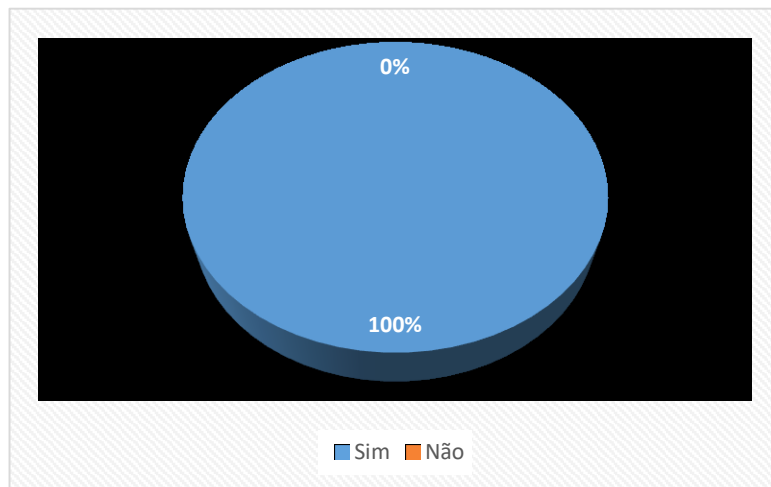
P.7: Consideras que esta sessão te veio trazer mais conhecimentos do que aqueles que já tinhas?



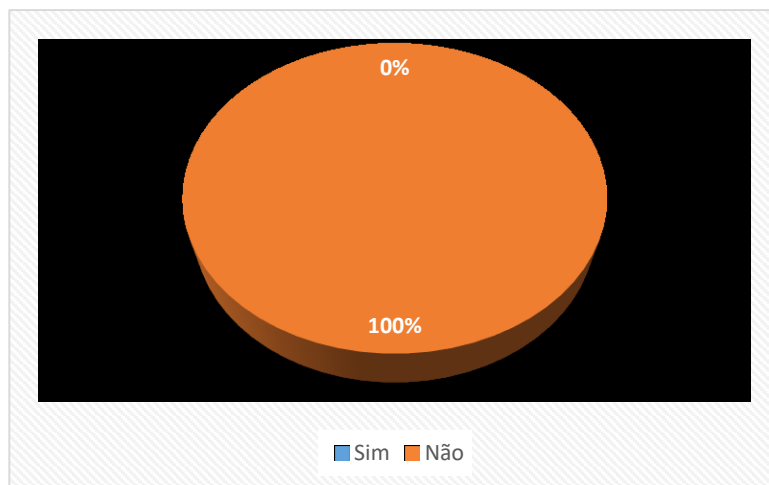
P.8: Como avalias esta sessão de educação para a saúde?



P.9: Consideras que a apresentação foi clara e esclareceu dúvidas?



P.10: Queres deixar sugestão de algum tema que gostarias de ver esclarecido numa sessão futura?



APÊNDICE 8 – Pedido de autorização para a realização do
Projeto à Direção do ACES Loures Odivelas

Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção do ACES

Ex.^{mo} Sr. Diretor do ACES Loures-Odivelas, Dr. António João Alexandre

No âmbito do estágio final inserido no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas, sob orientação da Sr^a Enfermeira Mestre e Especialista Josefina Chemela, eu, Maria da Conceição Miranda Barbosa, enfermeira e mestranda, venho por este meio solicitar autorização para divulgação do nome da enfermeira orientadora e da Instituição no relatório final, que será tornado público tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Neste mesmo sentido, venho igualmente solicitar autorização para realizar o Projeto de Intervenção, no âmbito da **“campanha de vacinação contra a gripe sazonal 2020/2021, nas crianças e jovens institucionalizadas e profissionais das mesmas Instituições”**, com o objetivo de prevenir a gripe sazonal. Este projeto será desenvolvido nas Instituições da área abrangente da USP Loures-Odivelas, tendo sido selecionadas as seguintes Instituições: Casa do Gaiato de Lisboa, Associação Protetora das Florinhas da Rua, Casa do Infantado, Comunidade Emmaús de Caneças, Associação Reto à Esperança e NucliSol: Centro de Acolhimento Temporário de Crianças em Risco.

Com este projeto pretendemos proteger a saúde das crianças e jovens, assim como dos funcionários destas Instituições, através da administração da vacina da gripe, sendo esta uma mais valia no contexto da atual pandemia, pois mais facilmente será possível fazer um diagnóstico diferencial, prevenindo precocemente o contágio viral.

Neste contexto, gostaria de destacar que esta minha intervenção se enquadra, segundo entendimento da equipa pedagógica da Universidade Católica Portuguesa, no protocolo assinado entre a UCP/ARS, num procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por estudantes em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista em Enfermagem Comunitária de Saúde

Pública, no regular funcionamento das atividades levadas a cabo pela Enfermeira especialista e orientadora.

Aguardo e agradeço uma resposta breve, tendo em atenção o tempo disponível para a realização do estágio.

Atenciosamente,

Maria da Conceição Miranda Barbosa

13/10/2020

Resposta do Diretor Executivo do ACES Loures Odivelas

Pedido de autorização ao DE do ACES

J Josefina Maria Mendes Ribeiro Chemela | USP Loures-Odivelas
qua, 14/10/2020 09:12
Para: Maria Conceição Miranda Barbosa
PC

De: Antonio João Alexandre | ACES Loures Odivelas - Diretor Executivo
Enviado: 13 de outubro de 2020 07:14
Para: Josefina Maria Mendes Ribeiro Chemela | USP Loures-Odivelas
Assunto: RE: Pedido de autorização ao DE do ACES

Autorizado

António João Alexandre
Diretor Executivo
ACES Loures Odivelas
Morada: Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte
2685-160 Sacavém
Telefone: +351219492400
Email: [redacted]
www.arslvt.mun-saude.pt

 REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

 SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 não paramos
ESTAMOS ON

 ars|lvt
CUIDAR E FAZER DA SAÚDE

APÊNDICE 9 – Pedido de autorização às instituições para
integrar o projeto

Pedido de autorização para a realização do projeto de intervenção na Instituição

Ex.ma Sra. Diretora do Centro de Acolhimento Casa do Infatado

No âmbito do estágio final inserido no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas, sob orientação da Srª Enfermeira Mestre e Especialista Josefina Chemela, eu, Maria da Conceição Miranda Barbosa, enfermeira e mestranda, venho por este meio solicitar autorização para integrar, a vossa Instituição, no meu projeto de intervenção no âmbito da **“campanha de vacinação contra a gripe sazonal 2020/2021, nas crianças e jovens institucionalizadas e profissionais das mesmas instituições”**, com o objetivo de prevenir a gripe sazonal. Com este projeto pretendemos proteger a saúde das crianças e jovens, assim como dos funcionários das instituições, através da administração gratuita da vacina da gripe, sendo esta uma mais valia no contexto da atual pandemia, pois mais facilmente será possível fazer um diagnóstico diferencial, prevenindo precocemente o contágio viral.

De salientar que todos os dados recolhidos para o projeto de intervenção serão anonimizados nunca permitindo que qualquer pessoa possa ser identificada, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Gostaria ainda de salientar que a vossa colaboração é imprescindível para a concretização deste projeto e para proteção da saúde individual e do grupo dos vossos utentes e profissionais.

Atenciosamente,

Conceição Barbosa,

Enfermeira estagiária de mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

03/11/2020



Pedido de autorização para a realização do projeto de intervenção na Instituição

Ex.ma Sra. Diretora da Instituição Casa do Gaiato de Lisboa

No âmbito do estágio final inserido no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas, sob orientação da Srª Enfermeira Mestre e Especialista Josefina Chemela, eu, Maria da Conceição Miranda Barbosa, enfermeira e mestranda, venho por este meio solicitar autorização para integrar, a vossa Instituição, no meu projeto de intervenção no âmbito da **“campanha de vacinação contra a gripe sazonal 2020/2021, nas crianças e jovens institucionalizadas e profissionais das mesmas instituições”**, com o objetivo de prevenir a gripe sazonal. Com este projeto pretendemos proteger a saúde das crianças e jovens, assim como dos funcionários das instituições, através da administração gratuita da vacina da gripe, sendo esta uma mais valia no contexto da atual pandemia, pois mais facilmente será possível fazer um diagnóstico diferencial, prevenindo precocemente o contágio viral.

De salientar que todos os dados recolhidos para o projeto de intervenção serão anonimizados nunca permitindo que qualquer pessoa possa ser identificada, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Gostaria ainda de salientar que a vossa colaboração é imprescindível para a concretização deste projeto e para proteção da saúde individual e do grupo dos vossos utentes e profissionais.

Atenciosamente,

Conceição Barbosa,

Enfermeira estagiária de mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

26/10/2020

Declaro que autorizo o estágio
de enfermagem.

com gratidão

M.ª Teresa Lopes Ribeiro
Presidente da Direção

26/10/2020

Pedido de autorização para a realização do projeto de intervenção na Instituição

Ex.ma Sra. Diretora da Associação Reto

No âmbito do estágio final inserido no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública Loures-Odivelas, sob orientação da Srª Enfermeira Mestre e Especialista Josefina Chemela, eu, Maria da Conceição Miranda Barbosa, enfermeira e mestranda, venho por este meio solicitar autorização para integrar, a vossa Instituição, no meu projeto de intervenção no âmbito da **“campanha de vacinação contra a gripe sazonal 2020/2021, nas crianças e jovens institucionalizadas e profissionais das mesmas instituições”**, com o objetivo de prevenir a gripe sazonal. Com este projeto pretendemos proteger a saúde das crianças e jovens, assim como dos funcionários das instituições, através da administração gratuita da vacina da gripe, sendo esta uma mais valia no contexto da atual pandemia, pois mais facilmente será possível fazer um diagnóstico diferencial, prevenindo precocemente o contágio viral.

De salientar que todos os dados recolhidos para o projeto de intervenção serão anonimizados nunca permitindo que qualquer pessoa possa ser identificada, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Gostaria ainda de salientar que a vossa colaboração é imprescindível para a concretização deste projeto e para proteção da saúde individual e do grupo dos vossos utentes e profissionais.

Atenciosamente,

Conceição Barbosa,

Enfermeira estagiária de mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

27/10/2020

Autógrafa 

Autaro  Fando Dora2 Teiseb freddy

APÊNDICE 10 – Póster apresentado no III Seminário Internacional
do Mestrado em Enfermagem



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTUGAL

III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

INTERVENÇÕES UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DOS HÁBITOS ALCOÓLICOS NOS ADOLESCENTES

Autoria: Cláudia Domingos¹, Conceição Barbosa² e Kátia Fortunato³

¹Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte S.P.A. ²Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil S.P.A. ³Centro Hospitalar Lisboa Ocidental S.P.A.

INTRODUÇÃO

A Europa é a região do mundo com os níveis mais elevados de consumo e danos relacionados com o álcool, sendo que Portugal se encontra nas maiores consumidoras do mundo por pessoa, de acordo com o Global Status Report on Alcohol and Health (WHO, 2023). O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no seu relatório anual de 2022, comunica os resultados do European School Project on Alcohol and other Drugs de 2015, em que 41% dos estudantes portugueses de 16 anos tinham iniciado o consumo de bebidas alcoólicas com 12 anos ou menos e 54% tinham-se embriagado com 12 anos ou menos. É unânime que durante a adolescência ocorre o desenvolvimento psicológico, cognitivo e moral e, as crenças, os valores, os hábitos e os comportamentos são influenciados através da imitação e da interação dos grupos (Opperman & Cassandra, 2024).

A pertinência em analisar esta temática está relacionada com o impacto do seu consumo na vida das pessoas, enquanto importante problemática de Saúde Pública. É conhecida a multiplicidade de problemas relacionados com estes hábitos, que se refletem não só na pessoa, como na sua família e consequentemente na comunidade.

OBJETIVO: Identificar as intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão da narrativa com recurso a artigos de evidência científica. Uso de Estratégia: População (P), Conceito (C) e Contexto (C), na qual se considera "P": adolescente, "C": intervenções para a prevenção de hábitos alcoólicos e "C": em qualquer contexto. Foi realizada uma pesquisa "aberta", através do Google Scholar, PubMed e SCOPUS (repositórios científicos de acesso aberto de Portugal) sobre a temática. Os critérios utilizados para a seleção dos artigos foram: artigos disponíveis em Full Text; escritos em português, inglês e espanhol; sem qualquer restrição geográfica e com as palavras-chave: intervenção, prevenção, álcool e adolescentes; intervenção, prevenção, álcool e adolescente. Inicialmente foram identificados dezasseis documentos. À decisão de inclusão ou não, foi cumprida com base na leitura do título e resumo, implicando a concordância dos autores do presente trabalho, com o objetivo de responder à questão estabelecida para a revisão da narrativa. Desta análise, foram selecionados cinco documentos de evidência científica forte, onde se incluem scoping reviews, revisões sistemáticas de estudos qualitativos e quantitativos baseados em estudos experimentais e quase-experimentais, e ainda um estudo descritivo. Também foi incluído uma scoping review que integra uma base de mestrado em Enfermagem no âmbito da Enfermagem da saúde comunitária e saúde pública.

RESULTADOS

Almeida, J. (2019)

- Os governos através de políticas e das instituições de saúde em parceria com as escolas, devem implementar programas e estratégias de intervenção direcionados, promotores de saúde e de estilos de vida saudáveis para o adolescente.
- A escola é o local privilegiado para intervir sobre este grupo.
- É importante capacitar os adolescentes para a tomada de decisão responsável.
- As intervenções devem ser precoces de forma a adiar o início do consumo, uma vez que existe uma relação probabilística de quanto mais cedo o adolescente iniciar o consumo de álcool, maior será a probabilidade de experimentar outros padrões de consumo e outras sublinhas de atividades ilícitas.

Martinez, E. & Clavio, M. & Aguirre, A. (2023)

- Na caracterização do tipo de intervenção, 31,14% dos estudos referem ter utilizado como estratégia a intervenção breve. Há a descrição de uma grande diversidade relativamente ao número de sessões realizadas, ao período de tempo em que elas acontecem e o seu respetivo seguimento.
- A maioria dos estudos refere a importância dos acompanhamentos, reforços ou estratégias com os pais, colegas ou líderes dentro da intervenção bem como a necessidade de autorreflexões semanais ou mensais pelos sujeitos do estudo.
- O impacto de estratégias combinadas, como as sessões de educação para a saúde em sala de aula e uso de plataformas virtuais e/ou da internet, permite abordar mais facilmente os adolescentes nesta temática de consumo e abuso de álcool.

Tanner-Smith, E. & Upsey, M. (2015)

- Verificaram que a intervenção breve é a estratégia com melhores resultados.
- No entanto, quais os componentes mais eficazes a incluir na intervenção breve, de uma forma geral todos têm bom resultado. Mas as intervenções breves que incluem exercícios de equilíbrio de decisão ou estabelecimento de metas tiveram efeitos significativamente maiores sobre a redução do consumo de álcool.
- Relativamente ao formato das intervenções breves, sejam elas em apresentação multimídia ou não informatizada, em sessões de grupo ou individuais, os seus efeitos são semelhantes.

Pedrosa, S. & Costa, D. & Otto, M., et al. (2020)

- A educação para a saúde é fundamental nos adolescentes. Os profissionais de saúde devem trabalhar em parceria com as escolas, no ambiente escolar, praticando assim a transversalidade e a intersectorialidade.
- O recurso à relação empática promove a aproximação e a construção de uma relação de confiança entre ambas as partes, resultando na participação livre e ativa dos adolescentes, na reflexão crítica e no entendimento do seu papel de atores principais.

Santos, T. & Barbosa, A. & Mendes, A. (2009)

- A maioria dos programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool dirigidos a adolescentes em meio escolar é eficaz.
- Os programas direcionados exclusivamente ao álcool são mais eficazes comparativamente a programas dirigidos simultaneamente a várias substâncias adictivas.

Intervenção breve* compreende a uma sessão curta de aconselhamento estruturado ou a uma sessão mais longa, isto é, uma intervenção breve extensa tendo por base a motivação. Ambas visam ajudar alguém a reduzir o consumo de álcool ou até mesmo a abster-se (NICE, 2023).

CONCLUSÃO

Todos os estudos em análise apontam que as intervenções utilizadas para a prevenção dos hábitos alcoólicos nos adolescentes, podem ser realizadas através de sessões de educação para a saúde ou por intervenção breve, por estar comprovado com base na evidência que ambas reduzem o consumo de álcool. Independentemente da intervenção escolhida, está documentado a orientação com base numa teoria cognitivo-comportamental. Na implementação das intervenções, estas devem ser realizadas o mais precocemente possível, sendo que o local de eleição é a escola, recorrendo a estratégias apelativas e à participação ativa do adolescente. Em particular, no recurso à intervenção breve, salienta-se a necessidade de acompanhamento e realiação de reforço (recomendação forte).

REFERÊNCIAS

Almeida, J. (2019). *Intervenção breve para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes*. Tese de Mestrado em Enfermagem, Universidade Nova de Lisboa.

Martinez, E., Clavio, M., & Aguirre, A. (2023). *Estratégias de intervenção para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes*. *Revista de Enfermagem*, 12(1), 1-10.

Tanner-Smith, E., & Upsey, M. (2015). *Intervenção breve para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes*. *Journal of Adolescent Health*, 57(2), 1-10.

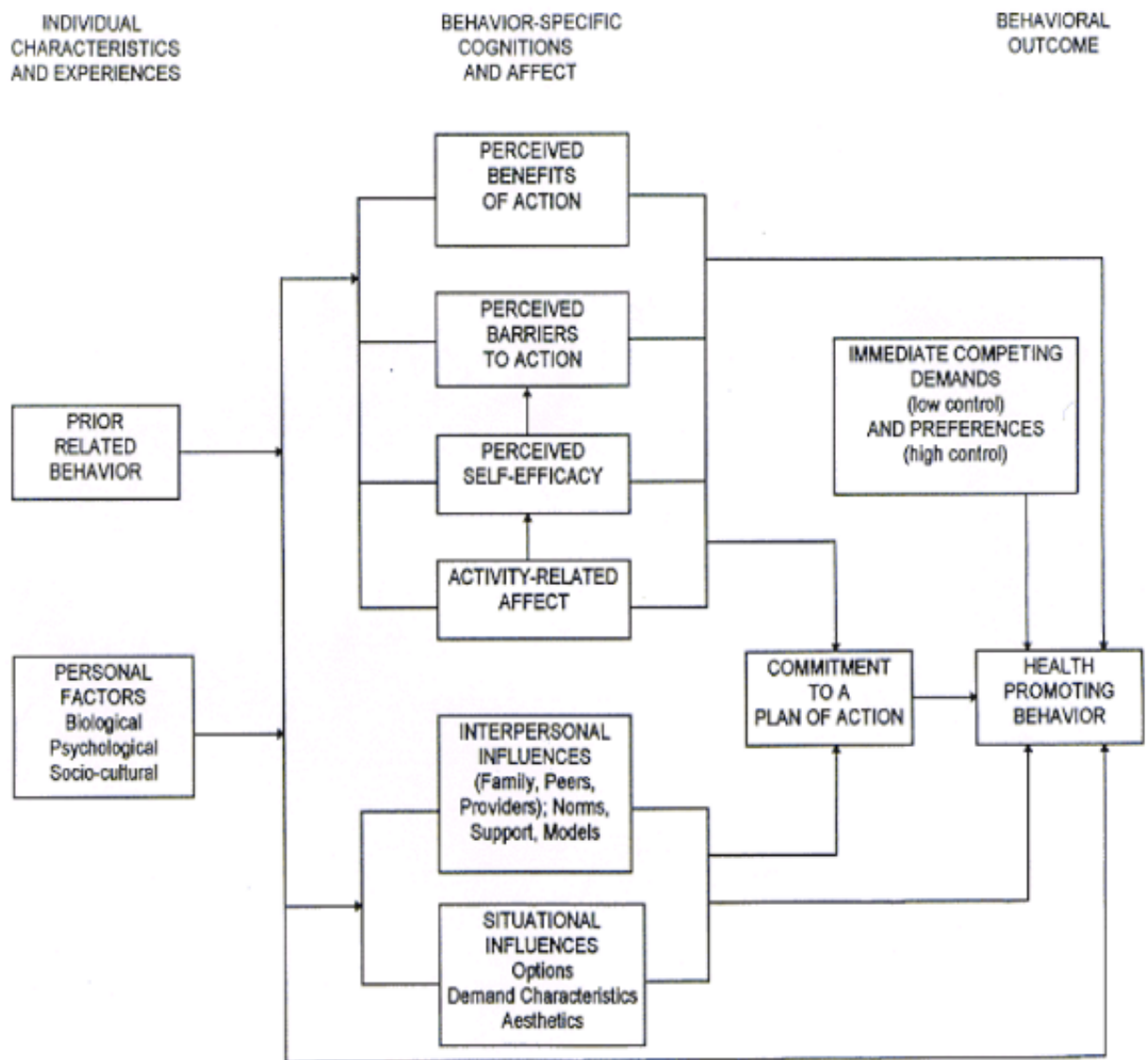
Pedrosa, S., Costa, D., & Otto, M., et al. (2020). *Estratégias de intervenção para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes*. *Revista de Enfermagem*, 9(1), 1-10.

Santos, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2009). *Estratégias de intervenção para a prevenção do consumo de álcool em adolescentes*. *Revista de Enfermagem*, 8(1), 1-10.

ANEXOS

ANEXO 1 – Health promotion model (revised). Nola Pender.

Health promotion model (revised). Nola Pender



Fonte: Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2014). *Health promotion in nursing practice*. (6^a ed.). England: Pearson.

ANEXO 2 – Valoração dos critérios de priorização dos problemas de saúde

Valoração dos critérios de priorização dos problemas de saúde

			Valor da Escala		
			1	2	3
Critério	Magnitude		Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	Importância média	Dimensão importante nos indicadores
	Transcendência	Social	Problema não afeta significativamente a população	Afeta parcialmente a população ou grupos importantes	Afeta toda a população ou grupos importantes
		Económica	Problema sem repercussão económica	Problema de efeito médio	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção
	Vulnerabilidade		Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema	Problema redutível, mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Fonte: Direção Geral da Saúde (2016). Manual Orientador dos planos locais de saúde.

ANEXO 3 – Direção Geral da Saúde. Norma 015/2020 de
24/07/2020

NORMA

NÚMERO: 015/2020

DATA: 24/07/2020

Maria da Graça
Gregório de
Freitas

Digitally signed by Maria da
Graça Gregório de Freitas
DN: cn=Maria da Graça
Gregório de Freitas
Date: 2020.07.31 15:41:35
+01'00'

ASSUNTO:	COVID-19: Rastreio de Contactos
PALAVRAS-CHAVE:	Coronavírus, SARS-CoV-2, COVID-19, Rastreio de Contactos (Contact Tracing), Investigação Epidemiológica
PARA:	Sistema de Saúde
CONTACTOS:	dspdps@dgs.min-saude.pt

A COVID-19 foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde como pandemia no dia 11 de março de 2020. Neste contexto, foram adotadas várias medidas para conter a expansão da infeção por SARS-CoV-2. Considerando a evolução epidemiológica foi determinado o início gradual do levantamento das medidas de confinamento.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Comissão Europeia e o Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC) um efetivo **rastreio de contactos** (identificação, avaliação do risco e implementação de medidas) é um elemento chave para a deteção precoce de casos e limitação da propagação da COVID-19.

Esta estratégia ("Test-Track-Trace") tem vindo a ser adotada em Portugal a três níveis: a) identificação precoce dos casos através de uma utilização adequada de testes laboratoriais; b) seguimento clínico adequado (com utilização do sistema de informação disponível na plataforma Trace COVID-19) de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2, quer em ambulatório, quer em meio hospitalar; c) efetiva identificação e vigilância de contactos dos casos confirmados, coordenado pelas autoridades de saúde.

O **rastreio de contactos** consiste em três passos¹:

- Identificação de todas as pessoas (contactos) que estiveram potencialmente expostas a gotículas respiratórias ou secreções de um caso de COVID-19;
- Avaliação dos contactos com estratificação de risco, através da investigação e comunicação com os contactos identificados;
- Implementação de medidas, incluindo o isolamento profilático e a vigilância (seguimento e a monitorização regular dos contactos relativamente à sua sintomatologia).

¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

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

Definição de Contacto

1. Um contacto é uma pessoa que esteve exposta a um caso de COVID-19, ou a material biológico infetado com SARS-CoV-2, dentro do período de transmissibilidade.
2. Para efeitos do rastreio de contactos, o período de transmissibilidade estende-se desde 48 horas antes da data de início de sintomas do caso de COVID-19 sintomático ou da data da colheita do produto biológico do teste laboratorial do caso de COVID-19 assintomático até ao dia em que é estabelecida a cura do caso, definida nos termos da Normas 004/2020 e 010/2020 da DGS.
3. O risco de contrair infeção por SARS-CoV-2 é dependente do nível de exposição. Os contactos de caso de COVID-19 são classificados, de acordo com o seu nível de exposição, em exposição de alto risco e de baixo risco, nos termos do Anexo 1.
4. A estratificação dos contactos pelo risco de exposição determina o tipo de vigilância e de medidas a implementar.
5. A implementação das medidas da presente Norma não se aplica a pessoas com história prévia de infeção por SARS-CoV-2, confirmada laboratorialmente, que tenham cumprido os critérios de cura, estabelecidos nas Normas 004/2020 ou 010/2020 da DGS.

Abordagem de Contacto

6. Após a identificação de um caso de COVID-19, deve ser assegurada a investigação epidemiológica detalhada pela Autoridade de Saúde, apoiada pela Unidade de Saúde Pública e, com base na avaliação de risco, aplicado o conjunto de medidas considerado apropriado.
7. Os procedimentos de investigação epidemiológica, em particular o rastreio de contactos, devem ser realizados o mais precocemente possível, preferencialmente nas 12 horas seguintes à identificação do caso, e independentemente da forma como se tomou conhecimento da existência do caso de COVID-19.
8. Os contactos identificados durante a investigação epidemiológica, classificados de acordo com o Anexo 1, devem ser introduzidos na área "Lista de Contactos" do SINAVE e na plataforma Trace COVID-19 (<https://tracecovid19.min-saude.pt/>).

9. Devem ser igualmente investigadas todas as pessoas que tenham sido consideradas como eventuais “contactos” pelo SNS24, ou por outros profissionais de saúde, e inseridas, como tal, na plataforma Trace COVID-19 (em “vigilância ativa” até à avaliação pela Autoridade de Saúde). Para o efeito, a Autoridade de Saúde, apoiada pela Unidade de Saúde Pública, deve recorrer à plataforma Trace COVID-19, executando as tarefas diárias geradas pela plataforma para os contactos.
10. Se o caso de COVID-19 identificado esteve a bordo de uma aeronave ou navio dentro do período de transmissibilidade, deve ser dado conhecimento à Autoridade de Saúde do aeroporto/aeródromo onde a aeronave aterrou ou do porto marítimo onde o navio atracou.
11. Se durante o rastreio de contactos forem identificados cidadãos, portugueses ou de outras nacionalidades, que não se encontrem em Portugal, a Autoridade de Saúde Regional deve informar o Centro de Emergências em Saúde Pública da DGS (cesp@dgs.min-saude.pt), para partilha, sempre que necessário e de acordo com a legislação aplicável, da informação relevante, com as Autoridades de Saúde dos respetivos países.
12. Todos os contactos devem ser informados, pela Autoridade de Saúde territorialmente competente, das medidas a adotar, de acordo com a avaliação de risco e a presente Norma.
13. Se durante a identificação de contactos for detetada sintomatologia compatível com COVID-19, a Autoridade de Saúde responsável pelo rastreio de contactos deve iniciar os procedimentos de Caso Suspeito, de acordo com a presente Norma.
14. Para a efetiva implementação dos procedimentos da presente Norma, a Autoridade de Saúde pode solicitar o apoio de outros elementos da Unidade de Saúde Pública, ou outros profissionais de fora desta, que considere necessários, distribuindo-lhes algumas das tarefas, nomeadamente a vigilância diária dos contactos.

Contactos com Exposição de Alto Risco

15. Um contacto classificado como tendo exposição de alto risco, nos termos do Anexo 1 fica sujeito a:
 - a. Vigilância ativa durante 14 dias, desde a data da última exposição;
 - b. Determinação de isolamento profilático, no domicílio ou outro local definido a nível local, pela Autoridade de Saúde, até ao final do período de vigilância ativa, de acordo com o modelo dos Despachos n.º 2836-A/2020 e/ou n.º 3103-A/2020².

² http://www.seg-social.pt/documents/10152/16819997/GIT_70.docx/e6940795-8bd0-4fad-b850-ce9e05d80283

16. A vigilância ativa tem como objetivo detetar precocemente o aparecimento de sintomas compatíveis com COVID-19 e inclui:
 - a. O contacto diário, telefónico ou com recurso a outros meios telemáticos (nomeadamente a funcionalidade de auto-reporte, disponível no Registo de Saúde Eletrónico ou no portal COVID-19 [<https://covid19.min-saude.pt>]), pelas Autoridades de Saúde, ou profissionais a quem tenha sido atribuída essa tarefa, supervisionados pela Autoridade de Saúde;
 - b. O registo na plataforma Trace COVID-19.
17. O contacto de alto risco deve ser informado das seguintes medidas a adotar durante o período de vigilância ativa:
 - a. Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19, através da funcionalidade de auto-reporte, disponível no Registo de Saúde Eletrónico ou no portal COVID-19 e cujos dados migram para a plataforma Trace COVID-19, de acordo com a indicação da Autoridade de Saúde, se esta considerar que estão reunidas condições para um reporte fidedigno;
 - b. Medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
 - c. Estar contactável;
 - d. Implementar rigorosamente as medidas de higiene das mãos e etiqueta respiratória;
 - e. Estar em isolamento/confinamento obrigatório, nos termos definidos na legislação em vigor, no domicílio ou outro local designado para o efeito, e em cumprimento das regras e medidas definidas na Orientação 010/2020 da DGS;
 - f. Contactar, preferencialmente, a Autoridade de Saúde responsável pela vigilância ativa (através do número telefónico fornecido por esta ao utente, no primeiro contacto), ou o SNS24, se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.
18. A Autoridade de Saúde Local, para efeitos de fiscalização do cumprimento do confinamento obrigatório, previsto no quadro legal em vigor, deve remeter informação relativa às pessoas com determinação de confinamento/isolamento profilático para as forças e serviços de segurança da área de residência, utilizando os circuitos de articulação entre as Autoridades de Saúde e as forças e serviços de segurança.
19. Nos contactos de alto risco pode ser considerada a realização de teste laboratorial molecular (RT-PCR ou rRT-PCR), de acordo com a avaliação do risco pelas Autoridades de Saúde, especialmente nas situações de surtos/clusters^{3,4} e em pessoas com exposição prolongada

³ **Surto:** é uma situação de doença com uma incidência superior à esperada numa região, comunidade ou local bem definido; **Cluster (Aglomerado):** é um agregado de casos com relação espacial e/ou temporal, percecionado como superior ao esperado pelo acaso (adaptado de: *Dictionary of Epidemiology, 6th Edition* Edited by Miquel Porta. Oxford University Press, New York, New York).

⁴ Nomeadamente as pessoas de risco identificadas na Norma 004/2020 da DGS, incluindo os residentes em RNCCI, UCCI e ERPI, nos termos da Orientação 009/2020 da DGS e os doentes com Doença Renal Crónica em Hemodiálise, nos termos da Norma 008/2020 da DGS.

ao caso (como, por exemplo, coabitantes), sobretudo, em espaços fechados e pouco ventilados.

20. Nas situações indicadas no ponto anterior, o teste laboratorial para SARS-CoV-2 deve ser realizado, aos contactos em isolamento profilático, entre o 7.º-8.º dia⁵ após a última exposição de risco, ou no momento da identificação do contacto em situação de exposição mantida e continuada (por exemplo, diária) ao caso confirmado. Se:
 - a. Resultado positivo: Norma 010/2020 da DGS.
 - b. Resultado negativo: mantém-se a vigilância ativa e o isolamento profilático, de acordo com os pontos 15 a 187 da presente Norma.
21. No decurso do período de vigilância ativa, se forem identificados sintomas compatíveis com COVID-19, a Autoridade de Saúde deve iniciar os procedimentos de Caso Suspeito, de acordo com a presente Norma.

Contactos com Exposição de Baixo Risco

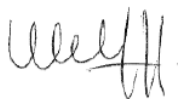
22. Um contacto classificado como tendo exposição de baixo risco, nos termos do Anexo 1, fica sujeito a vigilância passiva durante 14 dias, desde a data da última exposição.
23. O contacto de baixo risco deve ser informado das seguintes medidas a adotar durante o período de vigilância passiva:
 - a. Automonitorizar diariamente sintomas compatíveis com COVID-19;
 - b. Medir e registar a temperatura corporal, duas vezes por dia;
 - c. Implementar rigorosamente as medidas de distanciamento, higiene das mãos e etiqueta respiratória e a utilização de máscara de acordo com a Orientação 019/2020 e Informação 009/2020 da DGS;
 - d. Não frequentar locais com aglomerações de pessoas, mantendo a atividade laboral e assegurando o cumprimento da alínea anterior;
 - e. Autoisolar-se e contactar a Autoridade de Saúde responsável pela vigilância passiva (através do número telefónico fornecido por esta ao utente, no primeiro contacto), ou o SNS24, se surgirem sintomas compatíveis com COVID-19.
24. A informação relativa à automonitorização prevista no número anterior da presente Norma deve ser registada, pelo utente, no Registo de Saúde Eletrónico ou no portal COVID-19, através da funcionalidade de auto-reporte, cuja informação migra para a plataforma Trace COVID-19. Na impossibilidade de registo eletrónico de sintomas, o doente deve optar por um registo pessoal.

⁵ O período mediano de incubação da infeção por SARS-CoV-2 é de 5-6 dias, pelo que a realização de teste laboratorial após este período (ao 7.º-8.º dia) parece diminuir a probabilidade de um resultado negativo ser um “falso negativo”.

25. No decurso do período de vigilância passiva, se forem identificados sintomas compatíveis com COVID-19, a Autoridade de Saúde é alertada, através da plataforma Trace COVID-19, ou pelo utente, e deve confirmar que foram iniciados, ou iniciar, os procedimentos de Caso Suspeito.

Caso Suspeito Detetado Durante a Identificação ou Vigilância de Contactos

26. A Autoridade de Saúde que deteta o aparecimento de sintomatologia compatível com COVID-19 deve avaliar, por via telefónica, o caso suspeito e encaminhá-lo, de acordo com a gravidade do quadro clínico e os procedimentos definidos na Norma n.º 004/2020 da DGS, para:
- a. Autocuidado, em isolamento no domicílio;
 - b. Avaliação clínica em Área Dedicada COVID-19 nos Cuidados de Saúde Primários (ADC-COMUNIDADE) da área de residência;
 - c. Avaliação clínica em Área Dedicada COVID-19 nos Serviços de Urgência do SNS (ADC-SU);
 - d. INEM, através do 112.
27. O caso suspeito deve realizar teste laboratorial para SARS-CoV-2, de acordo com a Orientação 015/2020 da DGS, sendo o teste prescrito pela Autoridade de Saúde para os doentes encaminhados para autocuidado ou pelo médico que avalia a pessoa no ADC-Comunidade ou no ADC-SU.
28. O caso suspeito com indicação para autocuidado, em isolamento no domicílio, é vigiado pelas equipas das USF/UCSP, de acordo com a Norma 004/2020, até ser conhecido resultado do teste laboratorial.
29. O caso suspeito com teste laboratorial positivo mantém o seguimento clínico pelas equipas das USF/UCSP, de acordo com a Norma 004/2020. Neste caso, a Autoridade de Saúde deve iniciar os procedimentos de caso confirmado, incluindo a respetiva investigação epidemiológica e o rastreio de contactos, de acordo com a presente Norma.
30. O caso suspeito com teste laboratorial negativo mantém a vigilância e as medidas previamente instituídas pela Autoridade de Saúde, de acordo com a presente Norma, sem prejuízo da avaliação e seguimento adequados à situação clínica, pelo seu médico assistente.



Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

ANEXO 1: Classificação de contactos de COVID-19⁶

A classificação do risco de exposição dos contactos é da responsabilidade da Autoridade de Saúde, de acordo com os critérios definidos neste anexo.

A Autoridade de Saúde, na avaliação individual de risco (caso a caso), pode considerar como contacto outras situações, assim como alterar a classificação do risco de exposição do contacto, nomeadamente quando exista utilização de equipamentos de proteção individual ou máscara.

Exposição de Alto Risco

Pessoa com:

- Contacto frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante 15 minutos ou mais;
- Contacto físico direto com um caso de COVID-19;
- Contacto direto desprotegido com secreções contaminadas de um caso de COVID-19;
- Contacto em ambiente fechado com um caso de COVID-19 (ex. coabitação, sala de aula, sala de reuniões, sala de espera) durante 15 minutos ou mais;
- Viagem com caso de COVID-19:
 - Numa aeronave em que:
 - Esteja sentada até 2 lugares para qualquer direção em relação ao caso (2 lugares a toda a volta do caso);
 - Seja companheira de viagem;
 - Efetue prestação direta de cuidados ao caso;
 - Seja tripulante de bordo e sirva a secção do caso;
 - Se caso com sintomatologia grave ou com grande movimentação dentro da aeronave, todas as pessoas podem ser consideradas como contacto;
 - Num navio em que:
 - Seja companheira de viagem;
 - Partilhe a mesma cabine;
 - Efetue prestação direta de cuidados;
 - Seja tripulante de bordo e sirva a cabine do caso;
 - Aplicam-se também as condições descritas nos pontos acima não referentes às viagens;
 - Em qualquer outro meio de transporte que:
 - Não tenha boa ventilação;
 - Não efetue paragens frequentes com abertura de portas;
 - Não tenha redução da lotação máxima;

⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

- Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, desprotegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, sem uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Norma 007/2020 ou a Orientação 019/2020, ou quando houver indícios de utilização/remoção incorreta);
- Contacto desprotegido, em ambiente laboratorial ou locais de colheita, com produtos biológicos infetados com SARS-CoV-2.

Exposição de Baixo Risco

Pessoa com:

- Contato frente a frente com um caso de COVID-19 a uma distância de menos de 2 metros e durante menos de 15 minutos;
- Contacto em ambiente fechado com caso de COVID-19 durante menos de 15 minutos ou contacto protegido durante 15 minutos ou mais;
- Viagem com caso de COVID-19 em qualquer meio de transporte, com exceção dos referidos na exposição de alto risco;
- Contacto esporádico (em movimento/circulação) com caso de COVID-19;
- Exposição associada a cuidados de saúde, sem prestação direta de cuidados a casos de COVID-19 sem utilização de EPI;
- Exposição associada a cuidados de saúde, com prestação direta, protegida, de cuidados a casos de COVID-19 (isto é, com uso de EPI adequado à atividade assistencial respetiva, de acordo com a Norma 007/2020 ou a Orientação 019/2020).

A duração do contacto com um caso de COVID-19 aumenta o risco de transmissão, pelo que é definido um limite de 15 minutos, de acordo com as recomendações internacionais, por questões de organização e exequibilidade.

Ap^w

ANEXO 4 – Direção Geral da Saúde. Orientação 010/2020 de
16/03/2020

ORIENTAÇÃO

Maria da Graça
Gregório de
Freitas

Digitally signed by Maria da
Graça Gregório de Freitas
DN: c=PT, o=Direção-Geral
da Saúde, cn=Maria da
Graça Gregório de Freitas
Date: 2020.03.16 20:32:38 Z

NÚMERO: 010/2020

DATA: 16/03/2020

ASSUNTO: Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19) - Distanciamento Social e Isolamento

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus; Quarentena; Isolamento; COVID-19; Habitação

PARA: Cidadão; Serviços de Saúde; Profissionais de Saúde

CONTACTOS: geral@dgs.min-saude.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Orientação seguinte:

1. Introdução

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

O sucesso das medidas preventivas depende essencialmente da colaboração dos cidadãos e das instituições. É importante incentivar e salvaguardar o papel específico de cada pessoa na quebra das cadeias de transmissão, contribuindo decisivamente para a proteção da comunidade.

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

2. O que é a quarentena ("*isolamento profilático*") ou o isolamento?

A quarentena¹ e o isolamento¹, são medidas de afastamento social² essenciais em Saúde Pública. São especialmente utilizadas em resposta a uma epidemia e pretendem proteger a população pela quebra da cadeia de transmissão entre indivíduos.

A diferença entre a quarentena e o isolamento parte do estado de doença do indivíduo que se quer em afastamento social. Quarentena é utilizada em indivíduos que se pressupõe serem saudáveis, mas possam ter estado em contacto com um doente confirmadamente

¹ Porta, M., 2014. A Dictionary of Epidemiology. Oxford: Oxford Univ. Press.

² European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations relating to social distancing measures in response to the COVID-19 epidemic. Stockholm: ECDC; 2020.

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

Estas medidas de afastamento social são das medidas mais efetivas para quebrar as cadeias de transmissão, e por isso utilizadas pelas Autoridades de Saúde para minimizar a transmissão da COVID-19.

2.1. Quando devo fazer quarentena ou isolamento?

A quarentena ou isolamento podem ser indicadas nas seguintes situações:

- se tiver tido contacto com um doente diagnosticado COVID-19, e esta medida for determinada pela Autoridade de Saúde (avaliação caso a caso).

- se tiver sido diagnosticada(o) com COVID-19 e se o médico assistente o avaliar determinando que a sua situação clínica não necessita de internamento;

Estas medidas são indicadas após uma avaliação de risco específica, para o proteger, proteger a sua família e manter a comunidade segura.

Se lhe for recomendada a quarentena, é importante que siga esta indicação até ao fim do período indicado, mesmo que não tenha qualquer sintoma. O mesmo se aplica a se lhe for recomendado o isolamento. O tempo que deve permanecer em quarentena ou isolamento ser-lhe-á comunicado pela Autoridade de Saúde ou clínico que o acompanha.

3. 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:

3.1. Permanência em casa

- Não deve haver deslocações para o trabalho, escola, espaços públicos ou outros locais.
- Deve pedir a amigos ou familiares que lhe entreguem os itens essenciais que necessite – tais como alimentos, medicamentos ou outros bens de primeira necessidade. Se necessário, pode recorrer a serviços de entrega ao domicílio. Nestas situações deve:
 - o Solicitar ajuda ou realizar pedidos por telefone;
 - o Certificar que quem faz a entrega a deixa à porta e não entra em casa. Não deverá haver contacto com a pessoa que faz a entrega.

3.2. Partilha de habitação com outras pessoas

Se possível, as pessoas com quem coabita devem ficar noutro 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 de refeições;
- Não deve partilhar a cama com outra pessoa – se possível durma sozinho;
- Deve manter distância das outras pessoas presentes – por exemplo, 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);
- 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 essa utilização, a casa de banho deve ser minuciosamente limpa, de acordo com o descrito no ponto 3.7.

3.3. Proteção de pessoas coabitantes e/ou cuidadores

- Caso necessite de cuidadores, deve limitar seu o 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. Se não for possível deve lavar as mãos antes e depois de cada contacto.

3.4. 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.

3.5. 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.

3.6. 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) ou na máquina de lavar louça;
- 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, roupa de cama e toalhas devem ser lavadas à máquina, na maior temperatura possível (acima de 60°), utilizado detergente de máquina. Se possível utilizar máquina de secar a roupa e ferro na maior temperatura permitidas pelas roupas em questão. Lavar as mãos após tratamento de roupas sujas, conforme descrito no ponto 3.5. Evitar sacudir a roupa de cama enrolando-a no sentido de dentro para fora, fazendo um “embrulho”.

3.7. Limpeza e desinfeção de superfícies³

- Devem ser utilizadas 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;
 2. Aplicar a lixívia diluída em água na seguinte proporção: uma medida de lixívia em 49 medidas iguais de água;
 3. Deixar atuar durante 10 minutos;
 4. Enxaguar apenas com água quente e deixar secar ao ar;
- O mobiliário e alguns equipamentos (como comandos ou telemóveis⁴) poderão ser desinfetados após a limpeza, com toalhetes humedecidos em desinfetante ou em álcool a 70°;
- Nas instalações sanitárias:
 1. As instalações sanitárias devem ser 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;
 2. 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;
- Na cozinha, deve proceder-se na seguinte ordem:
 1. Lavar as louças na máquina ou à mão com água quente e sabão (detergente de lavar louça à mão);
 2. Limpar e desinfetar armários, bancadas, mesa e cadeiras, não esquecendo de desinfetar os puxadores dos armários e das portas;
 3. Limpar e desinfetar a torneira, o lavatório e o ralo;
- Se houver presença de sangue, secreções respiratórias ou outros líquidos orgânicos:

³ European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance for environmental cleaning in non-healthcare facilities exposed to 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020.

⁴ Deve ser confirmado nas instruções do fabricante a possibilidade de limpeza com com toalhetes humedecidos em desinfetante ou em álcool a 70°. Alternativamente aconselha-se o uso de capas laváveis.

1. Absorver os líquidos com papel absorvente;
2. Aplicar lixívia diluída em água na proporção de uma medida de lixívia, para 9 medidas iguais de água - usar máscara na diluição e aplicação da lixívia;
3. Deixar atuar durante 10 minutos;
4. Passar o local com água e detergente;
5. Enxaguar só com água quente;
6. Deixar secar ao ar e abrir as janelas para ventilação do espaço.

3.8. 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, de acordo com o descrito em 3.7.;
- 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).

3.9. Monitorização dos sintomas

- A temperatura corporal deve ser avaliada e registada duas vezes por dia, mesmo na ausência de sintomas;
- Em caso de alteração ou agravamento de sintomas (como por exemplo: sentir dificuldade em respirar), devem ser seguidas as recomendações descritas no ponto seguinte.

4. O que fazer se desenvolver/agravar sintomas?

Se desenvolver sintomas ou sentir agravamento do seu estado de saúde deve ligar para a linha SNS24 (808 24 24 24) ou, se a gravidade assim o justificar, para o 112. Se lhe foi fornecido o contacto de um profissional de saúde que acompanha o seu caso, deve usar preferencialmente esta via.

Deve ter especial atenção os seguintes sintomas:

- reaparecimento, agravamento ou persistência de febre;
- dificuldade respiratória ou falta de ar;
- fadiga intensa e anormal;
- outros sintomas que motivem a necessidade de falar com um profissional de saúde.

Devem evitar-se deslocações ao seu médico assistente e deve ser realizado contacto prévio com os serviços de saúde, averiguando alternativas à deslocação (ex. teleconsulta, prescrição de medicação à distância).

Em situações de emergência com necessidade de ativação de meios de emergência médica pré-hospitalar, deve ser informado o operador da chamada da sua situação de quarentena ou doença.

Se está em quarentena ou isolamento por COVID-19, é importante perceber que muitas pessoas com esta doença desenvolvem apenas sintomas leves. Nestes casos, espera-se uma recuperação completa sem necessidade de muita intervenção médica. Contudo, se sentir que os sintomas estão a aumentar de gravidade deve de imediato proceder como indicado em cima e não hesitar.

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

5. O que fazer se um membro do agregado familiar desenvolver sintomas

Se um membro do agregado familiar ou coabitante desenvolver sintomas compatíveis com COVID-19 (febre, tosse ou dificuldade respiratória), deve ligar de imediato para a linha SNS 24 (808 24 24 24) ou, se a gravidade assim o justificar, para o 112. Nesse caso, deve informar o operador da chamada que coabita com uma pessoa em situação de quarentena ou doença.

De seguida, deve ligar para o número de telefone que lhe foi indicado pela Autoridade de Saúde para comunicar o aparecimento de sintomas do coabitante.

6. Como justificar as faltas à entidade patronal?

Se está em quarentena ou isolamento a Autoridade de Saúde da sua área de residência ou o clínico que o acompanha passará uma declaração atestando a necessidade deste afastamento social. Esta declaração deve ser depois entregue à entidade patronal, que por sua vez a envia para a Segurança Social.

Se tiver COVID-19, o médico irá imitar o Certificado de Incapacidade Temporária para o trabalho (Internamento e prolongamento para o período que estiver no domicílio em isolamento).

Se foi determinada a quarentena pela Autoridade de Saúde da sua área de residência, esta emitirá uma declaração que justificará a necessidade deste afastamento social.

A Autoridade de Saúde remeterá a digitalização da Declaração emitida para o trabalhador através de correio eletrónico. Esta declaração deve ser entregue no prazo de 5 dias à entidade empregadora (por via eletrónica). A entidade empregadora deve remeter, através da Segurança Social Direta, a digitalização da Declaração emitida pela Autoridade de Saúde e o formulário cujo modelo consta do anexo II do Despacho n.º 3103-A/2020 de 09 de março.

O documento original deve ser levantado na Unidade de Saúde Pública logo que termine o período de isolamento.

No caso de isolamento de um filho menor de 12 anos, ou com doença incapacitante, ou com doença crónica que necessite de cuidados presenciais, e necessite solicitar o subsídio de assistência à família, o progenitor/encarregado/cuidador deverá, como habitualmente, requerer o subsídio de através da Segurança Social Direta, e anexar a digitalização da Declaração emitida pela Autoridade de Saúde relativa à criança.

Para mais esclarecimentos deve contactar o número 300 502 502.

7. Manter-se motivado durante o tempo de quarentena ou isolamento

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!

8. Onde posso obter mais informação?

Mais informação pode ser encontrada em <https://covid19.min-saude.pt/>.

Referencias:

<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/02/20/what-is-self-isolation-and-why-is-it-important/>

<https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-self-isolation-for-patients-undergoing-testing/advice-sheet-home-isolation#laundry>

<https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/self-isolation-advice/>

<https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/coronavirus-covid-19-information-about-home-isolation-when-unwell-suspected-or-confirmed-cases.pdf>