



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NUM
BAIRRO DE GÉNESE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA
DA COVID-19**

**COMMUNITY CARE INTERVENTION IN SOCIAL HOUSING
BENEFICIARIES DURING COVID-19 PANDEMIC**

Trabalho realizado por:

Maria Céu Pires nº: 192019065

Lisboa, Maio de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção de grau de mestre em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NUM
BAIRRO DE GÉNESE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA
DA COVID-19**

**COMMUNITY CARE INTERVENTION IN SOCIAL HOUSING
BENEFICIARIES DURING COVID-19 PANDEMIC**

Trabalho realizado por:

Maria Céu Pires nº: 192019065

Trabalho sob orientação

Professora Doutora Ana Resende

Enfermeiro Orientador

Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem em Saúde Pública e Comunitária

Isabel Correia

Lisboa, Maio de 2021



Game Changer

Fonte: <https://expresso.pt/cultura/2020-05-08>

Este quadro acabou por ficar em destaque neste trabalho, talvez porque reúna mesmo aquele que foi o nosso (o meu) grande desafio neste último ano.

O quadro de Banksy é uma homenagem a todos os profissionais de saúde que ajudam na luta contra o COVID-19.

Um rapaz escolhe uma enfermeira como super-herói para brincar, deixando o Batman e o Homem-Aranha no balde dos brinquedos.

A pandemia aconteceu e foi necessário agir com urgência e sem precedentes. A saúde das populações assim o exige.

Este trabalho não deixa de ser inspirado em nós, enfermeiros, e sobre o nosso cuidado aos outros.

Que o que vem a seguir seja uma oportunidade para todos continuarmos a fazer caminho, unidos, despertando para o que verdadeiramente interessa, na esperança de sempre nos entregarmos, corajosamente à vida, aos outros, mas também aos nossos sonhos.

Maria Pires (2021)

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus filhos Francisco e José Maria, que são a riqueza, a bênção e a
felicidade da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Católica Portuguesa, onde me (des) construo.

À Sra. Professora Ana Resende pela autonomia e confiança transmitidas.

À Sra. Enfermeira Isabel Correia pela reciprocidade e por tudo o que permitiu perceber, alinhar e expandir, mantendo a noção do essencial. Este trabalho tem uma gratidão inestimável para com a enfermeira Isabel.

À equipa da Unidade de Saúde Pública.

Aos que acederam ser entrevistados, cujos contributos foram determinantes para o enriquecimento do trabalho.

Com gratidão e fê ao senhor Padre José Manuel por ter facilitado o processo da intervenção.

À enfermeira Coordenadora Madalena Matos e às minhas colegas pela disponibilidade e compreensão, nomeadamente pelas condições que me proporcionaram para a conceção deste percurso.

Com muito carinho e alegria, ao grupo das minhas amigas da vida.

Eva e Joana, vocês são aparte da minha vida.

Margarida e Rita, por tudo o que orquestram nos dias.

À Cristina Centeno, imprescindível e autêntica, que me ensina todos os dias a ser melhor pessoa e me revela a energia de que somos feitas.

À Graça (incalculável), a quem me ligarão sempre laços de profunda amizade e admiração.

Ao marido Jorge a quem agradeço além do amor, ter sido firme nos nossos dias.

Aos filhos Francisco e José Maria.

Às minhas asas, Inês, António, Daniel e Nana, os meus quatro irmãos, que apesar de repetidamente longe me fundam para a travessia.

À minha mãe Fátima, que é brava, corajosa, crente e ternurenta nas palavras e nas ações.

Ao meu pai Alcides, pelo crucial da vida.

À mãe e à avó(zal) Teresa por cuidar de nós. Ela é a doçura de qualquer limonada da vida.

A todos a minha extensa gratidão.

O presente relatório é devido ao estágio final realizado numa Unidade de Saúde Pública da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A pandemia da COVID-19 é uma emergência de saúde pública global, considerada a crise mais desafiadora que já se enfrentou (WHO, 2020a). A COVID-19 é uma doença infecciosa, potencialmente evitável e as precauções baseadas na transmissão do vírus são o ponto fulcral. Para conter a expansão da doença e na fase em que nos encontrávamos, as recomendações pontuam as medidas preventivas como cruciais no combate e as de maior efeito amortizador para conter as infeções e prevenir a transmissão (WHO, 2020b; 2020d).

Desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária na sequência do diagnóstico de necessidades de saúde da comunidade residencial de um bairro de génese social da área de influência da USP, com ênfase na capacitação da comunidade, para a aquisição de conhecimentos que conduzam à adoção de medidas preventivas.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto foi o processo de planeamento em saúde. O referencial teórico adotado foi o modelo de promoção de saúde de Nola Pender.

Os diagnósticos de enfermagem identificados (diagnósticos CIPE®) após priorização foram: conhecimento sobre distanciamento não demonstrado; conhecimento sobre utilização de equipamento de proteção (uso de máscara) não demonstrado e conhecimento sobre higiene pessoal (lavagem das mãos) não demonstrado.

Optou-se por uma intervenção dirigida à comunidade, alicerçada na estratégia de educação para a saúde. Elegeu-se o envolvimento de atores da comunidade local e foi crucial a colaboração com o líder local religioso do bairro.

O projeto contribuiu para uma intervenção estruturada, próxima, customizada e socioculturalmente competente e uma oportunidade de fortalecer a promoção da saúde agora e até para o futuro, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento de competências de enfermagem comunitária.

Palavras – chave: Promoção da saúde, Capacitação, COVID-19, Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

ABSTRACT

This report concerns the final internship taken in a Public healthcare Unit at the Regional Health Administration of Lisbon and the Tagus Valley. The report relates to the Master's Degree in Nursing in Public and Community Healthcare at Lisbon's Nursing School of the Science Studies Institute, Universidade Católica Portuguesa.

Covid-19 pandemic has been considered the most challenging public health emergency crisis ever faced (WHO, 2020a). "Covid-19 is a contagious, and potentially preventable disease, and precautions focused on the virus transmission are the key point.

In order to contain the widespread of the disease, and bearing in mind its current stage, recommendations stress the importance of precautionary measures as crucial means to provide a shock-absorbing effect, restrain infections and prevent transmission (WHO, 2020b, 2020d).

This project was developed following the awareness of healthcare needs in a social housing community within USP's area of influence, which focused on the community's ability to learn and follow precautionary measures.

The chosen methodology for this project was set on a health planning process, and Nola Pender's Health Promotion Model was the chosen theoretical frame of reference.

After prioritization, the nursing diagnoses and records (CIPE® diagnoses) were as followed: unproven knowledge about distancing; understanding on how to use protective gear (mask use), and knowledge about personal hygiene procedures (hand washing).

A community-oriented approach was followed, and it was grounded on a health education strategy. Also, the local community representatives' engagement and the local religious leader's collaboration were of extreme importance.

The project has contributed not only to a structured, close, personal and socio-culturally proficient intervention, but also to an opportunity to strengthen health promotion both currently and for the future. Furthermore, this project has contributed for the development of community nursing skills.

Keywords: Health promotion, Training, COVID-19, Community Health Nursing and Public Health.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
APA	American Psychological Association
AR	Assembleia da República
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLS	Contratos Locais de Segurança
COVID-19	Doença pelo novo Coronavírus (SARS- CoV-2)
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DDO	Doença de Declaração Obrigatória
DGS	Direção-Geral da Saúde
EB	Ensino Básico
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças
EEECSP	Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
EpS	Educação para a Saúde
ERE	Entidade Reguladora da Saúde
ICN	International Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
KAP	knowledge; attitude; pratic surveys
LOO	Lisboa Ocidental e Oeiras
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA LOO	Plano de Atividades Lisboa Ocidental e Oeiras
PLS	Plano Local de Saúde
PrS	Promoção da Saúde
PS LOO	Perfil de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras
PLS LOO	Plano Local de Saúde LOO
PNS	Plano Nacional de Saúde
PSP	Polícia de Segurança Pública
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
UC	Unidade Curricular
USP	Unidade de Saúde Pública
VPN	Rede Privada Virtual
PNPRDNC	Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por Novo Coronavírus
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
WHO	World Health Organization

LISTA DE ABREVIATURAS

cit.	Citado
et al.	Entre outros
Fig.	Figura
N.º	Número
p.	Página
p.e.	Por exemplo
s.d.	Sem data
Séc.	Século

ÍNDICE GERAL

	p.
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	8
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
ÍNDICE DE QUADROS.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
1 O PERCURSO DA APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	17
1.1 Contexto de estágio – Unidade de Saúde Pública de LOO.....	18
1.2 O percurso de ação: dos objetivos às competências desenvolvidas.....	21
2 ENQUADRAMENTO.....	27
2.1 A pandemia da COVID-19: desafio da atualidade.....	28
2.1.1 Revisão integrativa da literatura.....	33
2.2 A enfermagem na comunidade e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.....	34
2.3 A enfermagem na comunidade e a escola da promoção da saúde.....	40
3 METODOLOGIA.....	44
3.1 Diagnóstico da situação de saúde da comunidade – a visão da enfermagem.....	45
3.1.1 Caracterização e compreensão do local de intervenção.....	45
3.1.2 População-alvo.....	49
3.1.3 Técnicas e procedimentos de recolha de dados.....	49
3.1.3.1 Pesquisa de dados epidemiológicos.....	50
3.1.3.2 Pesquisa de conhecimento, atitude e práticas (KAP) – Levantamento rápido.....	51
3.1.3.3 Métodos observacionais: observação descritiva e analítica.....	51
3.1.3.4 Abordagem qualitativa por entrevistas a informadores-chave.....	53
3.1.4 Análise dos dados e principais resultados.....	56
3.1.5 Diagnósticos de enfermagem.....	57

3.2	Determinação de prioridades de intervenção de enfermagem.....	59
3.3	Fixação de objetivos.....	61
3.4	Seleção de estratégias.....	62
3.5	Preparação operacional.....	63
3.5.1	Recursos.....	67
3.6	Avaliação.....	67
4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
	Apêndices	
	Apêndice I.....	89
	Apêndice II.....	92
	Apêndice III.....	109
	Apêndice IV.....	121
	Apêndice V.....	124
	Apêndice VI.....	127
	Apêndice VII.....	136
	Apêndice VIII.....	139
	Apêndice IX.....	141
	Apêndice X.....	144
	Anexos	
	Anexo I.....	146
	Anexo II.....	148
	Anexo III.....	150

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática da Teoria de Nola Pender.....	43
Figura 2. Representação esquemática das técnicas de recolha de dados.....	58
Figura 3. Esquematização dos problemas/necessidades identificadas.....	59

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Estágio final – atividades desenvolvidas em contexto clínico.....	27
Quadro 2. Formulação diagnósticos de enfermagem.....	60
Quadro 3. Proposta de ponderação.....	61
Quadro 4. Grelha de ponderação para priorização dos diagnósticos de enfermagem	62
Quadro 5. Plano geral de objetivos, metas e indicadores do projeto de intervenção em enfermagem.....	64
Quadro 6. Preparação da execução para a sessão de educação para a saúde.....	68
Quadro 7. Resultados gerais obtidos após a intervenção de enfermagem, relativos às metas estabelecidas.....	70
Quadro 8. Categorização dos dados decorrente da pesquisa para-brisas e de caminhada.....	129
Quadro 9. Categorização dos dados decorrentes da observação analítica-observação participante.....	130
Quadro 10. Categorização dos dados decorrente da entrevista a informadores-chave.....	133

INTRODUÇÃO

“Tudo o que sonho ou passo, o que me falha ou finda. É como que um terraço sobre outra coisa ainda.

Essa coisa é que é linda.”

Fernando Pessoa

O presente relatório de estágio enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserido no 13.º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A evolução epidemiológica verificada no mundo cunhou a COVID-19 como uma crise sem precedentes, a mais desafiadora e a emergência de saúde pública da nossa geração (WHO, 2020a).

A COVID-19 é uma doença infecciosa, potencialmente evitável e o fenómeno de infeção cruzada que lhe está associado é o fenómeno revelador da maior preocupação (WHO, 200d).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) integra o termo infeção cruzada no eixo dos focos de enfermagem (ICN, 2019).

Até à data, as recomendações sustentadas na melhor evidência científica disponível pontuam as medidas preventivas como as que têm o papel crucial no combate contra a COVID-19 e, as de maior efeito amortizador na prevenção da doença (DGS, 2020j).

Consideram-se medidas preventivas as ações efetuadas para evitar algo e no contexto da COVID-19, as medidas preventivas dizem respeito às atitudes que se podem adotar para evitar a transmissão do vírus (DGS, 2020k; WHO, 2020b, 2020d).

Realizado num momento e contexto profundamente singulares, num tempo instável e conturbado, em plena crise pandémica, o Estágio Final constituiu, mesmo assim, tão-somente um aliciente adicional, porquanto a intervenção na crise consolidou a robustez da Enfermagem e dos Enfermeiros de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Neste cenário, curiosa a coincidência naquele que para além do ano da pandemia, foi o ano internacional dos enfermeiros e dos enfermeiros obstetras, proclamado pela OMS, e o ano do bicentenário e de homenagem à fundadora, pioneira e visionária da profissão, Florence Nightingale. A crise acabaria por enfatizar o objetivo do nosso ano

internacional porque a pandemia colocou os enfermeiros numa posição privilegiada para responder a alguns dos imensos desafios que ocasionou.

De modo a desenvolver competências especializadas na respetiva área de especialização, o Estágio Final teve lugar na Unidade de Saúde Pública Lisboa Ocidental e Oeiras adiante designada de USP LOO pertencente ao ACES de LOO e percorreu o terceiro semestre do curso, entre setembro e dezembro de 2020, sob a orientação clínica da Sra. Enfermeira Mestre em Enfermagem na Área de Saúde Pública e Comunitária Isabel Correia e sob orientação pedagógica da Sra. Professora Doutora Ana Resende.

O relatório que ora se apresenta possui duas finalidades: a primeira é a de fornecer um relato global dos passos dados no estágio. A segunda finalidade é a de fornecer informação que foi necessária à tomada de decisão e ao saber em enfermagem, à medida que se reúnem, analisam e interpretam os dados referentes às atividades desenvolvidas no alcance das competências de enfermeira e mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

O interesse por este tema emergente, concretamente, pelo âmbito, natureza e efeitos, é motivado e evidenciado pela atualidade e magnitude do problema, conquanto a literatura especializada afirma e destaca os muitos benefícios das medidas preventivas a favor da promoção, proteção e prevenção da referida doença e revela um amplo consenso de que apesar de os vírus não escolherem classes sociais, fatores relativos às condições de vida são determinantes para a taxa de contágio e para a velocidade de propagação de doenças transmissíveis (Costa et al., 2020). E, nesta conjuntura as pessoas vulneráveis e que sofrem de desigualdade serão as mais afetadas pela COVID-19 (Laverack, 2020b).

Perante o exposto, os objetivos gerais deste relatório são:

- Revelar o caminho percorrido no estágio, espelhando o processo de tomada de decisão clínica.
- Identificar as competências adquiridas no âmbito do Curso de Mestrado na área de especialização Enfermagem Comunitária: área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública em articulação com as competências do grau de mestre.
- Apresentar o projeto de intervenção comunitária na sequência do diagnóstico de necessidades da comunidade residencial de um bairro em tempos de pandemia.

A temática identificada com problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem, isto é, que a evidência diz que são necessidades às quais os enfermeiros têm intervenções

efetivas para a sua resolução, foi a prevenção da infecção cruzada¹ da COVID-19. Tomou-se a comunidade de um bairro de gênese social como alvo de intervenção e como área focal de atenção, a capacitação da comunidade para a aquisição de conhecimentos que conduzam à adoção de medidas preventivas face à COVID-19.

Orientados pelas diretrizes de âmbito nacional, entendemos que o projeto desenvolvido se situa num dos pontos estratégicos e prioritários do Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por Novo Coronavírus (PNPRDNC) na necessidade de implementar medidas de saúde pública, individuais ou comunitárias (DGS, 2020i). Ao abrigo do Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-2021 (DGS, 2020f) enquadra-se no eixo da implementação de medidas de âmbito nacional, regional, local e de proximidade, imprescindíveis na resposta à diversidade de realidades concretas, no contexto da pandemia onde é sublinhada a importância da literacia e da comunicação. Não obstante, está ainda de acordo com o Plano Literacia em Saúde e a COVID-19 (DGS, 2020g) onde se prevê a consolidação e priorização da literacia no cenário pandémico. Ainda a propósito, a implementação de estratégias, sobretudo a nível local, requer sensibilidade suficiente para captar as necessidades dos grupos populacionais de níveis socioeconómicos inferiores e dos mais vulneráveis, promovendo o envolvimento e a capacitação de todos os cidadãos (Miranda et al., 2019).

O presente relatório encontra-se organizado em três partes principais a encimar os capítulos subsequentes, às quais acresce um capítulo introdutório, um capítulo de considerações éticas e finais, um capítulo de referências bibliográficas e uma secção extra, correspondendo aos apêndices e anexos considerados relevantes para a compreensão e apreciação do trabalho desenvolvido.

A primeira parte diz respeito ao percurso formativo e ao desenvolvimento de competências e é constituída por dois capítulos, em que o primeiro se refere à contextualização do local de estágio e no segundo se procede à explanação do percurso individual no âmbito do desenvolvimento de competências, fazendo-se alusão aos objetivos do estágio e às atividades percecionadas como mais significativas.

Na segunda parte prossegue-se com três capítulos. O primeiro é o enquadramento da justificação e pertinência do tema de intervenção comunitária perspetivando a fundamentação e suporte especializado, com mobilização de várias fontes de evidência científica e orientações legais e normativas de âmbito nacional e internacional. Nesta fase

¹ International Council of Nursing (ICN, 2019, p.136).

procedeu-se a uma revisão bibliográfica por via de uma revisão integrativa da literatura, nas bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL® Complete* que suportam e argumentam a tomada de decisão no que concerne à temática e à população beneficiária do projeto de intervenção.

O segundo capítulo contempla o quadro conceptual relevante para a compreensão e sustentabilidade da intervenção da enfermagem comunitária no seu âmbito de ação.

O terceiro capítulo veicula o suporte teórico à prática de enfermagem comunitária através do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, orientando a procura de problemas e auxiliando na antecipação das necessidades de cuidados.

A terceira parte engloba, justamente, a metodologia em torno das etapas do Planeamento em Saúde sob a perspetiva da disciplina de enfermagem. Apresenta-se o caminho desde o diagnóstico de situação, os critérios e definição de prioridades, estratégias definidas para alcançar os objetivos fixados, operacionalização, até à avaliação das atividades desenvolvidas.

No final tecem-se considerações éticas e considerações finais, bem como a avaliação do trabalho desenvolvido, terminando com as implicações, assim como as linhas de desafios futuros.

Este relatório segue as regras de apresentação do Relatório do guia da UC “Estágio Final e Relatório”, da UCP (2020) e as citações e referências bibliográficas estão de acordo com as normas APA (American Psychological Association), 6ª Edição.

Foi pedida autorização para nomeação do nome da enfermeira orientadora e da instituição à direção executiva do respetivo ACES (Anexo 1).

1. O PERCURSO DA APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (Regulamento nº 140/2019).

O curso de mestrado em enfermagem em enfermagem comunitária e saúde pública da UCP visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades (UCP, 2020).

O estágio realizado no âmbito de especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública foi um processo de desenvolvimento pessoal e profissional com vista à aquisição do conjunto de competências clínicas específicas estabelecidas e regulamentadas (Regulamento nº 428/2018) nomeadamente: *1) Estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; 2) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; 3) Integra a coordenação dos Programas de Saúde no âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; 4) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.* De modo a desenvolver as competências especializadas, o curso proporcionou uma experiência em ambiente de prática clínica, numa unidade de saúde protocolada com a UCP, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O local de realização do estágio foi o da USP LOO como contexto distinto de cuidados de enfermagem em tempos de pandemia.

No capítulo 1, efetuar-se-á a caracterização do referido contexto com reflexão sobre a sua especificidade e favorecimento na aquisição e desenvolvimento das referidas competências.

A base do trabalho desenvolvido foi o Planeamento em Saúde e as suas etapas enquadradas no exercício profissional e alicerçadas no Processo de Enfermagem.

Concernente ao capítulo 2 são elencados os objetivos do estágio e as atividades desenvolvidas percecionadas como mais significativas para a sua consecução. De forma a facilitar a visualização das atividades desenvolvidas foi elaborado o cronograma de formação individual (Apêndice I).

1.1 Contexto de estágio – a unidade de saúde pública LOO

A espantosa realidade das coisas. É a minha descoberta de todos os dias. Cada coisa é o que é.

E é difícil explicar a alguém quanto isso me alegra, E quanto isso me basta (...)

Fernando Pessoa

A formação em exercício clínico foi caracterizada por uma prática estruturada e assente na análise reflexiva. O processo de aprendizagem foi desenvolvido a partir das situações vivenciadas e observadas. Teve-se subjacente o contexto de trabalho e a integração na equipa da unidade de saúde, incrementando a exigência no desenvolvimento de competências profissionais de futura EEECSF.

Foi assumido um papel proactivo e responsável de autoformação, de cooperação e participação, num quadro de metodologia de trabalho colaborativo e adaptativo.

Dada a natureza da UC Estágio Final e os objetivos delineados, o percurso clínico desenvolvido na USP LOO pertencente ao ACES LOO, contexto clínico proposto e protocolado com a UCP, desde logo possuiu sobejas razões e oportunidades privilegiadas à aquisição das competências em coerência com o perfil de competências (comuns e específicas) de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

Por outro lado, e não menos importante, contou-se com a motivação de índole pessoal intimamente relacionada às exigências atuais, através do qual era possível aceder a experiências únicas, com a devida profundidade em ambiente de USP em tempo de pandemia, onde os enfermeiros especialistas na área desempenham um papel primordial.

E sim, nunca o papel das Unidades de Saúde Pública se tornou tão evidente, vistas como a força motriz da esperança na situação excecional criada pela pandemia.

Àquela que é a atual estrutura e organização dos CSP² a USP é a unidade que funciona como observatório de saúde da população, permitindo uma detalhada caracterização da área geodemografia e das necessidades de saúde da população sob sua dependência, em estreita e direta articulação com os serviços e instituições de cuidados de saúde.

No âmbito dos cuidados de saúde em Portugal, os CSP são o primeiro nível de contacto com o Sistema Nacional de Saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais

² Pelo Decreto-Lei que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 - publicado no Diário de República n.º 38, Série I de 22 de fevereiro de 2008 ao abrigo da lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição e Diploma que reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local- Decreto-lei n.º 81/2009 - publicado no Diário de República n.º 65, Série I.

onde as pessoas vivem e trabalham (ICN, 2008). O Programa do XVII Governo Constitucional³, na área da saúde, dá particular enfoque aos CSP e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde, considerados os pilares centrais do sistema de saúde.

De acordo com o seu regulamento interno, a missão primordial da USP LOO é a de proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na sua área de influência geográfica, usando como meios o planeamento em saúde, a avaliação do impacto das intervenções no nível de saúde da comunidade, a autoridade de saúde e outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, da investigação, da vigilância epidemiológica e da vigilância em saúde ambiental.

A USP LOO, sediada no edifício de saúde de Paço de Arcos em Oeiras, é a unidade funcional do ACES LOO à qual compete, conforme o disposto no artigo 12.º do Decreto-Lei nº 28/2008, alterado pelo Decreto-Lei nº. 137/2013, de 7 de outubro funcionar na área geográfica do ACES em que se integra.

É uma unidade com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES e do Hospital de referência – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental. É constituída por uma equipa de enfermeiros especializados na área, médicos de saúde pública, médica dentista, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais e assistentes técnicos. A área geográfica junta o concelho de Oeiras e algumas freguesias da parte ocidental do concelho de Lisboa, definida pelas freguesias da Ajuda, Alcântara, Belém e Campo de Ourique (Santo Condestável) em Lisboa, e no concelho de Oeiras engloba as freguesias de Barcarena, Porto Salvo e as Uniões de freguesia de Carnaxide/Queijas, de Oeiras/Paço de Arcos e Caxias, e de Cruz Quebrada/Dafundo/Linda-a-Velha e Algés. A área geográfica é de aproximadamente 64 km². Viviam na região 233 465 habitantes na operação censitária de 2011 (INE, 2011).

A área geodemográfica do ACES LOO apresenta grandes desafios decorrentes da própria natureza do território, devido à grande concentração e movimentação populacional, aos aglomerados rurais e urbanos e a uma grande diversidade social e económica, assim como cultural e étnica (PS LOO, 2017). A requalificação e modernização urbana tem vindo a sofrer grandes alterações nos últimos anos. A

³ Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro. Diário da República n.º 196/2005 Série I-B de 2005-10-12).

eliminação dos bairros degradados e o realojamento das famílias contribuiu para a criação de melhores condições de vida de um número significativo de pessoas. Atualmente existem 32 bairros sociais na sua área de influência (USP, 2017a).

Na era pré COVID, o Plano Local de Saúde (PLS) 2017 do ACES LOO revisão e extensão a 2020, na consecução dos objetivos do PNS, solidificava e priorizava quatro problemas de saúde: as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a diabetes Mellitus e o tabagismo, (USP, 2017b).

Mas o documento *per si* semiaberto permitia a sua atualização, adaptação e evolução de acordo com a realidade vigente e previa mudanças que possam ocorrer, sempre em termos de melhoria do estado de saúde da população que o ACES serve. Na atualidade, o planeamento, a coordenação e a organização de intervenções estavam fortemente voltadas à proteção da saúde da população de LOO diante da COVID-19.

O início do Estágio Final aconteceu em plena 2.^a vaga da pandemia e desde logo questionou-se a especificidade das competências do enfermeiro como elemento integrante da USP permitindo a integração na missão e objetivos, e prioridades da unidade funcional, sintonizando os objetivos do estágio ao contexto formativo.

De acordo com o Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro, as competências dos serviços de natureza operativa de Saúde Pública integram o exercício de poder de Autoridade de Saúde e são serviços com competência para promover a vigilância e a investigação epidemiológica. O enquadramento jurídico português atribuiu às Autoridades de Saúde uma participação ativa na gestão da infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 (DGS, 2020e).

A DGS (2020e) considerou que a infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19 é uma doença transmissível de notificação obrigatória e que os casos são obrigatoriamente notificados clínica e laboratorialmente através da plataforma informática de suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). Perante o crescimento epidémico da COVID-19 estavam reforçadas as funções e atividades de vigilância e investigação epidemiológica pela USP. O aumento do número de casos de infeções levou à reorganização dos serviços de Saúde Pública e à adoção de novas metodologias de trabalho, nomeadamente no processo de investigação e de vigilância (DGS, 2020e).

Esse desiderato consubstancia-se, por excelência, no atual PNPRDNC onde é sublinhada a ação em Saúde Pública a ser proporcional, flexível, consistente, mediante enquadramento legal e social e, de acordo com o princípio da precaução (DGS, 2020i) e na norma nº 015/2020 (DGS, 2020b) que não obstante a autonomia organizativa e técnica

dos serviços de Saúde Pública é “necessário implementar medidas flexíveis que permitam uma intervenção assente em prioridades e que integram as potencialidades das ferramentas existentes para um efetivo rastreio de contactos” (p1).

A USP LOO voltou todos os seus recursos na quebra das cadeias de transmissão de forma célere e atempada, com realização do inquérito epidemiológico⁴ e o rastreio de contactos⁵, da área da residência do caso confirmado (DGS, 2020b).

Assim, dar-se-á prioridade às alterações implementadas nos últimos meses, de modo a prestar cuidados de enfermagem de qualidade orientados para minimizar o impacto da pandemia de COVID-19 na população de influência da USP LOO.

Partindo do enquadramento da Unidade de Saúde Pública e nele fundamentados, partiremos às competências desenvolvidas aquando do percurso formativo de EEESCP, onde se criou uma sinergia de circunstâncias que permitiram a condução do processo formativo de forma estruturante, conduzindo à concretização dos objetivos propostos e à aquisição das competências perspetivadas.

1.2 O percurso de ação: dos objetivos às competências desenvolvidas

(...) O essencial é saber ver, saber ver sem estar a pensar, saber ver quando se vê, e nem pensar quando se vê nem ver quando se pensa. Mas isso (tristes de nós que trazemos a alma vestida!), isso exige um estudo profundo, uma aprendizagem de desaprender (...)

Fernando Pessoa (Alberto Caeiro) in *O guardador de rebanhos*

Numa perspetiva de desenvolvimento de competências centrais e específicas a alcançar, delinearam-se objetivos gerais que se compaginam com o percurso de desenvolvimento e com o “caminho escolhido”.

Os objetivos revelaram-se da análise das orientações inerentes à UC Estágio, no Regulamento Geral do Curso de Mestrado, no Regulamento n.º 428/2018 relativo ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

⁴ O inquérito epidemiológico operacionaliza parte da investigação epidemiológica e consiste na colheita sistemática de informação referente aos casos de infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19. Para cada caso, são recolhidos, pelo menos, os dados de identificação, a informação demográfica e informação clínica, por forma a estabelecer o período de transmissibilidade, complementados com dados que permitam identificar a fonte de infeção e o modo de transmissão. A informação é registada no formulário disponível na aplicação informática SINAVE (DGS, 2020b).

⁵ O rastreio de contactos é uma medida de Saúde Pública fundamental no controlo das doenças contagiosas. O objetivo é identificar rapidamente potenciais casos secundários, a fim de poder intervir e interromper a cadeia de transmissão da doença (DGS, 2020b).

Comunitária e de Saúde Pública, do Regulamento OE n.º 140/2019 relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e ainda dos descritores de Dublin que definem competências a desenvolver ao nível do segundo ciclo de formação.

Assumi papel fundamental mobilizar outros códigos e regulamentos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros, nomeadamente o definido nos seguintes documentos: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) consagrado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, que se constitui num documento essencial para a prática do exercício profissional de enfermagem, porque “salvaguarda, no essencial, os aspetos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia” e o Código Deontológico inserido no Estatuto da OE aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. São também documentos constitutivos do quadro de referência, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados.

A UC denominada Saúde Comunitária - Vigilância e Decisão Clínica foi creditada pelo percurso já realizado, que se constitui núcleo de aprendizagem no desenvolvimento de competências resultantes da formação contínua que é compatível como a autoformação, formação em contextos formais de aprendizagem, revisão regular das práticas, assunção da responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e manutenção das competências.

Assim, para o Estágio Final consideraram-se como objetivos gerais os seguintes:

1. Aplicar conhecimentos na resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
2. Desenvolver as competências clínicas específicas relacionadas com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública;
3. Aplicar a matriz da metodologia de Planeamento em Saúde inserida na área de enfermagem, desde o conjunto de atividades de diagnóstico à avaliação;
4. Conceber e implementar um projeto de intervenção comunitária, contextualizado ao local, tempo e circunstâncias;
5. Fundamentar as competências desenvolvidas em ações congruentes com uma prática profissional avançada;

6. Fundamentar os problemas sensíveis a cuidados de enfermagem e eleger o objeto de estudo com recurso a uma definição clara dos conceitos centrais.
7. Revisar a literatura científica.
8. Mostrar capacidade de comunicar conhecimento, raciocínio, resultados e conclusões das ações/intervenções de enfermagem especializada.

Os objetivos específicos, foram os seguintes:

1. Integrar a equipa de saúde da USP LOO;
2. Conhecer o contexto de intervenção da USP, dando conta dos recursos existentes, da intervenção e da articulação com recursos da comunidade e outras unidades funcionais;
3. Aprofundar conhecimentos sobre vigilância e monitorização epidemiológica, planeamento em saúde, emergências de saúde pública, COVID-19, comunicação de risco em contexto de crise;
4. Conhecer os indicadores epidemiológicos com vista à análise e compreensão da rede de causalidade do problema de saúde alvo de atenção;
5. Diagnosticar/julgar as necessidades em saúde do grupo específico da comunidade;
6. Planear e implementar intervenções de enfermagem específicas;
7. Demonstrar capacidades interpessoais e analíticas;
8. Utilizar a promoção de saúde para informar, apoiar, defender e educar particularmente grupos com vulnerabilidade acrescida;
9. Delinear estratégias criativas e inovadoras na resolução de situações complexas de cuidados;
10. Conceber e implementar medidas de prevenção e controlo de resposta à pandemia, em colaboração com parceiros intersectoriais.

No âmbito do combate à COVID-19 foram componentes-chave no contexto de prestação de cuidados especializados, a investigação epidemiológica e a promoção de medidas preventivas como as estratégias para prevenção e controlo da infeção, o que no olhar dos profissionais de enfermagem remete para a transmissão de orientações antecipatórias relativas à manutenção de um ambiente seguro.

As estratégias adotadas permitiram ir ao encontro da resolução das necessidades identificadas e caracterizaram-se por serem abertas à melhoria, dinâmicas e ajustáveis. As reuniões de grupo criadas para discussão de ideias e definição de estratégias, e o

envolvimento de parceiros e o recurso a estratégias ajustadas na área da capacitação do grupo-alvo de intervenção revelaram ter um contributo determinante.

Considera-se assim muito relevante a capacidade revelada de aplicar e integrar conhecimentos e a sua compreensão, a formulação de juízos profissionais e tomada de decisão, as competências de comunicação e a autoaprendizagem, e a promoção e o desenvolvimento de investigação na área. O percurso levou-nos a desenvolver capacidade para integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, desenvolver soluções e emitir juízos em situações imprevistas e de informação limitada e/ou em sobrecarga e fadiga, incluindo reflexões sobre as implicações e as responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos que as condicionam.

Importa ainda referir que ao nível do ciclo de formação de mestrado nesta área específica, ficou evidenciado o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências cientificamente mais avançadas, com base nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação. A concessão do grau de mestre pressupõe a demonstração de competências, nomeadamente pela verificação de aprofundamento de conhecimentos e sua compreensão, e aplica-los de forma original à resolução de problemas em situações novas, em diferentes contextos, embora afins à respetiva área de especialização.

Chama-se igualmente a atenção para a definição de competência a partir de três saberes – um saber mobilizar, um saber integrar e um saber transferir, considerando-se que a competência é a capacidade de agir eficazmente num tipo de situação, a capacidade de utilizar os conhecimentos e os recursos, mas não se reduzindo a eles (Le Boterf, 2000).

Patrícia Benner (2001) enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a experiência de situações reais. O seu modelo de aquisição de competências pressupõe a transição por vários níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. E nesta ótica de conceção, “a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar ao estado de compreensão da situação ao ato apropriado (...) compreende (...) e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

Ainda, o portefólio elaborado ao longo do percurso de Estágio Final foi um recurso cuja utilização permitiu organizar e mobilizar a informação recolhida sobre as diversas temáticas emergentes ao longo do estágio. Os documentos e as referências que surgiram decorreram do trabalho que na qualidade de estudante se fez ao longo do estágio. Uma leitura compreensiva e positiva de um portefólio implica ainda dar visibilidade ao papel

do estudante: a centralidade, o crescimento da sua capacidade crítica face à prática profissional, a valorização de modos de trabalho que fomentem a participação, a criatividade, a autonomia, a reflexão e atitudes (pró) ativas.

As atividades desenvolvidas, ao longo de todo o estágio, permitiram ir ao encontro dos objetivos traçados, com vista ao alcance das competências preconizadas.

Descrevem-se em linhas gerais as atividades desenvolvidas:

Quadro 1 – Atividades-chave desenvolvidas em contexto clínico

Estágio Final – Atividades-chave desenvolvidas em contexto clínico

- Adaptação e integração na USP LOO em função da dinâmica organizacional existente; englobando o conhecimento da equipa, atividades, recursos, normas e protocolos de trabalho, parcerias e filosofia de prestação de cuidados.
- Organização e planeamento rigoroso do trabalho de acordo com os recursos disponíveis.
- Priorização do trabalho ao longo do estágio.
- Consulta de documentação existente na USP, nomeadamente PLS, PS, PA e Regulamento Interno.
- Colaboração e prestação de cuidados nas áreas de atuação inerentes à especialidade, designadamente na área da investigação epidemiológica face à COVID-19 e às restantes DDO⁶.
- Realização de inquéritos epidemiológicos e rastreio de contactos (identificação, avaliação e estratificação de risco e implementação das medidas de Saúde Pública).
- Registo da informação nas plataformas informáticas disponíveis.
- Conquista de autonomia; pro-atividade nas situações de aprendizagem; raciocínio crítico; atitude investigativa.
- Participação proactivamente em reuniões de estágio e promover momentos de reflexão e de partilha de experiências.
- Facilitação do trabalho interdisciplinar e revelação de espírito de interajuda com as colegas, mantendo relações de colaboração com enfermeiros e restante equipa.

⁶ Doença infecciosa, com impacto no domínio da saúde pública, que consta de legislação específica e é sujeita a declaração obrigatória assim que é feito o diagnóstico. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE). Task force Saúde e incapacidades, 2013-2015 (DGS, 2017).

- Valorização da pesquisa bibliográfica sustentada na evidência científica disponível e atualizada como contributo para o desenvolvimento da profissão e como meio de aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.
- Pesquisa bibliográfica assente no projeto de intervenção, nomeadamente nas áreas temáticas da COVID-19, emergências de saúde, surtos infecciosos, comunicação de risco em contexto de crise para a saúde pública, e outras temáticas que emergiram no decorrer do estágio.
- Realização de reuniões com parceiros comunitários com vista à recolha de dados diagnóstica e satisfação das necessidades identificadas na comunidade.
- Pesquisa nos documentos sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica SINAVE⁷ e Trace COVID-19⁸ – Ferramenta de acompanhamento COVID-19 no âmbito da pandemia.
- Assunção de liderança na gestão do processo de aprendizagem.
- Análise e interpretação da situação epidemiológica da respetiva área de intervenção.
- Pesquisa e recolha de dados (comunicação com diferentes instituições, pessoas e grupos).
- Realização de reuniões com outros elementos essenciais, quer para o diagnóstico da situação, para o planeamento das intervenções e avaliação das mesmas, como por exemplo: a enfermeira orientadora do local de estágio, elementos das estruturas de apoio à comunidade: diretores técnicos, assistentes sociais, pároco, associações do bairro, técnicos superiores em gabinetes de promoção do desenvolvimento de empreendedorismo.
- Procura e identificação de instrumentos de recolha de dados para a fase de diagnóstico de necessidades do grupo alvo de intervenção.
- Aplicação criteriosa dos instrumentos de recolha de dados.
- Submissão dos dados a análise com vista à definição do diagnóstico de enfermagem com precisão.
- Planeamento, conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção, em função dos recursos e validação da equipa.
- Conceção e implementação de medidas de prevenção e controlo dirigidas, em colaboração com equipas e parceiros intersectoriais.

⁷ Sistema de Vigilância em Saúde Pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como, prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves, como de calamidade pública. Fonte: Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto (DGS, 2017).

⁸ Ferramenta de acompanhamento COVID-19, contact tracing e doentes em vigilância e autocuidados. No âmbito das diferentes medidas adotadas no contexto da pandemia internacional causada pela COVID-19 foi desenvolvida pela DGS, em articulação com a SPMS, a plataforma Trace COVID-19.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Debruçamo-nos sobre a temática da pandemia da COVID-19 tendo por base a sua magnitude e por se constituir um alarmante problema de saúde pública e que originou necessidades em cuidados de enfermagem. A segunda parte deste relatório pretende guiar o tema que dominou o projeto de intervenção comunitária, pelo que abordaremos a doença da COVID-19, a sua epidemiologia expondo a justificação e relevância.

Partindo deste princípio, esta parte do Relatório Final encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, incluem-se elementos que dão conta e respaldam história, sob a égide de um livro de agora *Contágios 2500 anos de Pestes* (Pinto, 2020) e porque ao longo da história mesmo sem evidência científica, é possível admitir que epidemias e pandemias terão sempre existido e o Homem, terá sido confrontado com a ocorrência de doenças (George, et al., 2009).

Revê-se a evolução da pandemia, as práticas consensuais no que à prevenção diz respeito e aspetos relacionados com a caracterização epidemiológica da doença e as respostas integradoras de saúde pública. Faz-se ainda uma breve resenha da evolução da pandemia em Portugal, tendo em conta dados, tanto a nível internacional como nacional. Compreende uma revisão integrativa da literatura no domínio dos determinantes da saúde e da vulnerabilidade face à COVID-19.

No segundo capítulo, faz-se uma síntese conceptual que alicerça e está na génese deste trabalho. A pesquisa dirigiu-se para os conceitos que nos pareceram ser centrais: a pandemia enquanto fenómeno de saúde gerador de necessidades de cuidados de enfermagem, a capacitação de grupos/comunidades enquanto competência do enfermeiro na prática de cuidados especializados, a precaução da segurança enquanto foco principal de atenção dos enfermeiros e a educação para a saúde enquanto ação com sentido terapêutico que os enfermeiros devem delinear para ajudar as comunidades a responder de forma saudável ao atravessamento da pandemia.

Desta forma construiu-se o referencial teórico do trabalho e identificou-se o modelo conceptual de enfermagem (capítulo 3) - o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, para reconhecer os determinantes dos problemas de saúde e a orientação das ações para comportamentos promotores de saúde e onde os enfermeiros podem ter uma intervenção fundamental.

2.1 A pandemia da COVID-19: desafio da atualidade

E como é que a COVID 19 se insere na linhagem de epidemias e pandemias que vêm atacando, assustando e condicionando os homens e os povos ao longo de quase três mil anos de história? É impossível não reconhecer que, de peste em peste, de praga em praga, dentro das diferenças de tempo e de espaço geográfico e apesar da Ciência e da Tecnologia, há comportamentos que se repetem. Comportamentos não só dos homens, mas também da sociedade.

Jaime Nogueira Pinto, 2020

As pandemias mais notáveis e com amplas repercussões espaço-temporais na demografia humana são identificadas por uma priorização de eventos destacados principalmente na literatura ocidental, embora sem precisão estatística. Parte-se do século V com a Praga de Justiniano, passando pelo séc. XIV com a Peste Negra e no séc. XX com a *Gripe Espanhola* (Senhoras, 2020). A agenda de proteção da Saúde Pública compartilha ao longo de todo este tempo uma conceção conservadora de limitação à mobilidade de doentes durante os surtos e implementação de estratégias de quarentena até chegar a políticas de cooperação internacional por meio de ações conjuntas em termos de erradicação por parte dos Estados e Organizações internacionais (Senhoras, 2020).

Embora haja no Antigo Testamento à volta de uma centena de referências a epidemias e pragas (Pinto, 2020; George, 2014), a primeira peste histórica foi narrada por Tucídides e remonta à Antiguidade, sendo denominada por Peste de Atenas. A forma de propagação obedece claramente ao itinerário característico da gripe, marcado pela formação progressiva de cadeias de transmissão de pequenos *clusters*, a nível local, à fase difusa (Wide spread) conforme refere George (2014). Mas a primeira pandemia de que há história, já na era cristã, uma epidemia que contagiou todo o Império Romano do Oriente, foi nos meados do século V - a Praga de Justiniano, do nome do Imperador reinante, e terá vitimado metade da população da cidade, surgida no ano de 541, vinda do Egipto atingindo Constantinopla em 542. Depois há um período de tréguas, até que, em meados do século XIV, em 1347, se entrou num tempo pormenorizado de apocalíptico, de constantes surtos pestíferos em que a Morte, arrastando todos e erguendo-se como a grande niveladora de senhores e servos, surgiu personificada nas artes. A Peste Negra foi inesperada, terrível, contagiante e devastadora.

Entre 1347 e 1720, a Europa Ocidental viveu sucessivos surtos de Peste Bubónica. Londres foi especialmente assolada pela praga, que deixou reflexos nos escritos e nas memórias de grandes autores, como é exemplo Shakespeare. Um dos surtos mais fortes

foi o de 1625. Quarenta anos mais tarde, em 1665, veio a grande Peste de Londres. Marselha foi o lugar da última Peste Bubônica na Europa Ocidental. Terá sido um navio mercante holandês que trouxe os infetados do Oriente e desembarcou sem terminar a quarentena e, como consequência, metade da população de Marselha morreu nos meses seguintes. A Peste Negra tinha terminado, quando no século XIX, chegou a Peste Branca. A tuberculose foi a doença do Romantismo. No final do século XIX registaram-se os grandes progressos na luta contra as doenças infetocontagiosas (Pinto, 2020).

Os historiadores têm dificuldade em distinguir a natureza das grandes epidemias de «peste» ocorridas ao longo dos séculos. Algumas terão sido provocadas pela verdadeira peste, outras pela gripe, ou, ainda, por outras doenças transmissíveis. As pandemias de gripe estão, com mais rigor, documentadas desde o século XVI. As últimas verificaram-se em 1847, 1889, 1918, 1957, 1968 (George, et al., 2009; Bonica, et al., 2010).

Sabe-se que as pandemias ocorrem duas a três vezes por século, separadas por períodos de tempo intercalares que variam de entre dez a cinquenta anos. Uma será inevitavelmente, seguida de outra (George, 2014). A última pandemia da gripe tinha sido em 1968, uma próxima ocorreria inevitavelmente (George, 2009).

De acordo com Sakellarides (2006) os peritos em saúde pública diziam há 20 ou 30 anos que o tempo das doenças transmissíveis tinha terminado e que a prioridade estava nas doenças *não transmissíveis*, mas, no entanto, tinha surgido a SIDA e a tuberculose pulmonar tinha reemergido e recentemente surgiu a SARS e outros riscos infecciosos.

Segundo Bonica et al., (2009) nas últimas décadas do século XX emergiram ou reemergiram mais de 30% das doenças transmissíveis até então desconhecidas ou que estavam controladas e isso teve consequências devastadoras. De entre todas, o VIH/AIDS teve o maior impacto. Entre as doenças parasitárias, a malária lidera em termos de carga, deixando claro que essas ameaças para a saúde da humanidade no séc. XXI necessitam de uma coordenação internacional para o efetivo controle e resposta.

Em 2009 um vírus que causou preocupação foi a variedade H5NI da influenza A. Até à atualidade a carga das doenças provocada pelas doenças transmissíveis era menor, pese embora a tuberculose e a infeção VIH/SIDA serem as doenças crónicas a assumir a principal causa de morbimortalidade (Miranda et al., 2019).

Ressalvou Sakellarides (2006) que “temos de ser realistas ao pensar no futuro, e a primeira lição a tirar do passado recente é a de que as crises inesperadas vão-se repetir provavelmente no futuro... Mesmo sem saber a natureza da próxima crise que nos espera,

é possível trabalhar utilmente para criar os sistemas de detecção precoce e resposta rápida de que necessitamos para fazer face a estes desafios no futuro...” (p.6).

O termo pandemia refere-se a uma epidemia com expansão à escala pluricontinental, que pode ser originada por doenças transmissíveis (George, et al, 2009) e etimologicamente deriva do grego “pan” = tudo e “demos” = povo (George, 2014).

E em 2020, velozmente, catapultou um vírus, e que, embora traga a coroa no nome, afeta a todos independentemente de classes, fronteiras, línguas, discursos ou ideologias (Daltro, et al., 2020).

De acordo com informação da DGS, a pandemia da COVID-19 causou um aumento muito significativo de hospitalizações por pneumonia e falência multiorgânica, colocando uma pressão, sem precedentes, nos sistemas de saúde mundiais (DGS, 2020h). Ainda segundo a mesma fonte a infeção por SARS-CoV-2 que origina a COVID-19 é uma doença aguda, de início súbito e de diagnóstico etiológico (exige apoio de laboratório). As manifestações clínicas centram-se, sobretudo, no trato respiratório. Em regra, no plano clínico os sintomas mais frequentemente descritos são a febre, tosse seca, dispneia, fadiga, náuseas/vómitos e diarreia, mialgias e alterações do paladar e do olfato (DGS, 2020h). Transmite-se por via aérea sobretudo em espaços fechados e muito frequentados. Apresenta um período de incubação que varia de 2 a 14 dias (média 5 dias), existindo excreção viral cerca de 2 a 3 dias antes do aparecimento de sintomas e durante cerca de uma semana desde o início de sintomas, e mesmo as pessoas com infeção, mas assintomáticas podem transmitir o vírus, ainda que a transmissão por pessoas sem sintomas durante o curso da doença seja, provavelmente, pouco comum (DGS, 2020h). A COVID-19 tem apresentado um comportamento epidemiológico característico: a maior parte das pessoas doentes apresentam doença ligeira (cerca de 80%), sem necessidade de internamento hospitalar, enquanto cerca de 15% das pessoas apresentam doença grave e cerca de 5% doença crítica (insuficiência respiratória, choque séptico e falência multiorgânica) com necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos (DGS, 2020h). De acordo com dados internacionais apresentados, a maior parte dos doentes internados apresentam mais de 50 anos de idade (74 a 86% dos casos) e pelo menos uma comorbilidade - 60 a 90% dos casos (DGS, 2020h).

Existe menor preocupação com o impacto da COVID-19 em grupos etários pediátricos atendendo à infeção ser pouco frequente na idade pediátrica e habitualmente ligeira abaixo dos 18 anos (DGS, 2020h).

Em Portugal, a 2 de dezembro de 2020, a taxa de incidência de COVID-19 a 14 dias⁹ foi de 628, correspondendo ao número de novos casos confirmados de COVID-19 nos últimos 14 dias por cada 100 mil habitantes (INE, 2020).

Segundo a WHO (2020c) até ao dia 9 de janeiro de 2021 foram confirmados no mundo 87 589 206 casos e 1 906 606 mortes. Em Portugal, os indicadores nacionais atualizados do mesmo dia fazem referência a 466 709 casos confirmados, 453,3 casos confirmados por mil habitantes e o n.º de óbitos por COVID-19 é já de 7 590 (INE, 2021).

Nesta senda, os principais eventos de enquadramento da pandemia são (INE, 2020): a 30 de janeiro de 2020, o diretor-geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, declarou o surto de COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional. Esta declaração é o mais alto nível de alarme, um apelo a todos os países para tomarem conhecimento imediatamente e acionarem medidas (WHO, 2020a).

O início da disseminação da COVID-19 ocorreu na província de Hubei, em dezembro de 2019, na viragem para 2020 na República Popular da China. A princípio, um surto de pneumonia de etiologia desconhecida foi registado. Chamou-se-lhe síndrome respiratória aguda grave coronavírus-2 (SARS-Cov-2) e a doença causada é a infeção coronavírus-19 (COVID-19). O vírus responsável por infeções respiratórias graves foi identificado em humanos, a 7 de janeiro de 2020, na sequência deste surto. Depois da China, que registou a maioria dos casos, a Europa tornou-se o epicentro da pandemia.

O primeiro caso confirmado no nosso país, foi no dia 2 de março, o primeiro óbito foi registado a 16 de março de 2020 e no dia 26 de março a DGS anunciou a entrada na fase de mitigação, com consequente necessidade de adoção de novas medidas a nível dos cuidados de saúde, incluindo a reorganização dos CSP.

Entre 2 de março, data dos primeiros casos de COVID-19 em Portugal, e 27 de dezembro, registaram-se 99 356 óbitos em território nacional, mais 12 852 óbitos do que a média no mesmo período dos últimos cinco anos. Destes 52,0% (6 677) foram óbitos por COVID-19. De 30 de novembro a 27 de dezembro registaram-se mais 1 884 óbitos do que a média. Nestas semanas registaram-se 2 172 óbitos por COVID-19, superando em 15,3% o aumento de óbitos relativamente à medida das semanas homólogas de 2015-2019 (INE, 2021).

⁹ Taxa de incidência a 14 dias corresponde ao número de novos casos confirmados de COVID-19 nos últimos 14 dias por cada 100 mil habitantes.

A 10 de março de 2020 foi ativado o dispositivo de Saúde Pública do nosso país, com monitorização e vigilância epidemiológica, gestão e comunicação de risco.

Em meados de março emerge um modelo de resposta pandémico, alternativo ao da gripe: em vez de mitigar, é preciso suprimir a transmissão do vírus e afastamo-nos do modelo da gripe e aproximamo-nos da abordagem ao Ébola requerendo medidas de distanciamento radicais como é o confinamento (Sakellarides, et al, 2020).

À semelhança do que tem acontecido no mundo, esta pandemia obrigou à declaração de estado de emergência¹⁰ em Portugal, decretado pela primeira vez a 19 de março de 2020, através do decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020. É uma medida extrema para promover o distanciamento social e atrasar ou inibir o contágio, prevenindo a transmissão inter-humana e interrompendo as cadeias de transmissão na comunidade, que viria a ser renovada a 3 de abril e a 18 de abril.

Segundo a WHO (2020e) esta pandemia possui três características definidoras: 1) A velocidade e a escala. A doença espalhou-se rapidamente pelo mundo e esta capacidade do vírus tem sobrecarregado os sistemas de saúde, até os mais resilientes. 2) A gravidade, porque no geral 20% dos casos são graves ou críticos, com uma taxa de mortalidade de caso clínico bruto atualmente de mais de 3% de aumento nas faixas etárias mais velhas e naquelas com certas condições prévias. 3) A disrupção social e económica na sua consequência tem impactos significativos na organização económica, social e cultural do mundo em que vivemos.

Por outro lado, já não restam nenhuma dúvida que é vastíssimo, indescritível o impacto que esta pandemia originou em múltiplas dimensões, não só na saúde das populações, mas também na realidade demográfica, social e económica.

¹⁰ O Estado de Sítio ou o Estado de Emergência estão previstos na Constituição e na lei e só podem ser declarados nos casos de agressão efetiva ou iminente por forças estrangeiras, de grave ameaça ou perturbação da ordem constitucional democrática ou de calamidade pública (AR, 2020).

2.1.1 Revisão integrativa da literatura

*(...) Theory without practice is empty and practice without theory is blind
(Cross, 1981, cit por Alligood, 2018)*

A pesquisa em enfermagem é uma investigação sistemática projetada para desenvolver dados fidedignos sobre problemas importantes para os enfermeiros e utentes e orientar a prática clínica de enfermagem, e inicia-se por norma com questões provenientes de problemas da prática que os enfermeiros costumam encontrar no seu quotidiano (Polit et al., 2019).

Numa perspetiva de compreendermos a dimensão da problemática tendo em conta a rede de causalidade parece-nos importante apresentar evidência que documentasse quais são os determinantes sociais à vulnerabilidade da COVID-19.

Apesar de se reconhecer a importância da constelação dos determinantes da saúde, deu-se especial atenção aos sociais dada a sua especial relevância na problemática inserida na área de enfermagem comunitária e de saúde pública. De acordo com Pender et al., (2015) dentro do grupo dos determinantes gerais da saúde (atributos pessoais, acessibilidade a cuidados de saúde, comportamentos de saúde adquiridos e determinantes sociais), as condições sociais em que as pessoas vivem são as mais significativas.

Como ponto de partida para a tomada de decisão relativa ao projeto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com a intenção de identificar a partir do conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de que forma alguns grupos se tornam mais vulneráveis à COVID-19. Existem pessoas, grupos sociais/comunidades com maior vulnerabilidade na sociedade face à COVID-19, em função das suas condições de vida e de trabalho? Existem grupos populacionais que estão expostos a diversos fatores de vulnerabilidade a que tenhamos de ter particular atenção nesta crise pandémica? Que fatores/causas? Encontramos, desta forma, o trio de variáveis centrais que pretendíamos relacionar: DSS, vulnerabilidade e pandemia COVID-19. Partiu-se da seguinte pergunta norteadora: Quais são os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19?

Apresentamos em Apêndice 2 a revisão integrativa na sua íntegra (Apêndice II).

2.2 Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública em contexto da pandemia COVID-19

“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.”

Leonardo da Vinci

O presente capítulo apresenta algumas questões que radicam das nossas reflexões no que concerne às inquietações relacionáveis com o cuidar de enfermagem, organizadas em torno do processo de enfermagem e contempla a abordagem a conceitos centrais inerentes ao desenvolvimento de práticas centradas em grupos, comunidade e população.

A intenção do projeto de intervenção comunitária teve inicialmente origem em algumas preocupações de carácter pessoal que radicam do contexto da prática de cuidados de enfermagem desenvolvidos na USP através do contacto telefónico com a população no que concerne à colaboração na investigação epidemiológica.

Neste processo, um passo importante foi identificar os fatores de vulnerabilidade face à COVID-19, entre as determinações sociais da saúde. As comunidades residenciais de bairros sociais são populações em situação de maior vulnerabilidade social e económica, sendo necessário que as respostas sejam adequadas às necessidades específicas agravadas destas populações (DGS, 2020, 5).

Para este projeto e de forma evidenciada surgiram algumas questões sobre as problemáticas que a disciplina de enfermagem elabora, no caso específico, a forma como uma futura EEECSPP se “olha” e se “pensa” sobre as situações de saúde vividas pelas pessoas e grupos e que justificam cuidados de enfermagem. Partíamos para esta fase ainda com um leque alargado de questões.

Passamos a elencar as questões que nos pareceram centrais:

De onde partimos? Qual a importância de investir neste âmbito? A que necessidades daremos resposta? Que intervenções são prioritárias conducentes a indicadores de ganhos potenciais em saúde conforme o contexto e o local? E que força do efeito dos contextos?

Estará a comunidade residencial de um bairro de génese social capaz de intervir nesta situação de pandemia? E no contexto de pandemia, numa comunidade residencial, qual o contributo do EEECSPP para dar resposta às necessidades identificadas? E serão estas necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem? Qual é o papel da Unidade

de Saúde Pública e que estratégias neste âmbito? Por fim, e para o nosso tempo e contexto que recursos existem e que recursos serão necessários?

Os cuidados especializados em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são os que têm como foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e população (OE, 2019) e a comunidade torna-se cliente quando o foco está no coletivo ou no bem comum da população em vez do indivíduo (Shuster & Goepfinger, 2009 cit. por Pender, et al., 2015).

O objeto dos cuidados de enfermagem “é o bem-estar do cliente no seu quotidiano - quase sempre uma pessoa, com frequência um grupo e por vezes uma comunidade” (Basto, 2009, p.12), assumindo-se que dos enfermeiros esperam-se intervenções que apoiem comportamentos saudáveis dos indivíduos e grupos (Basto, 2001). A enfermagem é a profissão autónoma e a disciplina de conhecimento próprio, que tem como objeto as respostas humanas¹ aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e comunidades (Meleis, 2000).

Também neste contexto importa definir comunidade. Na maioria das definições, o conceito de comunidade tem implícitas três dimensões: indivíduos, local e função. O conceito de comunidade, é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como: “Grupo com características específicas: um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composto por membros ligados pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns” (ICN, 2019).

Num artigo intitulado “O que é a saúde comunitária? Examinando o significado de um campo em evolução na saúde pública” (Goodman, Bunnell e Posner, 2014) encontram-se plasmadas definições alternativas que podem ser úteis para se compreender de forma mais abrangente o que define uma comunidade e extrapolar sobre suas dimensões características, que podem afetar de forma positiva ou negativa a saúde dos indivíduos e famílias dessas comunidades. Neste seguimento, uma das definições de comunidade propostas corresponde a locais ou áreas que são fisicamente, geograficamente ou geopoliticamente definidas. Exemplo desta definição inclui grupos de pessoas que são definidas pela localidade (por exemplo bairro, rua, vila, cidade), ou que são definidas (às vezes autodefinidas) por questões étnico-raciais, idade ou outras características.

O tipo de comunidade residencial é definido por Melo (2020b) “como um espaço geográfico destinado à habitação, com delimitação por determinada autárquica, podendo corresponder a um bairro social” (p. 50).

Consequentemente, na prática de Enfermagem na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública assumem-se espontaneamente a sobrelevar-se os conceitos de saúde, promoção de saúde, capacitação e literacia em saúde.

Desde 1948 que a Organização Mundial da Saúde, na sua carta fundamental, definiu a Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença e é dessa equilibrada simbiose que depende o âmago deste conceito.

A conceção de saúde muda ao longo do processo de desenvolvimento humano, sendo comum as pessoas terem diferentes conceções de saúde de acordo com a sua idade, género e condição social, sendo também influenciadas pelas conceções de saúde que predominam no contexto social e cultural onde vivemos (Pender et al., 2015).

A saúde é um direito fundamental dos seres humanos, como foi enfatizado na Conferência Internacional sobre CSP realizada em Alma-Ata (OMS, 1978), “onde se definiu, pela primeira vez, que a saúde é a meta social mais importante, cuja realização requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros sectores sociais e económicos”.

O direito de todos à proteção da saúde está associado ao dever de a defender e promover e encontra-se plasmado no Art.º 64 da Constituição da República Portuguesa (Portugal, 2005).

A temática da Promoção da Saúde (PrS) assumiu particular importância desde então e dos documentos daí resultantes, como a carta de Ottawa em 1986 e as Recomendações de Adelaide na segunda Conferência Internacional sobre PrS de 1988. Na Carta de Ottawa (1986) a PrS é definida como “processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la”.

Segundo Basto (2001) o contributo específico dos enfermeiros para a promoção da saúde já tinha sido descrito por Pender (1997) como uma relação do tipo cliente-consultor, baseada no reconhecimento dos direitos do cliente à autodeterminação e nas capacidades para se autodirigir (Pender et al., 2015).

O relatório “Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar¹¹” propõe uma transição do sistema atual, que permanece centrado no hospital e na doença, para um

¹¹ O Projecto *Health in Portugal: a Challenge for the future*, mobilizou um conjunto excecional de personalidades nacionais e estrangeiras para a elaboração de um relatório sobre a arquitetura dos cuidados de saúde e cujos resultados são divulgados nesta publicação. O presente Relatório foi solicitado pela Fundação Calouste Gulbenkian, que apela

sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, onde os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde (Crisp et al., 2014).

A promoção da saúde, conceito central e competência específica do EEECSF é o processo de capacitar os indivíduos, grupos, famílias e comunidades para se tornarem ativos, controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e tomarem medidas visando o bem-estar e as atividades de promoção de saúde devem ocorrer em todos os ambientes de prática (Pender, et al, 2015).

A promoção da saúde em tempo de COVID-19 pode aumentar as competências pessoais e apoiar organizações comunitárias locais a manter uma baixa transmissão na comunidade (Laverack, 2020b), sendo que capacitar grupos e comunidades no contexto da saúde é proposto como definição de promoção de saúde (Melo, 2020b). A promoção da saúde tem assim um papel fundamental a desempenhar em surtos de doenças e emergências de saúde, que envolvem ativamente as comunidades usando a experiência e as redes locais na entrega da resposta (Laverack, 2018). E pode dizer-se que “abordagens personalizadas de promoção da saúde terão um papel importante para alcançar aqueles que não podem ou não querem manter a responsabilidade social” (Laverack, 2020b).

As doenças transmissíveis são uma ameaça à saúde dos indivíduos e têm potencial de ameaçar a segurança das populações (Bonica et al., 2010). As doenças infecciosas têm vindo a reassumir relevância crescente a nível europeu e mundial e o aparecimento de novas doenças transmissíveis e a reemergência de outras que se supunham controladas representam um enorme desafio nesta área.

Os enfermeiros exercem um papel cada vez mais fulcral na transmissão de orientações antecipatórias relativas à manutenção de um ambiente seguro. A literacia em saúde é considerada uma estratégia de empoderamento para tornar os indivíduos e as famílias capazes de se tornarem responsáveis pela sua saúde (Pender et al., 2015).

Segundo a OMS (1998) no *Health Promotion Glossary*, a literacia em saúde é definida como as competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos em aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e a manter uma boa saúde (DGS, 2017).

para um novo pacto na saúde, em que todos terão um papel a desempenhar – os cidadãos, os profissionais de saúde, os professores, os empresários, as autarquias e o Governo.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) revisão e extensão a 2020, propõe “uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015, p.14).

A literatura argumenta a importância desta intervenção, dá indicações específicas sobre o papel da literacia face a uma situação de pandemia como a que vivemos. Considera-se que promover literacia em saúde ganha redobrada importância junto das pessoas, das comunidades e das organizações, com foco na informação-chave para a adequação no contexto de intervenção de doenças transmissíveis (DGS, 2020g).

Mesmo a propósito, a DGS apresentou o Plano Literacia em Saúde e a COVID-19 – Plano, Práticas e Desafios, que constitui uma referência decisiva e de afirmação da literacia neste cenário, sendo que decorrente de um sentido de urgência, a educação tende a focar-se em fornecer instruções e orientações sobre como lavar as mãos, distanciamento físico, quarentena e reconhecimento físico de sintomas da doença (Facer et al., 2020).

Devido ao perfil de transmissão inter-humana ser muito ligado a aspetos comportamentais e à adoção de medidas preventivas, a doença COVID-19 apresenta oportunidades de ações preventivas requerendo uma abordagem sistemática e continuada por parte dos serviços de saúde e muito em particular dos enfermeiros.

A pandemia originada pela COVID-19 provocou nos últimos meses repentinos processos de infirmezia em vários domínios da vida das pessoas (Melo, 2020a) e colocando as lentes de enfermeiro, olhamos e fazemos o diagnóstico de otimizar o processo de proteção contra infeções cruzadas.

As precauções baseadas na transmissão são medidas adotadas a fim de evitar a propagação de doenças transmissíveis tendo em conta a cadeia epidemiológica da infeção e a via de transmissão.

Partimos do domínio que os enfermeiros identificam como precaução de segurança (Melo, 2020a). Para permitir uma precaução de segurança efetiva, conforme indica a CIPE®, é importante que as pessoas desenvolvam várias dimensões deste diagnóstico: o conhecimento sobre a doença e a sua propagação, sobre as medidas de proteção e os comportamentos adequados; as crenças, nomeadamente, as relacionadas com a suscetibilidade à infeção, que permitem a compreensão da necessidade de adotar as medidas adequadas e os comportamentos de adesão (Melo, 2020a).

À data de realização do estágio e decorridos mais de nove meses desde o início dos primeiros casos de COVID-19, e perante a inexistência de medidas farmacológicas

eficazes para a prevenção e tratamento da COVID-19, o reforço da disseminação e implementação das medidas não farmacológicas de prevenção e controlo da infeção por SARS-CoV-2 mantém-se essencial, de forma a reduzir o número total de casos e o seu impacto no sistema de saúde (DGS, 2020f).

Os enfermeiros são o maior grupo profissional a trabalhar em contexto comunitário, o que está mais próximo da comunidade, das famílias e dos indivíduos numa relação frequente e contínua, por isso conhecem de forma mais completa as suas necessidades e dificuldades, desempenhando um papel vital nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença, disponíveis para todas as populações, incluindo os mais desfavorecidos e vulneráveis (Pender et al., 2015).

O princípio orientador é ajudar as pessoas a fazerem escolhas informadas e dar-lhes mais controle para realizarem as suas próprias ações, mas neste caso através de abordagens de comunicação confiáveis que podem ser aplicadas em surtos de doenças. (Laverack, 2020). Espera-se ainda que os melhores resultados, no que respeita à adesão das recomendações, surjam aquando da divulgação de conteúdos direcionados para públicos específicos, focando os detalhes de cada tema e adequando a mensagem de forma a potenciar o controlo da doença e da literacia em saúde (DGS, 2020g).

No quarto eixo de intervenção do plano de intervenção da Literacia em Saúde e a COVID-19 (DGS, 2020g) indica-nos à mobilização social e com isso conduz-nos “a formar microinfluenciadores nas comunidades, permitindo desta forma, de modo permanente, comunicar incertezas e riscos e abordar as preocupações das populações” (p.7) objetivando “evitar a desinformação e promover a clarificação de medidas e conceitos, assegurando a adesão às medidas protetoras, numa ponte entre a literacia científica e a literacia cívicas e cultural e desta forma minimizar a disrupção social” (p7).

Face ao contexto em que foi desenvolvido o estágio a que se reporta o presente relatório e tendo em conta os objetivos, considerou-se a pertinência de conceber e operacionalizar um projeto de intervenção comunitária, no domínio da precaução de segurança, com o intuito de otimizar processos de proteção contra a transmissão cruzada da COVID-19, num bairro de génese social.

2.3 A enfermagem na comunidade e a escola da promoção da saúde

Allowing clients to assume leadership in modifying their lifestyles is an ethical, non manipulative approach to improving the health of individuals and families”
(Pender et al., 2002, p. 65).

Considerando a essência da disciplina de enfermagem, a complementaridade das teorias e a pertinência de as agrupar por escolas de pensamento, este trabalho focaliza, para a intervenção comunitária, as concepções do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Foi o modelo de enfermagem escolhido por ser um modelo que se apoia na compreensão dos principais fatores determinantes da saúde e por assentar na abordagem de promoção de saúde. Destaca ainda o papel individual na gestão de comportamentos promotores de saúde e está dentro de uma perspectiva de enfermagem holística e que pode ser usada para implementar e avaliar ações de promoção de saúde, não apenas para os indivíduos, mas também para famílias e comunidades (McCullagh, 2017).

Pender et al., (2015) entendem promoção da saúde como um comportamento que é estimulado pelo desejo de aumentar o bem-estar, valorizando o potencial dos indivíduos para atingirem um determinado nível do seu estado de saúde. O espaço da enfermagem emerge quando os enfermeiros contribuem para que os indivíduos/famílias e comunidades se tornem autônomos na tomada de decisão de determinado comportamento e escolham estilos de vida saudáveis, com vista à maximização do bem-estar.

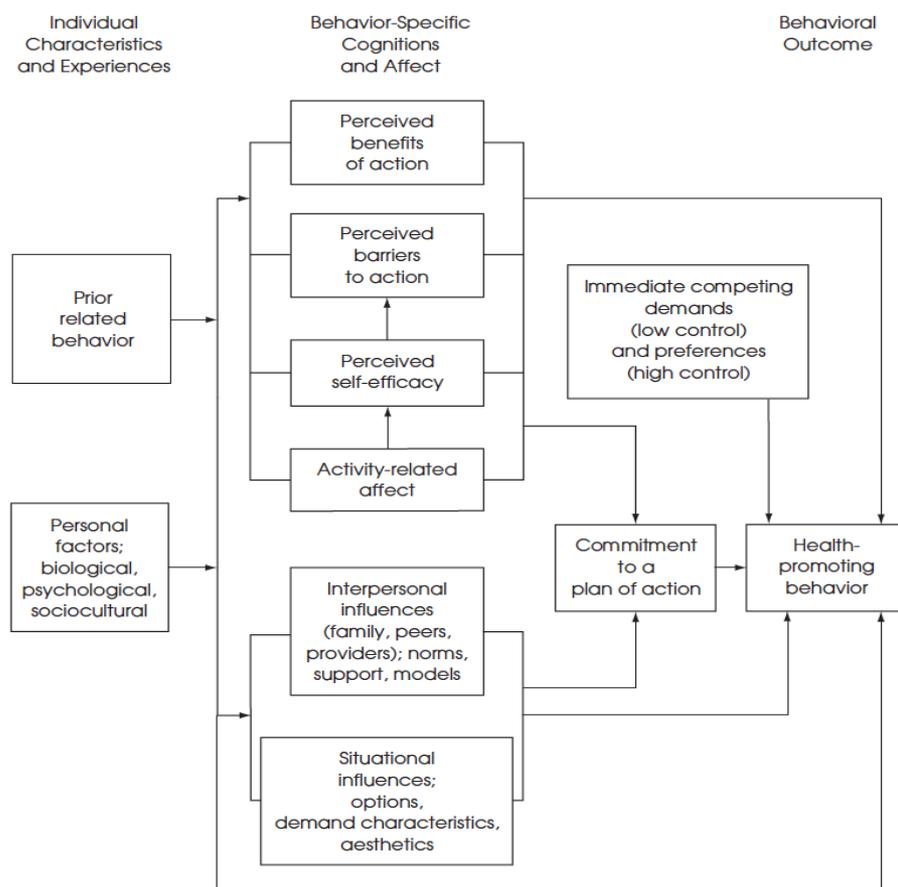
Foi por isso estruturante a mobilização do referido modelo, dado que considerámos que permitiu facultar um quadro de referência para a abordagem dos focos de atenção de enfermagem em contexto comunitário, terreno fértil para a promoção da saúde, facilitando a compreensão dos determinantes e assim nortear soluções que atendam às necessidades da comunidade do bairro, em contexto de pandemia.

Originalmente, o Modelo de Promoção de Saúde foi proposto em 1982, foi revisto e apresentado em 2.^a edição em 1987 e na 3.^a edição em 1996, onde aparece pela primeira vez o modelo revisto. Posteriormente, o modelo na 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a edição é apresentado em coautoria com Murdaugh e Parsons (2002 e 2006, 2011 e 2015). As fontes teóricas em que Pender baseou a sua teoria assentam na perspectiva da Enfermagem holística, psicologia social e a teoria da Aprendizagem Social de Bandura que postula a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamentos (Alligood, 2018).

O Modelo identifica os fatores cognitivos e perceptivos como principais determinantes do comportamento de promoção de saúde, enfatizando o papel ativo da pessoa na gestão

dos comportamentos para melhorar a saúde, alterando o contexto ambiental. É um modelo de âmbito de médio alcance e um guia que apoia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a envolverem-se no seu próprio processo de saúde (Pender, et al.,2015). O modelo propõe uma estrutura organizada para integrar perspectivas da enfermagem e da ciência comportamental com determinantes de comportamentos de promoção de saúde e compõe-se por três componentes principais, que se encontram claramente descritas no diagrama junto:

Figura 1. Representação do diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2015). Health Promotion in Nursing Practice. Bonton: 7.^a ed. Pearson.

Os três domínios principais são: 1) características e experiências individuais, 2) cognições e sentimentos sobre o comportamento selecionado e 3) resultado comportamental.

As características e experiências individuais dizem respeito ao *comportamento anterior*, o que é para ser mudado. Os *fatores pessoais* englobam os biológicos e fisiológicos (características como a idade, gênero), sócios culturais (cultura, raça, *status* socioeconômico) e psicológicos. Estes fatores devem ser limitados àqueles que são teoricamente relevantes para explicar ou prever um determinado comportamento alvo (Pender et al., 2015).

Quanto aos sentimentos e conhecimentos do comportamento que se quer alcançar são as variáveis da cognição e do afeto. Constituem a “proposta” crítica porque podem ser modificados por meio de intervenções dos enfermeiros. Constituem: os *benefícios da ação percebidos*, ou seja, representações positivas que reforçam as consequências da realização de um comportamento de saúde; as *barreiras percebidas à ação*, percepção negativista, de dificuldade e custos pessoais da realização do comportamento; a *autoeficácia percebida*, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; a *atividade relacionada com a apresentação*, que são os sentimentos e emoções positivas ou negativas em relação ao comportamento e podem ocorrer antes, durante e depois o comportamento e que influenciam a autoeficácia percebida; as *influências interpessoais*, o comportamento pode ou não ser influenciado por outros, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais e as *influências situacionais*, ou seja o ambiente pode facilitar ou dificultar determinado comportamento.

Os resultados do comportamento de promoção da saúde desejável abrange o *compromisso com um plano de ação*, ou seja, a intenção de realizar uma conduta de saúde, incluindo a identificação de uma estratégia específica para ter sucesso, podendo essa ser facilitada pelas intervenções de enfermagem propostas; *exigências imediatas e preferências*, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, contrariamente às preferências pessoais que exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento; por fim o *comportamento de promoção da saúde*, conduz a um olhar por via das ações dirigidas que tenham resultados positivos (Pender et al., 2015).

O modelo reflete a crença de que as pessoas são capazes de realizar introspecção e são capazes de realizar mudanças (McCullagh, 2017).

De acordo com Alligood (2018), uma teoria de enfermagem é um conjunto de conceitos, pressupostos e definições interrelacionados que permitem sistematizar o olhar e pensamento para fatos e eventos com os quais a disciplina está relacionada.

Em 2003, a OE aprovou um enquadramento teórico para a prática profissional (conceitos de saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem) e os enunciados descritivos que incluem a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, entre outros. O modelo considerado enuncia e incorpora os conceitos centrais e metapadigmáticos da disciplina de enfermagem (pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem) com o outro conceito central da disciplina que é a promoção da saúde e abrange as fases do processo de enfermagem. Tendo-se mobilizado o modelo de Nola Pender assumiu-se no decorrer de todo o processo a conceção proposta de que, em particular, a enfermeira de saúde comunitária e saúde pública deve compreender a influência multidimensional na promoção da saúde, nomeadamente pelas características e experiências individuais, os benefícios e barreiras percecionadas, a autoeficácia percebida, o afeto associado ao comportamento, as influências interpessoais e situacionais, o compromisso com um plano de ação e as exigências de competição (Pender et al., 2015).

Com base no assunto exposto, considerou-se e adaptou-se o enquadramento conceptual ao longo de todo o processo desenvolvido:

1. Que a enfermagem comunitária se desenvolve através de um processo de intervenção que capacita e reforça o poder do grupo (comunidade residencial) para o desenvolvimento de condições favoráveis à saúde e/ou a mudar comportamentos de saúde.
2. Os cuidados de enfermagem são as intervenções de educação e aconselhamento através de promoção de comportamentos saudáveis tendo como foco as respostas do grupo-alvo face aos problemas/necessidades de saúde apurados.
3. O cliente dos cuidados de enfermagem - pessoa (coletiva) é a razão para a ação. Neste caso, a comunidade residencial do bairro da Outurela enquanto grupo-alvo de intervenção, com necessidades específicas e em interpelação com o seu contexto sociocultural – ambiente, cujo comportamento de saúde é influenciado por características individuais do grupo e experiências anteriores.
4. O ambiente é o bairro municipal de génese social, como contexto sociocultural no qual é possível desenvolver cuidados essenciais de saúde e ações de promoção de saúde com vista a uma melhor saúde da comunidade.

3. METODOLOGIA

Depois de selecionada a problemática e domínio de atuação importa conhecer as necessidades da população, pelo que se inicia assim a elaboração do diagnóstico de situação.

No agora, aludiremos às opções metodológicas efetuadas evidenciando a perspetiva disciplinar de Enfermagem.

O cerne do trabalho aprofundará o referencial onde assenta o planeamento dito clássico em saúde à luz da Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

O trabalho integrou as seis etapas do processo de planeamento em saúde, sequenciais, interligadas entre si num processo cíclico, em que o desenvolvimento nas dimensões anteriores suportou a problematização da dimensão precedente, a saber: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

O planeamento em saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para Durán (1989) o planeamento pode ser designado como um processo que os administradores de saúde desenvolvem juntamente com a população para conseguir, em áreas e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das respetivas populações, utilizando os recursos disponíveis da forma mais racional e eficaz.

O primeiro capítulo é dedicado ao diagnóstico de situação, onde são identificados os problemas de saúde da comunidade em estudo e determinadas as suas necessidades para conseguirmos identificar as oportunidades de desenvolvimento das práticas de enfermagem.

Os restantes cinco capítulos são cada uma das fases que guardam relação com as restantes etapas da Metodologia de Planeamento em Saúde.

Na redação do texto e sua apresentação procurou-se seguir a sequência com que o processo foi desenvolvido. Os dados colhidos foram analisados muito em função de matrizes de intersecção, realizadas entre os participantes e o contexto no qual foram produzidas, no sentido de obtermos uma visão mais clara dos achados.

3.1 Diagnóstico da situação de saúde da comunidade – a visão da enfermagem

A primeira etapa do planeamento em saúde consiste no diagnóstico da situação que segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.43) deve “corresponder às necessidades da população” destinatária.

Numa ótica de enfermagem, o diagnóstico da situação de saúde vai permitir identificar os problemas de saúde e determinar quais são as necessidades sobre o que nos levou à reflexão e à questão que se quer elucidar e responder.

No contexto atual, afigurou-se fundamental que o diagnóstico da situação de saúde fosse realizado de forma rápida, a fim de permitir a ação no tempo determinado, capaz de obter os melhores ganhos em saúde com os recursos disponíveis. Este ocorreu temporalmente num período curto, durante o mês de outubro de 2020, circunscrito ao espaço do bairro de génese social.

Segundo os autores o diagnóstico da situação, que se transcreve, deve ter como principais características:

“Ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.28).

Optou-se por estruturar o diagnóstico de situação baseado no Modelo de promoção de saúde de Nola Pender, pelo que neste ponto iniciaremos com a caracterização dos fatores socioculturais afetos às características e experiências da comunidade onde se insere o projeto de intervenção.

3.1.1 Caracterização e compreensão do local de intervenção

O projeto de intervenção comunitária concretizou-se num bairro municipal de génese social dentro da delimitação geográfica do ACES LOO e considerou a comunidade residencial como alvo dos cuidados de enfermagem.

Da análise dos boletins e gráficos de dados epidemiológicos locais emergia uma dimensão territorial: especialmente numa das freguesias existiam mais casos confirmados de COVID-19.

A partir daí, a ideia de pensar a pandemia a partir de uma matriz territorial que incorporasse a vulnerabilidade, em termos da existência de diferentes condições para minimizar a transmissão da COVID-19, remeteu para a procura sobre as particularidades num plano local específico das comunidades residenciais: os bairros municipais do concelho.

Antes de empreender esforços relacionados com a intenção, foi auscultada a enfermeira orientadora, no sentido de ampliar esta compreensão e averiguar a possibilidade de construir ações específicas. Esta fase preparatória decorreu ao longo do mês de setembro de 2020.

Sentiu-se necessidade de limitar a intervenção apenas a um bairro, dado não haver possibilidade de intervir noutros, devido ao limite temporal disponível.

A área onde se desenvolveu a intervenção localiza-se no extremo oriental da freguesia de Carnaxide, Concelho de Oeiras, no núcleo urbano do bairro da Outurela. A escolha ponderada reflete a condição do bairro quanto a áreas de ação, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento local, ao empreendedorismo e capacitação às estratégias locais de atuação comunitária lá existentes.

Dos principais traços de caracterização do bairro salienta-se que a sua construção foi entre 1994 e 1995. Tem 384 residentes, com um número total de 128 fogos, cujos residentes são em grande parte oriundos dos PALOP (CMO, 2015).

Pela inacessibilidade de dados mais recentes, escassez de estudos e trabalhos que promovam um maior conhecimento sobre os traços de caracterização e do perfil sociodemográfico da comunidade residente do bairro selecionado, que constitui uma limitação, mas pela sua preponderância no projeto em causa utilizou-se a caracterização que foi feita das comunidades dos seis bairros municipais de realojamento no Concelho de Oeiras, na área Metropolitana de Lisboa por Carvalho (2010). Teve como principal fonte o Departamento de Habitação da Câmara Municipal de Oeiras, com especial relevância para a informação estatística disponibilizada ao longo do período da sua investigação, à qual juntou dados de natureza qualitativa recolhida durante a inserção etnográfica, dos quais se transcrevem:

“As populações, quase exclusivamente em regime de arrendamento, manifestam um traço comum: terem sido objeto de realojamento em função das deficitárias condições sociais e habitacionais em que se encontravam, trata-se de um universo que globalmente parte de uma posição desfavorecida em termos socioeconómicos,

ou até mesmo muito desfavorecida, apesar de proveniências heterogêneas no que concerne à naturalidade, nacionalidade e trajetórias familiares e profissionais” (p. 243).

Quanto à densidade populacional:

“Elevada (um bairro acima de 5.000 habitantes/km²) e muito elevada (5 bairros acima dos 10.000 habitantes por Km²). Estes valores dizem respeito só à população residente em situação legal sabendo-se que existirá um outro número de residentes em situação ilegal, por isso não declarada junto dos serviços oficiais” (p.243).

“Trata-se de população essencialmente jovem, em que cerca de 41,5% tem idade inferior a 30 anos. Existem dois grupos distintos que apresentam um peso ligeiramente superior ao registado na caracterização global da população realojada no concelho: as crianças e jovens entre os 0-19 anos representam um terço dos residentes (33,2%) e os mais velhos, com 65 anos ou mais, são 12,1%. Os que têm entre os 24-64 anos correspondem a 54,7% do total da população, e entre estes os que se encontram entre os 25-29 anos são os mais representados” (p.247).

Quanto à naturalidade e nacionalidade:

“Populações com proveniências heterogêneas que abrange grupos étnicos diferenciados, sobretudo de origem africana, provenientes de fluxos migratórios diversos. Existe ainda uma representatividade significativa da etnia cigana nacional concentrada num dos bairros. A tendência identificada está próxima da caracterização global da população realojada no concelho traduzida numa forte presença de imigrantes: 70,1% do total dos residentes nasceu em Portugal, 21,7% em Cabo Verde, 3% em Angola, 1,6% na Guiné Bissau, 1,5% em São Tomé e Príncipe, 1% em Moçambique; 0,4% noutros países europeus; 0,2% na América do Sul; 0,1 noutros países africanos e 0,08% em países Asiáticos (p.247).

Por nacionalidade, a situação é diversa existindo uma maioria de indivíduos com nacionalidade estrangeira, sobretudo cabo-verdiana (44,5%) seguida dos que possuem nacionalidade portuguesa (41,0%). A larga distância surgem os angolanos (6,0%), guineenses (3,7%), são-tomenses (2,0%), moçambicanos (1,8%) e 1,0% são nacionais de outros países. Detetam-se dificuldades no acesso à legalização por parte da população” (p.247).

Em termos relacionados à família:

“Elevada taxa de natalidade e tendência para uma sobre representação de famílias monoparentais. O tipo de família mais comum é o “casal com filhos e outros”, mas o número de “monoparentais”, sobretudo femininas, atinge uma proporção muito elevada. O número de “isolados”, especialmente idosos, merece um especial reparo. Os grupos domésticos de maior dimensão, com mais de quatro pessoas e ainda um significativo número em agregados com mais de dez elementos, têm uma expressão superior às médias concelhias e nacional, identificando-se frequentemente a presença de elementos de várias gerações. Esta última situação tende a ocorrer mais nos agregados de origem africana embora também atravesse os de outras origens” (p.248).

No que concerne à escolaridade pontuada como:

“Baixas qualificações escolares na população adulta, incluindo os jovens adultos entre os 19-24 anos: 17,6% de analfabetos; 38,0% possui o 1.º Ciclo do Ensino Básico; 17,1% tem o 2.º Ciclo EB; 15,8% tem o 3.º Ciclo EB, 7,6% tem o Ensino Secundário; 1,2% tem o Ensino Superior. Cerca de 2,8% frequentou o Ensino Técnico-profissional. Muitas das crianças e jovens que frequentam os estabelecimentos de ensino nos bairros apresentam trajetórias escolares marcadas por insucesso escolar, absentismo e em alguns casos, abandono precoce do sistema de ensino. As taxas de insucesso escolar nesses estabelecimentos são elevadas em todos os Ciclos de Ensino. Em 2007/08, o valor médio de retenções foi de 18,3% no 1.º Ciclo EB, 36,9% no 2.º Ciclo EB e 45,1% no 3.º Ciclo EB” (p.248).

A situação perante o trabalho caracteriza-se:

“Somente um terço dos residentes exerce uma atividade profissional (33,8%), a maioria em trabalho precário, numa linha de especialização por género: os homens mais na construção civil, as mulheres mais em serviços de limpeza. As domésticas representam 2,5% do total de residentes. Os estudantes correspondem a 28,0%. O número de reformados/pensionistas é de 11,0%, valor inferior ao relativo à população idosa residente. Existe uma elevada taxa de desemprego (17,0%), sobretudo em situação de desemprego prolongado. A pobreza afeta muitas famílias sendo muito elevado o número de famílias que beneficia de Rendimento Social de Inserção. Existe ainda uma faixa da população não ativa por se encontrar em situação de reclusão” (p.248).

3.1.2 População-alvo

O foco de intervenção teve como grupo-alvo dos cuidados de enfermagem a comunidade residencial do bairro municipal da Outurela, incluído na área geodemográfica da USP LOO.

Tiveram preponderância no projeto em causa as variáveis sociodemográficas identificadas anteriormente, quer para a seleção das técnicas e procedimentos de colheita de dados, quer para a seleção de estratégias e intervenções.

3.1.3 Técnicas e procedimentos de recolha de dados

Num contexto de pandemia, dando resposta a um surto de doença, é necessário traduzir rapidamente as informações locais para a prática o que nem é sempre possível porque requer um conjunto de habilidades específicas que pode faltar numa resposta a um surto de doença (Laverack, 2018).

Assim, o objetivo da fase diagnóstica foi obter uma visão rápida sobre os fatores que causam o risco para a transmissão da doença COVID-19 no bairro, os problemas/necessidades da comunidade, bem como conhecer sobre o conhecimento, a atitude e as práticas da comunidade no âmbito da transmissão.

As técnicas e procedimentos de colheita de dados teriam de estar imbuídos de um carácter holístico e deviam incluir uma análise de fenómenos que se desenvolvem no terreno, em ambiente genuíno e concreto. Segundo Pender et al., (2015) intervenções eficazes de promoção de saúde devem ser feitas com base na avaliação do ambiente social de uma comunidade, bem como fatores sociais, físicos e ambientais.

Não sendo possível investigar todos os sujeitos e acontecimentos desta realidade considerou-se que o método de observação descritiva, analítica e entrevistas a informadores-chave da comunidade permitiriam a inserção no terreno e a compreensão deste fenómeno.

Assim, como estratégia diagnóstica optou-se pela abordagem de conhecimento, atitude e prática (KAP); K – knowledge; A – attitude; P – pratic surveys, que pode ser usada para promover e avaliar o conhecimento, atitude e práticas ou comportamentos de indivíduos-alvo; grupos; e comunidades (Laverack, 2018), usando técnicas multiformes de produção de dados (observacionais descritivos - técnica de para-brisa e técnica de caminhada, e analíticos por observação participante), sendo a análise complementada através de entrevistas a informadores-chave.

Com base no referencial que temos vindo a discutir e a apresentar, sobressaíram as seguintes dimensões: Que fatores determinam o risco em saúde nesta comunidade? Que necessidades expressas? Que conhecimentos têm as pessoas das medidas preventivas? Que crenças têm acerca da COVID-19 que originou esta pandemia? Que práticas de saúde dos residentes do bairro relativas à transmissão da doença?

Assim, para esta etapa do planeamento delinearam-se os seguintes objetivos:

- Compreender os fatores de vulnerabilidade associados à transmissão da COVID-19 na comunidade do bairro da Outurela;
- Identificar as principais necessidades sentidas da comunidade relacionadas à transmissão da COVID-19, no período da pandemia;
- Caracterizar os conhecimentos da comunidade sobre as medidas preventivas e de saúde pública para minimizar a transmissão da COVID-19;
- Caracterizar crenças da comunidade sobre a COVID-19;
- Caracterizar as práticas de saúde da comunidade do bairro relacionadas com as medidas veiculadas.

3.1.3.1 Pesquisa de dados epidemiológicos

Tendo por objetivo um melhor conhecimento sobre a temática em estudo e com vista a intervir ao nível da saúde de comunidades, procedeu-se desde o início ao conhecimento da situação do ponto de vista epidemiológico. Este processo é especialmente importante para a construção e aperfeiçoamento das técnicas e instrumentos a aplicar e não ficou restrito às entidades oficiais portuguesas tendo-se procedido à recolha de dados constantes em estudos, estatísticas e conteúdos especificamente sobre a pandemia da COVID-19. A nível local procedeu-se à consulta e análise dos boletins e avaliação epidemiológica COVID-19 da USP LOO. Segundo os Boletins Epidemiológicos e concretamente o nº. 184 COVID-19 da USP LOO até ao dia 17.09.2020 emergia uma dimensão territorial e especialmente a freguesia de Carnaxide registava o maior número de infeções de COVID-19. Tal concentração sugeriu a ocorrência de surtos em bairros sociais. Ficou ainda evidente, logo no início do estágio, aquando a realização de inquéritos epidemiológicos, que as comunidades residentes em bairros sociais apresentam fatores de vulnerabilidade face à pandemia, onde manter o isolamento social e reforçar hábitos de higiene são tarefas difíceis de serem cumpridas; porque várias pessoas e

famílias moram e partilhem a mesma casa; pelas condições socioeconómicas e trabalho precário, e ainda por terem baixos níveis de escolaridade, o que imediatamente nos motivou.

3.1.3.2 Pesquisa de conhecimento, atitude e prática (KAP) – Levantamento rápido

Uma pesquisa KAP pode ser projetada para fornecer um estudo representativo de uma população reunindo informações sobre o que é conhecido (conhecimento), acreditado (atitude) e feito (prática) em relação a um tópico de saúde específico, como por exemplo a lavagem das mãos (Laverack, 2018).

Num surto de doença infecciosa, o primeiro inimigo é o tempo (Laverack, 2020a). Os levantamentos rápidos KAP são um meio conveniente para adquirir informações confiáveis, "rápidas e imbuídas" no campo. O objetivo é reunir informações rapidamente, entrevistando o mínimo possível de pessoas ou famílias, fornecendo dados quantificados de forma confiável em um curto espaço de tempo (Laverack, 2018).

Valorizou-se o contacto direto com a população local através de uma diversificação de estratégias e técnicas, o que constitui um dos traços distintivos de trabalhar com a comunidade. Importou ainda considerar que o melhor preditor comportamental é a frequência do mesmo.

3.1.3.3 Métodos observacionais: observação descritiva e analítica

As observações descritivas referem-se a quem, o quê, onde e quando em relação a um evento relacionado à saúde. Na prática, os métodos de observação envolvem sistematização, observação detalhada de comportamento e fala, assistindo e registrando o que as pessoas fazem e dizem. Isso pode envolver fazer perguntas e analisar documentos (Laverack, 2018).

Nesta pesquisa, o trabalho centrado na observação decorre fundamentalmente em duas dimensões. Uma primeira e a inicial, que teve por enfoque a descrição da comunidade decorrentes da observação direta no bairro selecionado, com um especial interesse para o espaço público, os espaços associativos, a rua, através da técnica de par-brisas de caminhada (Stanhope e Lancaster, 2011), descrita no Apêndice III. O espaço físico, enquanto espaço de inscrição das práticas sociais, constitui um vetor importante para compilar e analisar o conjunto de dados na apreciação de saúde da comunidade.

Segundo Stanhope e Lancaster (2011) as *observações para-brisas* são tipicamente utilizadas para produzir dados sobre a comunidade, de uma forma breve e sumária. O enfermeiro, numa deslocação de carro, ou em transportes públicos, observa muitas dimensões da vida e do ambiente de uma comunidade. As características comuns das pessoas na rua, os pontos de encontro dos vizinhos, o ritmo de vida, a qualidade das habitações e o enquadramento geodemográfico, podem ser rapidamente observados.

Stanhope e Lancaster (2011) recomendam que se fizer uma observação para-brisas como parte da identificação da comunidade deslocar-se duas vezes: *uma durante o dia quando as pessoas estão no trabalho e as crianças na escola, e uma segunda vez à noite depois do trabalho ter terminado e a escola ter fechado* (p.370).

Longe de ser a técnica de observação mais significativa nesta pesquisa revelou-se importante quando se tratou fundamentalmente de aferir certas dimensões da transmissão da COVID-19 no espaço físico e ambiente social do bairro, visando a possibilidade de observar rotinas e momentos do quotidiano. De modo muito particular, evidenciou-se a importância atribuída ao espaço público, sobretudo a rua, os cafés, os estabelecimentos comerciais, e aos fenómenos aí originados numa perspetiva que a destaca como lugar fulcral para a transmissão da COVID-19.

Uma outra técnica de observação, analítica, participada, foi feita através da integração nas visitas conjuntas do Contratos locais de Segurança (CLS) voltada para a recolha de informação junto das pessoas do bairro, em espaço público, em estabelecimentos comerciais, em associações, em escolas localizados no bairro permitindo também uma maior permanência no terreno e ligação às pessoas.

Para a integração nas visitas dos CLS no território com a PSP e a Polícia Municipal foi solicitada formalmente a colaboração da CMO, através de um pedido por correio eletrónico. Deste pedido resultou uma resposta positiva imediata e foi demonstrado o maior interesse na possibilidade de integrar as visitas (Anexo II).

A tipologia CLS de Oeiras é especificamente vocacionada para as zonas urbanas de risco social e muito direcionada para a prevenção e repressão da criminalidade e dos comportamentos de risco em Bairro de intervenção, e especificamente no Bairro da Ourela (CMO, 2020). O objetivo geral do CLS de Oeiras é a redução de vulnerabilidades sociais, a prevenção da delinquência juvenil e a eliminação dos fatores criminógenos que contribuem para as taxas de criminalidade identificadas nos territórios de intervenção (CMO, 2020). O observador como “participante” é essencialmente

conseguido por via de uma interação com os entrevistados, sem relacionamento duradouro baseado em longa observação (Laverack, 2018).

A observação participante foi da maior relevância, com base numa prática de imersão no terreno, que engloba contactos e conversas que se revelaram adequados para a captação dos acontecimentos e das práticas locais. A captação no terreno entre quem recolhe dados e quem vive nesse terreno, e a que se pretende também aceder, é uma das marcas da observação participante.

Depois do olhar nas visitas teve de emergir a escrita. A recolha dos dados foi sendo feita em registos e notas de campo. Procedeu-se a registos, para inventariar o que de significativo se observou, como intenção de fixar os detalhes e os pormenores.

É vital que as observações sejam sistematicamente registradas e analisadas (Maio e Pope 1995 cit. por Laverack, 2018), e na medida do possível, o entrevistador pretende registrar exatamente o que aconteceu (Laverack, 2018).

Na observação participante, foi a própria mestranda o instrumento principal da observação, num contacto direto, com a comunidade no seu contexto. Esta observação é uma técnica de recolha de dados qualitativa adequada porque se desejava compreender um meio social que nos era exterior e assim permitiu integrar progressivamente nas atividades das pessoas que nele vivem (Boutin et al., 2008). A observação por períodos de tempo no terreno exige um volume de informação considerável, do qual só uma parte reduzida, eventualmente até bastante reduzida, acaba por ser usada nas produções finais da recolha de dados. A recolha de dados foi efetivada no período de 26 de setembro a 30 de outubro de 2020.

3.1.3.4 Abordagem qualitativa por entrevistas a informadores-chave

Foi utilizada a técnica de informadores-chave que, segundo Tavares (1990), consiste numa entrevista realizada aos elementos considerados conhecedores dos problemas da comunidade. Como elo de ligação entre os informadores-chave e a mestranda, contou-se com o apoio da Sra. Enfermeira Orientadora. Pela sua inserção no meio e conhecimento da realidade, os entrevistados representam parceiros privilegiados e representantes de instituições locais com uma intervenção próxima da comunidade.

Foram realizadas entrevistas semidirectiva, por intencionalidade e conveniência a um grupo de cinco informadores-chaves, constituído por uma enfermeira que exerce funções na comunidade, o pároco da comunidade, dois técnicos superiores de serviço social e

diretores técnicos de instituições que operam no bairro e técnico superior de serviço social da Junta de Freguesia local.

Para a entrevista, elaborou-se um guião de entrevista semidiretivo (Apêndice IV), construído por questões abertas, neste caso dirigido concretamente à identificação de fatores que causam o risco de transmissão da COVID-19, cujo conteúdo suporta uma melhor compreensão dos fatores que determinarão a intervenção comunitária, aos conhecimentos da comunidade sobre as medidas preventivas da COVID-19 (medidas de proteção para interrupção da transmissão, distanciamento entre pessoas, utilização de equipamento de proteção, higiene pessoal e higiene ambiental) e informação relativas a crenças sobre a COVID-19.

O uso de entrevistas não estruturadas com informantes-chave permite identificar o tema principal do estudo no contexto cultural específico (Laverack, 2018).

A entrevista caracteriza-se pelo contacto direto, neste caso, entre a mestrandia e os seus interlocutores e pela pouca directividade por parte daquele (Quivy e Campenhoudt, 2005) gerando descrições espontâneas e ricas.

A construção estrutural da entrevista teve por base a revisão bibliográfica, apreciada posteriormente pela Sra. Enfermeira Orientadora, que funcionou como perita.

O guião de entrevista serviu de fio condutor para que a entrevista se mantivesse no rumo que se pretendia para obter a informação necessária e foi dividido em quatro temas: fatores, necessidades expressas, conhecimentos/crenças e recomendações.

No primeiro tema pretendemos obter informação sobre qual a opinião dos entrevistados no que concerne aos fatores que causam o risco de transmissão da doença, no segundo sobre a perceção das necessidades sentidas da comunidade quanto à transmissão da COVID-19. No terceiro patamar, pretendemos obter dados relativamente aos conhecimentos das medidas preventivas na transmissão da doença COVID-19. Pretendíamos obter informação se a comunidade tem conhecimento sobre o tipo de medidas de proteção para evitar o contágio e propagação da doença. Por fim, pediu-se aos entrevistados que indicassem propostas de intervenção efetivas de modo a alcançar a melhor intervenção. O que poderá ser feito e que recomendações deixariam para melhorar a intervenção.

Para a validação do instrumento de recolha de dados foi realizado um pré-teste, aplicado a um participante com as mesmas características dos entrevistados. A realização do pré-teste teve como objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento, bem como a compreensão semântica das questões, o tempo necessário à sua aplicação e

extensão do mesmo. Durante a entrevista, a entrevistada foi convidada a fazer comentários sobre as questões, estrutura do formulário e linguagem utilizada, tendo existido a necessidade de alterar a versão inicialmente desenvolvida.

A participante na realização do pré-teste foi selecionada através da rede de contatos profissionais da Sra. Enfermeira Orientadora.

As entrevistas podem ser gravadas manualmente ou usando um gravador (Laverack, 2018). As entrevistas envolveram a recolha de dados através da conversação com os participantes e a escrita das suas respostas foi registada manualmente.

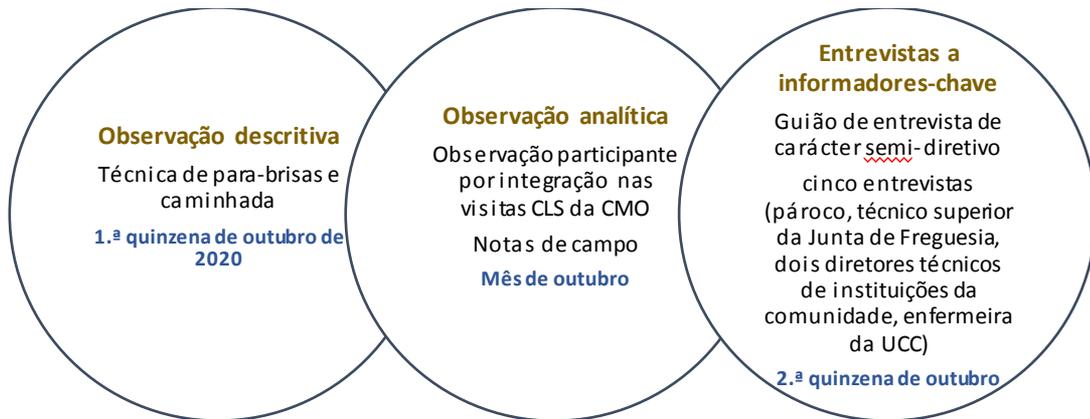
No contexto de pandemia que atravessávamos, as entrevistas foram levadas a cabo da forma possível, presencialmente, por videochamada e/ou por telefone. Quatro das entrevistas foram realizadas presencialmente. Uma entrevista foi realizada online.

Antes de qualquer entrevista, foi feito um primeiro contacto via telefone e/ou email com a apresentação do projeto, a razão pela qual o interveniente foi escolhido para participar e o convite para a sua colaboração.

Foi fornecido aos entrevistados o termo de consentimento informado (Apêndice V) com a apresentação dos objetivos do estudo e garantia de confidencialidade. Realizaram-se cinco entrevistas semiestruturadas a cinco participantes informadores-chave do bairro, de duração aproximada de trinta minutos. As entrevistas começaram desta forma: *esta entrevista é sobre (o assunto) no seu contexto cultural. Pode contar-me sobre as suas experiências, sobre o que acha que isso significa e como funciona nas suas comunidades?* (Laverack, 2018). As preocupações com a validade foram compensadas pedindo aos entrevistados que dessem ênfase às razões e exemplos para as suas avaliações, por exemplo, fornecendo um breve relato da história e do contexto das conclusões alcançadas (Bell-Woodard et al. 2005, cit. por Laverack, 2018).

Estes instrumentos permitiram reunir um conjunto de dados cujo objetivo último é o de identificar um conjunto de problemas, conducentes à determinação de um conjunto de necessidades de enfermagem que permitiram a definição de um enunciado diagnóstico. Estas interações podem ser representadas de forma esquemática:

Figura 2. Representação esquemática das técnicas e procedimentos de recolha de dados



3.1.4 Análise dos dados e principais resultados

Após a recolha dos dados, a informação foi submetida a uma análise categorial temática. Segundo Laverack (2018) o procedimento recomendado para uso em campo é um método simples de recortar e colar. É uma técnica que é rápida e económica para pequenas quantidades de dados. As informações, que estão disponíveis na forma de campo escrito ou impressas em notas e entrevistas transcritas, passam por um processo de desagregação e de voltar a agregar usando as seguintes etapas: 1) O processo de desagregação começa quando são feitas cópias do original das notas de campo. As cópias são usadas para identificar um sistema de classificação para as categorias principais de discussão. As categorias são identificadas no texto usando cores para destacar a sua presença no texto. 2) Uma vez que o código de cores está completo, o texto marcado é “cortado” e classificado em arquivos que foram marcados um para cada categoria. As categorias irão formar os títulos da discussão das conclusões. 3) O processo de voltar a agregar acontece relendo cada arquivo de categoria para analisar o conteúdo no seu novo contexto ao lado de informações da mesma natureza. Novos *insights* e confirmações começam a surgir e a estrutura das conclusões a ser formada.

A interpretação dos dados foi feita segundo um processo indutivo que conduziu ao agrupamento das respostas obtidas por referência à observação e às questões propostas no guia das entrevistas, e foi estabelecido um sistema de categorias para agrupar os dados.

Os dados analisados foram apresentados de forma diagramática, tabular e narrativa, e a totalidade dos dados é apresentada no apêndice VI.

Da análise dos dados recolhidos consideraram-se as seguintes categorias: práticas de medidas preventivas, conhecimentos, atitudes-crenças, necessidades, fatores de vulnerabilidade e abordagem de promoção de saúde.

Decorrente da análise dos dados obtidos e da avaliação multicausal no processo de tomada de decisão clínica do enfermeiro identificaram-se problemas e necessidades.

Os problemas/necessidades determinados após diagnóstico de situação, com recurso aos dados, foram assim agrupados pelas áreas:

Figura 3. Esquematização dos problemas/necessidades identificados.



3.1.5 Diagnósticos de enfermagem

Os problemas/necessidades identificados levam aos diagnósticos de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem realizados ao grupo-alvo de intervenção em que assenta este projeto de intervenção referem-se a:

- Conhecimento sobre distanciamento social não demonstrado.
- Conhecimento sobre utilização de equipamento de proteção - uso de máscara não demonstrado.
- Conhecimento sobre higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória não demonstrado).
- Higiene ambiental (limpeza, desinfecção doméstica, lavagem de roupas, tratamentos resíduos) não demonstrados.
- Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometidas.
- Participação comunitária ineficaz por dificuldades de articulação com recursos comunitários.

Os diagnósticos formulados são esquematizados na tabela seguinte. Recorreu-se à CIPE®, versão 2.0 (ICN, 2015). A definição de conhecimento proposta pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2015, p.47) é “conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação aprendida ou competência, conhecimento e reconhecimento da informação”.

Quadro 2. Formulação diagnósticos de enfermagem

<i>Resposta da comunidade residencial do bairro da Outurela/Foco de atenção principal</i>	<i>Dimensões de diagnóstico (subdiagnósticos)</i>	<i>Crítérios de diagnóstico</i>	<i>Sinais documentados e sintomas manifestado por (observações, manifestações do diagnóstico, deduções mensuráveis)</i>
<i>Processo de tomada de decisão</i>	Conhecimentos sobre distanciamento social	Conhecimentos não demonstrados	Resultado da observação e avaliação feita na comunidade Perceções dos informadores-chave
	Conhecimentos sobre utilização de equipamento de proteção - uso de máscara	Conhecimentos não demonstrados	Resultado da observação e avaliação feita na comunidade Perceções dos informadores-chave
	Conhecimentos sobre higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória)	Conhecimentos não demonstrados	Resultado da observação e avaliação feita na comunidade Perceções dos informadores-chave
	Higiene ambiental (limpeza, desinfecção doméstica, lavagem de roupas, tratamentos resíduos)	Conhecimentos não demonstrados	Perceções dos informadores-chave
	Crenças sobre suscetibilidade à infeção	Crenças comprometidas	Resultado da observação e avaliação feita na comunidade Perceções dos informadores-chave
<i>Processo de interação com o ambiente</i>	Participação comunitária	Participação comunitária ineficaz por dificuldades de articulação com recursos comunitários.	Resultado da observação e avaliação feita na comunidade Perceções dos informadores-chave

3.2 Determinação de prioridades de intervenção de enfermagem

O processo de estabelecimento de prioridades é uma etapa fundamental do planejamento em saúde e que permite identificar os problemas prioritários a intervir numa determinada comunidade, num determinado momento.

Nesta etapa selecionaram-se os problemas de saúde que vão ser solucionados em primeiro lugar (Imperatori & Giraldes, 1993).

Em termos de critérios de decisão, foi feita com base na opinião de peritos, nomeadamente da Sra. Enfermeira Orientadora, Mestre e EEECS.

Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que na definição de prioridades temos de considerar pelo menos dois elementos: o horizonte temporal do plano e a área de programação. Para hierarquizar os problemas de saúde recorreu-se à utilização dos três critérios clássicos (Imperatori e Giraldes, 1993): a magnitude (importância ou tamanho, dimensão), a transcendência (importância segundo os diferentes grupos etários) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção ao conhecimento da relação entre os problemas e os fatores de risco). Os critérios para a definição de prioridades foram baseados na proposta adaptada à enfermagem conforme Melo (2020b), como se pode apreciar no quadro seguinte.

Quadro 3. Proposta de ponderação nos critérios magnitude, transcendência e vulnerabilidade adaptada à enfermagem (Melo, 2020b).

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
Nunca observado/referido – 0	A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros problemas – 0	A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção – 0
Observado/referido poucas vezes – 1	A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros problemas – 1	A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção – 1
Observado/referido algumas vezes – 2	A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros problemas – 2	A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção – 2
Observado/referido muitas vezes - 3	A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros problemas - 3	A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção – 3

De seguida, construiu-se uma grelha de ponderação a partir dos critérios identificados para os diagnósticos de enfermagem apurados no contexto, conforme consta no quadro seguinte:

Quadro 4. Grelha de ponderação para priorização dos diagnósticos de enfermagem

	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Ordem de prioridade- total
Ponderação (1-3)				
Diagnóstico				
Conhecimento sobre distanciamento social não demonstrado.	3	3	3	9
Conhecimento sobre utilização de equipamento de proteção - uso de máscara não demonstrado.	3	3	3	9
Conhecimento sobre higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória) não demonstrado.	2	3	3	8
Higiene ambiental (limpeza, desinfeção doméstica, lavagem de roupas, tratamentos resíduos) não demonstrado.	1	3	3	7
Crenças sobre suscetibilidade à infeção comprometida.	3	2	2	7
Participação comunitária ineficaz por dificuldades de articulação com recursos comunitários.	2	2	1	5

Na análise considerou-se muito objetivamente o peso para o item da magnitude.

Na transcendência, considerou-se que, pela relação entre as várias dimensões, a intervenção nuns diagnósticos interfere nos outros.

Na vulnerabilidade, considerou-se que a efetividade do resultado nos conhecimentos é mais dependente da intervenção de enfermagem do que as crenças e atitudes, que dependem muito de experiências anteriores. Os conhecimentos são mais facilmente modificados com intervenções do tipo “Ensinar” ou “Informar” (Thompson, 1992, cit. por Melo, 2020b). Como tal, atribuiu-se maior score aos diagnósticos de conhecimentos e menor score às crenças e atitudes.

Os diagnósticos prioritários estão identificados sombreados a amarelo na tabela anterior e foram três, tendo em conta o tempo salvaguardando os recursos que disponibilizávamos e estão afetos à ambição de chegar às pessoas da comunidade do bairro para melhorar os conhecimentos de três medidas preventivas chave quanto à COVID-19.

3.3 Fixação de objetivos

Os objetivos estão centrados nos diagnósticos e alicerçados num potencial indicador de resultado que nos oriente para a melhoria do estado de saúde da comunidade.

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existem no contexto da definição de objetivos, várias categorias de objetivos: finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas (Melo, 2020b). Tendo em conta o conhecimento do contexto e face à problemática, foi traçada a finalidade, o objetivo geral e três objetivos específicos.

Assim, como finalidade, esperamos que este projeto de intervenção traga contributos que promovam a literacia em saúde, na área das medidas preventivas da COVID-19, no bairro da Outurela, em tempos de pandemia. Com base nos pressupostos enunciados, foi determinado para a intervenção comunitária o seguinte objetivo geral:

- Capacitar a comunidade do bairro da Outurela para aquisição de conhecimento no âmbito das medidas preventivas da COVID-19.

Decorrentes do objetivo geral elaboraram-se três objetivos específicos:

- Melhorar o conhecimento da comunidade relativamente ao distanciamento social.
- Melhorar o conhecimento da comunidade relativamente ao equipamento de proteção (uso de máscara).
- Melhorar o conhecimento da comunidade relativamente à higiene pessoal (lavagem das mãos).

Com vista a propor a monitorização e posterior avaliação apresenta-se de seguida um quadro, com os indicadores e as metas para cada um dos objetivos específicos.

Quadro 5. Plano geral de objetivos, metas e indicadores do projeto de intervenção em enfermagem

Objetivos específicos	Meta	Indicadores de avaliação
Melhorar os conhecimentos da comunidade relativamente ao distanciamento social	Que a maioria das pessoas presente na sessão seja capaz de identificar pelo menos uma recomendação sobre distanciamento social	Caracterização qualitativa da participação/expressividade do grande grupo - respostas corretas às questões finais da sessão
Melhorar os conhecimentos da comunidade relativamente ao uso de equipamento de proteção - uso de máscara	Que a maioria das pessoas presente na sessão seja capaz de identificar pelo menos uma recomendação na utilização de equipamento de proteção - uso de máscara	Caracterização qualitativa da participação/expressividade do grande grupo - respostas corretas às questões finais da sessão
Melhorar os conhecimentos da comunidade relativamente à lavagem das mãos	Que a maioria das pessoas presente na sessão seja capaz de identificar pelo menos uma recomendação sobre higiene pessoal (lavagem das mãos)	Caracterização qualitativa da participação/expressividade do grande grupo - respostas corretas às questões finais da sessão

3.4 Seleção de estratégias

Depois de os dados terem sido analisados, os diagnósticos enunciados e priorizados e os objetivos definidos, chegou o momento de considerar as estratégias para dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados e que irão promover a saúde da comunidade, considerando os recursos existentes.

A seleção de estratégias é a quarta etapa do processo de Planeamento em Saúde. Imperatori e Geraldles (1993) definem a seleção de estratégias como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos.

Ainda para estruturarmos de forma sustentada e refletida o presente projeto procurámos, ao longo de todo o processo de planeamento, identificar respostas às seguintes questões: (1) Quais as estratégias adotadas em programas/projetos com objetivos semelhantes (2) Existem estratégias recomendadas no âmbito da intervenção em ambiente comunitário diante de surtos disseminados de doença transmissível?

Considerou-se que a estratégia preferencial para responder aos problemas/necessidades de saúde identificados fosse a Educação para a Saúde (EpS), sob influência dos princípios orientadores da comunicação de risco em contexto de crise.

Segundo a OMS (1998) a EpS compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a

melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida, favoráveis ao indivíduo e comunidade.

A fim de evoluir na estratégia selecionada, foi percorrida a sequência de ações embebidas no processo educativo: (1) identificar necessidades educativas; (2) estabelecer finalidades e objetivos; (3) selecionar os métodos educativos adequados; (4) desenhar e implementar o plano educativo; (5) avaliar os efeitos do programa educativo na aprendizagem e no comportamento (Stanhope e Lancaster, 2011). E neste sentido, os critérios diagnósticos associam-se à dimensão da aprendizagem cognitiva (conhecimento e/ou aprendizagem de habilidades) e claro que a identificação e percepção do risco tornou-se passível de acontecer perante um apelo à consciência crítica. A sessão de educação foi desenhada na suposição de que antes de as pessoas mudarem o seu estilo de vida devem primeiro compreender os fatos básicos sobre um determinado problema de saúde, adotar atitudes-chave e aprender um conjunto de competências (Laverack, 2017).

Assim, numa lógica simples de que determinado comportamento leva a um problema de saúde conseguem-se resultados quantificáveis num curto espaço de tempo, para lidar com problemas de saúde de alta prevalência (Laverack, 2017).

A montante está o essencial: pretende-se educar a comunidade, no foco da precaução da segurança que contribui para minimizar a transmissão da COVID-19, no âmbito das medidas preventivas, visto os conhecimentos identificados serem passíveis de mudança através de intervenções ao nível primário de prevenção.

3.5 Preparação operacional

A quinta etapa é a preparação operacional, que é propriamente a intervenção comunitária onde se coloca em prática tudo o que se planeou.

É a etapa de planear operacionalmente a execução e que poderá estar organizada em programas¹² ou projetos¹³ (Imperator & Giraldes 1993, Tavares, 1990).

¹² Um programa é definido como um conjunto de atividades que contribui para a execução de uma estratégia (Tavares, 1990).

¹³ Um projeto é um conjunto de atividades que visa contribuir para a execução de um programa ou de um plano e que decorre num período de tempo bem delimitado (Tavares, 1990; Durán, 1988), visando alcançar um resultado específico (Imperator & Giraldes 1993).

A fim de alcançar maior proporção em termos de população abrangida, e considerando a interação social, a proximidade entre membros da comunidade em grupos que podem ter uma representatividade considerável nos cultos (DGS, 2020c), a igreja paroquial do bairro foi considerada o local privilegiado em colaboração com o líder religioso, detentor de confiança por parte da comunidade, pela sua proximidade particularmente no dia-a-dia. Nola Pender enfatiza a participação dos líderes comunitários quando diz que permitem a apropriação da comunidade (Pender et al, 2015).

Como tal, o conjunto das atividades equacionadas e marcantes para o cumprimento dos objetivos definidos foram os seguintes:

- Identificação de parceiros e pessoas chave (*microinfluenciador*) na comunidade.
- Apresentação para validação da proposta pela enfermeira orientadora.
- Realização de reuniões com o líder religioso para conceção e programação das atividades.
- Seleção de local acessível e horário conveniente.
- Anúncio e divulgação das sessões junto da comunidade pelo pároco e apresentação das intervenientes na missa anterior à data estipulada.
- Preparação da sessão (na perspetiva de corresponder às necessidades e adequação ao grupo-alvo de intervenção) incluindo o plano de sessão com seleção de ferramentas educativas (“histórias de vida”, cartolinas símbolos).
- Proposta para o desenvolvimento de duas sessões para diferentes grupos etários.
- Mobilização de princípios de comunicação de risco em contexto de crise na qual constam as medidas e recomendações a adotar.
- Desenvolvimento da sessão de educação para a saúde.
- Realização de momento ao ar livre no período após a sessão, no átrio da Igreja, que reforce a proximidade com a comunidade e incentivo a se expressar.

As sessões foram planeadas (Apêndice VII) e realizadas pela autora, com a colaboração e participação da enfermeira orientadora. As sessões foram dinamizadas no final da missa dominical da igreja paroquial no bairro. Tendo tudo isto em conta, as sessões foram agendadas e articuladas com o líder religioso e foram disponibilizados dois momentos de contato com a comunidade no contexto da missa de domingo. Posto isto, as sessões decorreram no dia 6 de dezembro de 2020 e afluíram às missas cerca de 175 pessoas no dia, as quais permaneceram e participaram nas sessões.

As sessões educativas obedeceram aos princípios de formação eficazes (Stanhope e Lancaster, 2011): (1) enviar uma mensagem clara; (2) selecionar o modelo de aprendizagem mais adequado; (3) criar o melhor ambiente de aprendizagem possível; (4) organizar experiências de aprendizagens possíveis; (5) envolver o educando numa aprendizagem participativa e (6) avaliar e proporcionar *feedback* objetivo.

O *Toolkit de comunicação para profissionais de saúde* da DGS (2021) constituiu igualmente um guião perfeitamente alinhado com a operacionalização das sessões.

Com um sentido integrador e esquemático elaborou-se um quadro de inter-relação das atividades a serem desenvolvidas com o *quem, quando, onde e como* as atividades foram concretizadas.

Foram tidas em conta as características próprias do grupo alvo de intervenção, a adequação de métodos e técnicas a utilizar e os recursos existentes. Tomou-se a decisão de que a oralidade predominasse, com reforço final de mensagens-chave. Como na tradição oral a memorização, apreensão e transmissão de conhecimentos estão intrinsecamente vinculadas às práticas quotidianas, é importante que na ação comunicativa sejam usados instrumentos e formas de comunicação que estejam o mais próximo possível da realidade cultural (Lima et al, 2017). A produção de conteúdos teve por base as melhores práticas, adaptadas ao contexto, a personalização dos formatos e conteúdos de comunicação, a garantia da confiança na informação prestada com clareza e transparência, comunicando riscos, evitando a desinformação, assegurando a adesão às medidas preventivas (DGS, 2020g). A comunicação foi clara, compreensível, positiva, recordável e credível (DGS & Ordem dos Psicólogos, 2020, DGS 2020l).

Quadro 6. Preparação da execução para a sessão de educação para a saúde

Atividade	Sessão coletiva de educação para a saúde.
Quem	Mestranda.
Quando	6 De dezembro de 2020.
Onde	Igreja Paroquial.
Como	Presencialmente. Usando informação geradora de conhecimento. Através de estratégias de exploração reconstrutiva, com utilização de pequenas histórias. Usando cartolinas símbolos. Usando os princípios-chave da comunicação de risco em contexto de crise.
Objetivos (que se pretendiam com a sessão)	Conseguir que a comunidade do bairro da Outurela melhore os seus conhecimentos e adquira atitudes e comportamentos adequados face a três medidas preventivas da COVID-19: o distanciamento social, o uso da máscara e a lavagem das mãos.
Avaliação de atividade e resultado conjunto	Realização das sessões planeadas. Por “observação desarmada”.

A sessão teve quatro blocos temáticos, num alinhamento lógico, adaptada à realidade comunitária e ao contexto igreja em que foi aplicada. Na breve introdução a homília do Papa Francisco foi apurada para conquistar a ligação à audiência, através do seu parafraseado: *o que me apetece fazer? (...) A opção diária situa-se aqui: escolher entre o que me apetece fazer e o que me faz bem* (Apêndice VIII).

O bloco central do desenvolvimento foi vinculado ao que é o coronavírus e à forma como se transmite para fundamentar e encorajar a adoção das três medidas-chave para diminuir o contágio. Medida 1 – distanciamento social; medida 2 – uso de máscara; medida 3 – lavagem das mãos. Recorreu-se à exibição concomitante de cartolinas ilustrativas, aquando o discurso, servindo de suporte das recomendações, na assunção de que “uma imagem vale mais que mil palavras” (DGS, 2020l). Entendeu-se que a compreensão de temas simples ajudaria os participantes a compreender as mudanças necessárias e ainda influenciaria um fluxo livre de troca da informação na comunidade.

Para honrar os participantes como clientes, no último ponto de desenvolvimento, partiríamos das suas experiências e apresentaríamos resumidas histórias da vida do dia-a-dia (Apêndice X), utilizando-se exemplos práticos e demonstrando-se ações (ex. colocação e remoção da máscara, lavagem das mãos em cinco passos). A informação

contida nas histórias foi orientada para a decisão e para ação. Quis-se ainda tornar a informação pessoalmente relevante, envolvendo todos no conceito de responsabilidade social: “o problema de um é o problema de todos (DGS, 2020).

3.5.1. Recursos

Os recursos necessários implicaram a disponibilidade da Sra. Enfermeira Orientadora no período em que se desenvolveu o estágio, a disponibilidade do Sr. Pároco no dia de anunciar as sessões e no dia de desenvolvimento das sessões, a disponibilidade do auditório da igreja do bairro e a preparação e elaboração das sessões.

3.6 Avaliação

A sexta e última etapa componente do planeamento é a avaliação. Para Imperatori e Giraldes (1993) avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar.

A avaliação engloba os indicadores de impacto ou resultado e os indicadores de execução ou atividade (Tavares, 1990) e serão esses os utilizados neste trabalho, determinados pela realidade e espaço em que se enquadrou o projeto.

Foram definidos para avaliação do projeto indicadores de execução e indicadores de impacto a curto prazo. Os indicadores de execução ou atividade definidos foram:

- Nº de sessões realizadas/nº de sessões previstas × 100
 $2/2 \times 100 = 100\%$. Foram realizadas 100% das sessões programadas. Atingido, as sessões planeadas foram executadas.
- Divulgação da sessão – atingido. As sessões de educação para a saúde foram anunciadas pelo pároco nas missas dos dois domingos anteriores.
- Que pelo menos 100 pessoas do bairro participassem nas sessões de educação para a saúde – atingido. Teve-se uma assistência total de cerca de 175 pessoas.

A capacitação dos participantes foi veiculada a uma avaliação de impacto na qual se pretendeu qualificar a mudança de conhecimento relacionada com as temáticas apresentadas. Não foi considerada a avaliação a médio prazo atendendo ao horizonte temporal do estágio. O instrumento de avaliação utilizado foi a observação “desarmada”

(Carvalho et al., 1997 citado em Ribeiro, A, et al., 2010). Foram aplicadas três questões orais relativas a cada área de conhecimento intervencionada. Neste ponto apresentamos as estratégias para avaliação dos resultados, assim como o resultado obtido.

Quadro 7. Resultados gerais obtidos após intervenção de Enfermagem, com comparação às metas estabelecidas.

Diagnóstico antes da intervenção	Meta	Diagnóstico após intervenção	Resultado
Conhecimentos sobre distanciamento social não demonstrado	Que os participantes respondessem corretamente a pelo menos uma pergunta – respostas da maioria dos presentes	Conhecimento sobre distanciamento social demonstrado	Atingido
Conhecimentos sobre utilização de equipamento de proteção (uso de máscara) não demonstrado	Que os participantes respondessem corretamente a pelo menos uma pergunta – respostas da maioria dos presentes	Conhecimentos sobre utilização de equipamento de proteção - uso de máscara demonstrado	Atingido
Conhecimentos sobre higiene pessoal (lavagem das mãos) - não demonstrado	Que os participantes respondessem corretamente a pelo menos uma pergunta – respostas da maioria dos presentes	Conhecimento sobre higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória) demonstrado	Atingido

Face à análise dos dados, confirma-se que as atividades desenvolvidas e realizadas levaram a uma efetivação dos objetivos delineados. Houve uma contribuição positiva para a aquisição de conhecimento, no que toca às três medidas-chave.

A avaliação dos resultados, apesar de ser uma etapa simples, não deixou de apresentar dificuldades. O local e momento de realização da sessão, a estrutura da ação e as características da dimensão do grupo (grande grupo) colocaram entraves à avaliação quantitativa. As decisões para procedermos à avaliação foram tomadas dentro de uma certa limitação contextual e temporal, em condições de alguma incerteza e impossibilidade condicionadas pelo cenário pandémico, com plena consciência de que a solução ideal ou perfeita às vezes é praticamente inatingível ou até inoportuna.

Foi assim decidido que a avaliação seria de cunho qualitativo, do nível de verbalização e expressividade em grupo ao questionário oral (verdadeiro/falso) pela inxequibilidade da mesma ser quantitativa e assim os dados serem quantificados e, como tal, tratados estatisticamente.

Através da observação “desarmada” conseguiu-se observar comportamentos diretos dos participantes, tendo-se elaborado previamente uma lista de verificação de comportamentos, por via de uma *checklist* (Apêndice X). Os comportamentos a avaliar dependeram dos objetivos e do propósito de projeto (Carvalho et al., 1997 citado em Ribeiro, A, et al., 2010).

Ainda no sentido de sustentar a decisão dir-se-ia que a avaliação foi também reinvestida na ação, contextualizada, sendo uma avaliação para a “aquisição” e não “da aquisição” e assim também uma avaliação “formadora”, pois refere-se a um momento de súmula participada de sentido, que foi simultaneamente uma estratégia avaliativa e de conscientização. O *feedback* positivo dos participantes no final da sessão constitui outra forma de operacionalizar a avaliação.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ao longo do percurso acautelaram-se os pressupostos éticos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, quer na prática quotidiana, quer no desenvolvimento do projeto de intervenção na interação com parceiros comunitários, sujeitos entrevistados e com a confidencialidade dos dados.

Demonstrou-se, por parte da mestrandia um comprometimento com o trabalho e responsabilidade pessoal e profissional, enformando os referenciais legais e ético-deontológicos da enfermagem portuguesa, recorrendo-se à melhor evidência científica, orientada pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, obedecendo aos princípios da confiança, da beneficência e da não maleficência.

Os sujeitos entrevistados antes da realização da entrevista foram informados sobre qual o objetivo da mesma e foram pedidos o seu consentimento informado e a assinatura do mesmo. Aos participantes foi sempre feita a contextualização das técnicas usadas no desenvolvimento do projeto, a explicação dos procedimentos e a salvaguarda dos princípios éticos.

O modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação neste projeto está de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo. O consentimento informado garantiu o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos e informa que podem recusar ou interromper a participação no projeto em qualquer momento. Informa ainda que a sua participação é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida. As entrevistas codificadas foram guardadas, sem alusão aos sujeitos nem aos locais onde se realizaram. Os dados nunca fazem referência aos sujeitos. De reforçar, que a análise dos dados foi realizada com rigor com suporte real e veraz na recolha de dados, tendo-se procedido a uma análise isenta.

Relativamente à menção do nome do ACES e do nome da Sr.^a Enfermeira Orientadora, foi solicitado ao Diretor Executivo do ACES LOO autorização de divulgação aquando da apresentação do relatório.

Em relação ao meio de recolha e atendendo à natureza profissional do percurso formativo, e uma vez que pretendemos recolher dados para avaliação diagnóstica no contexto de prestação de cuidados de enfermagem, consideramos que não seria necessário o pedido de autorização aos responsáveis da estrutura de saúde do ACES LOO para o desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção comunitária.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualquer trabalho seria terrivelmente aborrecido se não jogássemos o jogo apaixonadamente.

Simone de Beauvoir

Esta última parte do relatório é simultaneamente um capítulo de considerações e de conclusões.

Com este relatório respondeu-se ao objetivo de revelar o percurso trilhado na UC Estágio Final e Relatório numa perspetiva de desenvolvimento de competências centrais e previstas compatíveis com o perfil do EEESCP e de mestre em Enfermagem.

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios sem precedentes. O ano de 2020 ficará para sempre marcado por esta vivência da pandemia que no tempo do estágio estava a ser particularmente grave, com o dia-a-dia muito perturbado e imprevisto.

O ano de 2020 não foi como seria de esperar. O estágio não foi como seria de esperar. Foi um ano nascido de tempos difíceis, sem grandes avisos prévios nem roteiros sobejamente conhecidos. Foram muitas as incertezas que coartam as nossas vidas e muitos os desafios profissionais que espreitaram no horizonte. Foram e são, tempos muito exigentes para os enfermeiros que pronta e assertivamente, responderam às necessidades que os desafios inerentes a estes tempos colocaram.

Também e talvez por isso o feixe específico de cuidados de enfermagem abordado no trabalho tenha recaído sobre a pandemia por COVID-19.

Estreitando a área de intervenção, o percurso incidiu numa das áreas definidas no plano nacional de resposta à doença, no âmbito das medidas de saúde pública, enquadrada na abordagem estratégica da proteção individual e distanciamento social.

Os conceitos de saúde, promoção da saúde, capacitação e literacia em saúde constituíram o enquadramento conceptual.

A pandemia tornou ainda mais evidente a importância que a promoção da saúde assume na adoção de comportamentos responsáveis que possam conter a disseminação do vírus e proteger os segmentos mais vulneráveis da população, sendo indispensável a intervenção dos enfermeiros na capacitação de grupos/comunidades, encetando as ligações necessárias e em complementaridade com outros parceiros da comunidade e outros profissionais de saúde, num determinado contexto político, económico e social (República Portuguesa, 2018).

Para fundamentar o processo adotou-se o modelo teórico de promoção de saúde de Nola Pender. À luz do modelo, identificou-se uma abordagem de promoção de saúde

destacando-se o potencial da comunidade na gestão dos seus comportamentos e os fatores que influenciam os comportamentos de saúde a partir do contexto biopsicossocial. Teve-se um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde da comunidade na conceção do diagnóstico de saúde.

Considerou-se imprescindível compreender os fatores de vulnerabilidade que estão associados à transmissão da COVID-19 e a revisão integrativa da literatura veio corroborar a identificação, a partir do conceito dos DSS, da forma como alguns grupos comunitários se tornam mais vulneráveis à COVID-19.

Foi utilizada a metodologia do planeamento da saúde, desde o diagnóstico à avaliação dos resultados.

Numa ótica de enfermagem, identificou-se o diagnóstico de saúde da comunidade, através da compilação, produção de dados e da sua interpretação. O diagnóstico de saúde foi realizado num tempo rápido, tendo sido possível uma ação em tempo útil com implementação de medidas pertinentes e resolúveis.

Conseguir penetrar na comunidade talvez tenha sido o maior desafio na etapa de apreciação e de avaliação diagnóstica.

Com este fim, utilizaram-se três métodos de recolha de dados: observação parabras/caminhada, observação participativa e entrevistas a informadores-chave.

A interação enfermeiro-comunidade esteve sempre organizada à volta de um propósito, o processo de enfermagem, que versa a resolução dos problemas identificados por via de intervenção profissional.

Em ordem à redução dos problemas identificados o presente trabalho desenvolvido realça bem os momentos da metodologia adotada: a elaboração do plano, a execução e a avaliação.

O projeto assentou na educação para a saúde, alinhado com os princípios básicos da comunicação de risco em contexto de crise.

Foram assim oferecidos cuidados num ambiente acessível, de interação com o grupo no seu ambiente natural, cara-a-cara, que tomou como objeto o processo de capacitação da comunidade, para a aquisição de conhecimento que conduzisse à adoção de medidas preventivas (distanciamento social, uso de máscara e lavagem das mãos) para conter a progressão da doença, aproveitando os recursos disponíveis.

Ficou evidenciado o contributo dos enfermeiros como educadores, numa estratégia clara e assertiva, num contexto de oportunidade e o mais possível numa intervenção massiva, no local bairro, junto das pessoas, através de duas sessões de educação para a

saúde dirigidas ao grupo-alvo, nas missas dominicais. A Igreja foi o contexto/localização ideal para a promoção da saúde.

Percebeu-se que a intervenção se configurou, antes de mais, como uma oportunidade para tornar os cuidados mais significativos para a comunidade, por via da ação profissional da enfermagem, na resposta a uma emergência de saúde, com necessidade de otimizar o processo de proteção contra a infeção no horizonte temporal devido.

Ficou reconhecido o impacto positivo da intervenção abrangendo a literacia em saúde que em doenças transmissíveis pode ter, com foco em informação-chave, dirigida a um grupo-alvo específico com adequação da mensagem.

Em termos de impacto, os resultados avaliados foram relativos ao conhecimento sobre três medidas-chave preventivas da COVID-19, o distanciamento social, o uso de máscara e a lavagem das mãos.

Perante os resultados finais, aferiu-se que o desenvolvimento deste projeto foi benéfico, dando visibilidade à prática de enfermagem, permitindo aquisição de conhecimento das três medidas-chave, por parte do grupo alvo de intervenção. Pode dizer-se que o projeto desenvolvido permitiu assegurar cuidados que melhoraram o conhecimento da comunidade do bairro para adoção das medidas preventivas da COVID-19. E ainda permitiu reforçar o trabalho comunitário com aproximação à comunidade, valorizando a cultura existente, utilizando um espaço comunitário que é a igreja, enquanto se desenvolveram e criaram sinergias de atuação conjuntas.

Ainda, face aos resultados e ao processo desenvolvido ambiciona-se sempre obter melhor, mas eles serão ponto de partida para intervenções futuras na possibilidade de adotar outras estratégias e prevendo continuar as desenvolvidas.

Por último, o presente projeto de intervenção pode fornecer um modelo de atuação em contexto e tempos de emergência e crise de saúde, tendo em conta recursos existentes.

Nesta base de ideias, acredita-se por isso, que este projeto possa vir a ser utilizado em outros cenários emergenciais de saúde. Valerá mesmo a pena pensar como podemos deixar esta experiência enriquecedora contaminar outros projetos, de como pode ser feito e repetido, na direção da saúde da população com muita atenção aos determinantes sociais.

Ainda, as vantagens e o gosto em realizar um projeto de intervenção comunitária com a Sra. Enfermeira Especialista e Mestre Isabel Correia no âmbito da USP em contexto de pandemia, constituíram uma experiência desafiante que, esperamos, vá ser continuada.

Por não se descurarem as dificuldades e limitações inerentes, apresentam-se fatores condicionantes à intervenção: o reduzido horizonte temporal, o próprio contexto de pandemia e atuais circunstâncias epidemiológicas e sociais de medidas extraordinárias aplicadas no país. Da complexidade da situação, advieram ainda a situação de incerteza, de fadiga dos profissionais de saúde, incluindo a da mestrandia. O aumento e o volume de trabalho, sob *stress*, e os aspetos emocionais influenciaram a aprendizagem e o processo de cuidados em contexto de estágio.

Pede ainda o final que se fale de desafios futuros, que podem aludir à prática de cuidados, à investigação em enfermagem e para a formação dos enfermeiros. Para a prática clínica tomamos que este projeto foi uma mais-valia para a comunidade do bairro, realçando-se a importância da continuidade do projeto, na possibilidade de alargamento a outros bairros do concelho, com o mesmo ou outros temas na área da saúde.

O projeto evidenciou um impacto positivo na promoção da saúde ao nível de uma comunidade do bairro em tempo de pandemia diante de uma doença transmissível. O busílico foi garantir a existência e o desenvolvimento de parcerias com as entidades inseridas na comunidade, peças-chave na resposta e responsabilidade aos problemas persistentes e neste caso emergentes e ameaças graves à saúde pública.

Nunca é demais salientar que na área da investigação evidenciou-se o contributo do trabalho na promoção da saúde através de um projeto de investigação -ação.

Ainda valorizando a dimensão formativa, numa fase posterior, poderão produzir-se ações de formação sobre as metodologias desenvolvidas, a nível de formação contínua. Os planos de formação em serviço devem contemplar ações previsíveis a desenvolver no âmbito dos desafios da saúde pública quanto às doenças emergentes e reemergentes, de forma a evidenciar o trabalho interdisciplinar, para fazer face aos problemas de saúde futuros e a novas crises com que a saúde venha a ter de lidar.

Não podemos terminar este relatório sem referenciar mais duas coisas: a primeira é que muito ficará por dizer, sobre uma realidade de si mesma inesgotável, mas nas reflexões apresentadas, encontrarão os seus leitores outras sugestões. A segunda é que o ano 2020 termina com a implementação da vacina contra a COVID-19 e isso é um feito que é extraordinário, radioso e esperançoso.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Para facilitar a consulta das referências bibliográficas optou-se por distribuir em seções os documentos que serviram de suporte para a elaboração deste relatório.

Livros e artigos

Alligood, M.R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th Ed.). St. Louis, MO: Mosby/Elsevier.

Almeida, C.V. & Lopes, C. (2019). *Literacia em saúde na prática*. Edições ISPA.

Arriaga, M.T (2019). Prefácio. Capacitação dos profissionais de saúde para uma melhor literacia em saúde do cidadão. IN C. Lopes & C.V. Almeida (coords.), *Literacia em saúde na prática*. 11-15. Lisboa. *Edições ISPA* [ebook].

Basto, M.L. (2001, maio-agosto). Que fazem os enfermeiros para Promover a Saúde da População? - Análise Preliminar *In Acta Paul Enfermagem* 14 (2). 19-28

Basto, M.L. (2009, novembro) – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *In Pensar Enfermagem*, 13 (2). 11-18. Disponível a partir de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23966/1/2009_13_2_1118%281%29.pdf

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra. Quarteto Editores.

Bonita, R. & Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2006, outubro). *Basic Epidemiology*. Geneva: World Health Organization. (Epidemiologia Básica [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010). Disponível a partir de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43541/9788572888394_por.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Câmara Municipal de Oeiras (2015). Plano Municipal de Oeiras para a integração de Imigrantes 2025-2017. Disponível a partir de <https://www.acm.gov.pt/documents/10181/290240/PMII+Oeiras/7643734c-614a-4562-a503-7b5e62afdb99>

- Câmara Municipal de Oeiras (2020). Contrato Local de Segurança. In Oeiras Valley. Disponível a partir de <https://www.cm-oeiras.pt/pt/viver/servicossociais/cls>
- Carta de Ottawa (1986). In 1.^a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Carvalho, M.J. L. (2010). *Do outro lado da cidade. Crianças, socialização e delinquência em bairros de realojamento* (Dissertação de Doutoramento, Universidade Nova de Lisboa, Portugal). Disponível a partir de <https://run.unl.pt>
- Chesnay, M. & Anderson, B. (2011). *Caring for the Vulnerable – perspectives in nursing theory, practice and research*. (3th edition). Boston. Jones and Barlett Publishers.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008, novembro). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*. World Health Organization. Disponível a partir de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
- Conselho de enfermagem (2001) – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. 12.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Genebra.
- Crisp, L.N. (2014). *Um Futuro para a Saúde. Todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. Disponível a partir de <https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/>
- Daltro, M., & Barreto Segundo, J. D. (2020, dezembro). A pandemia que nos mostra quem somos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 9 (1), 5-8. Disponível a partir de <https://www5.bahiana.edu.br>
- David, H.M.S.L & Acioli, S. & Silva, M.R.F. & Bonetti, O.P.V, Passo, H. (2020, dezembro). Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da covid-19? *Revista Gaúcha Enfermagem*. 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190254>

- Dias, S.T.S.G (2010). *Intervenção Comunitária em Enfermagem Num Bairro do Concelho do Seixal* (Dissertação Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Portugal). Disponível a partir de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/7510>
- Direção-Geral da Saúde (2020a). *Literacia em Saúde e a COVID-19. Plano, Prática e Desafios*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/literacia-em-saude-e-a-covid-19-plano-pratica-e-desafios-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020b), setembro). Norma nº 015/2020 - COVID-19: Rastreamentos de Contactos. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2020c, outubro). Orientação nº 029/2020 - COVID-19. Medidas de prevenção e controlo em Locais de Culto e Religiosos. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2020d, outubro). Orientação nº 35/2020 - COVID-19. Populações em Situação de Maior Vulnerabilidade Social e Económica. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2020e, janeiro). Orientação nº 001/2021 - COVID-19: Vigilância e investigação epidemiológica. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2020f). *Plano da Saúde para o Outono-Inverno 2020-21*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/PLANO-DA-SAÚDE-PARA-O-OUTONO-INVERNO-2020-21.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2020g). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2020h). *Plano de Vacinação contra a COVID-19*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de

https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2019/06/PlanoVacinacaoCovid_19.pdf

Direção-Geral da Saúde (2020h). *Princípios orientadores para a comunicação de riscos e crise, baseados na perceção de riscos – doença respiratória aguda por 2019-nCoV*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/03/Principios-Orientadores-Comunicação-Crise-2020-.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2020i). *Plano de Vacinação contra a COVID-19*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2019/06/PlanoVacinacaoCovid_19.pdf

Direção-Geral da Saúde (2020i). *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por Novo Coronavírus (COVID-19)*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2020j). *Saúde e atividades diárias. Medidas gerais de prevenção e controlo da COVID-19*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/ManualVOLUME1-1.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2020k). *Temas da saúde. Medidas preventivas*. Disponível a partir de <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/prevencao/medidas-preventivas/#sec-0>

Direção-Geral da Saúde (2020l). *ToolKit de Comunicação para Profissionais de Saúde*. Disponível a partir de https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Folheto_EstrategiasComunicacao_V3-1.pdf

Direção-Geral da Saúde & Ordem dos Psicólogos (2020). *COVID-19 – Comunicação de risco para a Saúde Pública. Informações e estratégias para decisores e mobilizadores sociais*. Disponível a partir de

https://www.ordemospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_decisores_mobilizadores.pdf

Direção-Geral de Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 10-12-2020. Disponível a partir de <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/documentos-pns/>.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Semântica da informação em Saúde*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22501/1/Semântica%20da%20Informação%20em%20Saúde%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa, Portugal. Direção-Geral da Saúde. Disponível a partir de <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde. Aspectos conceituais e operativos*. Lisboa

ERS (2020) – Informação de monitorização. Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – Período de março a junho de 2020. Disponível em <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário - uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusodidata. Loures.

Freire, C.M.A. (2013). *Viver com Qualidade: Um projeto de intervenção num bairro social*. (Relatório de estágio mestrado em Educação (área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, Universidade do Minho, Portugal). Disponível a partir de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/29237/1/Carla%20Manuela%20Ara%C3%BAjo%20Freire.pdf>

George, F. (2014, outubro). História da Gripe. 1-28. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-historia-da-gripe-pdf.aspx>

- George, F. (2019). *Prevenir doenças e conservar a saúde*. Lisboa. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- George, F. Nunes, Emília (2009, outubro). Pandemias no século XXI. *JANUSOnLine*. Disponível a partir de https://www.janusonline.pt/arquivo/2009/2009_2_6.html
- Goodman, Bunnell & Bunnell, R. & Posner, S.F (2014). What is “community health”? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*. 67, 58-61. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3.^a edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- INE (2020). Indicadores de contexto demográfico e da expressão territorial da pandemia COVID-19 em Portugal a 18 de Dezembro de 2020. Disponível a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=470299933&DESTAQUESmodo=2
- INE (2021). A mortalidade em Portugal no contexto da pandemia COVID-19. Óbitos por semana. Dados preliminares semana 1 a 52 de 2020. Disponível a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=471952633&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nursing (2019). ICNP Translations. Disponível a partir de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download/icnp-translations>
- Jorge, F. (2020, outubro). Tempos inesperados. *Idn brief*. 4. Disponível a partir de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32055/1/idnbrief_abril2020.pdf
- Last J.M. (1995). *Um Dicionário de Epidemiologia*. (2.^a Ed.). Lisboa, DEPS.
- Laverack, G. (2017, outubro). The Challenge of Behaviour Change and Health Promotion. In *Challenges* 8 (25). 2-4. Disponível a partir de <https://www.mdpi.com/2078-1547/8/2/25>
- Laverack, G. (2018). *Health promotion in disease outbreaks and health emergencies*. Boca Raton, Florida. CRC press. Taylor & Francis group.
- Laverack. G. (2020a, novembro). Envolver ativamente as comunidades para que a

- resposta ao Covid-19 seja bem-sucedida. *JustNews*. Disponível a partir de <https://justnews.pt/artigos/comunidades-e-covid19#.X6AmkzY3a1t>
- Laverack.G. (2020b, novembro). Promoção da saúde em tempo de covid-19 exige uma abordagem “bottom-up». *JustNews*. Disponível a partir de <https://justnews.pt/artigos/promocao-da-saude-em-tempo-de-covid19#.YFPrXi8qJD0>
- Le Boterf, G. (2000). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Porto Alegre. Artemed Editora.
- McCullagh, M. (2017). *Health Promotion*. In Peterson, S., & Bredow, T. (eds), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. (4th Edition). (pp. 224-234). Philadelphia: Wolters Kluwer Health - Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. *Advance in Nursing Science*. Aspen Publishers, Inc 23 (1). 12-28.
- Melo, P. (2020a, outubro). A pandemia para além da doença: a importância de medidas terapêuticas promotoras de firmeza. *JustNews*. Disponível a partir de <https://justnews.pt/artigos/a-pandemia-pelas-lentes-de-enfermeiro-prescricao-de-medidas-terapeuticas-promotoras-de-firmeza#.X58zOy8qLPA>.
- Melo, P. Silva, R. & Figueiredo, M.H. (2018, setembro). Os focos de atenção em Enfermagem Comunitária e o Empoderamento Comunitário: Um estudo qualitativo *In Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, 19. 81-90.
- Melo. P. (2020b). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa. Lidel.
- Nichiata L.Y.I. & Bertolozzi, M.R. & Takahashi, R.F. & Fracolli, L.A (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Revista Latino-américa Enfermagem*, setembro-outubro; 16(5).
- OMS (2018). *Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência* [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Disponível a partir de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Disponível a partir de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (1978). *Conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Disponível a partir de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7.^a ed.). New Jersey: Pearson
- Pinto, J. N. (2020). *Contágios - 2500 anos de Pestes*. Alfragide. Publicações D. Quixote.
- Polit, D.F., & Beck C.T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem* (9^a edição). Porto Alegre. Edição Artmed.
- Quivy, R. & Campenhoud, L.V. (2005). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. (4^o edição). Lisboa. Gradiva.
- Rasanathan K. & Montesinos, E.V. & Matheson. D. & Etienne, C. & Evans. T. (2011). Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. *Journal of epidemiology and community Health*, 65. 656-660.
- Recomendações de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis (1988). In Segunda Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/recomendacoes-de-adelaide->

[sobre-politicas-publicas-saudaveis-pdf.aspx](#)

- Ribeiro, A. & Figueira, A. & Couto, A. & Carreira, A. & Severino, R (2010, dezembro). Avaliação. *PERCURSOS*, nº 15, 24-29. Disponível a partir http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Ribeiro, O.M.P.L. & Fassarella, C.S. & Trindade, L.L. & Luna, A.A. & Silva, J.M.A.V. (2020). Ano Internacional da Enfermagem: dos 200 anos de Florence Nightingale à pandemia. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 10.3725 doi.org/10.19175/recom.v10i0.3725
- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry. Crónica da democratização da saúde*. (2.^a Edição). Almedina.
- Sakellarides, C. Araújo, F. (2020, dezembro). Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. *Acta Med Port*. 33(7-8), 456-458. <https://doi.org/10.20344/amp.14130>
- Santos, A.I., Pedro, A.R, Figueira, J.M. (2011). Literacia em saúde: o caminho para a decisão inteligente. In *Direção-Geral da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública (Ed.). A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento*. Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides (p156-160). Lisboa. Gradiva Publicações.
- Semenza, J.C & Sulk, J.E & Solova, S.T (2010). Social determinants of infectious diseases: a public health priority. *Eurosurveillance*. Volume 15 Issue 27, 08.
- Senhora, E.M. (2020). Coronavírus e o papel das pandemias na história humana. *Boletim da Conjuntura*. 1 (1). 31-34. Disponível a partir de <https://revista.ufr.br/boca/article/view/Eloi/2899>
- Shailendra K. Saxena Editor Coronavirus Disease 2019(COVID-19) Epidemiology, Pathogenesis, Diagnosis, and Therapeutics.
- Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. In *Acta Paulista Enfermagem*. 22, 554-94. Disponível a partir de <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na comunidade centrados na população*. 7.^aed. Loures: Lusodidacta.

- Tavares, A., (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de formação e aperfeiçoamento profissional.
- UCP (2020). Guião da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”. Mestrado em Enfermagem. Lisboa.
- Unidade de Saúde Pública de Lisboa Ocidental e Oeiras (2017a). Perfil de Saúde 2017. ACES Lisboa Ocidental e Oeiras.
- Unidade de Saúde Pública de Lisboa Ocidental e Oeiras (2017b). Plano Local de Saúde. Revisão e extensão a 2020.
- Unidade de Saúde Pública de Lisboa Ocidental e Oeiras (2017c). Regulamento Interno da Unidade de Saúde Pública.
- Universidade Católica Portuguesa (2020). Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”.
- WHO (2019, outubro). Cuidados de saúde primários. Disponível a partir de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- WHO (2020, setembro). Track 1: Community empowerment. 7th Global Conference on Health Promotion: Track themes. Disponível a partir de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track1/en/>
- WHO (2020a, outubro). A Year without precedent: WHO’s COVID-19 Response. Disponível a partir de <https://www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response>
- WHO (2020b, novembro). Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19. Interim guidance. 1-13. Disponível a partir de <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>
- WHO (2020c, novembro). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Disponível a partir de <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

WHO (2020d, dezembro). Overview of public health and social measures in the context of COVID-19. Interim guidance. 1-8. Disponível a partir de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332115>

WHO (2020e, dezembro). COVID-10 Strategy update. Disponível a partir de <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-strategy-update>

Legislação

Constituição da República Portuguesa (2005). Art.º 64. Lisboa. Portugal.

República Portuguesa (2018). Regulamento n.º 428 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – Série II*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei no 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro.

Despacho n.º 2288/2020. Cria a Comissão para a Elaboração da Proposta de Reforma da Saúde Pública e Sua Implementação. *Diário da República n.º 34/2020, Série II de 2020-02-18*.

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar.

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Regulamento de Exercício profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril.

Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República n.º 26/2019, 2.ª Série de 2018-02-06*.

Regulamento n.º 190/2015. Regulamento do perfil de competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República n.º 79/2015, 2.ª série de 2015-04-23*.

Parecer MCEEC 09/2019. Área de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Ordem dos Enfermeiros.

Decreto-Lei n.º 28/2008. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centro de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22.

Decreto-Lei n.º 81/2009. Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centro de saúde. Diário da República n.º 65/2009, Série I de 2009-04-02.

Decreto-Lei n.º 137/2013. Procede à quinta alteração do Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República n.º 193/2013, Série I de 2013-10-07.

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei no 104/98 de 21 de abril). REPE. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Apêndices e Anexos

Apresentam-se em apêndice: o cronograma de formação individual de estágio definidos e atualizado ao longo do período de estágio (Apêndice I), a revisão integrativa da literatura realizada (Apêndice II), a descrição da apreciação da visita para-brisa e de caminhada efetuada na comunidade (Apêndice III), o guião de entrevista a informadores-chave (Apêndice IV), o formulário de consentimento informado (Apêndice V), a análise dos dados (Apêndice VI), o recurso a “Ligação” utilizada na EpS (Apêndice VII), o recurso a “Vidas com história” mobilizada na EpS (Apêndice VIII), o plano de sessão de EpS (Apêndice IX) e por fim a ckeck list (Apêndice X). Em anexo encontram-se a solicitação de solicitação e autorização de nomeação de dados Direção Executiva do ACES LOO (Anexo I), a solicitação e autorização de integração nas visitas do CLS à CMO (Anexo II) e em anexo III o certificado de apresentação de póster: *Determinantes sociais da saúde de uma comunidade em tempos de pandemia: Que instrumentos de avaliação?* no 7º Congresso (inter) NACIONAL Conversas de Psicologia, que decorreu no dia 21 de Novembro de 2020.

Apêndice I

Cronograma de formação individual

Atividades	Semanas														
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro		
	7-11	14-18	21-25	28-2/10	5-9	12-16	19-23	26-30	2-6	9-13	16-20	23-27	30/11-4	7-11	14-18
Integração ao contexto Pesquisa/identificação área temática.															
Elaboração de diagnóstico de situação – avaliação do estado de saúde da comunidade, adotando a metodologia planeamento em saúde.															
Construção de instrumento de colheita de dados.															
Priorização de necessidades.															
Determinação de objetivos.															
Seleção de estratégias.															
Projeto de intervenção – planeamento ajustado às necessidades da comunidade.															
Projeto de intervenção – execução.															
Projeto de intervenção – avaliação.															
Pesquisa bibliográfica.															

Apêndice II
Revisão Integrativa da Literatura

Determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19: uma revisão integrativa

Resumo

Enquadramento: A saúde e a doença seguem uma graduação social. Alguns grupos da população tendem a apresentar uma maior vulnerabilidade a doenças e problemas de saúde em virtude de disparidades daqueles que são os determinantes da saúde. Os determinantes sociais, por certo evitáveis, são as causas voltados para as circunstâncias em que as pessoas vivem, trabalham e crescem (WHO, 2010), sendo de há muito postulado o inquestionável efeito causal entre os determinantes sociais e a saúde.

A COVID 19 consubstancia-se num emergente e grave problema de saúde pública, de prioridade cimeira. Os atuais contornos nos determinantes sociais da saúde espelham a complexidade deste fenómeno e o seu estudo constitui elemento importante para a prática de cuidados na área da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública em populações especialmente vulneráveis. **Objetivo:** Face ao exposto esta pesquisa tem o objetivo de identificar e sistematizar o conhecimento produzido na atualidade, sobre quais são os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19. **Questão de investigação:** Parte-se da seguinte pergunta: Quais são os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19? **Método de revisão:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada entre Outubro e Dezembro de 2020. A pesquisa foi realizada nas bases de dados informatizadas *MEDLINE Complete* e *CINAHL® Complete*, presentes no motor de busca EBSCOhost por meio da consulta dos seguintes termos no idioma inglês: social determinants of health, vulnerability, COVID-19. Utilizou-se como operador booleano [AND]. A pesquisa foi adstrita temporalmente ao primeiro ano da pandemia por COVID-19, o ano de 2020. Houve restrição a idioma – português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não respondessem à questão de investigação e o contexto da transmissão da doença não estivesse relacionado com os desfavorecimentos ao nível social.

Resultados: Foram selecionados seis estudos que após análise, demonstram que os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19 estão relacionados com a discriminação racial e étnica, o baixo nível socioeconómico, a sobrelotação habitacional, o trabalho em serviços essenciais, o uso de transportes públicos, a habitação em áreas residenciais segregadas e, por último o baixo nível educacional.

Conclusão: Os estudos trazem dados relevantes sobre os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19, demonstrando a relevância do estudo para uma posterior intervenção subsequente mais efetiva, ao nível comunitário.

Descritores - Social determinants of health, vulnerability, COVID-19

Introdução

Em termos de abordagem comunitária, o processo saúde-doença não se distribui aleatoriamente (Amado, 2012). Uma base importante para analisarmos os condicionantes de saúde é a ótica da graduação social, sendo que quanto mais baixa é a posição socioeconómica, pior o estado de saúde (WHO, 2010; OE 2011). Os pobres morrem sempre mais e com taxas específicas mais elevadas para todas as doenças (Amado, 2012).

Desde 1948 que a Organização Mundial da Saúde, na sua carta fundamental, definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença e é dessa equilibrada simbiose que depende o âmago deste conceito.

Na Conferência de Alma Ata (1978) é reafirmado veementemente que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. É um direito humano fundamental e que a obtenção do mais alto nível de saúde possível é a mais importante meta social mundial cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, além do setor de saúde.

A saúde não é meramente uma mercadoria produzida pelos serviços de saúde porque é determinada socialmente e influenciada pela genética e pelo meio ambiente (OE, 2011) e, assim refletindo, caímos nos determinantes que, não sendo fatalidade, são envolventes modificantes e modificáveis (Amado, 2012).

Define-se determinantes da saúde como qualquer fator que comprovadamente provoca alteração do estado de saúde, que influem, que afetam ou determinam a saúde sendo premente considerar os 70% dos determinantes que estão fora do sector da saúde (George, 2011; INE, 2016). Os determinantes são habitualmente agrupados sem categorias: fixos ou biológicos, sociais e económicos, ambientais, estilos de vida e acesso aos serviços (George, 2011).

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são os voltados para as circunstâncias em que as pessoas vivem, trabalham e crescem (WHO, 2010, 2020; ODPHP, 2020) e expressam um conceito bastante generalizado de que as condições sociais dos indivíduos e dos grupos da população impactam fortemente com a sua saúde (Buss *et al*, 2007).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, estendido a 2020 sugere o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) como o modelo dos determinantes de saúde. O esquema proposto hierarquiza os determinantes, dispondo-os em camadas centrípetas. A camada mais próxima é dos determinantes individuais e hereditários e termina nas camadas mais

afastadas, nos macro determinantes - as condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação e no fim as condições socioeconómicas, culturais e ambientes sociais (DGS, 2012).

Em relação, o risco de sofrer de saúde débil é afetada pelo estatuto socioeconómico, localização geográfica, participação no mercado de trabalho, educação, género, e outros elementos que têm impacto direto e indiretamente na capacidade para cada um atingir e manter uma boa saúde (OE, 2011; ODPHP, 2020). É, por isso consensual o reconhecimento de que a trama da suscetibilidade e do grau de risco não são a mesma entre os membros de uma sociedade, e esta utilização procura referenciar grupos de pessoas que, em consequência de um conjunto de condições associadas ao seu meio envolvente, são expostas a uma maior suscetibilidade ao “dano”, à agressão, à doença (Almeida, 2014; Lourenzo, 2006; Nichiata. L. et al, 2008; Aith. F. et al, 2015; Potter e Hall, 2006).

Ao fazermos uma pesquisa pelos textos de saúde pública e epidemiologia, o emprego mais comum do termo vulnerabilidade surge relacionado a grupos mais vulneráveis e à contaminação ou propagação de determinadas patologias (Almeida, 2014).

A vulnerabilidade é um elemento chave de análise, reflexão e compreensão no que se refere à efetividade de intervenção especificamente na área da promoção da saúde e exige por parte dos enfermeiros de saúde pública e comunitária uma atenção especial às necessidades diferenciadas dos grupos populacionais em condições de vulnerabilidade.

A vulnerabilidade remete ao sentido de suscetibilidade e de risco sendo um conceito estudado recorrentemente e usado na literatura científica e em diferentes áreas.

A vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos em todas as situações da nossa vida, mas também como a forma de avaliar as possibilidades que cada pessoa tem de contrair doenças, inclusive as infeciosas (Santos. J. et al, 2012). É um foco dos cuidados de enfermagem muito presente em matéria de saúde pública e saúde comunitária, porque de um modo geral se procura identificar, nas pessoas, em grupos/comunidades os fatores que os colocam sob maior ou menor risco de exposição com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social (Nichiata. L. et al, 2008).

A vulnerabilidade associada à pandemia da COVID-19 tem sido cada vez mais associada não apenas às condições do indivíduo em si, mas às condições de vida, trabalho, rendimento, entre outros, que têm sido determinantes para a taxa de contágio e para a

velocidade de propagação (Costa et al, 2020; Dasgupta, S. et al., 2020; Laverack, 2020; ODPHP, 2020; Sousa, et al., 2020).

Neste sentido, surgiram interrogações com a intenção de identificar, a partir do conceito dos determinantes sociais da saúde, de que forma alguns grupos se tornam mais vulneráveis à COVID-19. Existem pessoas, grupos sociais/comunidades com maior vulnerabilidade na sociedade face à COVID-19, em função das suas condições de vida e de trabalho? Existem grupos populacionais que estão expostas a diversos fatores de vulnerabilidade que tenhamos que ter particular atenção nesta crise pandémica? Encontramos, desta forma, o trio de variáveis centrais que pretendíamos relacionar: DSS, vulnerabilidade e pandemia COVID-19.

A redução da vulnerabilidade em saúde pública depende da formulação e implementação de ações que visem a redução das desigualdades sociais, cabendo aos enfermeiros saber quais são determinantes sociais que afetam a saúde, nomeadamente face ao novo coronavírus, visando contemplar e orientar as ações de saúde para os grupos populacionais conforme os fatores de vulnerabilidade. Ainda e sempre o reconhecimento sobre o que determina a saúde, constitui uma ferramenta essencial para reduzir as disparidades em saúde e avançar direção à igualdade na saúde.

Desenvolvemos a presente revisão da literatura com o objetivo de sistematizar o conhecimento sobre quais são os DSS associados à vulnerabilidade face à COVID-19, permitindo o aprofundamento desta temática.

Método

Foi realizado um estudo de pesquisa na modalidade de revisão integrativa de literatura. O objetivo foi identificar e sistematizar o conhecimento produzido na atualidade, sobre quais são os DSS da vulnerabilidade face à COVID-19. Mais especificamente, esta revisão pretende dar resposta à questão despontada: *Quais são os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19?*

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: os artigos teriam de ser origina is, teóricos, de natureza quantitativa ou qualitativa e que analisassem os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID -19 e o contexto da transmissão da doença estivesse relacionado com os desfavorecimentos a nível social. Os artigos investigados teriam de estar disponíveis na íntegra na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e publicados em 2020.

A revisão foi realizada pelas etapas: realização de busca de artigos nas bases de dados, definição de critérios de inclusão e exclusão, recolha de informação a ser extraída dos artigos selecionados e análise e interpretação das pesquisas selecionadas.

Estratégia de pesquisa

Foram selecionadas para a busca bibliográfica as bases de dados *MEDLINE Complete* e *CINAHL® Complete*, através do motor de busca EBSCOhost Web. A busca procedeu-se entre outubro e dezembro a partir dos descritores: social determinants of health, vulnerability e COVID-19.

Numa abordagem inicial optamos por realizar uma pesquisa aberta no motor de busca Google académico (Google scholar) e Pub Med, no período de 12/10/2020 a 25/10/2020, com o intuito de aferir quais as palavras-chaves presentes nos títulos e resumos de artigos, usando palavras-chave preliminares obtidas a partir da linguagem natural: social determinants of health, vulnerability, vulnerable populations, social vulnerability, COVID-19, pandemic, SARS vírus, coronavírus, coronavírus infections. Seguiu-se a análise das palavras do título e do resumo, usados na descrição dos artigos obtidos, e posteriormente a identificação dos termos controlados de indexação. Foram efetuados vários testes para refinar a estratégia de pesquisa. Na segunda etapa de pesquisa: a partir de todas as palavras-chave identificadas e dos termos de indexação procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados. Foram identificadas, com base em MeSH os descritores: social determinants of health, vulnerability, COVID-19. Esta etapa foi delimitada no tempo de 01/11/2020 a 31/12/2020 e resultou da pesquisa nas bases de dados.

Empregou-se o operador booleano [AND] forçando a associação concomitante dos descritores nos artigos pesquisados, sem limite de campo, o que permitiu o acesso aos artigos que possuem interseção entre os descritores. A pesquisa final empregou a busca *booleana* com seguinte frase de pesquisa: social determinants of health *AND* vulnerability *AND* COVID-19. Na terceira pesquisa analisaram-se as referências bibliográficas nos registos anteriormente identificados.

Seleção de estudos

Foram considerados como critérios de inclusão: 1) os artigos que deixem claro a resposta à questão de investigação no título (TI) e no resumo (AB). 2) Os artigos que

descrevam os determinantes sociais da vulnerabilidade face à COVID-19 e o contexto da transmissão da doença estivesse relacionado com os desfavorecimentos a nível social.

3) Os artigos idioma português, inglês ou espanhol, em formato digital gratuito com texto integral disponível. 4) Os artigos dentro do limite temporal do primeiro ano da pandemia COVID -19, ano 2020. Foram incluídos todos os estudos de pesquisa primária (artigos teóricos que abordem a temática e todos os estudos cujos dados de investigação incluam dados de natureza qualitativa ou quantitativa). Dos artigos incluídos foi extraído o texto integral. Por forma a sistematizar o processo de seleção dos artigos apresenta-se um diagrama de fluxo (Figura 1).

Resultados

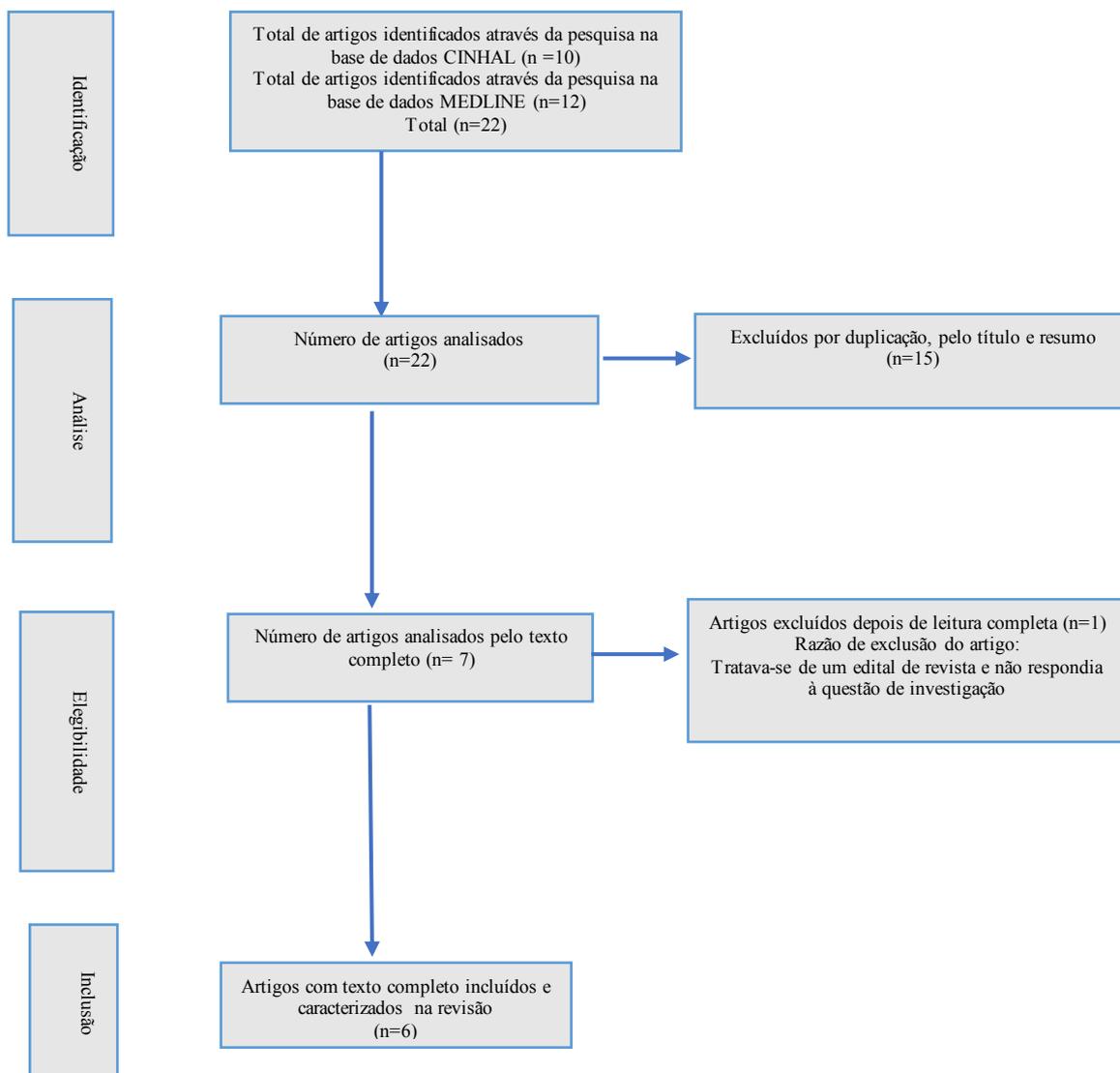


Fig. 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos

Para a caracterização dos artigos incluídos, foi elaborado um quadro de evidência organizado de acordo com os itens: identificação do artigo (autores, data, título, local e revista de publicação) e características do artigo (objetivo do estudo, tipo de artigo/metodologia, população e os principais resultados e as conclusões). Posteriormente foram discutidos em forma de narrativa, de modo a que fosse possível enquadrar os resultados obtidos com o objetivo da revisão. Num total de 22 referências foram excluídas duplicações e rejeitadas as que não cabiam nos critérios de inclusão e que não apresentassem texto redigido completo e gratuito nos 3 idiomas objetivados.

Da seleção por título e resumo resultou em 7 referências. Após a avaliação das 7 referências na íntegra, foi excluído 1 artigo. Desta forma foram identificadas e incluídas 6 publicações para amostragem da revisão integrativa.

Extração de resultados

A partir do processo de avaliação e seleção dos artigos foram analisados 6 artigos.

Quanto à abordagem empregada, destaca-se a prevalência da abordagem quantitativa em cinco artigos (um estudo transversal, dois estudos ecológicos e dois estudos de análise de distribuição espacial). Um único artigo compagina-se ao relato institucional com fundamentação teórica.

Em relação à origem, a pesquisa levou-nos a selecionar estudos originários de duas partes do mundo: o Brasil (n=2) e os EUA (n=4). A significativa concentração a apenas dois locais dever-se-á, na sua globalidade, ao Brasil e os EUA serem ambos países caracterizados por uma ampla diversidade social, geográfica e econômica. São também dois dos países mais afetados pela atual pandemia. Ainda, ambos os países são vistos historicamente por experimentarem uma profunda segregação racial e o Brasil, representa o país com maior desigualdade nas distribuições de rendimentos do mundo.

Relativamente à língua, cinco dos artigos são de língua inglesa e um português.

No tocante à análise das datas de publicação, todas se reportam ao ano tumultuado da pandemia por COVID-19, em 2020.

Numa abordagem comunitária e de base populacional, identificou-se que todos os artigos se focam no estudo dos determinantes sociais da saúde e na trama da sua relação com o risco díspar de infecção da COVID-19 na população. Os indicadores sugerem que as populações vulneráveis são mais impactadas pela pandemia atual.

Os dados do estudo estão apresentados no quadro síntese de evidência (Quadro 1)
junto:

Quadro 1 – Apresentação dos resultados da pesquisa

	Título	Autor (es)	País	Ano de publicação	Periódico	Objetivos	Metodologia	População	Resultados
A1	Disproportionate Impact of COVID-19 Pandemic on Racial and Ethnic Minorities	Brad Boserup, Mark McKenney, and Adel Elkbuli	EUA	2020	The American Surgeon	Investigar o impacto da Pandemia nos principais grupos raciais / minorias étnicas dos EUA. Analisar os efeitos do distanciamento social, medidas de vulnerabilidade social e disparidades da condição de saúde	Estudo quantitativo, transversal	Grupos étnicos [caucasianos, negros, hispânicos ou latinos, asiáticos, havaianos nativos e ilhéus do Pacífico (NHPIs) e índios americanos e nativos do Alasca (AIAN)]	Demonstra que os grupos raciais/étnicos minoritários foram desproporcionalmente impactados pela pandemia As minorias étnicas/raciais apresentam um aumento das taxas de hospitalização Comprova a disparidade no acesso aos cuidados por parte dos grupos raciais/étnicos minoritários Identifica o domínio da pobreza, dos transportes (famílias sem veículo disponível) e falar inglês “menos do que bem” como preditivos da COVID-19 Comprova que o distanciamento social, a métrica de vulnerabilidade social e as disparidades na condição de saúde influenciam a taxa de contágio da COVID-19
A2	Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia	Figueiredo, A.M et al	Brasil	2020	Revista Brasileira de Enfermagem	Analisar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e da estrutura do sistema de saúde na evolução da pandemia da COVID-19 no Brasil	Estudo quantitativo, ecológico	Todas as Unidades Federativas (UF) do país Brasileiro	Associa os baixos recursos socioeconômicos a uma maior transmissão da COVID-19. Uma provável justificação é a séria dificuldade de setores excluídos e economicamente vulneráveis em aderir às medidas implementadas de distanciamento social, em virtude da necessidade de manutenção das atividades laborais para garantir a subsistência Nos estados brasileiros, a variação da incidência da COVID-19 e a letalidade foi justificada pela desigualdade dos rendimentos e sobrelotação das habitações Salienta a fragilidade no acesso aos cuidados dos que vivem em áreas de menor desenvolvimento econômico/ maior vulnerabilidade social
A3	Association Between Social Vulnerability and a County's Risk for Becoming a COVID-19 Hotspot— United	Dasgupta, S. et al	EUA	2020	US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention (CDC).	Analisar dados de vulnerabilidade social em condados dos EUA para detectar pontos de acesso da COVID-19	Relatório epidemiológico semanal do CDC (com fundamentação teórica)	Todos os condados dos EUA	A análise demonstra que os municípios com maior vulnerabilidade social, principalmente vulnerabilidade relacionada à representação racial e étnica, proficiência em inglês, tipo de moradia e transporte, têm maior probabilidade de serem identificados <i>hotspots</i> Reporta ao domínio das condições de habitação – sobrelotação, relacionada à maior incidência da COVID-19

	States, June 1– July 25, 2020								
A4	Variation in Risk of COVID-19 Infection and Predictors of Social Determinants of Health in Miami–Dade County, Florida	Moise, I.K	EUA	2020	Preventing chronic disease. Public health research, practice, and policy	Quantificar os vários itens dos DSS. Analisar em que medida esses itens influenciam as taxas de infecções por COVID- 19. Determinar o intervalo temporal do risco de infecção por zonas no condado de Miami- Dade, Flórida	Estudo quantitativo, interpolação espacial de dados	Condado de Miami-Dade, Flórida	A associação entre maiores taxas de infecção por COVID-19 e índices de desvantagem refletem a desvantagem social de algumas comunidades/bairros sociais. As infecções por COVID-19 estão associadas a áreas e/ou grupos socialmente vulneráveis e desfavorecidos socioeconomicamente
A5	Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health	Sousa, C.D.F et al	Brasil	2020	Infectious Diseases of Poverty	Identificar os determinantes sociais da saúde (DSS) relacionados com a incidência, mortalidade e taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil	Estudo quantitativo, ecológico	Todos os casos confirmados COVID-19 no Brasil até 22 de Maio.	44,8% dos municípios registaram casos confirmados de COVID-19 e 14,7% tiveram óbitos. O estudo conclui que 56,2% dos municípios com casos confirmados apresentavam baixíssimo desenvolvimento humano (incidência COVID-19 taxa: 59,00/100.000; taxa de mortalidade: 36,75/1 000 000), e 52,8% tinham vulnerabilidade muito alta (taxa de incidência COVID-19: 41,68/100.000; taxa de mortalidade: 27,46/1 000 000). O estudo identificou 17 indicadores associados à incidência da COVID-19
A6	Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago	Kim, J.S & BostWick, W	EUA	2020	Health Education & Behavior		Estudo quantitativo, análise de distribuição espacial	As 77 zonas comunitárias da cidade de Chicago	O estudo demonstrou que a COVID-19 afetou desproporcionalmente os pobres e as comunidades afro-americanas em zonas altamente segregadas da cidade de Chicago (zona sul e oeste de Chicago) Conclui-se que os residentes de bairros altamente segregados e privados de direitos sociais estão desproporcionalmente expostos à pandemia

Discussão

Esta revisão integrativa da literatura demonstrou a existência de estudos significativos sobre a questão de investigação.

Constatou-se que, embora seja um tema emergente à conta do novo coronavírus, os resultados encontrados argumentam que a desigualdade em saúde já existente é frequentemente destacada em condições de emergência.

Na ancoragem temática das publicações foi reiterada a junção relacional entre o processo de saúde-doença, os determinantes sociais e a vulnerabilidade.

Dos principais resultados extraídos dos 6 artigos, emergiram três principais domínios dos DSS da vulnerabilidade face à COVID-19: o impacto da discriminação racial e baseada na etnia; os recursos económicos junto ao tipo de habitação, meio de transporte e áreas de residência e por fim o domínio da educação junto com habilidades linguísticas e de alfabetização.

O artigo A1 desponta que nos EUA, os grupos raciais/étnicos minoritários foram desproporcionalmente impactados pela pandemia COVID-19, em comparação com os caucasianos. Por outro lado, salienta que a idade avançada está associada ao aumento das taxas de mortalidade cumulativa nos grupos raciais/étnicos estudados que pode ser devido ao aumento das taxas da condição de comorbilidade entre os grupos minoritários.

Os dados conseguidos através deste estudo indicam ainda que a disparidade no acesso a cuidados de qualidade pode ser mais prevalente entre hispânicos/latinos e asiáticos ou ilhéus do Pacífico em comparação com outras populações.

Pese embora as disparidades no acesso aos cuidados, ainda a variação no tempo necessário para procurar atendimento médico por pessoas mais pobres pode ser responsável por piores resultados entre grupos de minorias raciais/étnicas. E, as taxas de hospitalização relativamente baixas entre alguns grupos minoritários raciais e étnicos, combinados com taxas de mortalidade mais altas, podem indicar disparidades substanciais em acesso aos cuidados.

A maior percentagem de famílias, sem nenhum veículo disponível foi preditiva de mortes independentemente da raça/etnia. Esta descoberta indica que o uso de transportes públicos é um risco potencialmente importante.

Finalmente, um aumento de percentagem de pessoas (idade ≥ 5 anos) que falam inglês “menos do que bem” foi preditivo de um aumento no número de mortes por COVID-19 em condados hispânicos.

Em relação ao artigo A2, obteve-se que as taxas de incidência e mortalidade foram bastante distintas entre as Unidades Federais (UF) brasileiras. As taxas de incidência apresentaram uma correlação negativa com o tempo de pandemia, e isso indicou que a velocidade de propagação do SARS-CoV-2 foi diferente nas UF. A correlação positiva entre o tempo da pandemia, o PIB per capita e variáveis de estrutura do sistema, associada à correlação negativa com variáveis relativas às condições de moradia inadequada e maior percentagem de pessoas sem escolaridade, sugere que a pandemia se iniciou em UF com melhores condições socioeconômicas e se expandiu para áreas mais vulneráveis.

A associação da variável Índice de Gini¹⁴ do rendimento familiar com a incidência da COVID-19 encontrada mostra que estados com maior desigualdade na distribuição de rendimento apresentaram maior transmissão do SARS-CoV-2.

A justificação provável será a séria dificuldade de os setores excluídos e economicamente vulneráveis aderir às medidas de distanciamento social implementadas, em virtude da necessidade de manutenção das atividades laborais para garantir a subsistência.

Assim, nos estados brasileiros, 59,8% da variação da incidência de COVID-19 foi justificada pela desigualdade de rendimentos e a maior proporção diz respeito a pessoas que vivem em casas sobrelotadas. No caso da mortalidade, essas mesmas variáveis explicaram 57,9% das variações encontradas nas UF do país.

Os resultados deste estudo indicam e revelam a importância dos determinantes sociais na evolução e impacto da COVID-19 no Brasil e também no aumento na mortalidade por COVID-19. A associação entre altas taxas de letalidade e mortalidade pode sugerir também fragilidades no acesso ao cuidado de qualidade, especialmente em áreas com menor desenvolvimento econômico. Fica também evidente que há uma determinação social tanto na incidência quanto na mortalidade por COVID-19 e que existe uma expansão da pandemia para áreas de maior vulnerabilidade.

O artigo A3 demonstra que os municípios com maior vulnerabilidade social, principalmente vulnerabilidade relacionada à representação racial e étnica, proficiência em inglês, tipo de moradia e transporte, tiveram uma maior probabilidade de serem identificados como ponto de acesso da COVID-19. Especialmente os condados com

¹⁴ Indicador de desigualdade na distribuição do rendimento que visa sintetizar num único valor a assimetria dessa distribuição, assumindo valores entre 0 -quando todos os indivíduos têm igual rendimento e 100 - quando todo o rendimento se concentra num único indivíduo (Metainformação – Eurostat in PORDATA, 2020)

percentagens mais altas de residentes de minorias raciais e étnicas e pessoas que vivem em condições de moradias superlotadas, em áreas menos urbanas eram mais propensos a tornarem-se áreas com incidência de COVID-19 de crescimento rápido (condados de pontos de acesso). Os resultados do estudo mostram que a COVID-19 afeta desproporcionalmente os grupos minoritários raciais e étnicos, que também podem experimentar maiores desafios socioeconômicos, a ser mais propensos a terem empregos considerados essenciais, exigindo trabalho presencial e a morar em bairros potencialmente lotados.

O artigo A4 revela uma associação entre maiores taxas de infecção COVID-19 e índices de desvantagem e reflete a desvantagem social de algumas comunidades/bairros e redes sociais. Acrescenta igualmente que, no condado de Dade – Miami, Florida, a COVID-19 estava localizada em áreas geográficas específicas.

O Artigo A5 assinala que houve uma maior taxa de incidência em municípios com maior vulnerabilidade social; existiu proporção superior em pessoas que vivem em famílias com rendimentos per capita inferior a meio salário mínimo, e quem gasta mais de 1 h para chegar ao local de trabalho; conclui-se que existe uma proporção superior em crianças de seis a 14 anos que não frequentam a escola; e maior proporção existiu em pessoas entre os 15 aos 24 anos que não estudam, não trabalham e têm rendimentos per capita de menos da metade do salário mínimo. Em termos de altas taxas de mortalidade, a investigação mostra que os municípios de baixo tamanho populacional, mas com baixos Índices de Desenvolvimento Humano e alto Índice de Vulnerabilidade Social são mais afetados.

O artigo A6 demonstrou que a COVID-19 afetou desproporcionalmente os pobres e as comunidades afro-americanas em zonas altamente segregadas da cidade de Chicago (zona sul e oeste). O estudo demonstrou-se que a pobreza e a segregação residencial racial/étnica das comunidades da cidade de Chicago expõe-nas ao risco e diminui a capacidade de recuperarem da crise de saúde ocasionada pela pandemia. Foram encontrados zonas espaciais de vulnerabilidade social e fatores de risco, e ambos se associam significativamente ao aumento da taxa de mortalidade por COVID-19

Também se concluiu que uma percentagem maior de afro-americanos estava associada a níveis elevados de vulnerabilidade e fatores de risco. A proporção de residentes afro-americanos tem um efeito independente nas taxas de mortalidade por COVID-19. Uma das razões para tais disparidades raciais pode ser o fato das

comunidades afro-americanas estarem proporcionalmente afetadas por doenças crônicas antes da pandemia COVID-19.

Considerações finais

Em conclusão, é assumido que se respondeu ao objetivo de identificar os DSS da vulnerabilidade face à COVID-19, esclarecendo a questão de investigação.

O gradiente de risco face à COVID-19 é revelado pelo esquema intrincado e de causalidade entre certos determinantes sociais da vulnerabilidade a que algumas populações estão expostas face à pandemia da COVID-19 que hoje enfrentamos.

Reforçando o que anteriormente foi discutido, são vários os DSS da vulnerabilidade face à COVID-19, mas emergiram três principais domínios de DSS que apontam para: discriminação racial e étnica; a posição socioeconómica mais desfavorecida e a pobreza, junto com morar em habitações sobrelotadas, utilizar transportes públicos e residir em áreas residenciais limitadas como bairros segregados. Por fim, no domínio da educação junto com habilidades linguísticas e de alfabetização, níveis mais baixos associam-se a mais doença.

Ainda, na ótica da abordagem comunitária e dos processos de saúde-doença da COVID-19, a investigação constata as desigualdades de oportunidade no acesso a cuidados de qualidade por parte dos grupos mais vulneráveis.

Os estudos analisados apontam para a necessidade de ações abrangentes a fim de garantir condições económicas e o fortalecimento das redes de saúde em populações com vulnerabilidade acrescida, com ações adicionais de suporte por parte de parceiros governamentais e locais.

No âmbito da aquisição e do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública este trabalho incita a intervenções com grupos de maior vulnerabilidade social e pode também inspirar a realização de futuros estudos que demonstrem a importância que as intervenções de enfermagem podem ter nos DSS, em busca de diminuir vulnerabilidades e percorrer a via desta abordagem, justificando a relevância deste estudo.

Referências bibliográficas

- Aith, F; S. N. (2015, novembro). Direito à saúde de pessoas em condições de vulnerabilidade em centros urbanos. *Revista USP. São Paulo*. 107, 43-54. Disponível a partir de <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/115112/112817>
- Almeida, C.M.T (2014). *A representação da vulnerabilidade humana como motor para a recuperação do paradigma do cuidar em saúde* (Tese de Doutorado). Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Amado, J. (2012, dezembro). Saúde e determinantes: da realidade à prevenção. *Livro de atas da conferência internacional sobre enfermagem geriátrica*. UCP. Fundação D. Pedro IV. 33-37. Disponível a partir de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12027>
- Boserup, B et al. (2020, novembro). Disproportionate Impact of COVID-19 Pandemic on Racial and Ethnic Minorities. *The American Surgeon*. 0 (0). 1-8. Disponível a partir de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7691116/pdf/10.1177_0003134820973356.pdf
- Buss, P.M., Filho. A.P. (2007, novembro). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 17 (1), 77-93. Disponível a partir de <https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>
- CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Disponível a partir de <http://dssbr.org/site/documentos/>
- Dasgupta, S et al. (2020, outubro). Association Between Social Vulnerability and a County's Risk for Becoming a COVID-19 Hotspot – United States, June 1-July 25, 2020. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention*. 69 (42). 1535-1541. Disponível a partir de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33090977/>

Figueiredo, A.M *et al.* (2020, outubro). Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73 (Suppl 2). 1-7. Disponível a partir de https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672020001400158&script=sci_arttext&tlng=pt

George, F. (2011, novembro). Sobre Determinantes da Saúde. DGS. Disponível a partir de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

Hawkins, D. (2020, novembro). Social Determinants of COVID-19 in Massachusetts, United States: An Ecological Study. *Journal of Preventive & Public Health*. 53(4). 220-227. Disponível a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7411251/>
<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>
https://justnews.pt/artigos/comunidades-e-covid19#.X_INGi8qLL8

Instituto Nacional de Estatística (2016). Inquérito Nacional de Saúde: 2014. Lisboa. A partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

Kim, S.J *et al.* (2020, outubro). Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health, Education & Behavior*. 47 (4). 509-513. Disponível a partir de <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1090198120929677>

Laverack, G. (2020, outubro). Envolver ativamente as comunidades para que a resposta ao Covid-19 seja bem-sucedida. *Just News*. Disponível a partir de https://justnews.pt/artigos/comunidades-e-covid19#.YGCu1C_5RD0

Maroko, A.R *et al.* (2020, novembro). COVID-19 and Inequity: a Comparative Spatial Analysis of New York City and Chicago Hot Spots. *Journal Urban Health*. 97(4).

- 461-470. Disponível a partir de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7371785/>
- Moise, I, K (2020, novembro). Variation in Risk of COVID-19 Infection and Predictors of Social Determinants of Health in Miami – Dade County, Florida. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy*. 7 (124). 1-6. Disponível a partir de https://www.cdc.gov/pcd/issues/2020/20_0358.htm
- Nichiata, L. Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R.F., Fracoli, L.A. (2008, Dezembro). A utilização do conceito “vulnerabilidade “pela enfermagem. *Revista Latino am Enfermagem*. 16(5). Disponível a partir de https://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf
- ODPHP (2020). Healthy People 2030. Social determinants of health. Disponível a partir de [https:// health.gov/healthypeople/objectives-and-data/socialdeterminants-health](https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/socialdeterminants-health).
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade. Disponível a partir de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8907/kit_die_2011_net.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (1978). *Conferência internacional sobre Cuidado de Saúde Primários*. Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Disponível a partir de [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)
- PORDATA (2020). Glossário. Disponível a partir de <https://www.pordata.pt/Glossario>
- Santos, J.L.G., Vieira M., Assuiti, L.F.C., Gomes D., Meirelles, B.H.S., Santos, S.M.A. (2012, novembro). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33 (2), 205-212. Disponível a partir de <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/28.pdf>
- Souza, C.D.F *et al.* (2020, outubro). Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. *Infectious*

Diseases Poverty. 9 (124). 1-10. Disponível a partir de
<https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-020-00743-x>

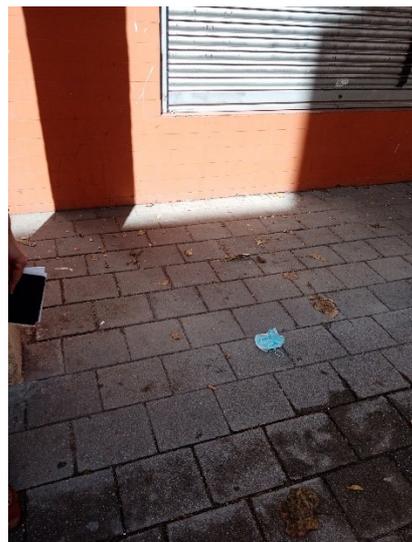
Apêndice III
Visita para-brisas e caminhada

Descrição da visita para-brisas e caminhada

Visita para-brisas
1º e 2º 3º percurso
02, 03 e 16 de Outubro 2020

<p>Limites</p> <p>As fronteiras são geográficas, políticas ou económicas? Os bairros têm nome? Existem sub-comunidades? Como são identificados?</p>	<p>A Outurela é um bairro periférico a Lisboa pertencentes à União de freguesias de Carnaxide e Queijas, em Oeiras, que integra as localidades da Outurela e Portela. É um bairro municipal de habitação social.</p> <p>A rotunda que dá acesso ao Bairro marca o início do bairro.</p> <p>Na zona do bairro foi possível visualizar que existe uma organização das ruas, relativamente ao seu nome, o que evidencia a existência do bairro.</p> <p>É um espaço urbano de zonamento residencial.</p> <p>Tem uma configuração urbanística, arquitetónica e de pintura característica. Assim a estrutura urbanística deste bairro evidencia-o no contexto da malha envolvente, devido aos seus prédios cor-de-rosa com telhados azuis, sendo apelidado comumente pelo <i>bairro dos capacetes azuis</i>.</p> <p>A zona residencial mais próxima do bairro é precisamente outro bairro de realojamento.</p> <div data-bbox="518 945 916 1240"></div> <div data-bbox="991 931 1319 1245"></div>
<p>Habitação</p> <p>Qual a idade dos edifícios? As residências são unifamiliares ou multifamiliares?</p>	<p>O bairro de Outurela/Portela foi construído entre 1994-1995.</p> <p>A ocupação caracteriza-se pelo edificado de tipologia plurifamiliar. Todos os prédios são de construção em altura, com bandas de prédios subdivididos por blocos, de tipologia similar. Quase exclusivamente blocos de prédios de 4 pisos, alguns com 3 pisos, com entradas autónomas. As casas não possuem varandas.</p> <p>Dois blocos de prédios possuem arcadas no piso térreo, espaço essencialmente ocupado pelo comércio e associativismo existente.</p> <p>Muitas das ruas no interior do bairro são apenas pedonais, fechadas à circulação viária. Os acessos pedonais são em pavimento cimentado. No ordenamento do espaço existem muitas escadarias, algumas altas e deterioradas.</p> <p>Existem em algumas ruas acessibilidades a pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida.</p> <p>Não se identificaram prédios abandonados, mas observam-se vários imóveis com sinais de deterioração externa (pintura, rachas, humidade).</p>

	<p>Segundo informação dos informadores -chave existem casos de sobrelotação das casas (famílias numerosas estão alojadas em casas de outras famílias ou vizinhos, ou a família original foi crescendo e os novos núcleos familiares não revelaram capacidade de automatização.</p> <p>Existem casos de pessoas a viverem sozinhos (idosos).</p> <p>Não existem no bairro residências unifamiliares, baixas, de piso térreo.</p> 
<p>Sinais de decadência</p> <p>A área está bem mantida ou em mau estado? Há lixo espalhado? Existem carros destruídos/abandonados, lugares para roedores ou outros animais selvagens se esconderem, terrenos baldios?</p>	<p>Observaram-se alguns sinais de decadência, danos e sujidade nos prédios e na via pública, nomeadamente nas fachadas dos prédios, janelas, escadas, logradouros e espaços comuns.</p> <p>Apesar da existência de recipientes para o lixo em vários pontos do bairro o abandono de lixo na via pública é frequente. Foram observadas muitas máscaras da pandemia no chão.</p> <p>Não se observaram carros abandonados. Não se observaram construções baldias.</p> <p>São visíveis os efeitos de alguns atos de negligência ou de vandalismo e danos em paredes de alguns prédios e habitações, o que confere em algumas zonas uma aparência degradada. Acrescem algumas paredes e muros com graffitis.</p> <p>Existem recipientes para o lixo em vários pontos do bairro. Existem contentores de lixo. Observaram-se sempre equipas municipais a assegurar a limpeza do espaço público.</p> <p>Os ecos pontos existentes não cobrem todo o território.</p> <p>Constatou-se que a manutenção dos espaços comuns é assegurada pelos serviços municipais.</p>



Parques e áreas recreativas

Existem áreas de lazer para crianças e adultos? Eles são seguros e mantidos?

Existem poucos jardins, mas existe um parque verde urbano de maiores dimensões com entrada direta para o bairro, que parece ser existir um local público que permite a confraternização e a passagem de pessoas. O parque possui área de lazer para crianças – parque infantil. Esteve em curso recentemente um plano de requalificação do parque, por parte da autarquia.

Nas ruas do bairro e no parque urbano existem bancos de jardim para a população. No bairro existem várias árvores ao longo das ruas; a envolvimento das ruas é de alguma florestação, mas não é florestação natural.

A população utiliza um terreno dentro do bairro para a criação agrícola em hortas, aparentemente informal, embora em espaço organizado.





Áreas recreativas

- Piscina Municipal na Portela
- Clube de futebol - Sim, mas está fechado por motivos da pandemia.
- Outros – parque infantil na zona do parque urbano.
- Não se observaram lugares para a prática de atividade física.

Áreas comuns

Onde as pessoas se juntam para reuniões e encontros sociais? Onde eles “ficam”? São para grupos específicos ou abertos a todos? Existem sinais afixados?

Observou-se que as pessoas no bairro se juntam sobretudo na rua dos cafés e no parque urbano. Existem no bairro 4 cafés com esplanada; na rua dos cafés tornou-se perceptível que é “*o espaço centro da vida social quotidiana*”. O local realça a importância enquanto espaço de encontro e convívio, com uma nula expressão conflitual durante os dias de observação. É visível o fenómeno de socialização sem qualquer tipo de conflitualidade e de uma “*convivialidade ritualizada*”. A população é mista, mas essencialmente migrante. A população africana é a maioria.

Um dos cafés é também um estabelecimento de mercearia e um café é também restaurante.

São identificados e foi observado que são os lugares de encontros sociais e de aglomerados.

Foi também possível verificar que as pessoas se juntam nos muros das ruas e nas entradas dos prédios habitacionais.



Lojas

Que lojas? (mercaria, retalho, farmácia, drogaria, lavandaria, etc) existem na área? Como os residentes viajam até estes locais?

A atividade comercial ou socioeconómica é escassa, tendo em conta que os poucos estabelecimentos comerciais que existem no bairro são de venda de alimentos e os restantes são bares/café e cabeleireiros. O bairro encontra-se servido por 8 estabelecimentos comerciais.

- Café
 - Café (café e mercearia) Flor do Minho, Sr. Mário.
 - Café (café e restaurante)
 - Talho
 - Mercearia
 - Cabeleireiros
 - Não existe farmácia
 - Não existem clínicas.
 - Não existem outras lojas (lavandarias, lojas de roupa, drogarias) nem bancos.
- Os residentes movimentam-se a pé até estes locais.
- Todos os estabelecimentos visitados possuíam informação fixa no exterior sobre medidas de distanciamento e lotação máxima.
 - Observaram-se pessoas dentro de estabelecimentos fechados sem máscara.
 - Existem álcool gel disponível nos estabelecimentos, nem sempre identificado.



Transporte

Como é que a maioria das pessoas se movimenta/desloca na área? Existe transporte público? Em caso afirmativo, de que tipo e parece ser usado? Quem usa? Qual a condição das ruas, estradas, rodovias?

- Existem transportes públicos dentro do bairro e passam táxis na estrada no bairro. A acessibilidade geográfica às dinâmicas da cidade parece ser uma realidade.
- Ficou-se com a sensação de um bairro que pertence a um todo, mas ao mesmo tempo, “está isolado” sobre si próprio, fazendo com que exista ainda uma barreira que separa quem lá vive do entorno urbano e social.
- A maioria das pessoas desloca-se de carro, transportes públicos para ir trabalhar. Na área as pessoas deslocam-se a pé.
- Parece que o bairro acaba por ser uma zona talvez mais residencial, sendo que provavelmente a maioria da sua população ativa apenas se desloca até aqui para dormir, fazendo a sua vida noutra ponto da cidade.
- Autocarros: Carris: 714. Vimeca 01, 10, 13, 15
- 2 Paragens de autocarros.
- Existe grande afluência de carros na estrada principal. Nos carros particulares observaram-se poucas pessoas de máscara.
- Nos transportes o uso da máscara é obrigatório. O condutor não circula se algum dos passageiros não possuir máscara.



Condição das ruas, estradas e rodovias:

- As ruas são amplas, de fácil acesso. Existem algumas rampas de acesso. Possuem passeios igualmente amplos.
- Estradas alcatroadas, ruas de pavimento cimentado.
- Existem passareiras na estrada principal, bem sinalizadas.
- Existem vários locais que permitem o estacionamento de veículos.
- Não foi possível observar a existência de zonas de contexto rural com criação de gado. Observam-se áreas de cultivo em hortas.



Comunicação

Há evidências de jornais locais e nacionais e outros *Mídea*/ meios de comunicação social? Existem cartazes informativos nas ruas, autocarros, *outdoors*, etc.?

- Não se observou existência de marcos de CTT.
- Não existem *outdoors* relacionados à saúde.
- Os únicos cartazes/*outdoors* que visualizamos estão relacionados com publicidade a produtos comerciais, em formato de cartaz, nas paragens dos autocarros.
- Não visualizados cartazes informativos referentes à COVID 19.
- Não existem quiosques de jornais/revistas.
- Existe um quiosque da saúde.



Serviços

Que serviços estão disponíveis na comunidade - cuidados de saúde, serviços sociais, escolas, agências de emprego, etc.?

No bairro identificaram-se equipamentos sociais, recreativos, de cultura de fácil acesso: creches, ludoteca, clube de jovens, jardins-de-infância, escola de ensino básico, centros de acolhimento temporário para crianças e jovens e centro de dia e unidade residencial para idosos, gabinete local de apoio à integração de migrantes da Câmara Municipal e gabinete de apoio ao empreendedorismo e associação de moradores.

Serviços Administrativos:

- A Junta de freguesia é em Carnaxide- Junta da União de freguesia de Carnaxide e Queijas.

Serviços educativos:

- Creche, Jardim-de-infância, escola ensino básico.

Serviços Sociais:

- Gabinete de apoio Social da CMO.
- Projeto Família Global.
- Fábrica do empreendedor.
- Instituição. Crescer – casa de acolhimento temporário.
- Residência Madre Maria Clara – Apoio Centro de dia e residencial.
- CLS – Visitas 2x semanas na época Covid 19.

Cuidados de saúde

- Existe uma clínica dentária social.
- Quiosque da saúde – fechado por questões relacionadas à pandemia até meados de Outubro.



Serviços básicos

- O bairro dispõe de infraestruturas básicas (água canalizada, gás, luz e saneamento básico). A rede de iluminação pública cobre todo o território incluindo atualmente o parque urbano.

Serviços culturais/performativos

- Não existem.

No bairro existe uma associação de moradores -Associação de moradores 18 de Maio.



Pessoas na comunidade

Quem está na área durante o dia? Que evidência há disso em

- A observação tornou perceptível que durante o período da manhã a circulação de população é predominantemente adulta e sénior, com evidência de pessoas em aposentação e desemprego.
- Não se observaram muitas crianças nas ruas durante o período da manhã.
- Algum do quotidiano juvenil parece estar associado a práticas de sociabilidade de lazer que se desenvolvem em grupos nas associações.

<p>“classes” particulares de pessoas - alta, média, trabalhadora, baixa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aparentemente os jovens do bairro vivem o quotidiano de forma passiva. • Observaram-se espaços pouco organizados. Os próprios moradores, incluindo os jovens trazem para a rua cadeiras e a partir daí criam locais de convívio. • No período da tarde observou-se mais circulação de pessoas, incluindo crianças e famílias. • Nos cafés e estabelecimentos foi possível observar uma relação de proximidade entre as pessoas.
<p>Indústrias</p> <p>Quais são as principais indústrias localizadas na área? Que tipo de ocupações são evidentes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Geograficamente o bairro está próximo de uma área de fluxo comercial. Existe um parque industrial em volta do bairro. Está localizado relativamente próximos espaços/superfícies comerciais de grandes dimensões e um centro comercial. • Os residentes deslocam-se para as suas compras predominantemente ao Centro Comercial Alegro e ao Pingo doce de Carnaxide. 
<p>Serviços de proteção</p> <p>Onde estão localizados os bombeiros e a polícia? Há evidências de policiamento e proteção contra incêndios na área?</p>	<p>Bombeiros – Localizados em Carnaxide. PSP – Localizada em Carnaxide. Pólicia Municipal – Localizada na proximidade do bairro.</p>
<p>Etnia</p> <p>Qual é o grupo étnico predominante? Existem residentes de várias origens étnicas ou a comunidade é principalmente um</p>	<p>População portuguesa e população africana.</p>

<p>grupo? Qual? Existem lojas, restaurantes, igrejas, escolas ou idiomas que indiquem um determinado grupo étnico?</p>	
<p>Religião</p> <p>Que igrejas e escolas administradas por igrejas existem na área (denominação)?</p>	<p>A igreja localiza-se num plano superior às habitações do bairro.</p> 
<p>Saúde e Morbilidade</p> <p>Há evidências de problemas de saúde, como abuso de drogas / álcool, doenças transmissíveis ou crónicas, doenças mentais (etc)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nos cafés observou-se a ingestão de bebidas alcoólicas. • Não foi perceptível problemas de tráfico de drogas nem de situações de violência. • Observaram-se aglomerados de pessoas na esplanada das dos cafés (> 20 pessoas em contexto pandemia). • As pessoas na convivência ao ar livre e em bancos de jardim estão maioritariamente sem máscara e sem o distanciamento de 2 metros. • Durante a manhã observaram-se muitos grupamentos de pessoas em espaços ao ar livre em torno dos cafés (máximo observado de 25 pessoas). Sem máscaras devidamente colocada; não afastados. As pessoas nas ruas maioritariamente não usam máscara; em muitas situações está colocada abaixo do nariz ou colocada no cotovelo. • Não se observaram agrupamentos de pessoas em espaços fechados. Mas nem sempre usam máscara no interior dos estabelecimentos, apesar de informação afixada. • Na rua as pessoas encontram-se a falar umas com as outras. Na rua não usam sempre máscara e não cumprem o distanciamento. • Observaram-se comportamentos entre jovens de grande proximidade física. • Dentro dos carros o uso de máscara é irregular. • Observaram-se muitas pessoas a passear cães, sem máscara.
<p>Política</p> <p>Há evidências de atividade política? Existem sinais que indicam um partido, (partidos) ou preocupação (ões) política predominante?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das zonas observadas não houve qualquer fator observado que pudesse revelar atividade política, bem como não se observaram cartazes de teor político.

Apêndice IV

Guião da entrevista para diagnóstico de situação

Guião da entrevista a informadores-chave

- Agradecer a colaboração do entrevistado.
- Explicar o propósito da entrevista e apresentar os pontos a ser abordados.
- Dar para ler e assinar o termo de consentimento de informado.

Identificação:

Há quanto tempo mora/está nesta comunidade?

Idade:

Género:

Profissão:

Problemática

1. Na sua opinião, quais são as principais necessidades/problemas da comunidade do bairro no âmbito da transmissão da COVID 19 no bairro? (p.e não cumprimento das medidas preventivas de saúde pública, sobrelotação habitacional, trabalho precário? Iliteracia)
2. Acha que existe dificuldade da comunidade no acesso à informação de saúde pública sobre as medidas preventivas recomendadas para minimizar a transmissão da COVID 19?

Conhecimentos

3. Em termos de conhecimentos acha que as medidas preventivas da DGS são conhecidas da população? (p.e medidas de prevenção e controlo – uso adequado de máscara; distanciamento social, desinfeção das mãos; sobre o que fazer se tiver sintomas da COVID 19, sobre o que fazer se tiver tido contacto com caso confirmado de COVID 19, sobre os cuidados a ter em isolamento em contexto familiar/partilha de habitação com outras pessoas)?
4. Em que medida acha que o nível socioeconómico e o nível educacional dos residentes do bairro influenciam as crenças e as práticas de prevenção da transmissão da COVID 19?

Pontos fortes, pontos fracos e recomendações

1. Há alguma intervenção (no âmbito da saúde) a decorrer junto da comunidade do bairro para minimizar a transmissão da COVID 19?
2. De que forma a equipa de saúde pode ajudar?
3. Quais os indivíduos, organizações e recursos que devem ser envolvidas na aplicação de intervenções?
4. Diga-me por palavras suas, que recomendações daria para uma melhor intervenção?

Apêndice V

Formulário de consentimento informado aos informadores chave

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

No âmbito Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar estágio sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Comunitária e Saúde Pública Isabel Correia, na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras e solicito a sua participação numa entrevista semi- estruturada, cujo guião se encontra anexo. A recolha de dados será feita por escrito e os dados obtidos serão posteriormente analisados. Pretende-se identificar as necessidades da comunidade residente no bairro da Outurela, no âmbito da transmissão da COVID 19.

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado. Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estágio, através do seguinte contacto:

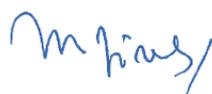
Maria Pires. Contato 965426310

Na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Oeiras, Outubro de 2020

Maria Pires



Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar nesta entrevista sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta pesquisa e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela estudante.

Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da recolha de dados para identificar as necessidades e os problemas da comunidade residente no Bairro da Outurela no âmbito da transmissão COVID 19 a ser realizada pela estudante Maria Pires, no âmbito do seu mestrado em enfermagem na área da saúde pública e comunitária da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Nome

.....

.

AssinaturaOeiras

...../...../.....

Apêndice VI
Análise dos dados

Quadro 8. Categorização dos dados decorrentes da observação descritiva – técnica para brisas e caminhada .

MÉTODO	CATEGORIA PRINCIPAL	SUB CATEGORIA	DADOS – SEGMENTOS DE OBSERVAÇÃO SIGNIFICATIVA
<p>Observação descritiva por técnica para- brisas</p>	<p>Práticas - medidas preventivas</p>	<p>Distanciamento social</p>	<p>Aglomerados de pessoas na esplanada/rua dos cafés (> 20 pessoas) (PB1)</p> <p>As pessoas em bancos de jardim estão maioritariamente sem o distanciamento de 2 metros (PB1)</p> <p>Durante a manhã observaram-se muitos grupamentos de pessoas em espaços ao ar livre em torno dos cafés (máximo observado de 25 pessoas) e não cumprem o distanciamento. (PB2).</p> <p>Não se observaram agrupamentos de pessoas em espaços fechados (PB2).</p> <p>Na rua as pessoas encontram-se a conversar umas com as outras e não cumprem o distanciamento (PB2).</p> <p>Observaram-se comportamentos entre jovens de grande proximidade física (PB2).</p> <p>Períodos > 2 horas nos cafés (PB1).</p>
		<p>Utilização de equipamento de proteção (uso de máscara)</p>	<p>As pessoas em conjunto nos bancos de jardim estão maioritariamente sem máscara (PB1).</p> <p>Agrupamentos de pessoas em espaços ao ar livre em torno dos cafés, sem máscaras devidamente colocada (PB1).</p> <p>Nas ruas maioritariamente os residentes não usam máscara.</p> <p>Os residentes colocam maioritariamente as máscaras abaixo do nariz, sobre o queixo ou colocadas no cotovelo (PB1).</p> <p>Nas paragens de autocarro, maioritariamente os residentes estavam sem máscara (PB1).</p> <p>As pessoas utilizam maioritariamente máscaras sociais e máscaras cirúrgicas (PB1).</p> <p>Não foi observado o uso de viseiras por pessoas no exterior (PB2).</p> <p>Dentro dos carros o uso de máscara é muito irregular (PB2).</p>

Quadro 9. Categorização dos dados decorrentes da técnica analítica -observador participante.

MÉTODO	CATEGORIA PRINCIPAL	SUB - CATEGORIA	DADOS – SEGMENTOS DE OBSERVAÇÃO SIGNIFICATIVA
<p>Observação analítica por Observador - participante</p>	<p>Práticas - medidas preventivas</p>	<p>Distanciamento social</p>	<p>Aglomerados de pessoas que não cumprem distanciamento (O1, O2, O3).</p> <p>Durante as visitas vários aglomerados nas ruas dos cafés; períodos longos (O1, O2, O3).</p> <p><i>Passam horas aqui... Não têm o que fazer (O1).</i></p> <p><i>Nós afastamos as cadeiras lá fora e eles juntam (O2).</i></p>
		<p>Utilização de equipamento de proteção (uso de máscara)</p>	<p>Máscaras deterioradas e uso excessivo.</p> <p>Uso inadequado da máscara.</p> <p><i>As máscaras até ficam com um círculo amarelo no centro (O1).</i></p> <p><i>Os pais quando vêm entregar as crianças não trazem máscaras colocadas (O1).</i></p> <p><i>Usam sempre a mesma máscara (O1).</i></p> <p><i>As máscaras deviam vir com um manual de instruções porque as pessoas não as sabem usar (O2).</i></p> <p><i>Apesar das máscaras agora já estarem mais baratas as pessoas não as compram (O2).</i></p> <p><i>Eu tenho aqui para venda máscaras e as pessoas não compram (O2).</i></p> <p><i>Tenho dois clientes que se recusam a usar máscara no interior da loja (O2).</i></p> <p><i>A máscara anda no bolso (O3).</i></p> <p><i>Aqui em 10 pessoas 1 tem máscara (O3).</i></p> <p><i>Aqui as máscaras mudam de cor, passam de azuis a amarelas (O3).</i></p> <p><i>Aqui as máscaras são para proteger o queixo (O3).</i></p> <p><i>A maior parte dos idosos não usa máscara (O3).</i></p> <p><i>Algumas pessoas não têm máscaras, outras esquecem-se, outros usam a mesma desde o início disto (O3).</i></p>

	Higiene pessoal (lavagem das mãos e etiqueta respiratória)	<p>Os residentes não falam de lavagem das mãos.</p> <p>Os estabelecimentos possuem álcool gel disponível e informação afixada.</p> <p><i>Então... Temos álcool gel, não precisamos lavar as mãos (O1).</i></p> <p>Percepção de que a desinfecção alcoólica é superior à lavagem das mãos.</p>
	Higiene ambiental (limpeza, desinfecção doméstica, lavagem de roupas, tratamentos resíduos)	<p><i>Não têm cuidados nenhuns (O1).</i></p> <p><i>Aqui os pais vão ter todos, não têm cuidados desses (O1).</i></p> <p><i>A máscara é suficiente (O2).</i></p>
Crenças – atitudes	Crenças relacionadas com a suscetibilidade à infeção	<p><i>As pessoas vão todas apanhar, nós passamos bem, os casos estão no norte (O1).</i></p> <p><i>Eu sei que eles têm e não nos aproximamos e não apanhamos (O1).</i></p> <p><i>Isto é só para nos controlarem... Para saberem onde andamos, nos seguirem (O1).</i></p> <p><i>Não acredito que as pessoas estejam a morrer... Eu já tive e não me aconteceu nada. Todas tivemos e passamos todos bem (O1).</i></p> <p><i>Isto é para matar os reformados (O2).</i></p> <p><i>As pessoas acreditam que vai só acontecer aos outros (O3).</i></p> <p><i>Dizem que é mentira (O3).</i></p> <p><i>Os casos não são todos COVID (O3).</i></p> <p><i>Sou turista, posso sair do meu concelho (O3).</i></p> <p><i>Isto é tudo inventado (O3).</i></p> <p><i>O Chinês inventou bem. Isto é tudo mentira (O3).</i></p>
Conhecimentos	Conhecimentos sobre as medidas preventivas - inabilidade de compreensão/entendimento	<p><i>Não chega aqui informação. Não se percebe aqui assim (O1)</i></p> <p><i>Há fadiga de informação e das orientações. Agora banaliza-se (O2)... já não ouvimos (O2).</i></p> <p><i>Aqui no bairro banaliza-se o que dizem para fazer (O2).</i></p> <p><i>Faltam propagandas dirigidas a esta população (O2).</i></p> <p><i>Só se fala de mortes e ainda não sei o que é a doença (O2).</i></p> <p><i>Não é falta de informação; falta é consciencialização e compreensão (O2).</i></p>

		<p><i>Falar é fácil, aqui é difícil saber aquilo tudo (que dizem O2).</i></p> <p><i>A informação eu obtenho pelas pessoas, amigos e colegas. Todos vamos falando disto (O3).</i></p>
Necessidades	Necessidades sentidas face à COVID-19	<p>Serviços de assistência de saúde.</p> <p>Fornecimento de informação aos mais idosos sobre as medidas preventivas.</p> <p>Fornecimento de informação sobre a doença.</p> <p>Fornecimento de informação sobre recursos da comunidade.</p> <p><i>Os idosos têm mais dificuldades no acesso às máscaras e à informação (O2).</i></p>
	Necessidades expressas face à COVID-19	<p>Fornecimento de máscaras de forma gratuita.</p> <p><i>Nós estamos numa situação grave e não temos máscaras (O2). Logo no início mandaram máscaras pelo correio; uma coisa simples que foi muito importante, agora já não temos isso (O2).</i></p> <p><i>O meu filho esteve positivo e eu tinha em casa apenas a minha máscara social. Para o meu filho de 4 anos tenho apenas 1 máscara das azuis (O3).</i></p> <p>Apoio financeiro e alimentar durante períodos de isolamento profilático- Apoio de instituições.</p> <p><i>Precisei de alimentos na fase em que fiquei em isolamento. Estou a receber cabazes ainda (O2).</i></p> <p>Apoio financeiro e alimentar em situação de desemprego precipitado pela pandemia.</p> <p><i>No período de isolamento pedi ajuda na Junta de freguesia que lhe deu de forma rápida um cartão com 55 euros para fazer as compras (O2).</i></p> <p><i>Aqui somos pobres, agora ainda precisamos mais (O1).</i></p> <p><i>Vivemos na urgência de ter para o dia-a-dia, não temos stocks em casa (O2).</i></p> <p><i>Nós omitimos que temos para podermos ir trabalhar (O2).</i></p>

Quadro 10. Categorização dos dados decorrentes da entrevista a informadores-chave.

MÉTODO	CATEGORIA PRINCIPAL	SUB - CATEGORIA	DADOS – SEGMENTOS DE TEXTO SIGNIFICATIVOS
Entrevistas Informadores-chave	Fatores de vulnerabilidade	Sobrelotação Habitação	<p><i>As várias gerações que vivem nas casas. Avós, Pais, filhos e netos (E1).</i></p> <p><i>Os agregados são extensos e não se sabe ao certo o número de pessoas que vivem (E1)</i></p> <p><i>É a questão dos vários agregados numa única casa. Vários quartos. Em cada quarto sua família geracional (E2)</i></p> <p><i>A questão é...Muitas gerações, muitas pessoas nas mesmas casas em tipologias pequenas. Na mesma casa vivem mãe, pai, filhos, netos, genros e noras (E3).</i></p> <p><i>A questão do desdobramento é muito importante, agora percebemos ainda mais isso (E3).</i></p> <p><i>Casas sobrelotadas (E4). Estamos à espera do tal desdobramento (E4).</i></p> <p><i>Os agregados familiares grandes, pais filhos, netos, tios, primos. As questões das casas sobrelotadas. Os novos agregados em cada dos pais, em espaços reduzidos (E5).</i></p> <p><i>As pessoas saem quando estão em isolamento profilático, pois não conseguem ficar em casa, são muitos (E5).</i></p>
		Baixos recursos económicos	<p><i>A questão da carência económica (E2).</i></p> <p><i>No início da pandemia, logo nos primeiros tempos eles cumpriam as regras, de identificar sintomas, de fazer os isolamentos, mas agora não... Porque aumentaram as dificuldades económicas (E2)</i></p> <p><i>As pessoas já não querem ser identificadas como contactos. Existem muitas pessoas com trabalhos precários, sem vínculos e têm de ir trabalhar para sobreviveram (E2)</i></p> <p><i>Porque a segurança social demora muito tempo a pagar e eles precisam de dinheiro para sobreviver (E2).</i></p> <p><i>As pessoas têm dificuldades financeiras (E3).</i></p> <p><i>Carências económicas e falta de projetos de vida. Existe pobreza de muitos tipos. (E4).</i></p>
		Baixo nível de escolaridade	<p><i>E as pessoas que não sabem ler nem escrever? Tantas que ainda existem aqui (E1)</i></p> <p><i>Ainda existem no bairro muitas pessoas que não sabem ler, sobretudo os idosos (E3).</i></p> <p><i>Muitas pessoas analfabetas, muitos outros com baixa escolaridade 4ª classe (E4).</i></p>

		<p><i>Existem muitos jovens que não têm escolaridade e qualificações. De uma maneira geral é do 9º ano para baixo (E5).</i></p>
	Emprego precário/desemprego	<p><i>Os cafés são muito frequentados pelas pessoas que estão sem trabalho e se for preciso passam lá o dia todo (E1).</i></p> <p><i>Nestes contextos é a questão do emprego precário (E2).</i></p> <p><i>Não podem faltar ao trabalho e isto é mesmo muito importante (E2).</i></p> <p><i>Têm de ir trabalhar porque se não, não têm dinheiro. Eles não dizem que têm COVID, ocultam (E3).</i></p> <p><i>No bairro existem muito desemprego (E4).</i></p> <p><i>A precariedade de emprego e o desemprego (E5).</i></p> <p><i>As pessoas precisam de ir trabalhar para ganhar (E5).</i></p>
	Apoio dos outros	<p><i>As comunidades locais dos bairros são muito sociais; fazem muitas festas (E2).</i></p> <p><i>Os laços sociais são regulares (E2).</i></p> <p><i>Outra questão são as redes de vizinhança que existem. Eles vivem muito a rede de vizinhança; ajudam-se muito uns aos outros (E2).</i></p> <p><i>As pessoas aqui continuam a frequentar muito a casa uns dos outros (E3). É a união intergeracional e entre vizinhos que são amigos e apoio (E3).</i></p> <p><i>Aqui existe uma rede de vizinhança muito forte; as pessoas são unidas (E3).</i></p> <p><i>Solidariedade entre as pessoas residentes; interagem muito, existe um sentimento de comunidade (E5).</i></p>
Necessidades	Necessidades sentidas	<p>Necessidade de serviços de assistência de saúde.</p> <p>Fornecimento de informação aos mais idosos sobre as medidas preventivas.</p> <p>Fornecimento de informação sobre recursos existentes da comunidade durante a crise da pandemia.</p>
	Necessidades expressas	<p><i>Estão “despreocupados” na solidão que vivem – “estão à espera da partida”. E já estão saturados... os velhinhos e saem (E1)</i></p> <p><i>Não tenho informação onde se dão máscaras (E1).</i></p> <p><i>São com elas – (sobre os profissionais de referência) que têm a confiança necessária para lhe dizerem que têm fome quando têm fome e estão a precisar de ajuda (E2).</i></p> <p><i>Na primeira fase as necessidades das pessoas era o acesso às máscaras (E3). Nesta fase as pessoas perguntam muito como é que funcionam agora os hospitais e os centros de saúde; têm necessidade de saber acerca dos serviços (E3).</i></p> <p><i>É a tentativa de adaptação à nova realidade. Como é que eu faço agora? Não tenho computador... (E3).</i></p>

		<p><i>Têm necessidade de tomar decisões por eles. O habitual é: o que o senhor quer, não sei a Doutora decide (E4).</i></p> <p>Apoio financeiro e alimentar durante períodos de isolamento profilático- Apoio de instituições.</p> <p>Apoio financeiro e alimentar em situação de desemprego precipitado pela pandemia.</p>
Crenças (Atitude)	Crenças relacionadas com a suscetibilidade à infeção	<p><i>As pessoas não acreditam (E1).</i></p> <p><i>Os mais jovens não acreditam e isso é um problema (E1).</i></p> <p><i>As pessoas acham que se não têm sintomas não têm COVID (E3).</i></p> <p><i>As pessoas pensam que cuidados de saúde é não ter febre e tosse (E3).</i></p> <p><i>Não sentem sintomas, não acreditam (E4).</i></p> <p><i>Os idosos têm muitas crenças, estão sempre a dizer que se sobreviveu à gripe espanhola (E4).</i></p> <p><i>Os jovens julgam-se imortais e não é de agora (E4).</i></p> <p><i>Não acreditam porque não se vê, a vida deles não foi afetada (E4).</i></p>
Conhecimentos	Conhecimentos sobre as medidas preventivas – inabilidade de compreensão/entendimento	<p><i>As pessoas daqui (...) esta coisa da internet e da videoconferência não têm a cesso à informação. Isso aqui não funciona. Não sabem. (E1).</i></p> <p><i>A população mais idosa não atinge; esse conhecimento não lhe chega (E1).</i></p> <p><i>Na maioria não têm falta de informação (E2). Falta compreenderem... É diferente (E2).</i></p> <p><i>As pessoas mais idosas não têm acesso à internet. O que eu acho é que há um problema de literacia (E2).</i></p> <p><i>As pessoas têm a informação, mas não têm a consciência. Há uma grande necessidade de consciencialização sobre as novas medidas da vida nova Falta literacia (E3).</i></p> <p><i>As pessoas não sabem o que fazer no isolamento; muitas das pessoas que contato têm apenas a noção do uso da máscara, uso da máscara... (E3).</i></p> <p><i>Não compreendem a informação, não têm consciência. Não usam a informação que até têm (E4).</i></p> <p><i>Não têm literacia; as pessoas não querem. As pessoas até recebem informação, mas não compreendem (E4).</i></p> <p><i>As pessoas não percebem que a máscara não garante toda a proteção e faz esquecer as medidas de higiene (E4).</i></p> <p><i>Os mais novos recebem informação, os mais idosos nem tão pouco mais ou menos (E5).</i></p> <p><i>Estamos a pedir uma coisa que aqui pessoas nunca tiveram, que são os cuidados de higiene básicos. Esses cuidados já não existiam, não tinham esses hábitos., como lavar as mãos e a casa organizada (E4).</i></p>
Abordagem de promoção de saúde	Abordagens personalizadas de promoção de saúde face-to-face.	<p><i>Aqui tem de ser tudo presencial (E1).</i></p> <p><i>Era haver um encontro de informação para a comunidade aqui na paróquia. Na missa. Aqui na missa apanháramos, atingíramos,</i></p>

		<p>Presença física na comunidade</p>	<p><i>todas as casas. Isso sim tem impacto nesta população; mais do que uma notícia, um escrito (E1).</i></p> <p><i>É preciso trabalho em proximidade, junto dos agregados. A família do 1º direito é diferente da 1ª esquerda. Não vale a pena dizer que têm de desinfetar as maçanetas das portas numa casa que não existem portas nem maçanetas (E2).</i></p> <p><i>Por exemplo no bairro onde intervimos deixamos de ir com a carrinha, por questões de segurança também para nós profissionais (E2).</i></p> <p><i>Intervir em proximidade, com os vizinhos, com as pessoas de lá, os residentes (E2).</i></p> <p><i>É ir de porta a porta. Aqui só funciona assim (E3), é um trabalho impossível.</i></p> <p><i>Aqui há envolvimento, há trabalho. Este não é um bairro abandonado (E4).</i></p> <p><i>A nossa população é muito protegida porque fazemos muita prevenção no dia-a-dia, no contato diário, quando vamos a casa das pessoas (E4)</i></p> <p><i>Temos de promover as pessoas, junto das pessoas. Mas todos os dias estamos na estaca zero (E4).</i></p> <p><i>Presencialmente, os técnicos têm de estar em presença. A grande parte não tem computador e não o sabem usar (E5).</i></p>
--	--	---	---

Apêndice VII

Plano de sessão de educação para a saúde

Plano de sessão de educação para a saúde

Tema: Medidas preventivas da COVID-19

População alvo (Destinatários): População residente do bairro da O.

Oradora: Maria Pires

Local: Igreja Paroquial Nossa Senhora Conceição da Outurela.

Data: 06.12.2020

Hora: 10h e 12h

Duração: 15 minutos cada sessão

Objetivos:

⇒ Geral: Conseguir que a comunidade do bairro da Outurela melhor conhecimentos e adquira atitudes e comportamentos adequados face a três medidas preventivas da COVID-19: o distanciamento social, o uso da máscara e a lavagem das mãos.

⇒ Específicos:

Que no final da sessão as pessoas sejam capazes de:

1. Identificar pelo menos duas formas de distanciamento entre pessoas.
2. Identificar pelo menos duas recomendações do uso correto da máscara.
3. Identificar pelo menos duas recomendações da higiene pessoal, nomeadamente da lavagem das mãos.
4. Avaliar a sessão.

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos	Tempo	Formador
Introdução	Apresentar o tema da ação.	Apresentação. Contextualizar o tema e ligar ao espaço e tempo real.	Expositiva. “História de ligação”.	--	1m	Maria Pires
Desenvolvimento	Enunciar as principais recomendações de três medidas preventivas face à COVID-19 (uso de máscara, distanciamento social e higiene pessoal). Sensibilizar os presentes para a importância da sua ação pessoal e coletiva no combate à pandemia.	O que são coronavírus. Como se transmite a doença. Recomendações atuais sobre a medida preventiva distanciamento entre pessoas. Recomendações atuais da medida preventiva: utilização de equipamentos de proteção – uso de máscara. Tipos de máscara existentes. Recomendações atuais sobre higiene pessoal – lavagem das mãos.	Expositiva/demonstrativa. Apresentação moderada com cartolinas símbolos (distanciamento social máscara, imagem ilustrativa formato vírus e lavagem das mãos). Vidas com história: 1- População idosa; 2- Decisores familiares/jovens. Demonstração colocação/remoção de máscara. Demonstração lavagem das mãos.	Cartolinas Caneta feltro	7m	Maria Pires
Síntese	Sumariar a temática apresentada.	3 Recomendações chave o distanciamento social. 3 Recomendações chave do uso da máscara. 3 Recomendações chave da higiene pessoal.	Expositiva. Reforço mensagens chave.	--	2m	Maria Pires
Avaliação	Avaliar os conhecimentos.		Questionário oral verdadeiro/ falso.	--	2m	Maria Pires

Apêndice VIII
Recurso a “ligação”

Ligação

Hoje (21 de Novembro) na Santa Missa celebrada pelo Papa Francisco na passagem da CRUZ das Jornadas Mundiais da Juventude do Panamá para Lisboa.

Todos os dias se apresentam muitas opções no coração. Gostaria de vos dar um último conselho para vos treinardes a escolher bem. Se olharmos dentro de nós, veremos que muitas vezes surgem aí duas perguntas diferentes. A primeira: *o que me apetece fazer?* É uma pergunta que engana frequentemente, porque insinua que o importante é pensar em si mesmo e satisfazer todos os desejos e impulsos que me vêm. Mas a pergunta que o Espírito Santo sugere ao coração é outra: não *aquilo que te apetece*, mas *aquilo que te faz bem*. A opção diária situa-se aqui: escolher entre o que me apetece fazer e o que me faz bem. Desta busca interior, podem nascer escolhas banais ou escolhas vitais. Depende de nós. Olhemos para Jesus, peçamos-Lhe a coragem de escolher o que nos faz bem, de caminhar atrás d'Ele pela via do amor. E encontrar a alegria. Para viver, e não para vegetar.

In Homília

Apêndice IX
Recurso a vidas com história

Recurso a “vidas com histórias”

História 1

Audiência: Idosos e decisores do agregado familiar

Dona Maria, mãe e avó, 65 anos



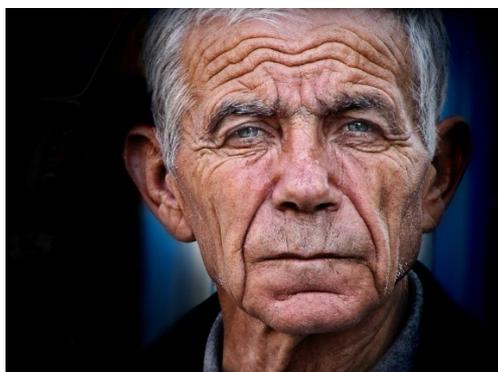
Fonte: Google Imagens

Aposentada, mãe e avó. Vive no vosso bairro. Costumava visitar algumas vizinhas. Entravam e cumprimentavam-se todas. Iam à mercearia quase todos os dias e nunca tinham passado por uma pandemia destas.

História 2

Audiência: Idosos

Senhor Luís, pai e avó de 75 anos



Fonte: Google Imagens

Já tem algumas doenças, todos os dias vai pela manhã até ao café ter com pessoas conhecidas aqui do bairro. Lembra-se que o pai teve a gripe de há 100 anos.

História 3

Audiência: Casais e decisores do agregado familiar



Fonte: Google Imagens

Márcia, casada, 40 anos, mãe de 3 filhos. Trabalha 8 horas/dia num hipermercado. Vai de transportes para o trabalho. Almoça com colegas e volta com uma delas no carro. À noite costuma ir a casa da mãe.

História 4

Audiência: Jovens



Fonte: Google Imagens

Rafael, 15 anos, estuda e no final da tarde junta-se com os amigos no campo de futebol. A pandemia é uma coisa nova, que nunca tinha ouvido falar.

Apêndice X

Check-list para avaliação por “observação desarmada”

Check-list para avaliação FINAL por “observação desarmada”

Critérios	Sim	Não
No seu conjunto os elementos participaram no questionário oral final?	×	
No seu conjunto os elementos participantes da missa permaneceram para assistiram à sessão?	×	
No seu conjunto os elementos participantes mantiveram-se atentos durante a sessão?	×	
Alguns dos elementos interagiram e deram feedback positivo depois da sessão?	×	

Anexo I

Solicitação e autorização de nomeação de dados Direção Executiva do ACES LOO

Solicitação e autorização de nomeação de dados da Direção Executiva do ACES LOO

Exmo. Diretor Executivo
Do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras
Dr Rafic Nordin

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

No âmbito da realização do Curso de Mestrado em Enfermagem – área de especialização em Enfermagem Comunitária, da escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública de Lisboa Ocidental e Oeiras sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Isabel Correia, vimos por este meio **solicitar autorização para divulgar o nome da orientadora e da instituição no relatório final**, que se tornará público, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados. Regulamento EU 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Com os meus melhores cumprimentos

Oeiras, 16 de Novembro de 2020

*Para ser com feitorável,
Ave Copan,
17.11.2020*

Antónia Farinha

Antónia Farinha

Maria Pires

Maria Pires

ACES - Lisboa Ocidental e Oeiras
UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA
ENTRADA
Registo: 10359
Data: 17.11.2020
Funcionário:
fm

Anexo II

Solicitação e autorização de integração nas visitas dos CLS da CMO

Solicitação e autorização de integração nas visitas do CLS à CMO

Exm. Senhor

Dr.

Assunto: Pedido de integração na visita do CLS, ao Bairro Outurela Portela no âmbito Covid 19.

No âmbito Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontro-me a realizar estágio sob orientação da Enfermeira Especialista e Mestre em Saúde Comunitária e Saúde Pública Isabel Correia, na Unidade de Saúde Pública do ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras.

Da pesquisa e recolha de informação efetuada nos meios da Comunicação Social, Gabinete de Ação Social e na visita de observação realizada ao bairro tive conhecimento da realização de várias intervenções, pela Câmara Municipal de Oeiras, junto desta população vulnerável.

Assim, com o intuito de estabelecer uma ligação próxima e identificar dificuldades de saúde pública sentidas pela comunidade local, no âmbito do atual momento pandémico de Covid 19, venho muito respeitosamente apelar autorização, para integrar a equipa do CLS num período previsível de 4 manhãs durante o mês de Outubro.

Aguardo o vosso contacto

Antecipadamente Grata

Os melhores Cumprimentos,

Maria Pires

Contactos: pires.maria8@gmail.com

m-oeiras.pt>
para Carlos, Inês, mim, Luís ▾

sex., 9 de out. de 2020 10:05 ☆ ↶ ⋮

Bom dia.

Cara Enf. Maria Pires,

Na sequência do meu contacto telefónico, venho confirmar a sua integração já na próxima visita, dia 16/010/2020, a iniciar pelas 10h30 na Rua Professor Delfim dos Santos, ao território de Carnaxide a realizar conjuntamente com a equipa do CLS de Oeiras, PSP e Policia Municipal.

Atenciosamente,

Técnico superior I NDCI Contrato Local de Segurança (CLS) de Oeiras
Departamento de Desenvolvimento Social



Anexo III

Certificado de apresentação de póster

