

# Intervenção da saúde pública em contexto de pandemia por SARS-CoV-2

**Filipa Oliveira**

Mestranda do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. ICS, Universidade Católica Portuguesa.

## Introdução

A 31 de dezembro de 2019 foram reportados os primeiros casos de pneumonia de causa desconhecida em pessoas que tinham frequentado o mercado de animais vivos de Wuhan, na China. A figura 1 é uma fotografia tirada a trabalhadores desse mercado. A 7 de janeiro de 2020, um novo coronavírus – o SARS-CoV-2 – foi identificado como a causa da doença COVID-19. Desde essa altura, assistiu-se a uma rápida propagação do vírus por todo o mundo, tendo sido declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) emergência de saúde pública internacional a 30 de janeiro de 2020, e pandemia a 11 de março de 2020. Até 22 de novembro de 2020, registaram-se 57 882 183 casos confirmados de COVID-19 e 1 377 395 mortes em todo o mundo.

Os primeiros casos de COVID-19 na Europa foram diagnosticados a 24 de janeiro de 2020, em França. A 13 de março, a OMS declarou a Europa o novo epicentro de pandemia. Atualmente existe um maior número de casos positivos no continente americano do que no europeu.

Na figura 2 podemos observar a taxa de notificação de casos COVID-19 por 100 000 habitantes, nos 14 dias anteriores a 19 de novembro. Praticamente toda a Europa apresenta uma taxa de transmissão elevada resultante da segunda vaga da epidemia. Esta taxa a 14 dias também está a ser aplicada em Portugal, como na determinação do risco de transmissão por conelho, por exemplo.

O primeiro caso confirmado de infeção por SARS-CoV-2 em Portugal foi reportado em 2 de março de 2020 e a 1.ª morte a 16 de março. Até 22 de novembro de 2020 foram diagnosticados em Portugal 260 758 casos de COVID-19; 172 919 recuperados e 3897 óbitos.

Em contexto de estágio, tive a oportunidade de experienciar a realidade da equipa de monitorização e acompanhamento das Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) do Departamento de Saúde Pública

(DSP) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público (ARSLVT, I.P.). O DSP da ARSLVT, I.P., apresenta uma grande área de abrangência geográfica e populacional, com diversas áreas de atuação e de complexidade da equipa multidisciplinar, mas desde o início da pandemia encontra-se focalizado na investigação e vigilância epidemiológica da pandemia por SARS-CoV-2 (Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril, republicado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro). O departamento criou um sistema que permite a monitorização tanto dos profissionais de saúde como dos residentes das ERPI. Diariamente estabelecia contactos telefónicos com alguns diretores das ERPI e tentava perceber em cada contacto que necessidades/dificuldades sentiam.

De acordo com o Centro de Controlo de Doenças Europeu (ECDC), os residentes são um grupo populacional vulnerável, as pessoas idosas são desproporcionalmente afetadas por resultados adversos de COVID-19, em comparação com faixas etárias mais novas; o ambiente fechado e a coabitação facilitam a propagação de doenças infecciosas entre os residentes, tendo-se também registado uma elevada mortalidade e morbidade por COVID-19 entre os residentes das ERPI em toda a Europa. Foram identificadas como possíveis causas: a manutenção de trabalhadores infetados nas ERPI; a rotação destes trabalhadores por várias instituições de saúde; a escassez/limitação de testes; e a elevada proporção de demência e doenças neuropáticas nos residentes, resultando em casos atípicos de COVID-19.

## Objetivos

Identificar as necessidades sentidas por elementos da Direção das ERPI da Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT).

## Materiais e Métodos

Foi criado um instrumento em Excel para registo das necessidades/dificuldades sentidas pela Direção de várias ERPI da RLVT. Este instrumento apresenta quatro necessidades expressas em contexto de pandemia, nomeadamente o impacto das restrições de visitas, a falta de equipamento de proteção individual (EPI), falta de recursos humanos e a dificuldade na organização dos espaços. Foi também registado o número de ERPI que atendeu o telefone e o número de telefonemas efetuados. Os dados eram recolhidos através de contactos telefónicos realizados às ERPI.

## Resultados

De um total de 153 necessidades expressas, verificou-se que a maior dificuldade sentida foi o impacto da restrição de visitas aos residentes, correspondente a 34,6% (n=53). Foram várias as modificações observadas nos residentes após esta medida, como alterações de humor, apatia, insónia, ansiedade e anorexia, tendo sido reportado um impacto significativo na realização das atividades de vida diária. Seguem-se as necessidades falta de EPI e de recursos humanos, com 25,5% (n=39) e 24,8% (n=38), respetivamente. Por fim, temos a dificuldade na organização dos espaços, correspondente a 15% (n=23). Nesta categoria foi-me descrito a dificuldade em estabelecer circuitos de zonas limpas e de zonas contaminadas por SARS-CoV-2 e a separação de residentes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 dos restantes. Ressalvo que os dados apresentados não podem ser extrapolados, pois a amostra não é representativa da população das ERPI da área geográfica da ARSLVT, I.P. Os dados das necessidades sentidas apresentam múltiplas limitações, como: a subjetividade dos dados fornecidos; a ausência de dados sociodemográficos; os relatos foram efetuados não pelo próprio residente, mas por um terceiro; não foi possível explorar as necessidades/dificuldades sentidas em todos os contactos telefónicos; entre outros. No entanto, podem servir para suscitar o interesse e a pertinência da realização de um estudo científico sobre o impacto das medidas adotadas durante a pandemia por SARS-CoV-2 nos residentes das ERPI, como por exemplo em relação à medida de restrição de visitas.

## Conclusão

As medidas emanadas pela DGS são fundamentais para reduzir o risco de transmissão de SARS-CoV-2 e, assim, proteger a população dos seus efeitos. Apesar disso, há que considerar que a sua implementação veio mudar de uma forma significativa o dia a dia de todos nós, principalmente dos mais vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas e, especificamente, dos residentes em ERPI.

A entrada do vírus nas ERPI deve-se às pessoas de fora que o trazem para dentro da instituição e não aos residentes, pois estes não podem sair. Com a medida de restrição de visitas, as preocupações ficaram voltadas para os trabalhadores das ERPI. Por todos os motivos supracitados, é de todo pertinente realizar uma intervenção juntos destes profissionais.

Assim nasceu o projeto de intervenção “Proteger para cuidar – Uma intervenção de enfermagem dirigida às assistentes operacionais da ERPI Y”. O nome da ERPI foi ocultado por questões de privacidade e direito ao sigilo. É um projeto que nasce da problemática relacionada com a sensibilização das assistentes operacionais para a utilização de medidas que evitem a transmissão do vírus.

Para terminar, gostaria de deixar uma frase que Tedros Adhanom, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) proferiu a 15 de fevereiro de 2020: “*This is a time for facts, not fear*” – “Este é um tempo para factos, não para medos”. Os números são importantes na medida em que permitem fazer alguma coisa com eles para ajudar a comunidade. A sua análise e utilização adequada no terreno, para mim, são o seu objetivo último. De nada nos vale paralisarmos com o medo diário do aumento do número de casos. Esta é a realidade e temos de saber lidar com ela, não só por nós mas também pela comunidade que nos vê como um exemplo e que procura a nossa ajuda quando dela necessita.